



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO DE SALUD DE PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN TRÉBOL AZUL – DICIEMBRE 2020 AL
ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAREL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**MC-BRYAM LWIS SEIJAS HIDALGO
ASHLEY GIANELLA VALDIVIEZO SERNADES**

ASESOR

MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO

**LIMA, PERÚ
2021**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO DE SALUD DE PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN TRÉBOL AZUL – DICIEMBRE 2020 AL
ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MC-BRYAM LWIS SEIJAS HIDALGO
ASHLEY GIANELLA VALDIVIEZO SERNADES**

**ASESOR
MG. JULIO CESAR LUQUE ESPINO**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. Jorge Luis Herrera Quispe

Miembro: M.E. Felipe Santiago Tolentino Valladares

Miembro: M.E. Hugo Ortiz Souza

DEDICATORIA

El presente trabajo es dedicado para nuestros padres que estuvieron presentes durante todo el desarrollo de la formación académica, siendo ellos nuestras principales fuentes de inspiración y los que nos guiaron en todo este tiempo librándonos de todos los obstáculos dándonos sostén emocional y económico.

También es importante mencionar a nuestros hermanos que siempre estuvieron para arrancarnos sonrisas en los momentos que representaron más estrés en la carrera.

Final mente queremos dedicar este logro a todas las amistades que construimos durante la carrera y nos brindaron su apoyo e hicieron este proceso más ameno y fácil.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Asbtract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 CASOS CLÍNICOS DE CIRUGÍA	1
1.1.1 Caso N°1	1
1.1.2 Caso N° 2	2
1.1.3 Caso N°3	3
1.1.4 Caso N°4	4
1.2 CASOS CLÍNICOS DE GINECO-OBSTETRICIA.	5
1.2.1 Caso N°5	5
1.2.2 Caso N°6	6
1.2.3 Caso N°7	7
1.2.4 Caso N°8	8
1.3 CASOS CLÍNICO DE PEDIATRÍA.	9
1.3.1 Caso N°9	9
1.3.2 Caso N°10..	9
1.3.3 Caso N°11	10
1.3.4 Caso N°12	11
1.4 CASOS CLÍNICOS DE MEDICINA INTERNA	12
1.4.1 Casi N°13	12
1.4.2 Caso N°14	12
1.4.3 Caso N°15	13
1.4.4 Caso N°16	14

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	16
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.	18
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	24
CONCLUSIONES	27
RECOMENDACIONES	28
FUENTES DE INFORMACIÓN.	29
ANEXOS	34
1. Escala de Alvarado	35
2. Tratamiento para anemia	36

RESUMEN

En el presente informe se relata la historia del internado de medicina y su importancia para la formación del médico, las ventajas y desventajas de su desarrollo en el primer nivel de atención, siendo el nivel hospitalario un refuerzo de este; también se comenta sobre algunas recomendaciones hacia promociones futuras que realicen esta etapa en el primer nivel de atención; se mencionan los obstáculos que genera la pandemia en la comunidad de ciencias de la salud, específicamente en los alumnos del último año de la carrera de medicina. Además, se presentan los casos clínicos de algunos de los temas más relevantes de cada servicio, siendo en cirugía la apendicitis y la litiasis vesicular, relatando casos complicados y no complicados; en ginecoobstetricia se exponen casos de aborto y bacteriuria asintomática las cuales son enfermedades de gran prevalencia en esta población; en pediatría se mencionan casos de asma, neumonía y anemia ya que estas son problemas de salud pública en nuestro país; y por último en medicina interna se habla de la diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensión arterial enfermedades muy prevalentes en el primer nivel de atención. Por otro lado, se comenta sobre el tratamiento de cada patología y la comparación entre la práctica en cada establecimiento de salud y el manejo según las guías presentadas por las entidades rectoras como el MINSA y los hospitales de referencia. Finalmente se concluye que, en términos generales, es evidente la importancia de las prácticas preprofesionales en las ciencias de la salud, ya que brinda la experiencia necesaria para una buena atención al paciente.

ABSTRACT

This report tells the history of the medical internship and its importance for the training of the doctor, the advantages and disadvantages of its development in the first level of care, the hospital level being a reinforcement of this; It also comments on some recommendations for future promotions that carry out this stage at the first level of care; The obstacles generated by the pandemic in the health sciences community are mentioned, specifically in the students of the last year of the medical career. In addition, the clinical cases of some of the most relevant issues of each service are presented, appendicitis and gallstones in surgery, reporting complicated and uncomplicated cases; in obstetrics and gynecology, cases of abortion and asymptomatic bacteriuria are exposed, which are highly prevalent diseases in this population; in pediatrics cases of asthma, pneumonia and anemia are mentioned since these are public health problems in our country; and lastly, internal medicine talks about diabetes mellitus, dyslipidemia and high blood pressure, very prevalent diseases in the first level of care. On the other hand, it is commented on the treatment of each pathology and the comparison between the practice in each health establishment and the management according to the guidelines presented by the governing entities such as the MINSA and the reference hospitals. Finally, it is concluded that, in general terms, the importance of pre-professional practices in health sciences is evident, since it provides the necessary experience for good patient care.

INTRODUCCIÓN

El internado médico se instauró por primera vez en el Perú en el siglo XIX bajo el nombre de “escuela práctica de medicina y cirugía”. El internado médico como se conoce actualmente inició el 1 de enero del 2004 donde la comisión de readecuación del cronograma de internado de las facultades de medicina del Perú logró que todas las facultades de Medicina tengan un calendario común de internado. (1,2)

El inicio del internado médico fue en el Hospital de Vitarte, un hospital de categoría II-1, el cual tiene como población a los distritos de Ate, Santa Anita, Lurigancho, El Agustino y La Molina. (3)

De acuerdo con el reglamento general de internado hospitalario en ciencias de la salud de dicha institución, se incluyen actividades académicas, las cuales constan de seminarios, presentación de casos y revista de revista; actividades asistenciales, en las cuales el interno tiene contacto directo e indirecto con el usuario; investigación científica, de acuerdo con la realidad sanitaria de la población; trabajo comunitario y proyección social. Estas actividades se realizan en las 4 principales especialidades: medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría. (4)

Estas prácticas clínicas constan de un periodo de 12 meses, teniendo como inicio oficial el 1 de enero de cada año, pero con introducciones previas 6 días antes de esta fecha; y culmina el 31 de diciembre del mismo año. Durante este periodo tiempo se rotan durante tres meses por cada una de las especialidades antes mencionadas, las cuales a su vez se dividen en tres departamentos: emergencias, consulta externa y hospitalización.

El 1 de enero del 2020 se inició el internado medico con la rotación de cirugía la cual fue desarrollada satisfactoriamente en los tres departamentos; sin embargo, días antes de culminar esta rotación, el 06 de marzo, se anunció el primer caso de COVID-19 en el Perú, y posteriormente, el 15 de marzo se

declaró al país, por medio del decreto supremo N° 044-2020-PCM; 2020, en estado de emergencia y se inició una medida de protección a la población, cuarentena, motivo por el cual se suspendieron las actividades académicas en los hospitales, dejando a los internos sin prácticas clínicas. (5,6)

El día 03 de agosto del 2020 mediante el decreto de urgencia N° 090-2020, se determina la “reanudación progresiva de las actividades de los internos de las ciencias de la salud, a partir del 15 de agosto del 2020”, en este decreto también se refiere que durante la vigencia de la emergencia sanitaria los internos tienen derecho a una remuneración equivalente a “sueldo mínimo vital, 930 soles”, seguro de salud, seguro de vida y ser registrados en el “registro nacional de personal de salud” (7)

El 14 de agosto de 2020 mediante la resolución ministerial N° 622-2020-MINSA se aprueba el documento técnico: “lineamiento para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N° 090-2020”, en el cual se indica los requisitos mínimos para el inicio del internado médico, y entre ellos el más importante: los internos serán contratados por el ministerio de salud en los campos de establecimientos de salud I-3 y I-4 del primer nivel de atención. (8)

El desarrollo de las actividades de los internos se realizará bajo el régimen de 15 de asistencia continua y 15 días de descanso en áreas no COVID, teniendo un horario de 7 a 13 horas de lunes a sábados y guardias de 7:00 am a 19:00 pm, con un máximo de dos por mes.

Debido a la coyuntura y a la cantidad de solicitudes de plazas en el primer nivel de atención, los documentos para la contratación de internos, fue retrasada hasta el 01 de diciembre, fecha en la cual mediante la resolución directoral N° 539-2020 OGGRH MINSA se consiguió plaza para 184 internos de medicina en Diris Lima-Sur, dentro del cual se brindaron 7 plazas para el Centro de Salud Trébol Azul, del cual se formó parte. (9)

Previo a la reanudación del internado la Universidad San Martín de Porres brindó asesoría sobre bioseguridad y uso de equipo de protección personal, a aquellos internos que se incorporarían a esta nueva etapa.

Se reanudó el internado en un centro de salud del primer nivel de atención categoría I-3, el centro de salud Trébol Azul, ubicado a la altura del km. 15 de

la carretera panamericana sur, el cual atiende principalmente consultas externas de pacientes con enfermedades crónicas y urgencias médicas. (10) En este establecimiento se realizaron actividades como: consultorio externo, guardias en urgencias y asesoría nutricional, sobre todo para el diagnóstico y prevención de anemia en niños < 5 años. Estas actividades se realizaron siempre de la mano de la asesoría del tutor a cargo y del resto del personal de salud del establecimiento.

Además de lo antes mencionado, se realizaron rotaciones externas en el hospital vitarte en las especialidades de gineco-obstetricia y pediatría, los meses de noviembre 2020 y enero 2021, pasando por los tres departamentos y realizando exposiciones de patologías más frecuentes de cada especialidad. Todo lo anterior ayudo a reforzar los conocimientos previos y adicionar experiencia sobre manejo de paciente de cada rotación.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico corresponde al último año de la carrera de medicina humana en el que se integran y consolidan los conocimientos aprendidos a lo largo de los ciclos previos; en el cual se permite la participación activa del interno de medicina en el manejo de pacientes, teniendo como finalidad la adquisición de experiencias significativas para detectar posibles riesgos, aplicación de prevención primaria, diagnóstico clínico, tratamiento y la capacidad de rehabilitar a paciente con enfermedades más prevalentes en el país. (11)

Durante el periodo académico del internado 2020-2021, se realizaron actividades de las 4 principales especialidades, siendo los casos clínicos la principal fuente de aprendizaje. Los casos más relevantes fueron:

1.1 CASOS CLÍNICOS DE CIRUGÍA

1.1.1 Caso N°1

Paciente mujer de 24 años con peso: 66 kg, talla: 1.70 mts e IMC: 23.11, procedente de Lima – Vitarte con un tiempo de enfermedad de 2 días de inicio insidioso y curso progresivo, ingresa a emergencias por presentar dolor en el hemiabdomen inferior, focalizado en fosa iliaca derecha, deposiciones líquidas y sensación de alza térmica.

Funciones biológicas: Apetito: disminuido, Sed: conservada, Orina: conservada y Heces: líquidas (5 cámaras). Antecedentes: niega relaciones sexuales en los últimos 2 meses, FUR: hace 6 días, niega enfermedades y medicación habitual.

Al examen físico: regular estado general, buena hidratación y buen estado de nutrición, T: 37.4°C, PA: 110/80 mmHg, FC: 90 lpm, FR: 20 rpm; tórax y pulmón: tórax simétrico con buena amplexación, murmullo vesicular pasa bien

ambos hemitórax, no ruidos agregados; cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, no soplos; abdomen: blando/depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel del hemiabdomen inferior, acentuado en cuadrante inferior derecho (intensidad 7/10), signos de Blumberg positivo.

Exámenes de laboratorio: Hemograma: Leucocitos: $21.110 \times \text{mm}^3$, Plaquetas: $276.000 \times \text{mm}^3$, Hemoglobina: 15.3 gr/dl, Hematocrito: 44%, bastonados: 00%, segmentados: 87%, linfocitos: 05%; Bioquímica: creatinina: 1.15 mg/dl, urea: 34 y glucosa: 117 mg/dl.

Estudios de imagen: Ecografía: no líquido libre en cavidad al momento del examen, imagen tubular aperistáltica con dolor a la compresión en fosa iliaca derecha y aumento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica. Signos sugestivos de proceso apendicular agudo.

Para el diagnóstico clínico y de laboratorio se usó la escala de Alvarado donde se observó un puntaje de 7/10, teniendo como positivo a: anorexia, den fosa iliaca derecha, Blumberg, leucocitosis y desviación izquierda; todo ello junto a la ecografía y al criterio médico llevo al diagnóstico de Apendicitis aguda no complicada (12).

1.1.2 Caso N° 2

Paciente varón de 65 años con peso de 64kg, talla 1.60 mts e IMC 25 procedente de lima – vitarte con un tiempo de enfermedad de 3 días de inicio insidioso y curso progresivo, ingresa a emergencia por presentar náuseas, vómitos, sensación de alza térmica y dolor abdominal difuso 4/10; paciente refiere que 13 horas antes del ingreso el dolor aumenta 8/ 10, por lo cual se automedica con “buscapina” pero el dolor no disminuye.

Funciones biológicas: apetito disminuido, sed disminuida, orina conservada, deposiciones hace 2 días blandas sin moco ni sangre coloración marrón. Presenta antecedente de asma y prostatectomía hace 3 años.

Al examen físico paciente en aparente regular estado general, orientado en tiempo espacio y persona, T: 36.6°C, PA: 126/59, FC: 83 lpm, FR: 18 rpm, Glasgow 15/15 mal estado de hidratación y regular estado de nutrición; tórax excavado simétrico sin cicatrices, murmullo vesicular para bien en ambos hemitórax sin ruidos agregados, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia en el examen físico presenta; abdomen distendido con

resistencia muscular y dolor a la palpación superficial y profunda, con cicatriz infraumbilical de 10 cm aproximadamente, ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad y frecuencia, Blumberg (+), Rovsing (+), Mc Burney (+).

Se realizaron los siguientes exámenes, creatinina 1.48, glucosa 140, urea 81; electrolitos: cloro 103 mEq/L, sodio 139 mEq/L, potasio 4.2 mEq/L; hemograma: leucocitos: 8.960 x mm³, plaquetas: 207.000 x mm³, hemoglobina: 14.9 gr/dl, hematocrito: 44%, abastionados: 00%, segmentados: 87%, eosinófilos: 00%, basófilos: 00%, monocitos: 07%; ecografía: en fosa iliaca derecha se aprecia asa intestinal a peristáltica, no compresible, doloroso a la ecopresión, que mide 12 mm de diámetro anteroposterior, no masa ni colecciones, no se aprecia líquido libre en cavidad.

Con los datos antes mencionados se llegó a una puntuación de 7 / 10 en la escala de Alvarado la cual no es mencionada en la “guía práctica del servicio de cirugía y anestesiología de hospital vitarte del 2012” (12) pero si es utilizada por el servicio para todos los diagnósticos, esta puntuación nos llevó al diagnóstico de apendicitis aguda, presentando migración del dolor, anorexia, náuseas y vómitos, dolor en fosa iliaca derecha, signo de rebote, desviación a la izquierda, solo faltando fiebre y leucocitosis para la puntuación máxima.

1.1.3 Caso N°3

Paciente mujer de 61 años con peso: 72 kg, talla: 1.50 mts e IMC: 32, procedente de Lima – Vitarte con un tiempo de enfermedad de 1 año de inicio insidioso y curso progresivo, acude a consulta externa por presentar dolor abdominal difuso post-ingesta de comida copiosa, focalizado en hipocondrio derecho y náusea.

Funciones biológicas: Apetito: levemente disminuido, Sed: conservada, Orina: conservada y Heces: normales. Antecedentes: G12 P10 0 2 9, patológicos: osteoporosis (2 años), quirúrgicos: hernia umbilical (2018)

Al examen físico: aparente buen estado general, de hidratación y nutrición, T: 36.8°C, PA: 108/63 mmHg, FC: 83 lpm, FR: 18 rpm; tórax y pulmón: tórax simétrico con amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien ambos hemitórax, no ruidos agregados; cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, no soplos; abdomen: globuloso no distendido,

ruidos hidroaéreos de buena intensidad y frecuencia, blando/depresible, doloroso a la palpación profunda a nivel de hipocondrio derecho, matidez hepática conservada.

Exámenes de laboratorio: Hemograma: Leucocitos: $9.050 \times \text{mm}^3$, Plaquetas: $288.000 \times \text{mm}^3$, Hemoglobina: 14.7 gr/dl, Hematocrito: 45%, abastionados: 00%, segmentados: 65%, linfocitos: 20%; Bioquímica: bilirrubina total y fraccionada: 1.09 mg/dl, bilirrubina directa: 0.44 mg/dl, bilirrubina indirecta: 0.65 mg/dl, creatinina: 0.48 mg/dl, urea: 21 mg/dl, fosfatasa alcalina: 375 U/l, glucosa: 101 mg/dl, albumina: 4.99, TGO: 32 U/L, TGP: 45 U/L y GGTP: 78; TPT: 14.0 seg.

Estudios de imagen: Ecografía: no líquido en cavidad abdominal, vesícula biliar: mide 74 mm x 38 mm, pared delgada, en su interior múltiples imágenes litiásicas de 10 mm a 13 mm, colédoco: 4 mm.

Para el diagnóstico se realizó correlacionando la sintomatología de la paciente (dolor focalizado en hipocondrio derechos más náuseas) con los estudios de imagen (visualización de imágenes compatibles con litiasis vesicular), llegando al diagnóstico de colecistitis crónica.

1.1.4 Caso N°4

Paciente masculino de 43 años con peso de 76kg, talla 1.54 m e IMC 32 procedente de lima – vitarte con un tiempo de enfermedad de 6 meses de inicio insidioso y curso progresivo, programada a colecistectomía por presentar hace aproximadamente 6 meses leve dolor en epigastrio el cual se intensifica con el paso del tiempo, 3 meses antes del ingreso posterior a la ingesta copiosa de alimentos grasos el dolor se intensifica a 7/10 por lo que acude a emergencias donde le administran analgésicos, este episodio se repite en 3 ocasiones, por tal motivo es derivada a consulta externa de cirugía donde se la evalúa.

Al examen físico paciente en aparente regular estado general, orientado en tiempo espacio y persona, T° 36.6 °C, PA 126/59, FC 78 lpm, FR 18 rpm, Glasgow 15/15 buen estado de hidratación y regular estado de nutrición; tórax simétrico sin cicatrices, murmullo vesicular para bien en ambos hemitórax sin ruidos agregados, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia; abdomen distendido, blando depresible no doloroso a la palpación superficial

ni profundo, ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad y frecuencia, matidez hepática conservada, Blumberg (-), Murphy (-).

Se le solicitaron los siguientes exámenes, bilirrubina total 0.61 mg/dl, bilirrubina directa 0.31 mg/dl, bilirrubina indirecta 0.3 mg/dl, fosfatasa alcalina 102 U/L, GGTP 31 U/L, lipasa 24 U/L, amilasa 65 U/L, leucocitos 14 320, segmentados 77%. Ecografía abdominal superior: litiasis vesicular múltiple, meteorismo intestinal incrementado, colédoco de 4 mm, vesícula biliar 70mmx37mm pared delgada con múltiples imágenes hiperecogénicas en su interior menores de 6mm que proyectan sombra acústica posterior.

Con los datos antes mencionados se llegó al diagnóstico de litiasis vesicular no complicada, se procede a solicitarle los exámenes prequirúrgicos y programarla a operación electiva.

1.2 CASOS CLÍNICOS DE GINECO-OBSTETRICIA

1.2.1 Caso N°5

Paciente mujer de 20 años con peso, talla: 1.65 mts e IMC: 23.08, procedente de Lima- Vitarte con tiempo de enfermedad de 5 semanas, de inicio brusco, acude a emergencias por presentar náuseas exageradas, vomito (7 cámaras), sangrado vaginal de regular cantidad, que no sede con el reposo, y dolor en hipogastrio tipo cólico y expulsión de pequeñas vesículas en forma de uvas. Funciones vitales: apetito: disminuido, orina: normal, heces: normal, FUR: hace 12 semanas.

Examen físico: paciente en mal estado general, con palidez acentuada, PA: 90/60 mmHg, FC: 11 lpm, T: 36.6°C; Tórax: simétrico, de buena amplexación, murmullo vesicular pasa bien ambos hemitórax, no ruidos agregados; CV: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, no soplos; Abdomen: grávido, doloroso a la palpación superficial y profunda, con fondo de útero a nivel de la cicatriz umbilical, no se auscultan focos cardiacos fetales, ni se palpan partes fetales; TV: cérvix blando, sangrado vaginal oscuro con coágulos.

Laboratorio: hemograma: Hb: 12.3 gr/dl, Hct: 40%, L: 6.500 mg, A: 00%, Leu: 20% y β HCG: 119.680 mUI/ml

Estudio de imagen: se observa útero grávido con imagen en panal de abeja. Para el diagnóstico se correlacionó la clínica (sangrado, edad gestacional no correlacionada con la altura uterina), estudios de laboratorio (un β HCG exageradamente elevado) y ecografía con imagen característica; llegando a la conclusión de que se trataba de una mola hidatiforme.

1.2.2 Caso N°6

Paciente mujer de 28 años con peso: 52 kg, talla: 1.60 e IMC: 20.3, procedente de Lima-Vitarte. Gestante de 38 semanas acude a emergencias por presentar contracciones uterinas, pérdida de líquido amniótico y disminución de movimientos fetales, niega sangrado vaginal.

Antecedentes: G 4 P 3 0 0 3, niega enfermedades previas y cirugías; menarquia: 14 años, régimen catamenial: 4/30 días, inicio de relaciones sexuales: 19 años, andria: 1, método anticonceptivo: preservativo.

Examen físico: paciente en buen estado general, de hidratación y nutrición, no presencia de edemas en miembros, T: 36.8°C, PA: 100/70 mmHg, FC: 76 lpm, FR: 18 rpm, SaO₂: 98%; tórax y pulmones: tórax simétrico con buena amplexación, murmullo vesicular pasa bien ambos hemitórax, no ruidos agregados; cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, no soplos; renal: punto renoureteral: negativo, puño percusión lumbar: negativo.

Examen obstétrico: altura uterina: 33 cm, latidos cardiacos fetales: 115-122 lpm, dinámica uterina, 2 contracciones en 10 minutos, feto único en longitudinal cefálico izquierdo, ponderado fetal: 3200 gr, al tacto vaginal: incorporación: 90%, dilatación: 9 cm, altura de presentación: - 4, pelvis ginecoide, variedad de presentación: mento-iliaca izquierda anterior.

Se diagnosticó a la paciente con: deflexión grado III (presentación de cara: se puede dar chance vaginal, pero con riesgo de desgarro vaginal) y debido a que después de 1 hora de en sala de dilatación no hubo descenso de feto, se decide preparar a la paciente para cesárea por progreso anormal de trabajo de parto.

1.2.3 Caso N°7

Paciente femenino de 38 años con peso de 62kg, talla 1.54 m e IMC 26.14 procedente de lima – vitarte ingresa a emergencia por sangrado vaginal abundante con antecedentes ginecológicos G 2 P 0 1 1 1, menarquia: 12 años, régimen catamenial: irregular, inicio de relaciones sexuales: 16 años, andria: 2 fecha de última gestación 09 - 10 – 2009 parto eutócico con antecedente de amenaza de aborto por lo que permaneció en reposos durante toda la gestación. En la actualidad FUR 15 – 9 – 2020 refiere que última regla fue escasa, se cuida con el método del ritmo, ya que su pareja trabaja en provincia, última visita hace 2 meses.

Al examen físico paciente en aparente regular estado general, orientado en tiempo espacio y persona, T° 36.6 °C, PA 135/79, FC 80 lpm, FR 18 rpm, SatO₂ 98%, Glasgow 15/15 buen estado de hidratación y regular estado de nutrición; tórax simétrico sin cicatrices, murmullo vesicular para bien en ambos hemitórax sin ruidos agregados, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia; abdomen distendido, en examen ginecológico A la especuloscopia se observa orificio cervical externo cerrado, con huella de sangrado rojo oscuro. Al tacto vaginal, la vagina era tibia, elástica, orificio cervical interno de 2 cm, reblandecido y cerrado; útero ante verso de 12 cm., blando y ocupado. Anexos negativos, se extraen coágulos en cantidad regular Se le solicitaron los siguientes exámenes, COVID 19 IgM (-) y IgG (+) hemograma: leucocitos 7.940 mm³, plaquetas 218.000, hemoglobina 13.2 mm³, hematocrito 39%, bastonados 00%, segmentados 54%, eosinófilos 00%, basófilos 00%, monocitos 07%; βhCG: 89 mIU/dl ecografía transvaginal: útero de 80x42x50mm heterogéneo, se evidencia saco gestacional de 13 mm. Con los datos antes mencionados se llegó al diagnóstico de aborto incompleto, teniendo en cuenta los valores de βhCG disminuidos y el informe ecográfico en el que se evidencia un útero heterogéneo el cual es un indicador de presencia de restos retenidos y junto a esto el saco gestacional vacío, ya que el diámetro uterino es inferior a 15 mm (13).

1.2.4 Caso N°8

Paciente gestante 32 semanas por ecografía de primer trimestre, de 22 años con peso de 55kg, talla 1.50 m e IMC 24.4 procedente de san juan de Miraflores, G1P0 ingresa a consulta externa de medicina derivada de obstetricia por presentar sensación constante de orinar sin lograrlo y tira reactiva con pH 5, nitritos (+), esterasa leucocitarias (+), presencia de descenso blanquecino espeso, no presento sensación de alza térmica, no ardor miccional, niega otras molestias percibe movimientos fetales, número de controles 5, antecedente de infección pregestacional y durante la gestación en una ocasión a las 15 semanas.

Al examen físico paciente en aparente regular estado general, orientado en tiempo espacio y persona, T° 36.6 °C, PA 125/69, FC 76 lpm, FR 16 rpm, SatO2 99% Glasgow 15/15 buen estado de hidratación y regular estado de nutrición; tórax simétrico sin cicatrices, murmullo vesicular para bien en ambos hemitórax sin ruidos agregados, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia; altura uterina 30 cm, presentación: longitudinal cefálico izquierdo latidos cardiacos fetales presentes 120, en examen ginecológico se observa orificio cervical externo cerrado con flujo vaginal escaso.

Se le solicitaron examen de orina completo. Apariencia turbia, pH: 6, densidad 1.015, albumina (-), glucosa (-), cuerpos cetónicos (-), nitritos (+) leucocitos 20 – 30 x campo, hematíes 1 – 2.

Y se le realizó un urocultivo con antibiograma dando como resultado echerichia coli 10.000 UFC/ML resistente a nitrofurantoina, ciprofloxacino, ceftriaxona, cefuroxima, sensible a amikacina, nitrofurantoina, amoxicilina con ácido clavulánico, ampicilina con sulbactam.

Con los datos antes mencionados se llegó al diagnóstico de bacteriuria asintomática, ya la paciente no presentaba sintomatología, pero los exámenes laboratoriales evidenciaban una infección del tracto urinario por echerichia coli una de las etiologías más frecuentes (14). Es importante tener en cuenta que la bacteriuria asintomática es una enfermedad muy frecuente presentándose en 2/ 7 gestantes (15) por ello la importancia del tamizaje mediante las tiras reactivas que nos permite un diagnóstico temprano para evitar posibles complicaciones futuras.

1.3 CASOS CLÍNICO DE PEDIATRÍA

1.3.1 Caso N°9

Paciente varón de 8 años con peso: 26 kg, talla: 130 cm, procedente de Lima-Vitarte acude por consulta externa debido a que desde hace aproximadamente 6 meses dejó realizar actividad física por presentar dificultad respiratoria, además refiere que el mes pasado llegó a levantarse 4 noches por no poder respirar; la madre refiere que hace 2 años fue diagnosticado con asma, por lo que le recetaron fluticasona 50 mcg cada 12 horas como controlador y salbutamol para las crisis y para antes de realizar actividad física; además informa que desde hace 1 año no ha estado cumpliendo con la medicación y no ha estado llevando el salbutamol a la escuela; tuvo que acudir al servicio de urgencias 2 veces por presentar dificultad respiratoria y sibilancias.

Al examen físico paciente en aparente buen estado general, de hidratación y nutrición, orientado en tiempo espacio y persona, T° 36.8 °C, FC 101 lpm, FR 18 rpm, SatO₂ 97% Glasgow 15/15 activo, alerta; tórax y pulmones: tórax simétrico con buena amplexación, se auscultan sibilante en ápices de ambos hemitórax, no uso de musculatura accesoria; cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, no soplos.

Según la guía de bolsillo para el manejo y prevención del asma (GINA – 2019), nos encontramos ante un asma persistente leve, por presentar: sintomatología 3 veces por semana, despertarse 4 veces en la noche y por qué los síntomas seden con dosis bajas de medicación. (16)

1.3.2 Caso N°10

Paciente varón de 2 años con peso de 10kg, talla 98 mts, perímetro cefálico 49 cm, IMC 14.14 procedente de ate – vitarte, ingresa a emergencia por presentar fiebre, madre refiere tos seca de inicio esporádica y posteriormente más frecuentes, la cual se le agrega desde hace 2 días fiebre la cual no

disminuye con paracetamol, antecedente de hospitalización por neumonía hace 5 días por bronconeumonía.

Al examen físico paciente en aparente regular estado general, T° 38 °C, FC 120 lpm, FR 35 rpm, SatO2 96% Glasgow 15/15 activo, alerta, despierto, conectado con entorno, regular estado de hidratación y regular estado de nutrición; piel y mucosas húmedas, llenado capilar < 2 Seg, orofaringe congestiva, tórax simétrico sin cicatrices con tiraje subcostal, murmullo vesicular pasa disminuido en base de hemitórax derecho, subcrepitos en base de hemitórax derecho y algunos sibilantes, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia.

Se le solicitan exámenes, hemograma: leucocitos 12.900 mm³, plaquetas 221.000, hemoglobina 11.3 mm³, hematocrito 34%, abastados 00%, segmentados 84%, eosinófilos 01%, basófilos 00%, monocitos 07%, linfocito 08%; prueba COVID IgG (+); una radiografía de tórax en la cual se observa un patrón intersticial.

Con los exámenes antes mencionados se llegó al diagnóstico de neumonía, ya que presento una leucocitosis y el patrón intersticial característico de una neumonía, ya que presento un diagnóstico previo de neumonía se categorizó como neumonía recurrente por tal motivo se hospitalizó para administrar tratamiento (17).

1.3.3 Caso N°11

Paciente varón de 2 año 10 meses con peso de 15 kg, talla 98 m, perímetro cefálico 49 cm, IMC 15.05 procedente de san juan de Miraflores, ingresa a consulta externa de medicina derivada de nutrición por presentar dosaje de hemoglobina de 9.4 mg/dl.

Al examen físico paciente en aparente regular estado general, orientado en tiempo espacio y persona, T° 36.2 °C, FC 112 lpm, FR 25 rpm, SatO2 99% Glasgow 15/15 activo, alerta, buen estado de hidratación y regular estado de nutrición; piel y mucosas húmedas y pálidas, tórax simétrico sin cicatrices, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax sin ruidos agregados, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia.

Con los datos antes mencionados se llegó al diagnóstico de anemia leve y se procedió a administrar el tratamiento y a brindarle consejería alimentaria.

El paciente tuvo una respuesta efectiva al tratamiento, a los 4 meses del tratamiento se realizó el dosaje respectivo encontrando una hemoglobina de 10.5 mg/dl, se decide continuar el tratamiento hasta los 6 meses y en su último dosaje se llega a hemoglobina de 11,6. Con lo que se da de alta del servicio de medicina, pero controles continúan en el servicio de nutrición donde se les administra profilaxis contra la anemia y asesoría nutricional, se realizaron los controles de acuerdo a la norma técnica (18).

1.3.4 Caso N°12

Paciente varón de 5 años con peso de 24kg, talla 1.29 mts, procedente de Trébol Azul - San Juan de Miraflores, acude a consulta externa de medicina para su sexto tratamiento con hierro, ya que fue diagnosticado hace 6 meses con anemia leve (hemoglobina de 10 mg/dl)

Examen físico: paciente con aparente regular estado general, buen estado de hidratación y buen estado de nutrición, orientado en tiempo espacio y persona, T: 36.5 °C, FC: 112 lpm, FR: 21 rpm, SatO2 99%, alerta; piel y mucosas húmedas y pálidas; tórax y pulmones: simétrico, con buena amplexación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados; cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, no soplos.

Según la guía de tratamiento de anemia del MINSA, al sexto mes de tratamiento se solicita un control de hemoglobina, por lo cual el paciente acudió previamente a nutrición para su dosaje, teniendo como resultado 9.8 mg/dl; con este resultado acude a consultorio de medicina.

Debido a que el paciente no respondió al tratamiento con hierro, se solicitó un examen parasitológico seriado para descartar parasitosis; los resultados de este examen arrojaron: parasitosis por *Giardia Lamblia*. Se le administró tratamiento con metronidazol 250 mg cada 8 horas por 5 días, continuar con el tratamiento con hierros y control de la hemoglobina en 1 mes. (18)

1.4 CASOS CLÍNICOS DE MEDICINA INTERNA

1.4.1 Caso N°13

Paciente varón de 55 años con peso de 72 kg, talla 1.70 m e IMC 24.9 procedente de Trébol Azul - San Juan de Miraflores con un tiempo de enfermedad de 1 días de inicio brusco, ingresa a urgencias porque hace un día presento dolor de cabeza y zumbido en los oídos 5 minutos después de fuerte discusión con familiar; el día de ingreso el paciente acude, ya que refiere que comenzó a ver luces sin motivo aparente.

Funciones biológicas: apetito: conservado, sed: conservada, orina: conservada, deposiciones: conservadas. Antecedente: covid-19 leve hace 10 meses, niega enfermedades y cirugías.

Examen físico: paciente en aparente buen estado general, de hidratación y nutrición, orientado en tiempo espacio y persona, T: 36.7 °C, PA: 160/101 mmHg, FC: 78 lpm, FR: 18 rpm, SatO₂: 98%; piel y mucosas: húmedas, rosadas; tórax y pulmones: tórax simétrico sin cicatrices, con adecuada amplexación, murmullo vesicular para bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados; cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia.

Manejo en urgencia: se le administró al paciente 2 tabletas de Captopril 25 mg sublingual, luego de 30 minutos se tomó nuevamente la presión arterial teniendo 125/86 mmHg, se le indica al paciente que debe tomarse la presión arterial por 5 días consecutivo a la misma hora y se le da de alta.

Al cabo de 6 días el paciente acude por consultorio externo con los resultados de sus presiones por 5 días: día 1: 130/80 mmHg, día 2: 145/90 mmHg, día 3: 125/80 mmHg, día 4: 155/100 mmHg y día 5: 136/98 mmHg; por lo que se diagnostica al paciente con hipertensión arterial y se comienza tratamiento con Losartan 50mg 2 veces al día por 30 días.

1.4.2 Caso N°14

Paciente varón de 65 años con peso de 96 kg, talla 1.69 m e IMC 33.61 procedente de san juan de Miraflores con un tiempo de enfermedad de 3 meses de inicio insidioso y curso progresivo, ingresa a consulta externa por

presentar sensación de cansancio durante las tardes y baja de peso en los últimos 3 meses a pesar de salir de su casa los últimos 9 meses.

Funciones biológicas: apetito conservado, sed aumentada, orina conservada con aumento de frecuencia orinando, despertándolo en aproximadamente 2 ocasiones por noche, deposiciones conservadas sin moco ni sangre coloración marrón. Antecedente de hipertensión arterial en tratamiento con losaran de 20mg, diagnóstico de covid-19 leve hace 7 meses, niega diagnóstico de diabetes mellitus, refiere hace 1 años (pre-pandemia) realizarse análisis glucosa, colesterol y triglicéridos.

Al examen físico paciente en aparente regular estado general, orientado en tiempo espacio y persona, T° 36.3 °C, PA 128/79, FC 78 lpm, FR 18 rpm, SatO2 97%, Glasgow 15/15 buen estado de hidratación y regular estado de nutrición; piel y mucosas: húmedas, rosadas, abundante tejido celular subcutáneo, hiperqueratosis en cuello y comisura axilar, tórax simétrico sin cicatrices, murmullo vesicular para bien en ambos hemitórax sin ruidos agregados, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia; abdomen distendido.

Se le solicitaron los siguientes exámenes, hemoglobina 14.5 mg/dl, glucosa 214, colesterol: 102, triglicéridos 79, HDL: 53, LDL 35.

Llegando al diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, por presentar una glucosa mayor de 200 asociadas a síntomas (19) por tal motivo se le receta metformina de 850 mg 1 vez al día por 30 días.

1.4.3 Caso N°15

Paciente mujer de años 60 años con peso de 78 kg, talla 1.62 m e IMC 29.72 procedente de san juan de Miraflores con un tiempo de enfermedad de 5 meses de inicio insidioso y curso progresivo, ingresa a consulta externa por presentar mareos esporádicos, dificultad respiratoria al realizar ejercicios y dolor en codo derecho.

Funciones biológicas: apetito conservado, sed conservad, orina conservada de coloración amarilla, deposiciones conservadas sin moco ni sangre coloración marrón. Antecedente de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina de 850mg 1 vez al día, niega otras enfermedades.

Al examen físico paciente en aparente regular estado general, orientado en tiempo espacio y persona, T° 36.4 °C, PA 120/76, FC 76 lpm, FR 18 rpm, SatO2 98%, Glasgow 15/15 buen estado de hidratación y regular estado de nutrición; piel y mucosas: húmedas, rosadas, abundante tejido celular subcutáneo, xantomas en parpado inferior y comisura labial, tórax simétrico sin cicatrices, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax sin ruidos agregados, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia; abdomen blando depresible no doloroso a la palpación.

Se le solicitaron los siguientes exámenes, hemoglobina 14.5 mg/dl, glucosa 105, colesterol 268, triglicéridos 172, HDL: 42, LDL 168.

Se llega al diagnóstico de hipercolesterolemia, ya que presenta xantomas que son un signo característico de esta enfermedad, también presento mareos y disnea a grandes esfuerzos que, aunque no son tan frecuentes son los síntomas por lo cual los pacientes llegan al consultorio.

1.4.4 Caso N°16

Paciente varón de 36 años conductor de autobús interprovincial, con peso de 80 kg, talla 1.70 m e IMC 27.6 procedente de Trébol Azul – San Juan de Miraflores con un tiempo de enfermedad de 7 días de inicio insidioso y curso progresivo, ingresa por consulta externa por presentar dificultad para deambular por fuerte dolor a nivel de la columna lumbar, el cual se intensifica con el esfuerzo físico. Funciones biológicas: apetito: normal, sed: disminuida, orina: conservada.

Examen físico: paciente en aparente buen estado general, de hidratación y mal estado de nutrición (sobrepeso), orientado en tiempo espacio y persona, T: 37.3°C, PA: 120/70 mmHg, FC: 73 lpm, FR: 18 rpm; tórax y pulmones: tórax simétrico, con buena amplexación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados, cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia, no soplos audibles; dolor lumbar a la deambulación, signo de Laségue positivo y punto de Valleix: doloroso.

De acuerdo con las guías prácticas del centro de salud Trébol Azul, y por la sintomatología característica se llegó al diagnóstico de lumbalgia aguda, por lo que se le administra al paciente dexametazona más diclofenaco

intramuscular por tres días y luego de los tres días naproxeno de 550 mg 1
cada 12 horas condicional a dolor.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Se inició el internado médico en un hospital de segundo nivel categoría II-1, Hospital de Vitarte, ubicado en Av. Nicolas Ayllón 5880 – carretera central Lima-Ate, longitud oeste $76^{\circ}54'57''$, latitud sur $12^{\circ}01'18'$ y una superficie territorial de 77.72 km^2 , con una densidad poblacional de 8107 por km^2 , el cual atiende principalmente a pobladores de los distritos de Ate, Santa Anita, Lurigancho, El Agustino y La Molina, tanto para consulta como emergencias. En el último año se reportaron 60703 atenciones en emergencias, 76479 atenciones médicas en consulta externa y 3140 partos (3). En este hospital están presentes las diferentes especialidades correspondientes a un hospital de su categoría. Las referencias desde este hospital se mandan a diferentes establecimientos según sea la necesidad del paciente, siendo los más frecuente el instituto nacional del niño y el hospital Hipólito Unanue; por otro lado, son las contrareferencias a centros de salud para control de las enfermedades crónicas, las que con mayor frecuencia se realizan en todos los servicios.

Durante los 3 primeros meses del año 2020 se iniciaron las labores en el departamento de cirugía del hospital de vitarte, estas constaban de rotaciones mensuales; en el servicio de emergencia las funciones del interno de medicina eran: realizar la sutura de los pacientes que lo necesitaban, redactar las recetas de los pacientes suturados y explicar cómo debían tomar los medicamentos, como cuidar su sutura y cuando debían ir a su centro de salud a que se retiran los puntos; correr con los exámenes de aquellos pacientes que se tenían que operar de emergencias, evolucionar a pacientes en observación y dar de alta a los pacientes con las indicaciones del médico a cargo e indicarle los signos de alarma; en el servicio de hospitalización las principales funciones del interno constaban de: evolución diaria de los

pacientes y presentación de las camas en el paso de visita, correr con las altas del día, los exámenes solicitados y realizar las curaciones de las heridas operatorias; finalmente en servicio de consulta externa las labores eran tanto administrativas como asistencial, realizando el examen físico general del paciente y registrando la consulta en el sistema.

La reanudación del internado médico se realizó en un centro de salud del primer nivel de atención categoría I-3, centro de salud Trébol Azul, ubicado a la altura del km. 15 de la carretera panamericana sur, a 140 msnm, entre los 12°08'36" de latitud y los 76°58'12" de longitud oeste 76°54'57" y latitud sur 12°01'18", con una densidad poblacional de 180,491 al 2016, el cual tiene a su cargo a los Puestos de Salud Pacífico, Paraíso, Santa Úrsula, Ricardo Palma y Ladera de Villa (10). El centro de salud I-4 al cual se refieren a los pacientes es el canto de salud Barreto. En este centro de salud trébol azul trabajan de la mano diferentes servicios, como: medicina, realizando consultas externas durante 12 horas y atención de urgencias las 24 horas del día, además de servicio COVID el cual se divide en dos turnos de 8 horas cada una; servicio de CENEX, para el diagnóstico, identificación de contactos y tratamiento de tuberculosis; enfermería, que se desenvuelven en vacunación, CRED (el cual dejó de funcionar por el contexto en el que se vive), tóxico y traje; nutrición, realizando la prevención primaria de anemia ferropénica principalmente a paciente < de 5 años, consejería nutricional para paciente adultos y dosaje de hemoglobina; odontología, los cuales trabajan en la profilaxis dental con flúor, para así poder disminuir el porcentaje de enfermedades de la cavidad bucal, ya que esta es la causante de morbilidad más importante en el centro de salud; laboratorio, donde se realizan estudios hematológicos, coprológicos, inmunológicos y de orina, los cuales son indispensables para la confirmación de algunas patologías tanto en consultorio como en emergencias; técnicos en medicina que se desenvuelven rotando por las diferentes áreas ya mencionadas líneas arriba; y el equipo administrativo que se encarga de que todo marche conforme a las reglas establecidas.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico. Esta enfermedad afecta a todos los grupos etarios, siendo la incidencia de 11 casos por 10 mil personas al año y este valor se incrementa entre las edades de 10 y 20 años, a 23 por 10.000 personas al año. La relación H:M es de 1.5: 1.0; siendo ligeramente más frecuente en varones, sin embargo, el diagnóstico suele ser más difícil en mujer y en las edades extremas. (3)

En el caso N° 1 y 2 nos hablan de pacientes con la clínica característica y una escala de Alvarado (12) sugerente para apendicitis aguda, por tal motivo se decide el tratamiento quirúrgico de ambos pacientes, donde las medidas generales fueron: análisis preoperatorios de emergencia, nada por vía oral, hidratación endovenosa con catéter periférico, administración de antibióticos vía parenteral (ceftriaxona 1gr preventivo) y confirmar la disponibilidad de sala de operaciones; según la guía para el tratamiento laparoscópico de apendicitis aguda del hospital de vitarte (20), ambos pacientes eran candidatos a recibir tratamiento laparoscópico, sin embargo solo el paciente del primer caso lo recibió, debido a la falta de disponibilidad de sala de operaciones el paciente del caso N° 2, tuvo que esperar sala desde las 16:00 horas (hora del diagnóstico), hasta las 23:00 horas, motivo por el cual el paciente se complicó y tuvieron que realizar una apendicetomía convencional, realizando una incisión mediana infraumbilical.

La litiasis vesicular se encuentra entre las 5 primeras causas de morbilidad en el país (21), la principal forma de presentación es la crónica, ya que muchos pacientes sufren de síntomas inicialmente leves sin acudir a un médico y por lo tanto sin un diagnóstico definido y es así que cuando la clínica de dolor post-ingesta de comida copiosa es intensa deciden acudir a emergencias.

En los casos N° 3 y 4 nos hablan de 2 pacientes con síntomas de litiasis vesicular: con un dolor tipo cólico posterior a la ingesta de comidas copiosas, el cual es uno de los síntomas más importantes; de acuerdo a las guías prácticas y el manejo que se realiza en el Hospital Vitarte, el tratamiento definitivo de la litiasis vesicular es la colecistectomía laparoscópica o convencional, es por ello que se optó por este tratamiento en ambos pacientes, sin embargo los pacientes se encontraban en diferentes condiciones, ya que en el caso N°3 presenta un antecedente quirúrgico y una edad avanzada por tal motivo no es candidato a un colecistectomía laparoscópica, por otro lado el paciente del caso N°4 si es candidato para realizarse una colecistectomía laparoscópica, por cumplir con los criterios de inclusión. (22)

En el caso N°3 se encontró en el reporte quirúrgico: una vesícula biliar de aproximadamente 5x6 cm de paredes delgadas, contenido: múltiples litos de consistencia dura y bilis clara, cístico delgado; mientras que en el caso N°4 se encontró en el reporte operatorio: vesícula biliar de aproximadamente 4x5cm de paredes delgadas, contenido bilis clara, cístico delgada. Ambos casos con un diagnóstico post – quirúrgico de litiasis vesicular no complicada. (22)

En el Perú la enfermedad molar tiene frecuencias muy variables entre hospitales, como, por ejemplo: 1:241 o 213 respectivamente para los hospitales de María Auxiliadora y arzobispo Loayza, así como de 1 en 476, 488 y 665 para el Instituto Materno-Perinatal, Hospital Cayetano Heredia y Hospital San Bartolomé (23)

En caso N°5 nos presenta a una paciente con una clínica y ecografía, muy característica de la mola hidatiforme, por lo que fue muy sencillo el diagnóstico; para el tratamiento en pacientes jóvenes se realiza una evacuación uterina por succión y curetaje, y esto independientemente del tamaño uterino; además se recomienda usar una infusión de oxitocina al inicio del procedimiento y así ayudar a la contracción del útero. Se recomienda que postratamiento, toda paciente se realice una medición de β -hCG cuantitativa, hemograma, test de coagulación, perfil de función hepática y renal, electrolitos en sangre, grupo y factor sanguíneo, perfil tiroideo, VIH y VHB y ultrasonido pélvico. La FIGO recomienda que a toda paciente diagnosticada y tratada por embarazo molar se le debe hacer seguimiento con mediciones semanales de

β -hCG hasta 2 semanas posterior a su normalización; luego mediciones mensuales por 2 a 6 meses. Además, se sugiere recomendar el uso de algún método anticonceptivo por lo menos 6 meses posterior a la normalización del β -hCG. (24)

Alrededor el 15 % de los embarazos termina en aborto es por ello que es una de las principales causas por la que las gestantes y pacientes acuden a la emergencia de ginecología, en el caso N° 7 se presenta a una paciente con diagnóstico de aborto incompleto a la cual se le realizó un AMEU, ya que en gestantes <12 semanas este es el tratamiento, de acuerdo a “la guía de práctica clínica de ginecología del hospital vitarte” (25), y de acuerdo a la OMS, el manejo para aborto incompleto en gestantes < 13 semanas sin complicaciones sugiere un tratamiento médico en el cual se utilicen 600 μ g de misoprostol administrados por vía oral o 400 μ g de misoprostol administrados por vía sublingual, y en ambos de tratamiento el manejo sería ambulatorio y posterior a este la paciente recibiría asesoría relacionada a la salud sexual y el uso de anticonceptivos. De acuerdo con la guía del hospital vitarte toda paciente debe salir de alta con un método anticonceptivo lo cual no se evidenció durante la práctica (26).

En la bacteriuria asintomática a pesar de presentar colonización de bacterias en el tracto urinario no todos los casos son tratados, en el caso de las gestantes que la presentan, es importante el tratamiento, ya que del 2 al 10% de las gestantes desarrollan complicaciones relacionadas a ITU, como, pielonefritis (27). En el caso N° 8 se realizó el tratamiento con amoxicilina y ácido clavulánico, ya que es un fármaco de categoría B, que, de acuerdo con la FDA, no es dañino para el desarrollo del feto (28), también es un fármaco de primera elección para el tratamiento de infección urinaria junto con la nitrofurantoina (29), pero en este caso la paciente era resistente.

La anemia es una enfermedad muy importante para tratar en la población de 0 – 3 años, siendo una de las enfermedades más importantes y prevalentes. En el Perú hay alrededor de 40.1% de niños < 36 meses con anemia, esta cifra de acuerdo con el Minsa disminuyó en 3.4 puntos porcentuales (30), dando resultados óptimos el “plan nacional de reducción de anemia”. En el centro de salud trébol azul la anemia es la sexta causa de consulta en niños < 1 años y la décima causa en niños de 1 – 4 años (10), siendo de vital

importancia tener conocimiento de las guías de práctica clínica para el manejo de anemia. Gracias a las rotaciones que se realizaron en el servicio de nutrición se logró desarrollar habilidades para el diagnóstico y tratamiento de anemia en base a la guía. De acuerdo con esta, la dosificación de sulfato ferroso en casos de anemia es de 3 mg / kg / día y se administra durante 6 meses, teniendo dosajes de hemoglobina en el segundo, tercero y sexto mes, si la anemia remite al término del sexto mes, el tratamiento culmina y se pasa a profilaxis, la cual es administrada por el servicio de nutrición, servicio de enfermería (CRED) o si fuese el caso y el centro de salud no cuenta con ninguno de estos 2 servicios, este puede ser administrado por el médico. La dosificación para la prevención de anemia en niños de 0 – 6 años es de 3 mg / kg / día. Si al cabo del sexto mes la anemia no remite, se realizarán estudios adicionales, principalmente un dosaje coprológico seriado, en busca de parásitos que puedan estar ocasionando la anemia. (17)

La guía de bolsillo para el manejo y prevención del asma (GINA – 2019), para un asma leve recomienda el uso de ICS a dosis bajas, como formoterol, para la prevención de futuras crisis, así como salbutamol para rescate de las crisis (16). Cabe mencionar también que en el caso N° 9 se presenta a un paciente en el que fallo la adherencia al tratamiento, por tal motivo además del tratamiento médico se debe explicar al paciente y a la madre los riesgos que conllevaría volver a dejar el tratamiento, buscando de esta manera tratar de concientizarlos y seguir con todas las indicaciones del médico.

En pacientes < 5 años, la neumonía es la principal causa de muerte en el mundial, fuera de la etapa neonatal, el “Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud” notifico 28334 casos de neumonía en < 5 años, se ha reportado una tasa de letalidad de 1,04, en niños > 5 años se notificó una incidencia de 0,18% y de estos el 25,2% fue hospitalizado. En los casos de neumonía la etiología principal es el *Streptococcus pneumoniae*, tal motivo el tratamiento apunta a este patógeno, al paciente del caso N° 10 se le dio de inicio metamizol para el control de la fiebre, salbutamol 2 pufs cada 24 horas, ceftriaxona 700 mg endovenosos cada 24 horas, pero de acuerdo con la guía del Minsa el tratamiento es ceftriaxona de 75 – 100 mg x kg x día cada 12 horas con unas dosis máximas 2g / día durante 7 días. Al tratamiento al segundo día se le agrego azitromicina

2,5 ml vía oral cada 8 horas, con lo cual el sexto día los síntomas disminuyeron (17).

El diagnóstico de hipertensión se realiza de manera sencilla, ya que los criterios están establecidos en la “guía de diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades hipertensivas” del MINSA (31), donde nos refiere que para un correcto diagnóstico se requiere obtener presiones sistólicas de entre 121 y 140 mmHg, más la presencia de factores de riesgo como: dislipidemias, diabetes mellitus, obesidad y ser varón de edad > de 55 años. En el caso N° 13, el paciente debió recibir tratamiento desde la primera toma de presión arterial, ya que cumplía con los criterios diagnósticos; sin embargo se consideró que la presión elevada se podía deber al factor emocional, por tal motivo se decidió realizar controles serados de la presión arterial por un periodo de 6 días, y posteriormente a ese tiempo se realizó el diagnóstico de hipertensión arterial y se le entregó su tratamiento con Losartan de 50 mg cada 12 horas por 30 días, con un nuevo control en un mes.

Ya que el diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2 tiene parámetros establecidos tanto por la OMS como por el ministerio de salud, es fácil realizar su diagnóstico. Teniendo en cuenta que es uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país según “el centro nacional de epidemiología, prevención y control de enfermedades”, 4 de cada 10 habitantes > 15 años presentan diabetes mellitus, y en la jurisdicción del centro de salud trébol azul es la decimosegunda causa de morbilidad en > de 60 años y la sexta casusa de muerte (10), por tal motivo es muy importante el control de los pacientes con factores de riesgo. En el caso N° 14 el paciente presento obesidad tipo 1, hipertensión arterial y sedentarismo, y de acuerdo con “la guía práctica de diabetes en primer nivel de atención”, el fármaco de primera línea es la metformina (32), siendo esta recetada de 2 maneras, afiliado a SIS o por intervención sanitaria, ambas gratuitas para todos los pacientes, siendo esta una razón muy importante por la que disminuye la tasa de abandono, ya que los pacientes con menos recursos no ponen excusas económicas para controlar su enfermedad. Por otro lado, se debe recalcar que el tratamiento se administra por un mes, por tal motivo el paciente tiene que acudir mensualmente al centro de salud para sus controles y próximo tratamiento. Durante la pandemia, debido a las restricciones, se autorizó la emisión de

recetas para 3 meses, esto con el fin de disminuir la exposición de los pacientes con más riesgo a adquirir formas severas del COVID 19.

De acuerdo con el MINSA la dislipidemia afecta al 14,6 % de los pacientes diagnosticados con diabetes, siendo la 3 comorbilidad más frecuente en este grupo de pacientes, de estas, el 50% son hipertrigliceridemias y el 85% hipercolesterolemias (33), por tal motivo se recomienda el diagnóstico temprano de esta comorbilidad, realizando dosajes de colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL y triglicéridos.

El tratamiento indicado para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, es Atorvastatina de 20mg, la cual es utilizada para la prevención primaria de ECV en pacientes que tengan LDL por encima de 190mg/dl, es por ello que el caso N° 15 se le administró este tratamiento durante 3 meses y posterior a esto se le realizó tamizajes, buscando una reducción del 40% de estos parámetros. Es importante también recalcar la importancia de cambiar los estilos de vida, “La guía de práctica clínica para diagnóstico, manejo y control de dislipidemia, complicaciones renales y oculares en personas con diabetes mellitus tipo 2” nos habla de la importancia de la dieta y la actividad física; esto es aplicado en la práctica clínica, ya que cada paciente que es diagnosticado con diabetes, y más aún con una comorbilidad como la dislipidemia, es derivado al servicio de nutrición donde recibe asesoría alimentaria y seguimiento del peso (34).

Las dorsopatías corresponden a la sexta causa de morbilidad en el Centro de Salud Trébol Azul, de los cuales el 5 % terminan con diagnóstico de lumbalgia (10). En el caso N° 16 se presenta a un paciente con diagnóstico de lumbalgia, se considera que el diagnóstico de esta enfermedad es clínico, sienten el síntoma principal el dolor lumbar y del miembro inferior a la deambulación, el cual calma levemente con el reposo. Se recomienda el uso de AINES como tratamiento de primera línea, si con esto no es suficiente, se podría agregar un relajante muscular leve como el tramadol o la codeína. Se debe tener en cuenta los signos de alarma que llevarían al médico a referir al paciente a un hospital para estudios más especializados, estos son: antecedentes de neoplasias, edad mayor de 50 años, dolor agudo al reposo, traumatismo previo, osteoporosis, uso de corticoides y síndrome de cauda equina. (35)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado se inició el 1 de enero del 2020 en el Hospital de Vitarte, donde se cursó la rotación de cirugía. En esta institución se realizaron actividades tanto clínicas como administrativas en los 3 servicios; en emergencia se desarrollaron actividades como: suturar heridas en piel tanto en 1 y en 2 planos, piel de rostro y mucosas; también curaciones a pacientes con quemaduras de primer y segundo grado; por otro lado se tuvo la oportunidad de ingresar a procedimientos quirúrgicos como: apendicetomías, colecistectomías, hernioplastias, curación quirúrgica de abscesos, resección de tumores superficiales, laparotomías exploratorias y colocación de fijación interna para fracturas.

En el servicio de hospitalización se elaboraron historias clínicas, evolución de pacientes hospitalizados, curación de heridas operatorias y actividades administrativas tales como documentación de alta. En consultorio se roto por las especialidades de urología, otorrinolaringología, traumatología y cirugía, cada una constaba de 1 semana de prácticas, en las que se logró dominar el diagnóstico y manejo de las principales patologías de cada rotación.

Durante el transcurso de esta rotación, gracias a la convivencia diaria, se desarrollaron habilidades sociales, de las cuales se adquirió conocimientos y experiencias de compañeros de otras facultades, con los que se generaron lazos de amistad a pesar del corto tiempo; así mismo, se logró comprender las funciones de cada miembro del hospital según nivel jerárquico.

A mediados del último mes de rotación se notificó que se tendrían que cesar las actividades para evitar la exposición de internos a casos de COVID-19; inicialmente se pensó que solo se suspenderían las labores durante 15 días, pero el estado de emergencia se prolongó, por tal motivo hubo un cese de actividades por aproximadamente 8 meses. Debido a las restricciones de movilización, se permaneció en casa para evitar los contagios, lo cual, en

algunos casos, permitió realizar la revisión de diferentes temas relacionados a la carrera, con miras a obtener buenos resultados en el ENAM 2020; además permitió también pasar tiempo de calidad con las familias, cosa que quizás no se podía realizar debido a la falta de espacio durante el tiempo de estudio e internado. Sin embargo, aquellos internos que tienen a su familia en provincia tuvieron que pasar los 8 meses solos en Lima, debido a la incertidumbre de la reincorporación al internado. Por otro lado, ya que se agregaron nuevas necesidades familiares, muchos internos asumieron la responsabilidad económica de su familia, teniendo que buscar trabajos de medio tiempo o incluso retirándose del internado por este motivo.

El día 12 de agosto se informó que los internos de ciencias de la salud se reincorporarían, con la salvedad que sería en centros de salud de primer nivel y cercanos a sus hogares. Sin embargo, en el caso de los estudiantes pertenecientes a Lima, estas pautas no se le lograron concretar, ya que, debido a la alta demanda de plazas en las postas y desacuerdos en los lineamientos, se dio prioridad de elección de sede a las universidades con mayor antigüedad, por este motivo, sin importar que los internos tuvieran viviendas en zonas como Lima este y Lima centro, terminaron realizando sus actividades en Lima sur. Al momento de la elección de sede se optó por un centro de salud accesible, siendo el elegido el "Centro de Salud Trébol Azul". Al reiniciar las actividades del internado, los doctores del centro orientaron a los internos acerca de las actividades y servicios con los que se contaba. Durante el primer mes de actividades se monitorizaron de cerca las habilidades diagnósticas y de tratamiento de los internos, posteriormente en los siguientes meses se adquirió experiencia en la relación médico-paciente y agilidad en el diagnóstico, tratamiento y labores administrativas, aprendiendo sobre el manejo del formato de atención única, el formato de recetas, la emisión de teleconsultas y referencias.

Las diferencias fundamentales en los 2 niveles de atención, muy aparte de la complejidad, son: la cercanía y frecuencia con la que se ve a los pacientes, siendo a nivel hospitalario un tiempo cortó comparado con el tiempo que toma atender a un paciente en el primer nivel de atención. En los centros de salud de primer nivel se ve al paciente en repetidas ocasiones, lo cual permite hacer un mejor seguimiento de cada caso.

Por otro lado, las horas de práctica que se realizaban disminuyeron, ya que, a nivel hospitalario pre-pandemia, muchas veces eran turnos mayores a 8 horas diarias sin días libres, mientras que en el centro de salud se realizaron turnos de 8 horas diarias por 15 días y luego 15 días libres al mes. Esto perjudicó el aprendizaje del interno de medicina, ya que la disminución del tiempo no le permitió observar nuevos casos, limitando el aprendizaje netamente a conocimientos teóricos. En el centro de salud como parte del refuerzo educativo se realizaron seminarios con los temas más prevalentes en el primer nivel de atención, siendo estos conocimientos de gran ayuda para el desenvolvimiento práctico durante el SERUMS.

CONCLUSIONES

En términos generales, es evidente la importancia de las prácticas preprofesionales en las ciencias de la salud, ya que brinda la experiencia necesaria para una buena atención al paciente.

El internado médico en el primer nivel de atención supo llegar y superar las expectativas con las cuales se comenzó, trayendo consigo mucho conocimiento tanto teórico como práctico; sin embargo se reconoce la importancia del internado hospitalario, por ello se cree que unificar el internado hospitalario con el primer nivel de atención, brindaría todas las herramientas necesarias para poder desenvolvemos correctamente tanto en el servicio rural y urbano marginal en salud como en las primeras prácticas profesionales.

El primer nivel de atención supo cómo adaptarse a las nuevas medidas generadas por la pandemia, atendiendo pacientes con enfermedades crónicas, que en otras circunstancias llevaban su tratamiento a nivel hospitalario; lo cual favoreció a la saturación de los hospitales, permitiendo atender a verdaderas emergencias.

RECOMENDACIONES

Durante la emergencia sanitaria se recomienda añadir rotaciones hospitalarias al internado de primer nivel, con el fin de completar la formación del interno de medicina

Se recomienda que los internos pertenecientes a hospitales tengan rotaciones en centros de salud esto con la finalidad de familiarizarse con la atención en primer nivel.

Implementar una mejora en el sistema de rotaciones y elección de sede docente, cumpliendo con los parámetros establecidos por los lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090 - 2020 del MINSA.

Se recomienda a los nuevos internos asistir a las prácticas manejando las guías prácticas de atención primaria en las enfermedades más prevalentes como, diabetes, dislipidemia, hipertensión arterial, faringitis, neumonía.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- (1) Rabí M. La formación de médicos y cirujanos durante los siglos XVI a XIX: Las Escuelas Prácticas de Medicina y Cirugía en el Perú [Internet]. Anales de la Facultad de Medicina. 2006 [citado 10 abril 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000200011
- (2) Murillo Peña JP. Historia de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina [Internet]. 1.^a ed. Lima - Perú: Industria Gráfica Algraf S.A.C.; 2018 [citado 10 abril 2020]. Disponible en: <https://www.aspefam.org.pe/series/serie1.pdf>
- (3) MINSA Hospital Vitarte. análisis de la situación de salud hospitalaria. lima; 2018 p. 14,20. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/data/transparencia/2019/T2103.pdf>
- (4) Reglamento general de internado hospitalario de ciencias de la salud del hospital vitarte. [internet]; 2017 (citado el 10 de abril del 2021). Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/data/transparencia/2017/R21871.pdf>
- (5) Centro nacional de epidemiología , prevención y control de enfermedades. Brotes, epizootias y otros reportes de salud [Internet]. lima: REPORTE N° 030 - 2020 ; 2020 p. 1. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/rumores/2020/Reporte_030-2020.pdf
- (6) Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. Perú: DECRETO SUPREMO N° 044-2020-PCM; 2020.
- (7) Decreto de urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19. Perú: Decreto de Urgencia N° 090-2020; 2020.
- (8) Lineamiento para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090 - 2020. Perú: Ministerio de salud; 2020.
- (9) Resolución directoria N° 539 - 2020 OGGRH/MINSA. Perú: Diris Lima Sur; 2020.

- (10) MINSA Centro de Salud Trébol Azul. Análisis de la situación de salud. lima; 2016. 14,20. (citado el día 10 de abril del 2021)
- (11) Nieto-Gutierrez Wendy, Taype-Rondan Alvaro, et-al. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta méd. peruana [Internet]. 2016 abr [citado 2021 Abr 10]; 33 (2):105-110. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200003&lng=es.
- (12) Dolores V., César G., Miguel V. Evaluación prospectiva de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de apendicitis aguda. medigraphic. 2010;32(1):17–23.
- (13) Alcázar J. L. Valoración ecográfica de la gestación precoz anómala ELSEVIER. 2013[12-04-2021]; Vol. 51. Núm. 4: 224-231.
- (14) Homas M Hooton, MD, Kalpana Gupta, MD, MPH. Infecciones del tracto urinario y bacteriuria asintomática durante el embarazo [Internet]. Uptodate. [citado el 13 - 04 - 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=bacteriuria%20asintomatica%20gestalt&topicRef=8061&source=see_link
- (15) Ángel M, Hernández A, Asenjo E, Herráiz I. Infección del tracto urinario en la embarazada. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2005; 23:40–6.
- (16) Guía de bolsillo guía de bolsillo para el manejo y la prevención del asma [Internet]. Ginasthma.org. [consultado el 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/07/GINA-Spanish-2019-wms.pdf>
- (17) MINSA. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de neumonía en los niños. Av. Salaverry N° 801, Lima 11, Perú: MINSA; 2019.
- (18) MINSA. norma tecnica para manejo terapeutico y preventivo de anemia. Av. Salaverry cuadra 8 s/n, Jesús María, Lima, Perú: Biblioteca Nacional del Perú; 2017.
- (19) De la salud OM. INFORME MUNDIAL SOBRE LA DIABETES. Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza: Organizacion Mundial de la salud; 2016.
- (20) Hospital Vitarte. Guía para el tratamiento laparoscópico de apendicitis aguda. MINSA; 2012. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/mod/transparencia/index.php?transparencia=1120>
- (21) MINISTERIO DE SALUD - oficina de estadistica e informatica. Principales grupos de causas de morbilidad registrada en hospitalizacion 2003. [disponible] en <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/082002DP00.htm>.

- (22) Eduardo Y, Lino C, Fernando H, Carlos B. Guía de práctica clínica de cirugía general. 2011.
- (23) Jefferson L, Vicuña R, Rechkemer A. Factores de riesgo en la enfermedad trofoblástica gestacional: estudio casocontrol. Ginecol Obstet (Perú) 1994; 40: 68.
- (24) Tse KY, Chan KK, Tam KF, Ngan HY. Current management of gestational trophoblastic disease. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine. 2015 01;25(1):12-21. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2014.10.007>
- (25) Hospital Vitarte. Guía Práctica clínica de aborto. MINSA; 2012
- (26) OMS. Tratamiento médico del aborto. OMS; 2019. [disponible] <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>
- (27) Hospital Vitarte. Guía Práctica clínica de infección urinaria en embarazo. MINSA; 2012
- (28) Thomas M Hooton, MD, Kalpana Gupta, MD, MPH. Infecciones del tracto urinario y bacteriuria asintomática durante el embarazo [Internet]. Uptodate. [citado el 4 de primavera de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=bacteriuria%20asintomatica%20gestalt&topicRef=8061&source=see_link
- (29) Clariza B, Henry P, Amado V. Guía de práctica clínica para el tratamiento de infecciones del tracto urinario [Internet]. 10 - 2020.
- (30) Hinostroza E. Reducción de la anemia permitió que 46 mil niños menores de tres años tengan mejores oportunidades. DIARIO EL PERUANO; 5 de febrero de 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/81189-reduccion-de-la-anemia-permitio-que-46-mil-ninos-menores-de-tres-anos-tengan-mejores-oportunidades>
- (31) MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades hipertensivas en el primer nivel de atención. R.M. N° 491-2009/MINSA; 2015.
- (32) MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. R.M. N° 719-2015/MINSA 26; 2015.
- (33) Gestión de los plaguicidas en armonía con la salud. Boletín epidemiológico del Perú. Vol. 27. MINSA; 2018. [disponible en] <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/36.pdf>
- (34) MINSA. Guía de práctica clínica para diagnóstico, manejo y control de dislipidemia, complicaciones renales y oculares en personas con diabetes mellitus tipo 2. Av. Salaverry N° 801, Lima 11 - Perú: Ministerio de Salud; 2017.
- (35) IETSI. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Lumbalgia. Guía en Versión Corta GPC N°2. Perú, diciembre 2016.

Disponible

en:

http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/1_GPC_diagnostico_y_tratamiento_de_lumbalgia_version_corta.pdf

ANEXOS

ANEXO N°1

Escala de Alvarado

Variable		Puntuación
Síntomas	Migración del dolor de epigastrio a cuadrante inferior derecho	1
	Anorexia	1
	Nauseas y/o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	2
	Rebote	1
	Fiebre (temperatura > de 38 °C	1
Laboratorio	Leucocitosis > de 10.500 por mm ³	2
	Desviación a la izquierda de neutrófilos > del 75%	1
Total		10

ANEXO N°2

CONDICION	EDAD DE ADMINISTRACION	DOSIS (VIA ORAL)	PRODUCTO	DURCION	CONTROL DE HEMOBLOBINA
Niño a término y con adecuado peso al nacer	Cuando e diagnostique anemia (a los 4 meses o en el control)	3mg/Kg/día Dosis máxima 40mg/ día	sulfato ferroso o polimaltosado férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento