



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

INTERNADO MEDICO ENERO 2020- ABRIL 2021: INTEGRANDO  
CONOCIMIENTOS Y APTITUDES DESARROLLADAS EN EL HOSPITAL  
NACIONAL DOS DE MAYO Y CENTRO DE SALUD MANYLSA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR  
THALY ROSSE RAMOS HERBOZO  
ALEJANDRA NATALY RODRÍGUEZ CRUZ

ASESOR  
MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO

LIMA, PERÚ  
2021



**Reconocimiento  
CC BY**

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**INTERNADO MEDICO ENERO 2020- ABRIL 2021:  
INTEGRANDO CONOCIMIENTOS Y APTITUDES  
DESARROLLADAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE  
MAYO Y CENTRO DE SALUD MANYLSA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**THALY ROSSE RAMOS HERBOZO  
ALEJANDRA NATALY RODRÍGUEZ CRUZ**

**ASESOR**

**MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO**

**LIMA, PERÚ  
2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Mg. María Isabel Mercado Herrera

**Miembro:** Mg. Karin Narda Gálvez Carrillo

**Miembro:** M.E. Zoila Roxana Villa Zapata

## **DEDICATORIA**

Dedicamos este trabajo a nuestras familias, por su apoyo incondicional a lo largo de toda nuestra formación académica, por la confianza en nuestras capacidades y por brindarnos ánimos cada día a seguir adelante a pesar de los obstáculos. Sin su apoyo hubiera sido imposible llegar hasta aquí.

Esto es por y para ustedes; especialmente para Rose, por ser un pilar fundamental y su papel como una segunda madre; y para Katherine y Miguel, por su perseverancia, compañía y apoyo en todo el proceso.

Thaly Rosse Ramos Herbozo y Alejandra Nataly Rodríguez Cruz

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, a Dios. Por permitirnos llegar hasta este momento, brindándonos fortaleza en todo el camino.

A la Universidad de San Martín de Porres, nuestra alma máter, por acogernos durante estos años y con su educación de excelente calidad, iniciemos nuestra vida profesional con su respaldo.

A todo el personal del Centro de Salud Manylsa por su buena predisposición desde el primer día; y, sobre todo, por las enseñanzas frente a esta situación atípica que contribuyó a nuestra formación.

# ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimiento</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 Medicina Interna	8
1.2 Pediatría	12
1.3 Cirugía General	16
1.4 Ginecoobstetricia	21
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA</b>	26
2.1 Hospital Nacional Dos de Mayo	26
2.2 Centro de Salud "Manylsa"	27
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	30
3.1 Medicina Interna	30
3.2 Pediatría	33
3.3 Cirugía General	36
3.4 Ginecoobstetricia	39
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	43
<b>CONCLUSIONES</b>	46
<b>RECOMENDACIONES</b>	47
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	48

## **ANEXOS**

52

1. Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres gestantes y Puerperas (hasta 1,000 msnm) 52
2. Puntuación de Alvarado modificada para el diagnóstico de apendicitis 53



## RESUMEN

**Introducción:** El internado médico es la etapa más importante en la formación del estudiante de medicina. Debido a la pandemia la mayoría de internos de medicina tuvo que abandonar sus sedes hospitalarias y retornar progresivamente a centros de salud del primer nivel de atención, lo que trajo como consecuencias múltiples adversidades, en los que el limitado campo clínico que ofrecen los centros de salud no garantizaba un óptimo desenvolvimiento de las capacidades del interno. Por otra parte, las rotaciones en los centros de salud permiten un mejor conocimiento del primer nivel de atención, identificando sus fortalezas y debilidades con miras hacia el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS). **Objetivo:** Identificar las dificultades presentadas durante la transición de realizar prácticas hospitalarias en un hospital del tercer nivel hacia un centro de salud del primer nivel de atención. **Conclusión:** El internado médico no debe llevarse a cabo en su totalidad en el primer nivel de atención ya que especialidades clínico-quirúrgicas necesitan de un campo clínico mucho más amplio para un óptimo desarrollo. Sin embargo, se logró consolidar parcialmente las capacidades para ejercer la profesión como médico cirujano en el SERUMS.

## ABSTRACT

**Introduction:** The medical internship is the most important stage in the training of the medical student. Due to the pandemic, the majority of medical interns had to leave their hospitals and progressively return to health centers of the first level of care, which resulted in multiple adversities such as the limited clinical field offered by health centers, that did not guarantee an optimal development of the inmate's capabilities. On the other hand, the rotations in the mentioned health centers, helped in a way to understand the first level of care, identifying its strengths and weaknesses with a view to the Rural and Urban Marginal Health Service (SERUMS). **Objective:** Identify the difficulties presented during the transition from carrying out hospital practices in a tertiary level hospital to a first level care health center. **Conclusion:** The medical internship should not be developed entirely in the first level of care since clinical-surgical specialties need a much broader clinical field for optimal development. However, it was possible to partially consolidate the capacities to practice the profession at SERUMS.

## INTRODUCCIÓN

El internado médico constituye la última etapa de la formación médica a nivel de pregrado. Se asume el compromiso de completarla con las más altas expectativas. Siendo el último año, o último dos semestres, en los que el alumno tiene la oportunidad de poner en práctica los conocimientos teórico-prácticos adquiridos a lo largo de la carrera, rotando por los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Gineco-Obstetricia. Lo esperado es asistir durante 3 meses a cada especialidad o servicio, pudiéndose desarrollar en hospitales del Ministerio de Salud (MINSA), Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud), Fuerzas Armadas (FF. AA) o clínicas privadas.

Un mes antes, se lleva a cabo la elección de sedes, usualmente siguiendo un orden de mérito. Partiendo de ello, en cada sede hospitalaria, los nuevos internos escogen el orden de rotaciones, el mismo que muchas veces está condicionado a un examen por parte del nosocomio frente a internos de diversas universidades. Ambos eventos simbólicos constituyen el preámbulo de lo que sería nuestra estancia hospitalaria y probablemente el mejor año de la carrera. De esta manera, el estudiante tiene la capacidad de reconocer tanto sus fortalezas como debilidades; además de potenciar sus conocimientos y habilidades para el ejercicio de la medicina humana.

Si bien durante los primeros días los nuevos integrantes del equipo, en este caso los internos, pueden mostrarse algo tímidos o indecisos, con el paso de los días y la constancia al permanecer tantas horas al día en el hospital, la mejora en su desenvolvimiento se hacía evidente. Tanto en el trato con los pacientes, las evoluciones diarias de historias clínicas, durante las presentaciones en las visitas matutinas y con las guardias en emergencia de

Cirugía y Obstetricia, fortaleciéndose el vínculo con nuestros compañeros, los residentes, licenciadas y con el resto del personal que permitía un agradable clima laboral. Lo anterior mencionado, sumado a los conocimientos que día a día adquiríamos, resultaba muy gratificante durante los primeros meses de internado.

Sin embargo, la irrupción de la pandemia por el Coronavirus SARS-CoV2, virus causante de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en nuestro país, afectó directamente al Internado Médico 2020. Apenas unos pocos días después de la confirmación del primer caso en nuestro país; y dos días antes del inicio de la “cuarentena”, la misma Asociación Peruana de Facultades de Medicina, suspendió todas las actividades académicas en todos los centros de salud a nivel nacional con la finalidad de salvaguardar la salud e integridad de todos los internos. No fue hasta el mes de agosto en que se publicó en el Diario El Peruano el Decreto de Urgencia 008-2020 MINSa (1), en la que se autoriza la reincorporación progresiva de los internos de todas las facultades de ciencias de la salud. EsSalud denegó el retorno de los internos a sus sedes hospitalarias; mientras que, por parte del MINSa ante la situación de emergencia sanitaria, distribuyó a la mayoría de sus internos al primer nivel de atención siendo pocos los que se quedaron en las sedes previamente escogidas y pertenecientes al segundo y tercer nivel de atención. Por parte de FF. AA y clínicas, fueron pocos los centros que aceptaron el retorno de sus internos; obligando a los no admitidos a ser acogidos por el MINSa para incorporarse al primer nivel de atención.

A pocas semanas de culminar el internado, es importante recordar que la profesión elegida tiene como exigencia la capacidad de adaptarse constantemente a situaciones de cambio. Ante ello, se ha de considerar que la incorporación a centros de primer nivel ayuda a complementar al clásico enfoque hospitalario-recuperativo de la atención de la salud llevado durante toda la carrera; el mismo que debe empezar con el fortalecimiento del primer nivel, el mismo al que toda la promoción de internos 2020 retornará en unos meses cuando se dé inicio al Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS).

El presente trabajo de suficiencia profesional desarrollará sobre la importancia del internado médico en la adquisición de capacidades y competencias para los estudiantes de medicina humana; a la vez de mencionar las dificultades presentadas durante la transición de realizar prácticas hospitalarias, en un hospital del tercer nivel hacia un centro de salud del primer nivel de atención. Todo ello con la finalidad de poder identificar las beneficios y problemas encontrados, y así no repetirlos con las siguientes promociones que como se sabe, tendrán también actividades a nivel de centros comunitarios, dejando de lado la formación completa a nivel hospitalario.

A manera de consolidar los conocimientos adquiridos durante este tiempo, se realizará la presentación de casos clínicos con las patologías más frecuentes y resaltantes observadas durante las 4 rotaciones; una recopilación de casos tanto del Hospital Nacional Dos de Mayo, en el que se realizó la primera rotación; como otros vistos durante la consulta en el Centro de Salud Manylsa.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

Diferenciándose de otras, la carrera de medicina humana tiene una duración de 7 años. Los tres primeros incluyen a las ciencias básicas, yendo desde cursos generales como matemática hasta aquellos más orientados como fisiopatología y terapéutica. Cabe resaltar que un primer encuentro con el primer nivel de atención, el mismo en donde lleva a cabo el internado médico actualmente, fue en segundo año con el curso de Salud Pública I. La finalidad de las prácticas en centros o puestos de salud en este punto, se enfoca en conocer un poco sobre las distintas estrategias sanitarias que existen; programa de tuberculosis, enfermedades metaxénicas, planificación familiar; así como apreciar la realidad de distintos estratos socioeconómicos y sus determinantes sociales de la salud. En cuarto año se dan inicio a los cursos de clínica: medicina interna y semiología. Dentro del primero se encuentran diversas especialidades como Gastroenterología, Neumología, Infectología; los mismos que incluyen prácticas en hospitales del tercer nivel de atención como el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Nacional Dos de Mayo, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Hospital Hipólito Unanue, entre otros. Llega el segundo semestre del quinto año y se cursa con las especialidades esperadas por muchos, las quirúrgicas: Cirugía General, Traumatología y Ortopedia, Urología, Otorrinolaringología y Oftalmología. En sexto año de carrera aparecen dos grandes cursos muy importantes como lo son Pediatría y Gineco-Obstetricia, concluyendo así toda la preparación teórica (y en gran parte práctica) para dar inicio al que sería el último año de consolidación de conocimientos, competencias y aptitudes antes de comenzar la vida profesional.

Es sabido, que el internado es el año más importante de la carrera puesto que el alumno adquiere no solo conocimientos teóricos, sino la confianza e independencia para la toma de decisiones y posterior manejo de sus pacientes. En situaciones normales, es el interno quien pasa mayor tiempo con el paciente, se encarga de todo el plan terapéutico, lo lleva a que le tomen exámenes solicitados, conoce toda la historia clínica y con ello puede apreciar de cerca la evolución de la enfermedad y si los esfuerzos para su recuperación dan resultado. Sin embargo, desde la aparición del Coronavirus SARS-Cov2, aun pudiendo continuar con el internado en hospitales de alta complejidad, esta cercanía se ve estrechamente afectada. Desde el día 1 se pasa de la atención coloquial y cercana con los pacientes a la implementación de una barrera con equipos de protección personal debido a la gran virulencia y capacidad de contagios de este virus. A los pacientes se les examinaba superficialmente y solo en caso de ser necesario y esta tarea era realizada por médicos asistentes o como máximo residentes, ya no se le permitiría al interno tener contacto cercano para disminuir la probabilidad de contagio. Ante ello, en el mes de marzo de 2020, pocos días después de la confirmación del primer caso de COVID-19 en nuestro país, se da por suspendido el internado médico, aún sin tener en cuenta durante ese momento la magnitud del problema a futuro. Se esperaba la suspensión fuera por unas semanas y que todo volvería a la normalidad en poco tiempo, mas no es hasta el mes de agosto, en que se promulga y autoriza la reanudación del internado de todas las facultades de ciencias de la salud mediante un Decreto de Urgencia, en el que se proponían nuevos lineamientos y restricciones para la reincorporación de los estudiantes.

El nosocomio en donde se inició el internado; el Hospital Nacional Dos de Mayo, redujo considerablemente el aforo de internos. De los 130 con los que contaba al inicio del año 2020, pasó a recibir solo a 15, obligando al resto a continuar el internado médico voluntariamente, en centros de salud del primer nivel de atención. Antes de la llegada de la pandemia por el SARS-Cov2 a nuestro país, se realizaron dos meses y medio de la primera rotación. En este caso, por los servicios de Cirugía y Gineco-Obstetricia.

Realizar la rotación de Cirugía en el Hospital Nacional Dos de Mayo, antes de la pandemia, es una gran experiencia debido a la variedad de casos que

pueden llegar tanto a emergencia como a la consulta. Los 3 meses de rotación se dividen en distintos servicios de hospitalización: Cirugía General, Traumatología y Ortopedia, Otorrinolaringología, Urología, así como las guardias realizadas en la emergencia. Con ello, se espera adquirir distintas competencias en el manejo de pacientes hospitalizados, elaboración de historias clínicas, evoluciones y manejo, la preparación para sala de operaciones, cuidados post operatorios: manejo del dolor, nutrición, cuidado de heridas y manejo de complicaciones. Asimismo, se busca que el interno tenga la oportunidad de ingresar a distintas cirugías y realice procedimientos de baja a media complejidad como apendicectomías, reparación de hernias, lavado de cavidad, drenaje de abscesos; además de realizar asistencia en cirugía laparoscópica.

Concluida la rotación, se considera que entre las competencias y capacidades adquiridas se encuentran: la correcta elaboración de la historia clínica, identificación de cuadros quirúrgicos de emergencia, entre los más comunes: apendicitis, patologías agudas de vías biliares, obstrucción intestinal; manejo de politraumatizado. Asistencia en manejo quirúrgico de hernias complicadas y no complicadas, eventraciones y complicaciones post quirúrgicas de todas ellas. Punto importante es el manejo de heridas, probablemente el motivo más común de ingreso a emergencia. Se afianzó la técnica de buena asepsia y posterior sutura de heridas superficiales, así como la identificación de aquellas más complejas que requerían tratamiento quirúrgico.

Por otro lado, también se tuvo la oportunidad de realizar la rotación de Cirugía en el Centro de Salud Manylsa, del primer nivel de atención; en donde sí se identificaron muchas limitaciones para conseguir las competencias previamente mencionadas. Por ejemplo, por su baja complejidad, no se realizan procedimientos quirúrgicos en el centro, mas es el primer lugar al que suele acudir el paciente antes de llegar a la emergencia del hospital de tercer nivel, por lo que es importante tener la capacidad de identificación y diagnóstico de cuadros graves para poder así referirlos lo más rápido posible. Sin embargo, hay algunos procedimientos que sí se realizan en el centro de salud, ayudando a obtener las capacidades solicitadas; por ejemplo: drenaje de abscesos y manejo antibiótico, suturas de heridas superficiales sin compromiso de paquete neurovascular, limpieza, curación de heridas post



operatorias, retiro de puntos (lo más común, cesárea), mordedura de perro, atención inicial de fracturas complicadas o expuestas.

Respecto a la rotación de Gineco-Obstetricia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, el servicio cuenta con diversas áreas: Para Obstetricia, tenemos centro obstétrico para manejo de partos, cesáreas y/o emergencias; hospitalización de Alto Riesgo, en donde se encuentran las pacientes con patologías que ponen en riesgo la vida del feto o de la madre, como ruptura prematura de membranas, placenta previa, diabetes gestacional, colestasis gestacional; hospitalización de Bajo Riesgo, en donde se ubican las puérperas de parto vaginal y/o cesárea; y por último, el área de consulta externa. En el servicio de Ginecología, por el que se rota solo un mes, se encuentran áreas especializadas: Gineco-Oncología, Planificación familiar y Ginecología como tal. Por la parte netamente obstétrica, el interno debe culminar adquiriendo las capacidades de: identificación de gestantes de alto riesgo obstétrico, manejo de hemorragias de la primera y segunda mitad del embarazo, la correcta evaluación gestacional además de la elaboración de la historia clínica al ingreso a centro obstétrico, incluyendo aquí: medición de altura uterina, maniobras de Leopold, tacto vaginal para evaluar estado de dilatación. También debe aprender a identificar y diagnosticar en el primer trimestre, los casos de aborto en todas sus variantes (completo, incompleto, en curso, inevitable, inminente), emergencias quirúrgicas como embarazo ectópico o quistes a pedículo torcido; pasando a estados más avanzados de gestación, reconocer rupturas prematuras de membranas, manejo antibiótico y supervisión de complicaciones; así como el correcto diagnóstico de pacientes con preeclampsia. El interno debe finalizar la rotación expedito en atención de parto normal, conociendo y realizando procedimientos como aspiración manual endouterina (AMEU) y legrados uterinos; así como cierta experiencia en la realización de cesáreas con su manejo pre y post operatorio.

Al culminar la rotación, se puede decir que se consiguieron la mayoría, sino todas, las competencias solicitadas; sobre todo en la atención del trabajo de parto normal y complicaciones del mismo como hemorragias obstétricas, cobrando vital importancia al ser esta la primera causa de muerte materna directa en nuestro país.

Por otro lado, también se realizó la rotación de Gineco-Obstetricia en el primer nivel de atención. Siendo este un centro de nivel I-3, no es considerado un centro materno infantil por lo que el área de Obstetricia tiene funciones limitadas, más aún con la coyuntura actual. Una de sus principales actividades es el control prenatal, siendo el primer establecimiento al que se acercan las futuras madres. Una vez iniciado el control, se le solicitan todos los exámenes de laboratorio para descartar de principales patologías como anemia, infecciones de transmisión sexual, infección urinaria; además de la identificación de factores de riesgo como edad, comorbilidades, mala historia obstétrica; y así poder referirla a un hospital de mayor complejidad previniendo cualquier complicación que se pueda presentar. Esta capacidad de reconocimiento y atención en la primera consulta es de las principales adquiridas durante el periodo de internado. Durante los controles posteriores y conforme avanza la edad gestacional, se agregan otras evaluaciones que incluyen conocimientos fundamentales para la vida profesional del interno: medición de altura uterina, monitoreo de latidos cardiacos fetales, maniobras de Leopold, ya que con estas herramientas se puede sospechar de distintas patologías, culminando la consulta en la referencia de la paciente a un nosocomio para mayor estudio y manejo. Por la situación actual de pandemia se han restringido ciertos procedimientos importantes para la salud femenina; por ejemplo, el examen de Papanicolau, la especuloscopia e incluso la colocación de implantes subdérmicos. Sin embargo, a pesar de las limitaciones, se considera como una oportunidad el hacer énfasis en los elementos más básicos de la consulta gineco-obstétrica.

Y así llega la rotación por Medicina Interna, llevada a cabo netamente en el primer nivel de atención. Las competencias esperadas a adquirir, en un internado en el entorno hospitalario incluirían, principalmente, la elaboración de una buena historia clínica, sustentada con una buena anamnesis y un prolijo examen físico. Es en esta rotación donde mayor vínculo médico-paciente se crea debido a las largas estancias hospitalarias de los pacientes, lo mismo que posibilita apreciar su avance día a día y así poder integrar conocimientos de distintas especialidades, ya que muchas veces el internamiento no se debe solo a una patología sino a la confluencia de varias relacionadas. Asimismo, también se da la oportunidad de realizar ciertos

procedimientos como punción lumbar ante sospechas de meningitis, toracocentesis para diagnóstico y tratamiento en derrames pleurales, toma de análisis de gases arteriales (AGA) en casos de problemas respiratorios, alteración de medio interno o para evaluar respuesta a tratamiento.

En contraste, en el centro de salud del primer nivel de atención y baja complejidad no se cuenta con internamiento, por lo que las patologías se analizan en consulta. Actualmente, los centros han sufrido una reestructuración por la pandemia de COVID-19. Los consultorios han sido trasladados a los patios, zonas más ventiladas, la distancia entre el personal y pacientes es de mínimo 1.5m, existe un triaje diferenciado para pacientes con sintomatología respiratoria y así, de alguna forma, intentar reducir la probabilidad de contagios. A consecuencia de esto y por el miedo de los mismos pacientes a exponerse acudiendo al centro de salud, la afluencia de pacientes no COVID ha disminuido considerablemente. Entre las patologías más vistas, fuera del COVID, a lo largo del tiempo de la reducida rotación se encuentran: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, tuberculosis, lumbalgia, infección urinaria; las mismas que pueden acudir como primera consulta o como pacientes ya diagnosticados por especialistas que acuden al centro por control o entrega de medicamentos. La elaboración de historia clínica puede ser un poco más limitada debido al reducido tiempo con el que se cuenta para la atención del paciente. Por turno de 6 horas un médico puede llegar a ver alrededor de 22 pacientes entre citados y urgencias, por lo que la anamnesis cobra vital importancia ya que el examen físico, muchas veces se ve diferido por el riesgo de exposición al contagio. Lo positivo de ello es que le permite al interno entrenar su habilidad de integrar los signos y síntomas del paciente para así dirigir la entrevista y poder llegar a los diagnósticos probables, solicitando además exámenes específicos de apoyo al diagnóstico. Es importante mencionar que para el manejo de las patologías mencionadas y otras como la propia infección por SARS-CoV2, se hace uso de las Guías de Prácticas Clínicas elaboradas por el MINSA, priorizándolas antes que a las Guías Internacionales ya que están más adaptadas a la población de nuestro país. A los pacientes se les brinda el tratamiento oportuno además de controles periódicos con la intención de prevenir futuras complicaciones a corto y largo plazo. De igual forma, las

referencias durante esta época se encuentran restringidas debido al colapso de los centros de referencia en los que muchos servicios se encuentran inoperativos, priorizando la atención de pacientes COVID. Por la parte de procedimientos, el aprendizaje es aún más limitado, teniendo como máxima complejidad a la colocación de medicamentos por vía intramuscular y canalización de vías periféricas, utilizadas para casos leves de migraña con aplicación de analgésicos y relajantes musculares o para tratamiento de anemia con suplementos.

Al concluir la rotación, se considera que la elaboración de la historia clínica enfocándose en la anamnesis y el examen físico preferencial, es una de las competencias primordiales que debe alcanzar el interno de medicina durante este contexto, así como potenciar su capacidad de búsqueda y revisión tanto de guías nacionales de prácticas clínicas como las guías internacionales y así tomar decisiones sobre el mejor manejo de los pacientes. El interno debe culminar también conociendo por lo menos el manejo básico de las principales enfermedades crónicas no transmisibles, de los programas de intervención sanitaria como el de Tuberculosis y de otras patologías que no requieran referencia a centros de mayor complejidad.

Por último, la rotación de Pediatría también se realizó en el centro de salud Manylsa durante dos meses de quince días cada uno. Durante este periodo se pudieron observar en la consulta externa patologías frecuentes durante la infancia, tales como: enfermedad diarreica aguda, infecciones respiratorias (pudiendo tratarse tanto de SARS-CoV2 como de otras etiologías), accidentes caseros como quemaduras, heridas cortantes e incluso fracturas que debieron ser estabilizadas según complejidad para ser posteriormente referidas. Lo esperado, en un contexto fuera de la pandemia, sería adquirir conocimientos sobre las enfermedades pediátricas más prevalentes: exantemáticas, gastrointestinales, anemia, hepatitis, displasia congénita de cadera, además de desarrollar habilidades en la correcta elaboración de la historia clínica pediátrica, con un óptimo examen físico, cálculo de dosis pediátricas, así como antropometría y algunos procedimientos.

Sin embargo, frente a las limitaciones como la baja complejidad del centro de salud, la restricción del servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) para los niños y evaluar su desarrollo, las competencias previamente mencionadas no

se pudieron lograr en su totalidad. Un punto bastante importante que sí se desarrolló en el centro de salud fue el manejo de inmunizaciones, trabajando en campañas coordinadas con la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Este y el MINSA, siguiendo el esquema nacional de vacunación y realizando revisiones sobre el calendario. Se logró aprender para el final de la rotación, elaboración de historia clínica, búsqueda de antecedentes de interés durante gestación y primeros años, examen físico preferencial dirigido al sistema afectado del paciente; también sobre el manejo de patologías básicas como resfrío común, faringitis estreptocócica, infección urinaria, enfermedad diarreica aguda y anemia, esta última siendo de gran importancia por la implementación del Programa Juntos en las familias de los sectores dentro de la jurisdicción del centro de salud.

A continuación, se procederá a la exposición de los casos clínicos según especialidad:

## **1.1 Medicina Interna**

### **Caso clínico N°1**

Este es un caso que se presenta en el centro de salud de Manylsa, en la consulta externa; y trata del ingreso de un paciente varón de 58 años que acude a la consulta por episodios intermitentes de cefalea holocraneana que se asocia a náuseas, donde el paciente niega tanto vómitos como fotopsias. Se le preguntan por los antecedentes y este niega alguno de importancia, mientras que las funciones biológicas no muestran alteraciones.

#### **EXAMEN FÍSICO**

AREG, AREN AREH

Funciones vitales: FC 95x'. FR 20x'. T° 36.5°C. PA: 150/90 mmHg,

Peso: 69kg y Talla de 1.60cm

Piel y anexos: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos.

Aparato cardiovascular: presenta ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares y no hay presencia de ruidos agregados.

Abdomen: Es blando, depresible no doloroso, presencia de ruidos hidroaéreos.

Neurológico: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización.

#### DIAGNÓSTICOS

1. Hipertensión arterial
2. Síndrome metabólico

#### PLAN DE TRABAJO

- Perfil hepático
- Perfil lipídico
- Hemograma completo
- Glucosa al azar

#### TRATAMIENTO

- Dieta hiposódica, hipoglicémica e hipocalórica
- Atorvastatina 20mg antes de acostarse
- Losartán 50mg cada doce horas.

#### **Caso clínico N°2**

Este segundo caso clínico nos presenta un motivo de consulta muy frecuente en la práctica médica. Tenemos a un paciente varón de 40 años acude a consulta porque hace 2 meses refiere dolor abdominal a nivel de epigastrio, incrementando el dolor la última semana, este dolor se caracteriza por ser de tipo urente, asociado a reflujo, con mayor frecuencia por las mañanas y que se intensifica aún más después de las comidas, sintiendo una sensación de llenura precoz y de vez en cuando náuseas. El paciente niega fiebre y otros síntomas asociados.

Antecedentes: madre con diabetes mellitus.

#### EXAMEN FÍSICO

##### AREG, AREN AREH

Funciones vitales: FC 94 x', FR 20 x', T° 37.5°C PA 120/85 mmHg,

Piel y TCSC: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos.

Aparato cardiovascular: presenta ruidos cardiacos rítmicos, de moderada intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No se auscultan ruidos agregados

Abdomen: plano, ruidos hidroaéreos presentes, hay presencia de dolor a la presión a nivel de epigastrio.

Neurológico: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización.

#### DIAGNÓSTICOS

1. Síndrome doloroso abdominal a nivel de epigastrio
2. Gastritis
3. D/C enfermedad ulcero péptica

#### TRATAMIENTO

- Omeprazol 20 mg cada 24 horas.

#### **Caso clínico N°3**

Paciente mujer de 46 años de edad, refiere haber tenido COVID-19 leve 2 meses antes del ingreso. Una vez superada la enfermedad comenzó a presentar aumento de hambre y sed; además, se agregó fatiga al realizar sus actividades cotidianas; y, por último, indica se levanta por las noches a miccionar, hecho que nunca antes le sucedía. Menciona que el médico que la trató durante el COVID, le indicó realizarse un control posterior de glucosa, el que nunca se hizo.

Paciente niega otros antecedentes más allá del COVID dos meses atrás

#### EXAMEN FÍSICO

AREG, AREN, AREH

Funciones vitales: FC 95x'. FR 20x'. T° 36.5°C. PA150/90 mmHg, Sat 97%

Peso: 80kg y Talla de 1.50cm

Piel y anexos: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos.

Aparato cardiovascular: presenta ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.

Tórax y pulmones: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares y no hay presencia de ruidos agregados.

Abdomen: Es blando, depresible, no doloroso, presencia de ruidos hidroaéreos.

Neurológico: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización.

#### DIAGNÓSTICOS

1. Obesidad Grado II
2. D/C Diabetes Mellitus tipo 2

## PLAN DE TRABAJO

- Se solicitan exámenes de laboratorio:
- Perfil hepático
- Perfil lipídico
- Examen completo de orina
- Glucosa en ayunas x2

## TRATAMIENTO

- Dieta hiposódica, hipoglicémica e hipocalórica
- Metformina 850mg 1 vez al día, después del almuerzo

### **Caso clínico N°4**

Paciente mujer de 70 años de edad, acude al centro de salud Manylsa refiriendo dolor en ambas rodillas desde hace 5 o 6 meses aproximadamente. Menciona que el dolor aumenta cuando está mucho tiempo de pie, disminuye con el reposo y por las mañanas, despierta con rigidez de ambas articulaciones menor a 30 minutos. Sin embargo, menciona que hace 2 días el dolor se ha intensificado después de haber realizado mucha actividad por atender a sus nietos que se mudaron con ella recientemente. Paciente refiere que para ir a su casa debe subir escaleras en el cerro y baja a diario al mercado

Entre antecedentes de importancia, refiere que sufre de diabetes mellitus tipo 2 desde hace 4 años, en tratamiento con metformina 850mg dos veces por día. Último control de glucosa, un mes antes de la consulta actual con valor de 135mg/dL.

## EXAMEN FÍSICO

AREG, AREN, AREH

Funciones vitales: FC 95x'. FR 20x'. T° 36.5°C. PA150/90 mmHg, Sat: 97%

Peso: 70kg y Talla de 1.45cm

Piel y anexos: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos.

Aparato cardiovascular: presenta ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos audibles.

Tórax y pulmones: tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares y no hay presencia de ruidos agregados.



Abdomen: Es blando, depresible, no doloroso, presencia de ruidos hidroaéreos.

Rodillas: Sin signos de flogosis, dolor a la flexo-extensión en ambas rodillas y ligera crepitación femoropatelar.

Neurológico: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización.

#### DIAGNÓSTICOS

1. Obesidad Grado I
2. Diabetes Mellitus tipo 2 en tratamiento
3. D/C artrosis de rodilla bilateral

#### PLAN DE TRABAJO

- Se solicitan radiografía de rodilla bilateral
- Referencia a Hospital de mayor complejidad: diferido por falta de atención de la especialidad en hospital de referencia.

#### TRATAMIENTO

- Dieta hiposódica, hipoglicémica e hipocalórica
- Metformina 850mg 2 veces al día.
- Diclofenaco 75ml + Orfenadrina 30mg → intramuscular (IM) cada 24 horas por 3 días
- Continuar con Naproxeno 500mg condicionado a dolor intenso
- Se aconseja a la paciente evitar subir y bajar escaleras, no realizar actividades que demanden mucho esfuerzo, evitar estar de pie por tiempos prolongados.

## 1.2 Pediatría

### Caso clínico N°1

Este caso clínico nos muestra un niño de 3 años de edad que acude a la consulta en compañía de su madre, quien refiere que el menor presenta desde hace 3 semanas disminución de apetito y ha incrementado sus horas de sueño de 8 a 11 horas, negando tanto náuseas como vómitos.

Niega antecedentes de importancia.

## EXAMEN FÍSICO

AREG, AREN AREH

Funciones vitales: FR 15 x', FC 105 x', T° 36.3, PA: 115/80, SatO2 99%

Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, con un llenado capilar de <2 segundos, no presenta lesiones en piel, palidez ++/+++.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares y no hay ruidos agregados.

Abdomen: blando, depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, no doloroso a la palpación.

Neurológico: despierto, reactivo a estímulos externos, no signos meníngeos.

## DIAGNÓSTICO

1. Anemia por déficit de hierro.

## PLAN DE TRABAJO

- Dosaje de hemoglobina (resultado 10.8 gr/dl)

## TRATAMIENTO

- Jarabe de sulfato ferroso 16ml diarios.

## **Caso clínico N°2**

Tenemos a un niño varón de 7 años, el cual acude a la consulta acompañado de su madre quien refiere que menor presentó fiebre cuantificada de 38.2° hace 4 días y mucha congestión nasal, al día siguiente indica que le habían brotado lesiones en forma de vesícula pruriginosas en brazos y tórax.

La madre niega náuseas, vómitos y antecedentes de importancia.

## EXAMEN FÍSICO

ABEG, AREN AREH

Funciones vitales: FR 16 x', FC 95 x', T°: 37.8, PA 110/70, SatO2:99%

Piel y TCSC: tibia, hidratada, elástica, con un llenado capilar de <2 segundos, lesiones de forma de vesículas umbilicadas en base eritematosa pruriginosas en miembro superior y tórax anterior.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos regulares de buena intensidad.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares y no hay ruidos agregados.

Abdomen: blando, depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, no doloroso a la palpación.

Neurológico: despierto, reactivo a estímulos externos, no signos meníngeos.

## DIAGNÓSTICO

1. Varicela

## TRATAMIENTO

- Paracetamol 15mg/kg cada 8 horas por razones necesarias en el caso que hubiera fiebre o dolor.

### **Caso Clínico N°3**

Paciente varón de 7 años, sin antecedentes patológicos de importancia que acude acompañado por su madre al Centro de Salud Manylsa refiriendo que le cayó una piedra de aproximadamente 10 kilos sobre el tobillo derecho mientras jugaba con su hermano en la puerta de su casa aproximadamente 1 hora antes del ingreso. Actualmente tiene mucho dolor, 8/10 según la Escala Visual Analógica (EVA) en la zona afectada además de incapacidad para movilizarse.

Funciones biológicas: conservadas

Signos vitales: T°: 36.5°C, FC 90x', FR 15x', SpO2 99%

Examen físico:

AREG, AREN, AREH

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no signo de rebote.

Musculoesquelético: Pierna derecha: Piel tibia, elástica, hidratada. Solución de continuidad en tercio inferior de pierna derecha. Específicamente en tobillo, cara medial, en maléolo tibial, con exposición ósea además de escoriaciones circundantes y evidente sangrado. Inestabilidad a la bipedestación.

Neurológico: Escala de Glasgow: 15/15, LOTEP, no signos meníngeos.

## DIAGNÓSTICOS

1. Herida en pierna derecha
2. Fractura expuesta contaminada de tibia

## PLAN DE TRABAJO

- Limpieza de herida con solución salina NaCl (0.9%) a chorro.
- Asepsia con Yodopovidona en solución.
- Estabilizar fractura
- Referencia a centro de mayor complejidad por incapacidad de resolución.

### **Caso Clínico N°4**

Paciente varón de 3 años, sin antecedentes patológicos de importancia. La madre refiere que lleva 2 días con fiebre cuantificada de 39.5°C, acompañado de malestar general y baja de apetito. El niño refiere dolor en oído derecho e inclina la cabeza hacia el mismo lado. Dos días antes del inicio de la fiebre menciona que estuvo con un “resfriado” que remitió al momento de la consulta. Lo estuvo tratando solo con paracetamol en gotas para controlar la fiebre. Niega uso de antibióticos ni alergias a medicamentos.

Funciones biológicas:

Sueño, disminuido. Resto de funciones, conservadas.

Signos vitales: T° 38.5°C, FC: 110x', FR: 16x', SpO2: 99%

Peso y talla: 10kg, 90cm

Examen físico:

AREG, AREN, AREH. Niño conectado con el entorno, con fascie dolorosa.

Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Aparato respiratorio: Faringe congestiva, no presencia de placas blanquecinas en paladar.

Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados.

Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes presentes, no signo de rebote.

Otoscopía: Membrana timpánica abombada, no presencia o fuga de secreciones. Signo del trago (+).

Neurológico: Escala de Glasgow: 15/15, LOTEP, no signos meníngeos.

#### DIAGNÓSTICOS

1. Faringitis
2. Otitis media aguda

#### PLAN DE TRABAJO

- Amoxicilina 250mg/5ml: 225mg (5ml) cada 4 horas por 7 días
- Ibuprofeno: 10mg/kg/dosis, cada 8 horas

### 1.3 Cirugía General

#### Caso clínico N°1

El siguiente caso clínico nos muestra a un paciente varón de 38 años que acude a la emergencia por presentar dolor abdominal tipo cólico desde hace 1 día, dolor que inicia en el mesogastrio y que es de moderada intensidad, que en el transcurso del mismo el dolor migra hacia la fosa iliaca derecha al mismo tiempo se presenta con náuseas, vómitos y disminución del apetito, niega otros síntomas.

Niega antecedentes de importancia

#### EXAMEN FÍSICO

AREG, AREN AREH

Funciones vitales: PA: 120/80 FR: 20 FC: 65 T°: 37.2 SatO2:98%

Piel y TCSC: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos.

Aparato cardiovascular: presenta ruidos cardiacos rítmicos, de moderada intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No se auscultan ruidos agregados

Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha con una intensidad 7/10, no se palpan masas, signo de McBurney (+) y Blumberg (+)

Neurológico: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización.

#### DIAGNÓSTICOS

1. Síndrome doloroso abdominal
2. D/C apendicitis

#### PLAN DE TRABAJO

- Se solicita un hemograma
- Ecografía abdominal

#### TRATAMIENTO

- Apendicectomía laparoscópica

#### **Caso clínico N°2**

Se presenta a la emergencia un varón de 60 años de edad que refiere tener dolor abdominal a nivel del cuadrante superior derecho de morada intensidad desde hace 4 días, asociado a náuseas y vómitos biliosos en 4 oportunidades, también el paciente indica coloración amarillenta en escleras y disminución del apetito, niega otros síntomas.

Antecedente de importancia: Litiasis vesicular hace 3 años.

#### EXAMEN FÍSICO

AREG, AREN AREH

Funciones vitales: PA 130/80, FR 17, FC: 83, T°: 37.6, SatO2:98%

Piel y TCSC: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos, ictericia en conjuntiva.

Aparato cardiovascular: presenta ruidos cardiacos rítmicos, de moderada intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No se auscultan ruidos agregados

Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho con una intensidad 5/10, hay presencia de signo de Murphy (+)

Neurológico: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización.

#### DIAGNÓSTICO

1. Coledocolitiasis

#### PLAN DE TRABAJO

- Hemograma completo.
- Bilirrubinas directas e indirectas.
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

#### TRATAMIENTO

- Extracción de cálculos por CPRE
- Dieta hipograsa.

### **Caso clínico N°3**

Paciente varón de 29 años, de nacionalidad venezolana, acude a tópico de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, refiriendo dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad (9/10 según EVA) desde 5 días antes del ingreso. Al inicio era localizado en zona de epigastrio más se fue irradiando a todo el abdomen con los días. Refiere que el dolor aumenta con los alimentos, por lo que desde 2 días antes del ingreso no ingiere más que agua. Agregado a ello, refiere que en dos ocasiones presentó deposiciones oscuras con mal olor. Por último, refiere ingesta de diclofenaco hace 2 días, el cual no disminuyó el dolor.

Entre los antecedentes de importancia, menciona sufrir de gastritis crónica, hace ya más de 4 años, sin tratamiento.

Niega alergias a medicamentos.

Las funciones biológicas nos muestran:

- Apetito: disminuido
- Sueño: disminuido
- Orina: conservado
- Heces: al momento, conservado, pero menciona dos episodios de deposiciones oscuras color “brea”.
- Peso: sin alteraciones

### **EXAMEN FISICO**

AMEG, AMEH, AMEN. Fascie dolorosa.

Signos vitales: PA: 120/70 FR: 15 FC: 100 T°: 38.3 SatO2:98%

Piel y TCSC: Fría. Llenado capilar <2 segundos. Palidez marcada. Sequedad de mucosa oral.

Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad sin presencia de soplos.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no se auscultan ruidos agregados,

Abdomen: Depresible. RHA (+), doloroso a la palpación superficial y profunda difusa. Bloomberg (+)

Neurológico: LOTEPE, no signos meníngeos, no rigidez de nuca.

#### DIAGNÓSTICOS

1. Síndrome doloroso abdominal: D/C Peritonitis por perforación visceral.
2. Deshidratación moderada
3. D/C hemorragia digestiva alta
4. Síndrome anémico

#### PLAN DE TRABAJO

- Colocar vía endovenosa
- Se solicita exámenes de laboratorio pre-sop
- Radiografía de abdomen en bipedestación
- Riesgo quirúrgico
- Prueba serológica para COVID-19
- Radiografía de abdomen en bipedestación
- Tramadol 50mg SC STAT
- Antibioticoterapia: Ceftriaxona 1gr EV c/24h + Clindamicina 300mg EV c/8hr

#### REEVALUACIÓN CON RESULTADOS

Al momento de la reevaluación, el paciente persiste con dolor.

#### LABORATORIO

Hb: 8mg/dL, Leucocitos: 12 000, Neutrófilos: 55%, Bastones: 6%

PCR: 15gr/dL

Radiografía de tórax en bipedestación: Neumoperitoneo.

#### TRATAMIENTO

- Se programa pase a SOP de emergencia para LAPAROTOMIA EXPLORATORIA (LPE).

#### HALLAZGOS INTRASOP

Se le realizó al paciente una LPE con incisión mediana. Se halló un punto de sangrado en la primera porción del duodeno. Una úlcera duodenal, con bordes aún vitalizados por lo que se le realizó una rafia duodenal. Posterior a ellos, se hizo un lavado de cavidad y cierre de herida operatoria. Paciente pasó a URPA

Diagnóstico Post-SOP: Peritonitis generalizada: Perforación duodenal.

#### EVOLUCIÓN



Paciente no presenta complicaciones post operatorias y es dado de alta al quinto día.

#### **Caso clínico N°4**

Paciente varón 45 años, acude de urgencia al Centro de Salud Manylsa refiriendo 20 minutos antes del ingreso, se cortó el dedo mientras manipulaba una amoladora para remodelaciones caseras, claramente sin la protección necesaria. Cubrió la herida con una tela y acudió inmediatamente

Niega alergias a medicamentos.

#### **EXAMEN FISICO**

AREG, AREH, AREN.

Signos vitales: PA: 120/70 FR: 15 FC: 100 T°: 38.3 SatO2:98%

Neurológico: LOTEP, no signos meníngeos, no rigidez de nuca.

Primer dedo de mano izquierda: Solución de continuidad de +/-2cm, vertical, en zona de falange proximal, bordes limpios, con hemorragia evidente. No vasos visibles. No visible tejido óseo, muscular o tendinoso. No cuerpos extraños en la herida.

#### **DIAGNÓSTICO**

1. Herida de mano

#### **PLAN DE TRABAJO**

- Asepsia y antisepsia de la herida.
- Analgesia con anestésico local.
- Limpieza prolija de la herida
- Revisión y posterior sutura utilizando Seda negra 4/0 ya que es la única disponible en el centro de salud.

#### **TRATAMIENTO**

- Luego de culminar con sutura, se le deja indicado al paciente: Ibuprofeno 400mg c/12hr por 3 días; además de Dicloxacilina 500mg cada 6 horas por 5 días para prevenir la infección. Retiro de puntos el día 7.

## **1.4 Ginecoobstetricia**

### **Caso clínico N°1**

Presentamos el caso de una paciente mujer de 27 que indica que desde hace 6 días presenta prurito intenso a nivel vaginal acompañado de flujo abundante de color blanquecino y de tipo grumoso, niega dispareunia, también la paciente nos refiere presentar disuria, polaquiuria y tenesmo vesical desde hace 3 días, niega la presencia de fiebre.

Antecedentes: una menarquía a los 12 años de edad, un régimen catamenial 2-3/28, un inicio de relaciones sexuales a los 18 años de edad y el número de parejas sexuales es de 2.

### **EXAMEN FÍSICO**

AREG, AREN AREH

Funciones vitales: PA 100/80, FR 17, FC: 82, T°: 36 SatO2 98%

Piel y TCSC: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos, ictericia en conjuntiva.

Aparato cardiovascular: presenta ruidos cardiacos rítmicos, de moderada intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares.

No se auscultan ruidos agregados

Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación.

Genito-urinario: Puño percusión lumbar (PPL) izquierdo y derecho (-), puntos renoureterales (PRU) (-).

Neurológico: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización.

### **DIAGNÓSTICOS**

1. Vulvovaginitis.
2. Infección del tracto urinario (ITU)

### **PLAN DE TRABAJO**

- Hemograma.
- Examen completo de orina.

### **TRATAMIENTO**

- Clotrimazol 100mg óvulos cada 24 horas x 7 días.

- Cefalexina 500mg cada 8 horas x 7 días.
- Tomar abundante agua.

### **Caso clínico N°2**

Tenemos a una paciente mujer de 22 años de edad que acude al centro de salud por presentar desde hace 15 días dolor abdominal bajo a predominio de hipogastrio, el cual no es irradiado, pero si presenta dispareunia y un flujo vaginal grisáceo de mal olor.

Antecedentes personales: Menarquía a los 11 años de edad, un régimen catamenial 3-4/28, un inicio de relaciones sexuales a los 15 años y su número de parejas sexuales es de 5, G0P0.

### **EXAMEN FÍSICO**

AREG, AREN AREH

Funciones vitales: PA 100/70, FR 18, FR 80, T°: 36.5, SatO2 98%

Piel y TCSC: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos, ictericia en conjuntiva.

Aparato cardiovascular: presenta ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No se auscultan ruidos agregados

Abdomen: blando, presencia de ruidos hidroaéreos, depresible doloroso a la palpación profunda en hipogastrio no irradiado.

Genito-urinario: PPL izquierdo y derecho (-), PRU (-).

Neurológico: despierto, orientado en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización.

### **DIAGNÓSTICOS**

1. Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
2. ITU

### **PLAN DE TRABAJO**

- Hemograma completo.
- Examen completo de orina.
- Ecografía transvaginal.

### **TRATAMIENTO**

- Doxiciclina 100mg cada 12 horas x 14 días.

- Metronidazol 500mg cada 12 horas x 14 días.
- Ciprofloxacino 500 mg dosis única.
- Evaluación en 2 semanas.

### **Caso clínico N°3**

Paciente gestante de 15 años de edad que acude al HN2M por presentar desde hace 3 horas sangrado vaginal de regular cantidad (usó 3 toallas higiénicas) que incluye la presencia de coágulos. Además, refiere dolor pélvico de moderada intensidad (7/10 según EVA).

Antecedentes personales: Menarquía a los 14 años de edad, un régimen catamenial 5-6/28, un inicio de relaciones sexuales a los 13 años y su número de parejas sexuales es de 5, uso de ACO hasta hace 2 años, G1P1001.

Gestación actual: 14ss por fecha de última regla (FUR).

#### **EXAMEN FÍSICO**

AREG, AREN AREH

Funciones vitales: PA 100/60, FR 16, FC 98, T°: 36.5, SatO2 98%

Piel y TCSC: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos, ligera palidez.

Aparato cardiovascular: presenta ruidos cardíacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No se auscultan ruidos agregados

Abdomen: blando, depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio no irradiado.

Genito-urinario: PPL izquierdo y derecho (-), PRU (-).

Ginecoobstétrico: Altura uterina: 20cm, LCF: no se perciben. SPP: indiferente

Tacto vaginal: OCE entreabierto, dolor a la movilización de cérvix y anexos.

Hemorragia evidente.

Neurológico: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización

#### **DIAGNÓSTICOS**

1. Hemorragia del primer trimestre: D/C aborto vs enfermedad trofoblástica del embarazo
2. Síndrome de dolor abdominal

## PLAN DE TRABAJO

- Hemograma completo: Hemoglobina 10.9 g/L
- Exámenes Pre-SOP
- Examen completo de orina.
- BHCG cuantitativa: 144 293 UI/mL
- Ecografía transvaginal: se evidencia útero aumentado de volumen, sin feto en el interior. Se muestra masa heterogénea con múltiples espacios anecogénicos con imagen en “tormenta de nieve”.
- Radiografía de tórax

## DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

1. Enfermedad trofoblástica del embarazo: Mola hidatiforme

## TRATAMIENTO

- Legrado uterino

Control seriado de BHCG: 24-48 horas post evacuación, luego exámenes semanales hasta que se encuentren 3 veces seguidas <3 mUI/l.

## **Caso clínico N°4**

Paciente gestante de 20 años de edad que acude al HN2M por presentar desde hace 1 día sangrado vaginal escaso, a lo que se agrega dolor abdominal tipo contracción que ha ido en aumento con las horas.

Antecedentes personales: Menarquía a los 11 años de edad, un régimen catamenial irregular, un inicio de relaciones sexuales a los 16 años y su número de parejas sexuales es de 3, uso de anticonceptivos de barrera ocasionalmente, G2P0010.

Gestación actual: 10ss 5/7 por FUR.

## EXAMEN FÍSICO

AREG, AREN AREH

Funciones vitales: PA 120/70, FR 16, FC 89, T°: 36.5, SatO2 98%

Piel y TCSC: tibia, húmeda, elástica, llenado capilar <2 segundos, ligera palidez.

Aparato cardiovascular: presenta ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares. No se auscultan ruidos agregados

Abdomen: blando, depresible, presencia de ruidos hidroaéreos, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio no irradiado. Se perciben contracciones de 1/10 de +/+++ de intensidad.

Genito-urinario: PPL izquierdo y derecho (-), PRU (-).

Ginecoobstétrico: útero intrapélvico, LCF: no se perciben. SPP: indiferente

Tacto vaginal: OCE cerrado, dolor a la movilización de cérvix y anexos. A la especuloscopia, orificio externo cerrado, leves rastros de sangre.

Neurológico: despierta, orientada en tiempo, espacio y persona, no signos de focalización.

## DIAGNÓSTICOS

1. Hemorragia del primer trimestre: amenaza de aborto

## PLAN DE TRABAJO

- Hemograma completo
- Examen completo de orina.
- Ecografía transvaginal: Presencia de latidos fetales. No presencia de hematomas retrocoriales. Tamaño de útero adecuado para edad gestacional. LCN: 30mm. Longitud de cérvix: 25mm

## TRATAMIENTO

- Hidratación
- Progesterona vía vaginal por 5 días.

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

### **2.1 Hospital Nacional Dos de Mayo**

Centro hospitalario perteneciente al régimen del MINSA. Su origen se remonta hacia el año 1538 con la creación del Hospital Nuestra Señora de la Concepción, el primer Hospital del Perú, ubicado en el Jirón Conde de Superunda. Por motivo de aforo y frente a la creciente demanda de paciente, es trasladado en el año 1545 a los Barrios Altos bajo el nombre de Real Hospital de San Andrés. Este último fue sede del Primer Anfiteatro Anatómico y de la Real Escuela de Medicina de San Fernando, hasta que en el año 1868 aparece la epidemia de fiebre amarilla, motivo por el que el presidente Pedro Diez Canseco decreta la fundación y edificación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Seis años con 7 meses se tomó la construcción, siendo por fin inaugurado el 28 de febrero de 1875.

Definitivamente es un lugar emblema de la historia de la Medicina Peruana. Posterior a su fundación, el Hospital se mantuvo ocupado por fuerzas chilenas durante dos años, entre 1883 y 1885, en la Guerra del Pacífico. Sin embargo, el hecho más anecdótico y por el que más se le recuerda a este Hospital es, en el año 1885, el pase a la inmortalidad del estudiante de medicina Daniel Alcides Carrión, después de inocularse sangre contaminada de un paciente con *Bartonella bacilliformis*, permitiendo demostrar la unidad nosológica de la Fiebre de la Oroya y La Verruga Peruana, que posteriormente pasaría a llevar su propio apellido (2).

Actualmente es un centro de referencia nacional de categoría III-1, que cuenta con los departamentos de Medicina, Especialidades Médicas (incluidas Cardiología, Endocrinología, Nefrología, Gastroenterología, Salud Mental, entre otras), Cirugía, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Odontoestomatología, los mismos que se subdividen en servicios

especializados. El nosocomio cuenta con consulta externa ambulatoria, hospitalización y emergencia de todas sus especialidades (2).

Es sede docente de múltiples facultades de medicina a nivel nacional; y lo que lo convierte en una de las sedes más solicitadas, además de su historia, es el hecho que hasta aquí llegan pacientes con patologías altamente complejas de todas las regiones del país.

El internado médico en este nosocomio se realiza en los cuatro grandes departamentos: Cirugía General, Medicina, Ginecoobstetricia y Pediatría, tres meses por rotación, aspirando a obtener todas las competencias básicas necesarias para un buen desempeño profesional. Sin embargo, a causa de la suspensión de actividades en la sede docente, solo se culminaron los primeros dos meses y medio de la primera rotación; en el caso particular: Cirugía y Ginecoobstetricia.

## **2.2 Centro de Salud “Manylsa”**

Pertenece al distrito de Ate Vitarte, categorizado como un establecimiento de nivel I-3 y pertenece a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este, que forma parte de los 19 establecimientos que conforman la Unidad Básica de Gestión (UBG) Ate. El horario de atención regular es de 12 horas (8 am a 8 pm) de lunes a sábado y actualmente por la pandemia del COVID 19 se atiende en 2 áreas principalmente diferenciadas, separadas en áreas COVID como no COVID.

La zona de Manylsa es una de las 47 localidades asignadas al centro de salud, de los cuales tenemos entre Cooperativas de vivienda, AAHH, Asociaciones e Invasiones. Actualmente la población se encuentra en continuo crecimiento debido al posicionamiento de terrenos en cerros colindantes, por lo que abarca en su jurisdicción 9 localidades urbanas y 38 urbanas marginales, que acceden a la cartera de servicios ofertadas por el centro de salud, la cual tiene como principales características el carecimiento de servicios básicos como agua, desagüe y luz eléctrica.

Para el año 2020 la población asignada al Centro de Salud de Manylsa es de 38 727 habitantes, lo cual corresponde el 11% de la población total que correspondería a la Red Integrada de Salud Huaycán.



Dentro de los problemas de salud más importantes que hay en el centro de salud encontramos un porcentaje elevado de anemia en los niños y niñas menores de 36 meses de edad, así como también gestantes con anemia. Según la estadística, se atienden a 32 pacientes con tuberculosis sensible, 9 pacientes con tuberculosis multidrogorresistentes (MDR) y 02 pacientes con tuberculosis extremadamente resistente (XDR), al tener una importante cantidad de pacientes con estas patologías se requiere un equipo completo de atención integral que incluye atenciones de salud, exámenes de laboratorio e imágenes y finalmente tenemos a 14 pacientes con diagnóstico y control, los cuales son parte de la población vulnerable, pues existe un riesgo elevado por contagiarse debido al COVID-19.

Es importante mencionar que el centro de salud Manylsa desde quincena de marzo del 2020, en el cual se declaró la emergencia sanitaria ha sido catalogado como centro COVID, brindando atención en consulta médica, toma de pruebas moleculares, antigénicas y serológicas; así como seguimiento de los pacientes COVID. Durante el transcurso de la pandemia y solo considerando hasta el mes de diciembre de 2020, se han realizado un promedio de 1000 atenciones, habiéndose habilitado áreas tanto COVID como NO COVID por la misma emergencia, aun cuando previamente existían servicios que no tenían espacios propios asignados como los de nutrición, psicología y terapia física, además de farmacia y almacén que cuentan con espacios muy pequeños, dificultando el desarrollo de las actividades o almacenamiento.

El desarrollo de las actividades del internado médico, por todo lo ya mencionado, ha tenido que desarrollarse con muchas limitaciones. Por la categorización y baja complejidad no se desarrollan al 100% las capacidades teóricas y de medicina basada en evidencia para el manejo de cuadros clínicos que son más “graves”; así como también el poco uso de recursos tecnológicos que se tienen a disposición hace que no sea posible poder conocerlos y utilizarlos. Todo lo anterior, sumado a que está restringido el ingreso a “áreas COVID” por disposición del MINSA, el campo clínico queda aún más limitado.

Por otro lado, dentro de los beneficios que conlleva realizar parte del internado médico en el primer nivel de atención, se encuentra el poder conocer sobre el

manejo tanto de las enfermedades más prevalentes, lograr identificar factores de riesgo en los pacientes y asumir la capacidad de resolución con la que se cuenta para poder referir en el momento adecuado, además de conocer las estrategias de intervención sanitaria implementadas por el MINSA. Actividades muy similares a realizar en el futuro durante el SERUMS, el paso siguiente después de la obtención del Título de Colegiatura.

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### 3.1 Medicina Interna

Con respecto al primer caso clínico, al presentar alteraciones en la presión arterial y presentar sobrepeso (índice de masa corporal estimado de 27) sumado a la edad (59 años) que tiene el paciente, se debe solicitar un perfil hepático, lipídico, un hemograma completo y una glucosa al azar, ya que en este paciente es necesario evaluar la posibilidad de síndrome metabólico, el cual evaluaremos triglicéridos, perímetro abdominal, hipertensión arterial, glicemia y niveles de lipoproteínas de alta densidad (3).

Entonces el manejo de este paciente está en confirmar el diagnóstico de hipertensión arterial, descartar la coexistencia de un síndrome metabólico y dar tratamiento farmacológico como también no farmacológico, mediante la indicación de la dietas hiposódicas, hipoglúcidas e hipocalóricas, recomendamos seguir una dieta, actividad física de al menos 30 minutos los 7 días de la semana y restringimos el tabaco, de esta manera tratamos de que el paciente vuelva al peso ideal para su talla o en su defecto este no progrese a obesidad(4).

Por parte del tratamiento farmacológico, al considerar que estamos en el primer nivel de atención y hemos identificado presiones por encima de 130/80, proseguimos a dar tratamiento de acuerdo a la guía de práctica clínica del MINSA(4), es así que se le indicará un IECA O UN ARA II ya que estos están en el petitorio(5) y son los fármacos que evitan el remodelamiento cardiaco y los fármacos recomendados por la ACC/AHA(6), en nuestro caso por disponibilidad se indicó losartán 50mg por vía oral cada 12 horas.

Este primer caso clínico a simple vista parece un caso muy simple, sin embargo este es el ejemplo de cómo se debe manejar integralmente al

paciente pese a todas las limitaciones del primer nivel de atención, el descarte de síndrome metabólico en un paciente como el que presentamos es casi obligatorio al presentar 2 factores de riesgo claros es importante hacer su tamizaje, ya que esta predispone a diabetes mellitus tipo II como a cardiopatía isquémica(2), tampoco olvidar los efectos de la hipertensión arterial con respecto a la enfermedad cerebro vascular, hipertrofia ventricular izquierda, cardiopatía isquémica entre otros(6).

El segundo caso clínico presentado, aparentemente tenemos un caso de gastritis crónica, por lo que es obligatorio descartar una probable complicación como es la úlcera duodenal, la clínica está totalmente orientada hacia una gastritis, ya que presenta dispepsia asociada a reflujo gastroesofágico y que se presenta más por las mañanas.

El diagnóstico etiológico de las gastritis en su mayoría involucra al *Helicobacter pylori* (causa infecciosa), sin embargo, se tienen otras etiologías, las que podemos agrupar como infecciosas, autoinmunes, granulomatosas y las de etiología incierta(7).

La confirmación de nuestro diagnóstico se basará principalmente en la visualización endoscópica del tracto digestivo y la posterior toma de biopsia para el diagnóstico histopatológico(8), consideramos la biopsia en base a que el paciente sugiere un dolor urente el epigastrio.

Nosotros al estar en el primer nivel de atención y considerando que por la pandemia se han limitado tanto consultas externas como los procedimientos en segundo y tercer nivel de atención, decidimos comenzar tratamiento para la dispepsia y malestar estomacal que presenta el paciente, por este motivo es que se indica el omeprazol 20 mg cada 12 horas, ya que es el medicamento que tenemos disponible y que podrá aliviar los síntomas hasta que tengamos un diagnóstico más preciso con la endoscopia.

Además del tratamiento farmacológico se debe sugerir cambios en la dieta, consumir alimentos bajos en grasa y de fibra no digerible (9).

El tercer caso clínico nos muestra una situación relativamente nueva. A la consulta pueden llegar pacientes que padecieron de la COVID-19 un par de meses atrás; pero que aún persisten con alguna molestia o incomodidad. El COVID genera un estado proinflamatorio y además hiperglucémico, por lo que muchos pacientes necesitan incluso tratamiento con insulina durante el

proceso de la enfermedad (10). Esta señora en particular, previamente sin antecedentes, superó el cuadro agudo, pero a las semanas se fueron presentando síntomas propios de una diabetes mellitus tipo 2 propiamente dicho: polidipsia, polifagia, poliuria; por lo que se le pide un examen de glucosa en ayunas a repetirse en dos oportunidades. Lo ideal sería solicitarle un examen de tolerancia oral a la glucosa (11); sin embargo, en un centro del primer nivel de atención no se cuenta con esta prueba y el médico debe adaptarse para tener la capacidad de realizar el diagnóstico con los medios disponibles.

En el caso de la paciente, en ambas tomas presentaron niveles mayores a 125, confirmándose el diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2, probablemente, a consecuencia del COVID-19. Ante ello, lo que corresponde es darle tratamiento para su patología, además de explicarle que, una vez realizado el diagnóstico, debe tomar conciencia de su padecimiento, dejar en claro las complicaciones crónicas que podría sufrir si no controla su enfermedad (enfermedad renal crónica, retinopatía diabética, neuropatía diabética). También se le explica que no está en el peso ideal, tiene un grado de obesidad por lo que se le envía al servicio de nutrición dentro del mismo centro de salud para que pueda recibir la ayuda necesaria. Una vez iniciado el tratamiento con metformina de 850mg/día, se le solicitarán controles periódicos, cada 3 meses, para verificar la respuesta al tratamiento.

El último caso de esta rotación, también tiene lugar en el centro de salud del primer nivel. Suelen llegar a la consulta pacientes sobre todo adultos mayores, refiriendo dolores osteoarticulares. Muchas veces, esto va condicionado a su situación socioeconómica, muchos pacientes tienen que subir escaleras en los cerros a diario para ir a sus casas, se hacen cargo de sus nietos mientras los padres trabajan o incluso ellos mismos deben salir todos los días a trabajar. Por ello, sufren de muchas dolencias mecánicas, osteoartrosis o lumbalgias. En el caso expuesto, tenemos a una paciente con algunos de los factores de riesgo ya mencionados, lo cual, sumado a su avanzada edad, la predispone a sufrir (o que se agudicen) dolencias degenerativas.

Por la anamnesis y el examen físico, recalcando la rigidez matutina, que el dolor cede al reposo y el dolor a la flexo-extensión (12), se tiene una alta sospecha de osteoartrosis. Lo que corresponde es solicitarle una radiografía

de rodillas, la misma que muchas veces los pacientes no pueden solventarse por falta de medios económicos, con lo que se les podría referir a un hospital de mayor complejidad para los exámenes correspondientes y una evaluación por la especialidad; en este caso, traumatología. Sin embargo, con la coyuntura actual, muchas especialidades en el Hospital de Vitarte no se encuentran operativas; además que implicaría enviar a una persona vulnerable a un centro en donde hay alta carga viral de SARS-CoV2. Ante ello, se realiza el manejo en base a la sospecha clínica, iniciando con antiinflamatorios no esteroideos en combinación con un relajante muscular por vía intramuscular para aliviar el cuadro agudo, para después continuar con una terapia de mantenimiento condicional por vía oral. Esto, con la intención de mejorar la calidad de vida de la paciente hasta que sea viable enviarla al hospital de referencia.

### **3.2 Pediatría**

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2019, la prevalencia de anemia en niñas y niños de 6 a 35 meses de edad fue de 40.1%, obteniéndose un mayor porcentaje en el área rural (49,0%) que en el área urbana (36,7%) (13). La Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas, señala que el dosaje de hemoglobina o hematocrito para descartar anemia en los niños se realizará a partir de los 6 meses de edad, ya que es el momento en el cual ocurre un incremento fisiológico de las necesidades de hierro en el niño. En la norma técnica del MINSA se indican medidas de prevención y de tratamiento para un abordaje integral e intersectorial (14).

El primer caso nos describe a un niño con aparente anemia, ya que presenta hiporexia, sueño incrementado y en el examen físico palidez de mucosas, siendo el principal signo. El diagnóstico se realizará a través de una evaluación clínica y laboratorial. Clínicamente, es importante una adecuada anamnesis y un examen físico. A nivel laboratorial, es importante el dosaje de hemoglobina, tomando como referencia los valores establecidos por la OMS (ver anexo 1), el cual nos indica un valor  $\leq 10.9-10.0$  como anemia leve,  $9.9-7.0$ , moderada y,  $<7$ , severa (15). De acuerdo con el resultado se dará manejo preventivo o tratamiento.

El caso clínico nos describe a un menor de tres años de edad que obtiene como resultado 10.8 gr/dL, diagnosticándose una anemia leve. Por lo tanto, es importante la administración de tratamiento con sulfato ferroso en jarabe o de complejo polimaltosado férrico, la cual se administrará en dosis de 3 mg/Kg/día durante 6 meses continuos.

Para el manejo del paciente se indicó jarabe de sulfato ferroso, siguiendo la pauta planteada por el Ministerio de Salud. Además, es importante la consejería respecto a la importancia del consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro como sangrecita, hígado, bazo, pescado, para asegurar reservas de hierro y prevenir la anemia (14).

Si bien es cierto que gracias a los grandes esfuerzos impulsados por políticas públicas se han logrado disminuir los índices, está aún es prevalente y sigue constituyendo un problema de salud pública que afecta el desarrollo del niño. El menor del caso N°2 manifiesta lesiones vesiculares, sin embargo, días antes presento fiebre cuantificada y congestión nasal, como la mayoría de enfermedades exantemáticas nos indica un pródromo de resfrió o un cuadro catarral, por eso es importante diferenciarlo a través del tipo de exantema que causa. La varicela es una infección altamente contagiosa, ya que se transmite por vía respiratoria o contacto directo con las lesiones, es causada por la primoinfección del virus de la varicela-zoster (virus herpes humano 3). Se manifiesta al inicio con eritema máculo-papular, luego vesículas umbilicadas de distribución centripeta y evolución cefalocaudal, que en el transcurso de los días se costrifican. Se puede apreciar diferentes estadios de una lesión en una misma zona del cuerpo, denominándose pleomorfismo regional (16). El diagnóstico es clínico y epidemiológico, historia de contacto los últimos 21 días, lo último puede estar ausente, por ende, no descarta un brote.

El tratamiento en el primer nivel de atención se basa en sintomáticos si el paciente no tiene factores de riesgo para varicela complicada. Se indica antipiréticos orales, como paracetamol 10-15 mg/kg cada 8 horas; y, antihistamínicos para el manejo de prurito, como clorfenamina.

Se debe indicar al familiar del menor los signos de alarma, como:

- Fiebre persistente por más de 5 días o mayor a 39 °C.
- Si alrededor de la costra se presenta una zona eritematosa más grande que una moneda de 1 sol, indica probable infección cutánea.

- Dolor muy intenso en alguna parte del cuerpo que no calma con analgésicos.
- Dificultad para respirar (probable neumonía).
- Si presenta problemas para caminar o de equilibrio, cefalea intensa, vómitos, indica una complicación neurológica.

La complicación más frecuente es infección cutánea, como impétigo y celulitis; por lo tanto, además de darle sintomáticos es importante recomendarle al familiar del menor que debe mantener una adecuada higiene, bañándolo todos los días y cortándole las uñas para evitar excoriaciones (16).

Las enfermedades exantemáticas pese a tener un esquema nacional de vacunación en algunos lugares esta no se cumple y tenemos aún pacientes que acuden por las mismas, por lo que en la radica su importancia en la práctica diaria el conocer la clínica característica de estas para poder establecer bien los diferentes diagnósticos diferenciales que hay entre ellas.

Las fracturas expuestas en la población infantil comprenden más del 10% de ingresos a emergencia en hospitales (17), siendo el manejo necesario en centros especializados. Sin embargo, como en el caso presentado, el paciente acude al centro de salud más cercano y se le debe atender según el nivel de complejidad y capacidad de resolución. Según la Clasificación de Gustilo y Anderson para fracturas abiertas (18), sería considerada una fractura de Tipo IIIA, ya que el hueso tenía una adecuada cobertura perióstica a pesar de la lesión de tejidos blandos (solución de continuidad +/-5cm), ocasionado por un traumatismo de alta energía (caída de roca de 20 kilos sobre la articulación). Lo único que se le podía brindar al paciente al momento de la atención fue realizar una limpieza de la herida, con abundante cloruro de sodio (NaCl) para que, por arrastre, se intenten eliminar los residuos o bacterias presentes y estabilizar el miembro afectado. Mientras se realizaban estos procedimientos, se coordinaba la referencia con el hospital de referencia (Hospital de Vitarte) para su posterior atención. El paciente regresó 12 días después del accidente para curaciones posteriores. En esa oportunidad comentó que tampoco lo atendieron en el centro referido, sino más bien fue enviado al Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña, en donde fue sometido a una intervención quirúrgica y se le colocaron Kirschner. Acude al centro para curación de herida operatoria, en donde se observa buena cicatrización, sin eliminación de



secreciones y con estabilización de miembro inferior con ayuda de una férula de yeso. La evolución del paciente fue favorable, pero persiste al día de hoy con la fijación hasta su posterior evaluación y nueva intervención quirúrgica. En el último caso clínico, tenemos a un paciente con una de las patologías más frecuentes de consulta en niños, así como una de las primeras razones para la administración de antibióticos. (19). La otitis media aguda suele presentarse en niños en etapa preescolar, teniendo como principales factores de riesgo a la edad, la historia familiar de episodios similares, exposición al tabaco y esquemas de vacunación incompletos. Los agentes etiológicos más frecuentes incluyen al *S. pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Moraxella catarrhalis*. (20). El cuadro clínico del paciente es típico, presencia de fiebre alta, dolor en oído afectado, malestar general e incluso hipoacusia. Muchas veces el cuadro también es inespecífico y de difícil diagnóstico por el grupo etáreo en que se presenta la enfermedad. En el caso expuesto, el niño tenía los síntomas sugestivos además del antecedente de un “resfrío”, que podría asociarse con lo confirmado por la otoscopía. La patología puede controlarse y tratarse en el primer nivel de atención de manera inicial y supervisando la respuesta al tratamiento. Para este último, se utiliza la Guía de Práctica Clínica para niños menores de cinco años brindada por el MINSA, en donde se menciona el tratamiento antibiótico de primera línea con Amoxicilina 40mg/kg/día dividido en 3 tomas y adicional, manejo para el dolor con Ibuprofeno a dosis 10mg/kg/dosis, esperando la resolución del cuadro en aproximadamente 5 días. (21) Posterior al tratamiento brindado, el niño acudió para control, confirmando que el cuadro remitió y no presentaba mayor molestia al momento de la evaluación.

### **3.3 Cirugía General**

El caso N°1 nos describe a un varón que acude a emergencia por un cuadro de dolor abdominal como primer síntoma. El dolor es típicamente de naturaleza periumbilical con migración posterior al cuadrante inferior derecho a medida que avanza la inflamación, se agrega náuseas, vómitos e hiporexia; además, al examen físico se encuentra Blumberg positivo, lo cual nos indica irritación peritoneal (22). Un signo característico en la historia es McBurney positivo que es sugerente de apendicitis.

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, para ello se requiere un diagnóstico adecuado para una pronta intervención. La puntuación de Alvarado modificada es la herramienta más utilizada para identificar a los pacientes con apendicitis aguda con el fin de diferenciar otras causas de dolor abdominal. Se asigna una puntuación según sintomatología, signos y criterios laboratoriales (ver anexo 2). Por ejemplo, si se obtiene un puntaje menor a 4 es improbable que sea apendicitis, se deben evaluar para otros posibles diagnósticos; un puntaje  $\geq 4$  los pacientes deben ser evaluados más a fondo para detectar apendicitis (23). Se debe pedir un hemograma completo, en búsqueda de leucocitosis y desviación a la izquierda; además, se debería pedir imágenes para aumentar la especificidad de la evaluación diagnóstica, el gold estándar es la tomografía, pero en el Hospital Nacional Dos de Mayo primero se pide una ecografía abdominal, luego, si aún quedan dudas diagnósticas se indicará una tomografía.

El paciente obtuvo un puntaje de 6, por lo tanto, se solicitó exámenes de laboratorio y una ecografía abdominal, donde se encontró un apéndice con un diámetro de espesor de pared  $> 6$  mm, mayor ecogenicidad de la grasa periapendicular inflamada y líquido en el cuadrante inferior derecho.

Se decidió realizar una apendicetomía laparoscópica, pero antes de entrar a sala de operaciones se necesitan los riesgos quirúrgicos, se debe proceder con la menor demora posible para minimizar la posibilidad de progresión a perforación (24).

La apendicitis es una patología que requiere manejo quirúrgico, por eso, en los centros de primer nivel se deben identificar los pacientes que llegan con dolor abdominal a través de una adecuada anamnesis y un examen físico para que puedan ser derivados a un hospital de mayor complejidad.

El segundo caso relata la historia de un paciente con sospecha de coledocolitiasis, según la anamnesis y el examen físico. Debido a eso se deben hacer pruebas de laboratorio e imágenes, comenzando por obtener una ecografía transabdominal del cuadrante superior derecho. La coledocolitiasis ocurre en el 15 al 20 por ciento de los pacientes con colelitiasis. La mayoría de los cálculos biliares se formaron a nivel de la vesícula biliar y luego pasaron al conducto biliar común a través del conducto cístico (25).

El laboratorio debe constar de hemograma completo, en busca de leucocitosis (sugiere que puede haberse complicado con una colangitis aguda), enzimas pancreáticas (para evaluar si hay pancreatitis), perfil hepático y bilirrubina sérica.

Antes de indicar la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica preoperatoria (CPRE) como tratamiento, se debe pedir un estudio de imagen inicial menos invasivo y no somete al paciente a radiaciones ionizantes, como es la ecografía transabdominal para detectar la presencia de cálculos biliares, se podrá apreciar si hay una dilatación del conducto biliar común (25).

Los resultados de las pruebas de laboratorio y la ecografía transabdominal se utilizan para estratificar a un paciente como de alto riesgo, riesgo intermedio o bajo riesgo de tener coledocolitiasis (25).

El tratamiento de los pacientes con alto riesgo de tener cálculos en el colédoco procede a una CPRE para la extracción de cálculos, seguida de una colecistectomía (26). En el caso del paciente no se cuenta con los resultados de laboratorio, pero por el manejo se presume que tenía alto riesgo. En el Hospital Nacional Dos de Mayo los pacientes que requerían una CPRE eran referidos al Hospital Hipólito Unanue.

El tercer caso clínico nos presenta un paciente con síndrome abdominal de varios días de evolución, acudiendo a la emergencia bastante deteriorado, lo que nos da la oportunidad de apreciar una situación de alta sospecha de patología quirúrgica de emergencia. Por los antecedentes de gastritis crónica, agregada a consumo frecuente de antiinflamatorio no esteroideo (AINES) y los episodios de melena, se piensa como diagnóstico diferencial en una hemorragia digestiva alta, encabezando las posibilidades, la úlcera duodenal. Además, tanto esta última como la úlcera gástrica perforada, constituyen la segunda causa de peritonitis (27), coincidiendo con el cuadro del paciente y confirmándose con los hallazgos intraoperatorios. Lo importante para el interno es poder identificar la situación de emergencia y determinar que el manejo necesario es quirúrgico para en caso encontrarse en un lugar sin capacidad resolutive, refiera al paciente oportunamente antes de que se presenten complicaciones aún mayores.

Por último, el cuarto caso es una situación relativamente común entre las urgencias que llegan al Centro de Salud Manylsa; ello porque está ubicada en

una zona en expansión, hay distintos lugares que se encuentran en construcción y cuentan con trabajadores que muchas veces no cumplen con las medidas básicas de seguridad. Un ejemplo, es el uso de amoladoras para realizar cortes sin el uso debido de guantes, aun siendo estas máquinas extremadamente peligrosas por su capacidad de amputar miembros como los dedos o realizar cortes profundos en la piel. Al llegar el paciente al tóxico, se procede a una limpieza de la herida con solución salina o agua destilada, luego se verifican las características de la herida: bordes, profundidad, extensión, si existen vasos visibles o hemorragia que no se puede controlar, movilidad y sensibilidad del miembro afectado, etc. Evaluando estos parámetros se toma la decisión de continuar en el centro o referirlo a un hospital. Por ejemplo, en el centro de salud solo se cuenta con sutura seda negra, lo cual no permite realizar sutura en músculo, para lo cual necesitaríamos un Catgut crómico. En el caso presentado, milagrosamente la herida fue superficial, pudiendo ser solucionada en el centro, dejando al paciente con cobertura antibiótica y analgesia, además de incluir en el manejo la colocación de la vacuna contra la difteria y tétanos por el material con el que se realizó la herida.

### **3.4 Ginecoobstetricia**

El primer caso clínico nos muestra al motivo más frecuente de consulta ginecológica, el flujo vaginal. Si analizamos la clínica presentada en este caso, tenemos un flujo blanquecino grisáceo lo cual es sugestivo de una vulvovaginitis a esto se le agrega el prurito dónde completa prácticamente el diagnóstico, dentro del diagnóstico de las vulvovaginitis podemos incluir la medición del pH el cual mantendrá sus valores normales (4-4.5), también podemos hacer un test de hidróxido de potasio (KOH) en el que podemos observar las pseudohifas, mientras que el método de elección para el diagnóstico de Candidiasis según el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG por sus siglas en inglés) es el cultivo en medio Sabouraud (28).

Por motivos prácticos al estar en un centro de primer nivel de atención, tendríamos que aplicar lo que dice la norma técnica del MINSA para ITS(30), por lo que trataríamos el síndrome de flujo vaginal con sus tres principales

etiologías, entre las que están la vaginosis bacteriana, candidiasis y tricomoniasis, por lo que el tratamiento sugerido es dar metronidazol o clindamicina asociado a clotrimazol.

Sin embargo el tratamiento etiológico es el que manda, por lo que se opta por dar clotrimazol en óvulos como dicen las guías de ACOG(28) pero a su vez al sospechar de una ITU baja, de una cistitis se le aumenta cefalexina el cual no es lo sugerido, ya que los medicamentos de elección son nitrofurantoina o cotrimoxazol(29).

Mientras que el segundo caso clínico trata de la sospecha de un cuadro de EPI, por los factores de riesgo que presenta la paciente y el dolor en hipogastrio característico, por parte del flujo grisáceo de mal olor por lo que nos aproximaría más al diagnóstico, la guía de práctica clínica del MINSA(30), nos indica que ante el síndrome doloroso bajo, debemos pensar tanto cervicitis, endometritis y EPI, por lo que sugiere que indiquemos el siguiente esquema: ciprofloxacino + metronidazol + doxiciclina, ya que los tres cubrirán chlamydia, gonococo y los anaerobios.

Este es el esquema que se usó también en el caso clínico ya que al no contar con cultivo y no tener disponible otras pruebas para el diagnóstico etiológico, le nos aseguramos cubriendo los gérmenes más frecuentes, dicho sea de paso, también aseguramos que la paciente reciba al menos un tratamiento y así evitamos que no haga complicaciones a largo plazo.

Sin embargo, las últimas guías de enfermedades de transmisión sexual de la Centro de Enfermedades Contagiosas (CDC por sus siglas en inglés) (31), sugieren que el tratamiento sea en base al agente etiológico que produce la enfermedad, por lo que tendríamos que optar por cultivo para administrar el tratamiento, sin embargo la misma guía sugiere iniciar un tratamiento empírico, el cual incluye: doxiciclina + ceftriaxona, en lo que varía del esquema de dicta el MINSA, que sugiere dar ciprofloxacino, esta misma guía nos indica que debemos aumentar metronidazol en el caso que exista presencia de flujo, por lo que en nuestro caso también amerita.

Al analizar ambas guías encontramos similitudes en cuanto al manejo, por lo que podemos decir que las guías de práctica clínica en el primer nivel de atención quizá carezcan de evidencia actualizada, sin embargo, su uso es de gran utilidad por todos los motivos ya expuestos.

Los dos últimos casos hacen referencia a motivos de ingreso a emergencias de los hospitales de tercer nivel, las hemorragias durante el primer trimestre. Así tenemos el caso de la mola hidatiforme, sospechada desde el momento en que la paciente es atendida debido a la abundante cantidad de sangrado y la incongruencia de altura uterina con edad gestacional por tiempo de amenorrea. Como se sabe, esta degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, genera un aumento de tamaño del útero aún sin un feto viable en el interior (32). Para confirmar el diagnóstico, se utiliza la ultrasonografía, esperando encontrar un patrón característico “en racimo de uvas” o “bola de nieve”, tal como se menciona en la historia de la paciente (33). Una vez confirmado el diagnóstico, debido a la alta probabilidad de neoplasia trofoblástica, (34) se le debe realizar a la paciente la evacuación completa de la mola por legrado uterino y mantener un seguimiento constante de B-HCG para confirmar que no se hayan quedado restos en el interior.

El siguiente caso también se trata de una hemorragia en el primer trimestre, siendo de urgencia ya que está relacionada con la viabilidad del feto o posible pérdida de este. La paciente presentaba dolor tipo contracción, preocupante a esa altura de la gestación. Lo que determinó que sea catalogado como una amenaza de aborto y no un aborto en curso, fue que mantenía los orificios cervicales cerrados, además de la presencia de latidos fetales en la ecografía. Esta condición suele ser la más común, definida como el sangrado transvaginal antes de las 20 semanas de gestación, con un feto menor a 500gr, sin dilatación cervical y sin expulsión de producto (35). Dentro del manejo, lo primero es brindarle tranquilidad a la paciente, mantener una buena hidratación pudiendo colocar una vía periférica y esperar a que puedan disminuir las contracciones. Otro punto interesante es que la paciente tiene antecedente de una pérdida anterior y en la ecografía, presenta una longitud cervical límite. Ante ello, se le solicita que mantenga reposo absoluto y se le indica como tratamiento coadyuvante, la colocación de tabletas de progesterona por vía vaginal, ya que esta hormona inhibe las contracciones y tiene alta tasa de éxito en la prevención de abortos, tal como se menciona en un artículo de revisión disponible en la biblioteca Cochrane (36).

Es importante reconocer que cualquier hemorragia durante el primer trimestre o durante la primera mitad de la gestación es una situación de emergencia,

por la que se debe actuar rápidamente y buscar el origen o la causa de esta con la finalidad de cuidar el binomio madre-niño.

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

El internado médico 2020 fue muy atípico. De enero a marzo se desarrolló normalmente en las sedes hospitalarias siendo bastante productivo, en donde mejor se pudieron desarrollar las capacidades y habilidades clínicas, ya que al estar en hospitales de referencia, suelen llegar casos complejos y de mayor aprendizaje clínico, sumado al mayor campo clínico que nos permite un hospital, el estar en diferentes unidades en un mismo servicio contribuye enormemente a adquirir tanto experiencia como destreza, esto se complementa con el hecho de rotar con residentes de diversos años y de diferentes especialidades, hace que las múltiples dudas que se presenten puedan ser resueltas por ellos o por los médicos asistentes especialistas.

Sin embargo, tras la llegada de la pandemia, pasaron bastantes meses en los que había mucha incertidumbre, donde lo único que se quería era volver lo más antes posible a las sedes hospitalarias y el principal problema que se tuvo fue el cambio a centro de salud del primer nivel de atención, ya que la ubicación y el entorno de los centros de salud no era el mejor en cuanto a accesibilidad, sumado a esto el total desconocimiento de cómo es el mecanismo de la atención primaria de la salud que se desarrolla en los mismos.

Dentro del periodo de transición y adaptación hacía el primer nivel de atención surgieron muchas incógnitas, como el rol que íbamos a cumplir como internos de medicina en el mismo, ya que muchos centros de salud del primer nivel de atención no cuentan con un servicio de hospitalización ni tampoco con una unidad de partos, lo que dificultaría bastante el aprendizaje en dichas áreas, sumado a eso el hecho de que nos iban a acompañar en este camino médicos generales que nos dieron un enfoque más hacía la parte preventiva de las enfermedades y el tratamiento en aquellas que correspondan al primer nivel, refiriendo los casos complejos y de mayor relevancia académica a los



siguientes niveles de atención, a esto se agrega el hecho de medios tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento de ciertas patologías, quedaba totalmente limitado y sólo nos quedaba emplear el uso de los exámenes de laboratorio y radiografías como principales instrumentos diagnósticos, claro nunca olvidando la semiología que fue nuestro principal aliado en esta nueva normalidad del internado médico.

Dentro de las rotaciones se presentaron diferentes tipos de adversidades; por ejemplo, dentro de la rotación del área de medicina interna, el principal problema fue que al no contar con un servicio de hospitalización se limitó mucho la elaboración de una historia clínica integral, en la cual hay una anamnesis exhaustiva y una evaluación específica de cada sistema; además, a lo largo de la estadía hospitalaria del paciente se puede repasar y fijar conceptos teóricos importantes sobre la enfermedad que lo aqueja, se sigue la evolución del paciente, y se podía sugerir o preguntar acerca del abordaje terapéutico o diagnóstico y de esta manera poner al límite todas sus capacidades, y que mejor que el área de medicina interna en el que concatenan todos los sistemas en uno sólo, al tener limitado todo lo antes ya mencionado se trató de resolver cambiando el enfoque y entendiendo que tratar los problemas de salud menos complejo en el principal rol del médico general recién egresado y que acude al SERUMS, por lo que conocer las guías de práctica clínica que proporciona el MINSA fue de gran utilidad para este nuevo enfoque, el adaptarnos a los pocos recursos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de estas enfermedades y así evitar que estos lleguen innecesariamente a los siguientes niveles de atención.

Al comenzar el internado en el Hospital Nacional Dos de Mayo, en el área de Cirugía General no se tuvo mayores inconvenientes, ya que hubo una participación activa en las unidades de tópico de emergencia de cirugía, hospitalización de cirugía y sala de operaciones, desarrollando completamente las capacidades clínico quirúrgicas, como la práctica de suturas en pacientes por tópico de emergencia de cirugía, la evolución pre y post operatoria en el área de hospitalización y la identificación de problemas agudos quirúrgicos de emergencia para su resolución, también cabe resalta que dentro de sala de operaciones se pudo asistir de las cirugías

programadas, a través de la cámara laparoscópica como también el uso del electrocauterio, por lo que fue una experiencia productiva.

En el área de Pediatría también se cambió el enfoque básicamente en prevenir problemas aún prevalentes como la anemia infantil o problemas comunes como las enfermedades exantemáticas, infecciones virales simples, entre otras, sin embargo, el no tener un servicio de emergencias pediátricas como el hecho que en el centro de salud no haya especialista, se limitó mucho el campo clínico como también las dudas teóricas que no pudieron ser consultadas o resueltas.

En las rotación de Gineco- Obstetricia la adversidad más grande fue en el centro de salud no contaba con una sala de partos, por lo que no se tuvo la oportunidad de poder atender partos, lo cual si es un punto en contra de las rotaciones en el primer nivel de atención, a esto se le agrega que el no contar con un especialista tampoco se podía realizar de forma adecuada el screening clínico del cáncer de cérvix y mama, por lo que dentro del cambio del enfoque se trató de orientar la atención en los controles prenatales y planificación familiar, como también en la aplicación de las diversas guías de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

## CONCLUSIONES

- El internado médico es la etapa más importante en la formación del médico cirujano, por lo que se debe garantizar su aprendizaje pese a las adversidades que se presentaron por la actual pandemia.
- El nuevo enfoque del internado médico traerá repercusiones en el desenvolvimiento profesional en los próximos años, por lo que debemos estar expectantes para tomar decisiones a futuro con respecto a la formación de médicos cirujanos del país.
- No contar con especialistas en el primer nivel de atención limita el aprendizaje del interno.
- El internado médico no debe llevarse a cabo en su totalidad en el primer nivel de atención ya que especialidades como gineco-obstetricia, pediatría y cirugía general necesitan de un campo clínico mucho más grande para que el interno de medicina humana pueda desarrollar el máximo de sus capacidades.
- La falta de áreas como hospitalización y emergencia, limita el aprendizaje clínico y de correlacionar conceptos teóricos de enfermedades con la aplicación de medicina basada en evidencia para las mismas.
- El internado médico podría tener beneficios al conocer el primer nivel de atención, ya que se conoce las estrategias de intervención sanitarias implementadas por el MINSA, como, inmunizaciones; prevención y control de enfermedades metaxénicas; prevención y control de la tuberculosis; prevención y control de daños no transmisibles y prevención y control de infecciones de transmisión de sexual y VIH – Sida, identificando sus fortalezas y debilidades con miras hacia el SERUMS.

## RECOMENDACIONES

- El internado médico no debe ser realizado exclusivamente en el primer nivel de atención, por lo que se necesitan sedes hospitalarias para no perjudicar su aprendizaje y si es que no se pudiera volver a corto o mediano plazo a los hospitales se sugiere considerar las rotaciones en las mismas, sobre todo en las áreas de cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría, áreas en las que el primer nivel de atención no cuenta con capacidad resolutive.
- Las especialidades de Cirugía General y Gineco-Obstetricia al ser especialidades clínico-quirúrgicas necesitan obligatoriamente un desarrollo en el segundo y tercer nivel, por lo que se sugieren cambios en cuanto a la distribución de rotaciones y sedes.
- Al no poder garantizar el no contagio de COVID-19 en los centros de salud del primer nivel de atención, se sugiere que el MINSA y las universidades a cargo de los internos otorguen equipos de protección personal y se hagan cargo de la vacunación contra la COVID-19 con el fin de salvaguardar la salud de los mismos.
- Se recomienda garantizar un estipendio para todos los internos que vayan al primer nivel de atención, ya que la accesibilidad y localización de los mismos tiene con alto costo para el interno.
- Se necesitan más trabajos de investigación para generar una evidencia más sólida acerca de la experiencia del internado médico en el primer nivel de atención.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Decreto de Urgencia N° 008-2020-MINSA [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
2. Hospital Nacional Dos de Mayo. [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <http://hdosdemayo.gob.pe/portal/>
3. Grundy SM, Brewer HB, Cleeman JI, Smith SC, Lenfant C, American Heart Association, et al. Definition of metabolic syndrome: Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation*. 27 de enero de 2004;109(3):433-8.
4. Resolución Ministerial N° 491-2009-MINSA [Internet]. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/246435-491-2009-minsa>
5. DIGEMID [Internet]. [citado 12 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/Main.asp?Seccion=686>
6. Whelton Paul K., Carey Robert M., Aronow Wilbert S., Casey Donald E., Collins Karen J., Dennison Himmelfarb Cheryl, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 1 de junio de 2018;71(6):e13-115.
7. Dixon MF, Genta RM, Yardley JH, Correa P. Histological classification of gastritis and *Helicobacter pylori* infection: an agreement at last? *The*

International Workshop on the Histopathology of Gastritis. *Helicobacter*. julio de 1997;2 Suppl 1:S17-24.

8. Laine L, Cohen H, Sloane R, Marin-Sorensen M, Weinstein WM. Interobserver agreement and predictive value of endoscopic findings for *H. pylori* and gastritis in normal volunteers. *Gastrointest Endosc*. noviembre de 1995;42(5):420-3.

9. Rao AS, Camilleri M. Review article: metoclopramide and tardive dyskinesia. *Aliment Pharmacol Ther*. enero de 2010;31(1):11-9.

10. Paz-Ibarra J. Manejo de la diabetes mellitus en tiempos de COVID-19. *Acta Med Peru*. 2020;37(2):176-85. DOI: <https://doi.org/10.35663/amp.2020.372.962>

11. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ENT -- Lima: Ministerio de Salud; 2016

12. Álvaro Pérez M. Diagnóstico. Historia y examen físico. *Aten Primaria*.2014;46 Supl 1:18-20. DOI: 10.1016/S0212-6567(14)70039-3

13. Desarrollo Infantil Temprano en niñas y niños menores de 6 años de edad – ENDES 2019 [Internet]. [citado el 16 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1735/Libro.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1735/Libro.pdf)

14. Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas: NTS N°134-MINSA/2017/DGIESP

15. Organización Mundial de la Salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, 2011. [Internet] [citado el 16 de abril de 2021] Disponible en: <https://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin/es/>

16. Coker TR, Chan LS, Newberry SJ, et al. Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children: a systematic review. *JAMA* 2010; 304:2161.

17. Kaur R, Morris M, Pichichero ME. Epidemiology of Acute Otitis Media in the Postpneumococcal Conjugate Vaccine Era. *Pediatrics* 2017; 140.

18. Guía de práctica clínica para niños menores de cinco años. Dirección de salud I Callao. 2008. [Internet] [citado 17 de abril de 2021] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3347.pdf>
19. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la varicela. Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2018. [Internet] [citado el 17 de abril de 2021] Disponible en: <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2018/rd/rd-030-2018.pdf>
20. López-Tello JA, Torres-Fernández BJ, Escalona-Reynoso NG. Patrón de prescripción en el manejo de las fracturas expuestas tipo I de antebrazo en pediatría. Acta ortop. mex [revista en Internet]. 2017 feb [Citado el 20 abril del 2021]; 31(1): 40-47. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2306-41022017000100040&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022017000100040&lng=es)
21. Castro López K. Fracturas expuestas: abordaje inicial. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII (619) 347 - 350, 2016
22. Lee SL. Computed Tomography and Ultrasonography Do Not Improve and May Delay the Diagnosis and Treatment of Acute Appendicitis. Arch Surg. 1 de mayo de 2001;136(5): 556.
23. Martin R, Kang S. Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation [Internet]. UpToDate [ citado el 20 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=escala%20de%20alvarado&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=escala%20de%20alvarado&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
24. Baird DLH, Simillis C, Kontovounisios C, Rasheed S, Tekkis PP. Acute appendicitis. BMJ. 19 de abril de 2017;357: j1703
25. Hermann RE. The spectrum of biliary stone disease. Am J Surg. septiembre de 1989;158(3):171-3
26. Williams E, Beckingham I, El Sayed G, Gurusamy K, Sturgess R, Webster G, et al. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut. mayo de 2017;66(5):765-82.
27. Fatah Bandpeyi B, Fatahi Bandpey M, F Olimpiu Lenghel F, Utrillas Martínez, A, López Soler E. Neumoperitoneo bilateral en un paciente con úlcera duodenal perforada. Hospital Obispo Polanco, Teruel.

28. Paavonen JA, Brunham RC. Vaginitis in Nonpregnant Patients: ACOG Practice Bulletin Number 215. *Obstet Gynecol.* mayo de 2020;135(5):1229-30.
29. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, Wullt B, Colgan R, Miller LG, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 1 de marzo de 2011;52(5): e103-120.
30. Resolución Ministerial N° 263-2009-MINSA [Internet]. [citado 16 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/246761-263-2009-minsa>
31. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015 [Internet]. [citado 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>
32. Orostegui S, Arenas Y, Galindo L. Enfermedad trofoblástica gestacional. *Rev Med UNAB.* 2008; XI(2):140-8.
33. Usandizaga JA, Fuente P. Enfermedad Trofoblástica Gestacional. En: Usandiaga JA. *Obstetricia y Ginecología.* Madrid: Marbán; 2010. p. 285-9
34. Lascano Pizarro TS. Comportamiento de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en pacientes expuestas a Químicos Textiles admitida en el Hospital Básico Pelileo. [Tesis]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato-Escuela de Medicina; 2014
35. Viridiana López Butanda, A. L. (2016). Amenaza de aborto. Hospital Beneficencia Española de Puebla.
36. Wahabi HA, Fayed AA, Esmaeil SA, Bahkali KH. Progestogen for treating threatened miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 8. Art. No.: CD005943. DOI: 10.1002/14651858.CD005943.pub5.



## ANEXOS

### Anexo 1

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

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
	Severa	Moderada	Leve	
Niños				
Niños Prematuros				
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
Niños Nacidos a Término				
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
Adolescentes				
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
Mujeres Gestantes y Púerperas				
Mujer Gestante de 15 años a más (*)	< 7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	≥ 11.0
Mujer Púérpera	< 8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	≥ 12.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra. 2011 <sup>(26)</sup>

Fuente: OMS. 2001. El uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, trauma y quemaduras. Ginebra <sup>(26)</sup>

(\*) En el segundo trimestre del embarazo, entre la semana 13 y 28, el diagnóstico de anemia es cuando los valores de hemoglobina están por debajo de 10.5 g/dl

## Anexo 2

### Modified Alvarado score for diagnosis of appendicitis

Feature	Point
Migratory right lower quadrant pain	1
Anorexia	1
Nausea or vomiting	1
Tenderness in the right lower quadrant	2
Rebound tenderness in the right lower quadrant	1
Fever >37.5°C (>99.5°F)	1
Leukocytosis of white blood cell count >10 x 10 <sup>9</sup> /liter	2
<b>Total</b>	<b>9</b>

Score of 0 to 3 indicates appendicitis is unlikely and other diagnoses should be pursued. Score of  $\geq 4$  indicates that the patient should be further evaluated for appendicitis.

C: centigrade; F: fahrenheit.

*Modified from: Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. Ann Emerg Med 1986; 15:557.*

UpToDate®