



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**DESARROLLO DEL INTERNADO DURANTE LA PANDEMIA POR  
COVID-19 EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO Y EL  
CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL OLLANTAY EN 2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADA POR**

**PAOLA FERNANDA AGUILAR MINAYA**

**ASESOR**

**DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA**

**LIMA, PERÚ  
2021**



**Reconocimiento - No comercial**

**CC BY-NC**

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**DESARROLLO DEL INTERNADO DURANTE LA PANDEMIA  
POR COVID-19 EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO  
Y EL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL OLLANTAY  
EN 2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
PAOLA FERNANDA AGUILAR MINAYA**

**ASESOR  
DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJIA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Mg. Víctor Hinostrroza Barrionuevo

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

**Miembro:** Mg. Karim Ugarte Rejavinsky

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo se lo dedico primero a Dios, por siempre guiarme en esta hermosa carrera.

A mis padres por su amor infinito, sacrificio, esfuerzo y apoyo constante, por su ejemplo de ser siempre perseverante, por luchar por tus sueños, el no rendirse tan fácilmente y sobre todo siempre con humildad.

A mis hermanos por ser tan empáticos, comprensivos y apoyarme cuando los necesitaba.

A mis abuelos por su preocupación e interés, por siempre felicitarme con cada logro mío.

A mis amistades por la confianza y el apoyo brindado a lo largos de todos estos años.

A mi mascota Layla por su compañía en cada desvelada de estudio.

## **AGRADECIMIENTO**

Al Centro Materno Infantil Ollantay por abrirme sus puertas y haber concluido mi año académico como interna de medicina.

A mis tutoras la Dra. Milagros Barreda Razuri y Dra. Julia Herrera Vila por haber velado por mi formación académica y todo su apoyo infinito.

A todo el personal que conocí en el centro por todos sus conocimientos y experiencias brindadas.

Muy agradecida con todos ellos.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vii
<b>Abstract</b>	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	ix
<b>CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1 Caso clínico 1	2
1.2 Caso clínico 2	3
1.3 Caso clínico 3	4
1.4 Caso clínico 4	5
1.5 Caso clínico 5	5
1.6 Caso clínico 6	6
1.7 Caso clínico 7	7
1.8 Caso clínico 8	8
<b>CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA</b>	10
<b>CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	19
3.1 Discusión del caso clínico 1	19
3.2 Discusión del caso clínico 2	20
3.3 Discusión del caso clínico 3	21
3.4 Discusión del caso clínico 4	24
3.5 Discusión del caso clínico 5	25
3.6 Discusión del caso clínico 6	26
3.7 Discusión del caso clínico 7	27
3.8 Discusión del caso clínico 8	28
<b>CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	30
<b>CONCLUSIONES</b>	33

<b>RECOMENDACIONES</b>	35
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	36
<b>ANEXOS</b>	40
1. Consentimiento informado	41
2. Características de las complicaciones de diabetes mellitus	42
3. Escala de Alvarado modificada	43
4. Pulmonary Score	44
5. Flujograma para la atención de sibilantes y tos en niños	45

## RESUMEN

El internado es considerado el último año de la carrera de medicina humana donde los estudiantes de pregrado consolidan sus conocimientos teóricos y prácticos que aprendieron durante toda su preparación universitaria. Este trabajo tiene como fin la obtención del título como médico cirujano y se narran los conocimientos adquiridos y aplicados durante el internado iniciado en un hospital de alta complejidad de tercer nivel de atención como el Hospital Nacional Dos de Mayo; luego en un centro de salud de primer nivel de atención como el Centro Materno Infantil Ollantay durante la pandemia por COVID-19. Finalmente, se cuenta la experiencia vivida del interno sobre el desarrollo de las prácticas pre profesionales llevados a cabo en plena pandemia con algunos limitantes y riesgos, considerando también el aspecto físico, psicológico y emocional tanto para la autora como para los familiares.

**Palabras claves:** COVID-19, internado médico, experiencia

## ABSTRACT

The internship is considered the last year of the human medicine career where undergraduate students consolidate their theoretical and practical knowledge that they learned throughout their university preparation. The purpose of this work is to obtain the title as a doctor and the knowledge acquired and applied during the internship started in a highly complex third-level hospital such as the Hospital Nacional Dos de Mayo; then in a first-level health center such as the Center Maternal and Child Ollantay during the COVID-19 pandemic. Finally, the inmate's lived experience on the development of pre-professional practices carried out in the midst of a pandemic with some limitations and risks is recounted, also considering the physical, psychological and emotional aspects for both the author and the family members.

**Keywords:** covid-19, medical internship, experience

## INTRODUCCIÓN

La carrera de medicina humana consta de siete años, siendo una de las carreras más valoradas e indispensables a nivel mundial teniendo como último año de aprendizaje, el internado.

Es considerado indispensable para la formación académica como médico, es una etapa donde se aplican todos los conocimientos obtenidos durante los ciclos previos de ciencias básicas y clínica, expresados en cuatro campos médicos como Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología-Obstetricia y Pediatría, realizados en hospitales del Ministerio de Salud (MINSA), centros de EsSalud y otros de gestión pública y privada.

El internado como modalidad formativa comenzó el 1 de enero del 2020 y hasta la quincena de marzo se llevó a cabo en el Hospital Nacional Dos de Mayo, establecimiento de salud de tercer nivel de atención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promulgó el 11 de marzo de 2020 al SARS-CoV-2 causante de la pandemia por COVID-19, indicando a todos los países entrar en aislamiento social obligatorio como medida preventiva. Debido a esta situación se suspendió toda actividad académica en hospitales, por ende, también el internado, por el bienestar de los estudiantes y familiares.

(1)

Según el Decreto de Urgencia No. 090-2020, anunciado por el gobierno el 3 de agosto, se estableció el retorno de los internos de ciencias de la salud a

centros de primer nivel u hospitales para la continuación del internado a partir del 15 de agosto del mismo año. <sup>(2)</sup>

Se continuó el internado en el Centro Materno Infantil Ollantay, establecimiento de salud de primer nivel de atención perteneciente a Diris Lima Sur - San Juan de Miraflores. Siendo una de las principales inducciones, previa reincorporación de internos al centro, medidas de bioseguridad como lavado de manos, uso de equipos de protección de bioseguridad y charlas sobre prevención y/o control de enfermedades no transmisibles.

El trabajo de suficiencia personal expresa la experiencia durante el último año de la carrera de medicina humana que se realizó a inicios de marzo 2020 y finalizó en abril 2021. Así mismo, todo el conocimiento que se adquirió describiendo hechos vividos basados en evidencia crítica y humanista de la profesión.

El presente informe consta de 4 capítulos:

El primer capítulo presenta la importancia de este último año académico, los logros teórico-prácticos obtenidos y las aptitudes que se adquirieron durante la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de diversos problemas de salud con sentido humanista y ético.

El segundo capítulo describe al establecimiento de salud donde se realizó el presente trabajo detallando su categoría, población objetivo y las funciones desempeñadas como el sistema de referencia y las diversas actividades de promoción y tamizaje que se desarrollan dentro de la institución. Además, la situación nacional antes y durante la pandemia por SARS-CoV-2 y como este influyó durante el internado.

El tercer capítulo se refiere al relato de las metodologías basadas en evidencia especificando que sistemas de información, instrumentos y/o procedimientos se utilizaron durante la intervención médica y centrada en el paciente.

El cuarto capítulo expone cómo se llevó a cabo el internado durante la pandemia, las necesidades y prácticas que se ejecutaron, el desarrollo profesional, capacitación y experiencia que alcanzó el autor, además de las limitaciones o dificultades que se presentaron durante esta.

Y al final del informe se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, anexos y tablas.

Este trabajo es de suma importancia para la carrera de medicina humana ya que tiene como finalidad obtener el título profesional de médico cirujano.

Se podría considerar como limitación a las recomendaciones que serán válidas solamente para los internos de ciencias de la salud como una guía durante su último año de la carrera en tiempos de pandemia.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

Los estudiantes de pre grado de medicina, durante el último año de formación académica, consolidan lo aprendido en años anteriores con el fin de obtener mayor responsabilidad y destreza en el campo médico. A este último período de enseñanza se le llama internado. <sup>(3)</sup>

Los internos de medicina son guiados por médicos asistentes y/o residentes del mismo centro hospitalario y su gran aporte al manejo de los pacientes durante el internado es de suma importancia; ya que es un requisito valioso para la obtención del título profesional y para el Servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS). <sup>(4)</sup>

A pesar de haber sido un internado muy diferente, a comparación de los años anteriores, se pudo alcanzar el objetivo de adquirir conocimientos más prácticos que teóricos, aptitudes tanto para el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías; y sobre todo una muy cercana relación médico-paciente que nos servirán a futuro.

Se rotó en cuatro especialidades médicas: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General y Gineco-Obstetricia. Las competencias para cada uno de ellas era identificar, proponer y aplicar alternativas a los problemas médicos y éticos teniendo en cuenta la promoción y prevención de la salud.

La rotación de Medicina Interna tuvo como fin aplicar principios éticos y básicos para el manejo de los pacientes con problemas del aparato respiratorio, digestivo, cardiovascular, infecciosos, sistema nervioso,

metabólicos, articulares, renales, hematológicas, de piel y salud mental; respetando sus derechos y deberes.

## **CASO CLÍNICO 1**

Paciente de 48 años, sexo masculino procedente de Lima, ocupación chofer de combi. Antecedentes personales de DM2 hace 12 años en tratamiento irregular con Metformina 850 mg, obesidad tipo 1 (IMC 32 kg/m<sup>2</sup>) e HTA hace 10 años en tratamiento con Losartán 50 mg cada 24 horas.

Acudió al servicio de consultorio externo de medicina con un tiempo de enfermedad de 4 días caracterizado por poliuria, polidipsia, polifagia, asociado a dolor abdominal en epigastrio, náuseas y vómitos. Refirió también pérdida de aproximadamente 5 kg en el último mes. Se le realizó glucosa capilar con resultado de 378 mg/dl.

Al examen físico estuvo con funciones vitales de FC: 125x', FR: 23x', T °: 36.8, PA 135/85 y SatO<sub>2</sub>: 97%. Piel y faneras: Pálido con mucosas secas, llenado capilar menor igual a dos segundos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación superficial en epigastrio e hipogastrio, RHA (+). Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados. Respiración de Kussmaul. SNC: Somnoliento, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Según los antecedentes clínicos del paciente y de acuerdo al examen físico se consideró un cuadro de cetoacidosis diabética. No se logró obtener los exámenes auxiliares para confirmar el diagnóstico como AGA para nivel de pH, electrolitos y bicarbonato, además de un examen de orina para cuerpos cetónicos. Primero se le indicó hidratación con NaCl 0.9% 500-1000 ml/hrs durante la primera hora para dilución de glucosa y segundo se le refirió al hospital con mayor nivel de complejidad el Hospital María Auxiliadora para un manejo adecuado.

## CASO CLÍNICO 2

Paciente de sexo femenino de 42 años, procedente de Huancavelica, católica, grado de instrucción 5to de secundaria, estado civil viuda. Antecedentes patológicos: HTA hace 8 años en tratamiento con losartan 500 mg, cólico vesicular hace 3 años automedicándose AINES especificando Ibuprofeno y Ketorolaco de vez en cuando. Antecedentes quirúrgicos: apendicetomía hace 6 años en Hospital Sergio Bernales.

Refirió tiempo de enfermedad de 6 días con dolor abdominal tipo cólico a nivel de epigastrio con intensidad 4/10 cediendo con paracetamol condicional. Hace 3 días se agregan náuseas y vómitos asociado a deposiciones negruzcas de mal olor. Hace 2 días presentó vómitos con sangre en 2 ocasiones sin darle importancia. Seis horas antes del ingreso el dolor abdominal se intensificó con persistencia de los síntomas ya mencionados por lo que acude por emergencia del centro hospitalario.

Al examen físico se le encontró con funciones vitales PA: 100/80, FC: 105 por minuto, FR: 16 por minuto, SatO<sub>2</sub>: 97% y T: 37.1°C. Piel y faneras: T/H/E. Llenado capilar menor de 2 segundos. Palidez +/+++ , no edemas. Aparato cardiovascular: RC rítmicos, no soplos, no IY. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación superficial difusa, RHA (+). SNC: EG 15/15, LOPEP, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Se sospechó de un cuadro de hemorragia digestiva alta a descartar ulcera péptica por uso de AINES, por lo que se le hizo interconsulta al servicio de Gastroenterología con exámenes auxiliares los cuales salieron normales, excepción de la hemoglobina con un valor de 10.5 mg/dl. El plan con ella fue hospitalizarla e iniciar hidratación parenteral con NaCl 0.9% 1000 c/c, omeprazol 80 mg EV cada 24 horas y control de funciones vitales.

El servicio de Gastroenterología solicitó una nueva endoscopia digestiva alta, lo cual se realizó sin complicaciones afirmando la etiología del sangrado por

úlceras gástricas y gastritis erosiva por lo que se le indicó una nueva terapia y seguimiento por parte del servicio.

La rotación de Cirugía General tuvo como fin aplicar principios éticos y básicos para el manejo de los pacientes de cirugía general, traumatología, especialidades también como neurocirugía, urología, otorrinolaringología, oftalmología, cirugía de tórax y cardiovascular y cirugía pediátrica; respetando sus derechos y deberes.

### **CASO CLÍNICO 3**

Paciente de 25 años, sexo masculino, procedente de Lima. Acudió al servicio de emergencia del CMI Ollantay por presentar cuadro clínico de 12 horas de evolución caracterizado por dolor con intensidad 6/10, de inicio súbito, a nivel de mesogastrio y luego en fosa iliaca derecha por lo que se automedica con paracetamol. A las seis horas el dolor es de mayor intensidad 8/10 acompañado de náuseas, vómitos y sensación de alza térmica no cuantificada. Niega antecedentes patológicos. Refirió como antecedente quirúrgico una colecistectomía por litiasis vesicular hace 4 años.

Al examen físico se le encontró funciones vitales de FC: 105 por minutos, FR: 19 por minuto, SatO<sub>2</sub>: 99%, T: 38.1°C. Funciones biológicas refirió estreñimiento desde hace 1 semana. Paciente a la exploración se le encontró abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA presentes, Murphy (+), Blumberg (+), Rovsing (+), Signo del Psoas (+). El resto de aparatos sin alteraciones.

La impresión diagnóstica de acuerdo a la clínica se sospechó de un cuadro de abdomen agudo quirúrgico por apendicitis aguda. Por ende, se le indicó un metamizol de 1gr IM STAT y se le hizo la referencia al servicio de cirugía general en el Hospital María Auxiliadora.

#### **CASO CLÍNICO 4**

Paciente de 34 años, sexo femenino, procedente de Piura, ocupación: vendedora. Antecedentes patológicos: HTA hace 10 años en tratamiento con Losartán 50 mg cada 12 horas. Niega antecedentes quirúrgicos. Refirió un tiempo de enfermedad hace 4 años de inicio insidioso y curso progresivo. Hace 4 años presentó masa de 1x1 cm no doloroso de crecimiento progresivo en región inguinal izquierda. Hace 1 año refirió aumento de tamaño de misma masa de aproximadamente 3x3 cm reductible, asociado a dolor leve que disminuye con analgésicos (Naproxeno 550 mg). Hace 4 meses refirió aumento de dolor que no cede con analgésicos y dificultad a la deambulaci3n y al esfuerzo, motivo por el cual acude a consultorio externo de medicina interna del CMI Ollantay.

Al examen f3sico cont3 con funciones vitales estables: FC: 78 por minuto, FR: 18 por minuto, PA: 125/80, SatO2: 99%, T: 36.5°C. Funciones biol3gicas conservadas. Paciente en dec3bito dorsal present3 abdomen blando, distendido con RHA presentes, se palp3 masa a nivel inguinal izquierda de aproximadamente 4x4 cm doloroso con anillo externo de 4 cm.

Se sospech3 de un cuadro de hernia crural vs hernia inguinal izquierda, por lo que se le indic3 a la paciente una ecograf3a de partes blandas de la zona inguinal izquierda. Se le recet3 Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 3 d3as, adem3s se le realiz3 la referencia al servicio de cirug3a del Hospital Mar3a Auxiliadora por ser de mayor complejidad y pertenecer a la jurisdicci3n.

La rotaci3n de Pediatr3a tuvo como fin aplicar principios 3ticos y b3sicos para el manejo del reci3n nacido, ni3o, adolescente y en emergencias/urgencias pedi3tricas; respetando sus derechos y deberes.

#### **CASO CLÍNICO 5**

Paciente de 5 a3os, sexo masculino, mestizo, sin antecedentes de importancia, acudi3 por consultorio externo de pediatr3a del CMI Ollantay junto

a su madre por presentar 3 días con fiebre, malestar general y hace 2 días se agregó odinofagia.

Al examen físico cursó con funciones vitales estables, peso de 21,2 kg. Se evidenció en región oral enantemas vesiculares de aproximadamente 3 mm de diámetro en labio inferior y borde lateral de la lengua dolorosas a la palpación. A nivel de piel se observaron exantemas pápulas vesiculares de aproximadamente 2 a 3 mm en cara lateral y dorsal de ambas manos y pies, no dolorosas a la palpación. Asimismo, se hallaron lesiones similares en ambos codos y rodillas. Al resto del examen físico se encontró sin alteraciones.

Con los síntomas presentados y el típico cuadro clínico se diagnosticó la enfermedad de mano-pie-boca. No se decidió pedir exámenes auxiliares por no ser necesarios en el caso del paciente. Se le indicó tratamiento sintomático con paracetamol en jarabe (120 mg/ 5ml) 13 ml cada 8 horas por 3 días, además de medidas preventivas como separar utensilios, consumo de dieta blanda y balanceada, una correcta higiene bucal y abundante hidratación informándole a la madre que las lesiones desaparecen dentro de 7 a 10 días sin complicaciones.

## **CASO CLÍNICO 6**

Paciente varón de 10 años acudió al servicio de emergencia del CMI Ollantay acompañado de su madre por presentar 2 horas antes de su ingreso disnea a leves esfuerzos y taquipnea. No refiere fiebre. Como antecedentes de importancia tiene diagnóstico de asma desde los 5 años con beta 2 agonistas. Inmunizaciones completas.

Al examen físico tenía funciones vitales: FC: 125 por minuto, FR: 24 por minuto, SatO<sub>2</sub>: 95%, T: 37.1 °C y un peso de 42 kg. Se le observó consciente, orientado con dificultad respiratoria, uso de musculatura accesoria, a la auscultación sibilantes a la espiración y crépitos en tercio superior de ambos

campos pulmonares. Resto del examen físico conservado. La madre refirió haber olvidado el inhalador en casa.

Según el cuadro clínico el paciente presentó una crisis asmática leve por lo que se le indicó el uso de beta 3 agonistas de acción corta como manejo apropiado. La indicación fue 2 pufs separadas un minuto entre cada uno de ellas usando aerocámara y repetir la dosis cada 10 minutos por una hora. También se le inició dexametasona IM (0.3-0.6 mg/kg/d). No se le pidieron exámenes auxiliares por la severidad del caso.

Después de la reevaluación, el paciente cursó con FC: 90 por minuto, FR: 17 por minuto, SatO<sub>2</sub>: 98%, sin uso de musculatura accesoria, escasos sibilantes por lo que se decidió el alta indicándole beta 2 agonista de corta duración 2 pufs cada 2 horas por 24 horas y continuar cada 3 horas las siguientes 24 horas. Si la evolución es favorable completar con 2 pufs cada 4 horas por 4 días y luego cada 6 horas por 4 días más. También dexametasona 0.3-0.6 mg/kg/día, dividido cada 8 hrs por 3 a 5 días.

La rotación de Ginecología y Obstetricia tuvo como fin aplicar principios éticos y básicos para el manejo de pacientes ginecológicas, obstétricas; respetando sus derechos y deberes.

## **CASO CLÍNICO 7**

Paciente primigesta de 24 años con G1P0000, conviviente, estudiante de 1er año comunicaciones, procedente de Lima. Acude a su segundo control prenatal en el servicio de obstetricia del CMI Ollantay. Antecedes personales: menarquia a los 11 años, andria: 2, primera relación sexual a los 18 años. Antecedentes patológicos: ITU a los 20 años.

Refirió que hace 5 días presenta dolor al orinar, polaquiuria, tenesmo vesical, no fiebre. Se encontró con funciones vitales estables. Al examen físico en aparato genitourinario presentó PPL (+) derecha e izquierda, PRU (-). El resto del examen físico conservado. Al tacto vaginal se observó escasa secreción

blanquecina sin mal olor. En sus exámenes auxiliares se encontró Hb: 12,1 gr, Hto: 35, Examen de orina con leucocitos > 20 por campo, hematíes 1-2 por campo, nitritos +, gérmenes 1+. A la ecografía transvaginal reveló un embarazo de 11 5/7 semanas, feto único.

De acuerdo a los síntomas que presentó la paciente y los exámenes auxiliares se diagnosticó una infección de tracto genital baja gestacional (ITU), además de un flujo vaginal con sospecha de Candidiasis. Se le comenzó terapia antibiótica con Cefalexina 500 mg VO cada 6 horas por 5 días y Clotrimazol tópico vía vaginal por 7 días. Se le solicitó un urocultivo de manera particular control 1 semana terminada el tratamiento, ya que el centro no cuenta con el examen.

### **CASO CLÍNICO 8**

Paciente de 27 años, sexo femenino, conviviente, educación superior, procedente de Lima. Antecedentes personales: menarquia a los 10 años, primera relación sexual a los 14 años, andria 3, régimen catamenial 4-5/28. Usa como método anticonceptivo: inyectable trimestral. Antecedentes patológicos: niega. Reacciones adversas a medicamentos: Niega. Antecedentes quirúrgicos: cesárea por desproporción céfalo pélvica (DCP) hace 3 años.

Acudió por CCEE de ginecología del Hospital de Ate por presentar desde hace 4 semanas aproximadamente flujo vaginal amarillo-verdoso mal oliente, hace 2 semanas presentó dolor a predominio de hipogastrio y dolor durante relaciones sexuales en 2 ocasiones. Hace 1 semana presentó fiebre con T 38.1°C en 1 ocasión automedicándose con paracetamol 2 veces al día asociado a incremento de dolor abdominal bajo.

Se encontró con funciones vitales FC: 85 por minuto, FR: 16 por minuto, SatO<sub>2</sub>: 99%, T: 37.2°C. Al examen físico: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial en hipogastrio. Resto del examen físico conservado. A la especuloscopia se observó escasa secreción verdosa mal

olienta adheridas a las paredes de vagina. Test de aminas positivo. Al tacto vaginal se presentó dolor a la movilización del cuello uterino, anexos conservados, no se palpan masas. Paciente acudió con exámenes auxiliares realizados de manera privada presentando Hb: 12.5 gr, Leucocitos: 13500, 5% abastados, Plaquetas: 450 000 mm<sup>3</sup>, U: 28, Creatinina: 0.7, Examen de orina: leucocitos 8 por campo, hematíes 1-3 por campo, nitritos (-), gérmenes: 2++.

Con relación a los datos clínicos y los exámenes auxiliares se determinó un cuadro de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y flujo vaginal por ITS. Se le indicó tratamiento ambulatorio con ciprofloxacino 500 mg IM única dosis + Doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 14 días + Metronidazol 500 mg cada 12 horas por 14 días y un control en 2 semanas.

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

En tiempos sin pandemia, se realizó el internado en el Hospital Nacional Dos de Mayo desde el 01 de enero del 2020 hasta el 15 de marzo del 2020.

El Hospital Nacional Dos de Mayo se ubica en el distrito de Cercado de Lima - Provincia de Lima - Departamento de Lima. Abarca aproximadamente 3 manzanas de territorio, cuya referencia principal es la cuadra 13 de la Av. Grau.

Es un establecimiento de salud perteneciente al MINSA con un nivel de complejidad III-1 brindando a toda la población en general atención integral ambulatoria y hospitalarias haciendo énfasis a la recuperación de los problemas de salud más complejos a través de las unidades productoras de servicio que ofrece como los servicios quirúrgicos.

No tiene una población asignada directa, más bien su población es referencial a nivel nacional y regional (Tabla 1) por lo que es el centro de referencia de mayor complejidad. Los distritos que fomentan la mayor demanda de atención son Cercado de Lima y La Victoria (Tabla 2). Y las atenciones que brindan por grupos etarios, los más frecuentes fueron entre 20 a 64 años y 65 años a más. (Tabla 3).

**Tabla 1.** Población total atendida en el HNDM por Consulta Externa según lugar de procedencia, 2017

N	DISTRITOS	2013		2014		2015		2016		2017	
		N °	%	N °	%	N °	%	N °	%	N °	%
1	Cercado de Lima	127836	30%	127030	30%	162474	33%	183293	37%	158367	33%
2	La Victoria	81409	19%	88844	21%	108611	22%	95613	19%	98570	20%
3	San Juan de Lurigancho	31318	7%	28929	7%	31068	6%	23296	5%	23142	5%
4	San Luis	13610	3%	15442	4%	18413	4%	15920	3%	16762	3%
5	Ate Vitarte	20970	5%	18742	4%	20627	4%	16938	3%	15301	3%
6	La Molina	2117	0.50%	1881	0.40%	2629	1%	8933	2%	9193	2%

Fuente: Oficina de estadística HNDM 2017

**Tabla 2.** Distritos de Lima que generaron mayor demanda de atención por consultorio externo en el HNDM, 2013-2017

DEPARTAMENTOS	2017	
	N °	%
METROPOLITANA	80965	88.60%
LIMA		
CALLADO	973	1.10%
PROVINCIAS	2811	3.10%
RESTO PROVINCIAS	6644	7.30%
TOTAL	91393	100%

Fuente: Oficina de estadística HNDM, 2013-2017

**Tabla 3.** Población atendida en consultorios externos según Grupo Etario y Sexo en el HNMD, 2017

GRUPO ETARIO	SEXO		TOTAL	%
	F	M		
0-29 días	918	1039	1957	2.1
Menor de 1 año	1022	1103	2125	2.3
1 a 4 años	1104	1585	2684	2.9
5 a 9 años	1847	1604	3451	3.8
10 a 19 años	3816	2974	6790	7.4
20 a 64 años	33960	23762	57722	63.2
65 años a +	8510	7751	16291	17.8
TOTAL	51207	39818	91393	100

Fuente: Oficina de estadística HNMD, 2017

En la tabla 1 se observó que, durante el año 2017, el hospital tuvo un total de 91,393 atendidos de los cuales el 89.7% corresponde a la población atendida de Lima Metropolitana y Callao. En el año 2017 los distritos que generaron mayor demanda de atención por CCEE fueron Cercado de Lima con 33%, La Victoria con 20%. Y la tabla 2 mostró que el 63.2% se concentra en el grupo de 20 a 65 años seguido de 17.8% en el grupo de 65 años a más. En relación con la atención brindada en consultorios externos y grupos etarios se observó el 63.2% fueron pacientes entre 20 a 65 años, seguidos del grupo etario de 65 años a más con un 17.8%.

Se realizó dicha rotación en el servicio de hospitalización Santo Toribio. Este servicio era netamente de varones y contaba con 36 camas de los cuales estaban a cargo cuatro médicos asistentes, 7 enfermeros, 3 técnicas de enfermería, 3 internos de nutrición, un químico farmacéutico, entre 2 a 3 residentes y 6 internos de medicina humana.

Las patologías que frecuentemente se vieron en piso fueron Diabetes Mellitus tipo 2 descompensado (sin o con amputación); Insuficiencia cardiaca,

Hemorragias digestivas altas y/o bajas, Enfermedad Renal Crónica en hemodiálisis 3 veces a la semana en el servicio de Nefrología, Cirrosis, Infecciones de piel como abscesos, por último y en menos frecuencia las infecciones intrahospitalarias como las Neumonías en pacientes mayores de 70 años. También se observaron casos particulares como meningoencefalitis bacterianas o virales, neuro sífilis, VIH con infecciones oportunistas, neoplasias, linfomas, leucemia.

Las guardias diurnas y nocturnas se realizaron en el servicio de Emergencia el cual se dividía en dos tópicos de medicina (tópico A y B). Cada servicio estuvo conformado por 1 médico asistente, entre 2 a 3 residentes, entre 3 a 4 internos de medicina y 2 enfermeras de turno.

En el tópico A se vieron patologías con manejo ambulatorio y en el tópico B se vieron patologías que requerían seguimiento para la posible hospitalización o no.

Se atendió entre 4 a 30 pacientes aproximadamente en ambas guardias. Y las patologías que comúnmente se examinaron fueron apendicitis leve-moderadas, pancreatitis leve, enfermedades diarreicas aguda, dolor pélvico, infecciones de tracto urinario, crisis asmáticas, síndrome de obstrucción bronquial, faringo-amigdalitis bacteriana aguda, crisis hipertensivas, cefaleas, entre otros.

El gobierno decretó cuarentena obligatoria a nivel nacional el 15 de marzo por los casos de defunciones asociados a SARS-coV-2 a nivel mundial, motivo por el cual se decidió suspender el internado hasta nuevo aviso. <sup>(5)</sup>

El 15 de agosto se decidió retomar el internado de acuerdo a los "Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos en ciencias de salud durante el marco del decreto de urgencia", el cual concluyó:

1. Retorno de manera voluntaria firmando un consentimiento informado (Anexo 1).
2. Estar registrado en el Registro Nacional del Personal de Salud (INFORHUS).
3. Contar con segura de vida y de salud afiliado a EsSalud.
4. Contar con adecuado equipo de protección personal brindado por el establecimiento de salud.
5. Desarrollar prácticas en establecimientos de salud I-3 y I-4.
6. Desarrollar actividades bajo un régimen de asistencia de 15 días continuas en áreas no COVID, seguidos de 15 días de descanso
7. Recibir un estipendio mensual equivalente a una remuneración mínima vital de S/ 930.00 soles. <sup>(6)</sup>

Se aceptó realizar el internado en un establecimiento de salud de primer nivel debido a que algunos hospitales no accedieron al retorno de sus mismos internos.

Primero se continuó en el Hospital de Vitarte durante quince días en el servicio de ginecología y obstetricia, desde el 01 de diciembre del 2020 hasta el 15 de diciembre del mismo año por coordinaciones con la universidad y el establecimiento de salud.

El Hospital de Vitarte se ubica en el distrito de Ate, en la Provincia de Lima – Departamento de Lima fue fundado en 1957. Es un hospital de segundo nivel de atención categoría II-1 perteneciente a Diris Lima Este.

Se encuentra ubicado en la avenida Nicolas Ayllón 5880 de la carretera central y cuenta con un área de 1672 metros done anualmente atiendes a 10092 pacientes ofreciendo atenciones en medicina interna, ginecología y obstétrica, pediatría y cirugía general más especialidades quirúrgicas; además de servicio de emergencia, 2 salas de operaciones, laboratorio, ecografía general y obstétrica, rayos X, farmacia 24 horas, cuidados intensivos y anatomía patológica.

Se realizaron 2 turnos por el servicio de consultorio externos de ginecología de 6 horas diurnas; 2 turnos en ecografía obstétrica de 6 horas diurnas donde se vieron patologías ginecológicas como miomas uterinos, se realizaban también Histerosalpingografía y controles prenatales, ; 5 días en hospitalización de 6 a 8 horas diarias donde se realizaron las evoluciones clínicas, exploración en gestantes y/o puérperas, además de las altas correspondientes a las 24 en partos vaginales y a las 48 hora en cesáreas; 2 turnos en sala de parto donde se realizó toda la atención del parto, episiotomías, sutura de desgarros vaginales y por último 2 turnos en la emergencia haciendo guardias diurnas de 12 horas donde se observaron diversas patologías como trabajos de partos prolongados, ruptura prematura de membrana, hemorragia del primer trimestre y segundo trimestre; además de haber realizado procedimientos como AMEU, legrados y retiro de puntos.

Posterior a eso se concluyó el internado los próximos cinco meses, desde el 16 de diciembre del 2020 hasta el 30 de abril, en el Centro Materno Infantil Ollantay (CMI Ollantay).

El CMI Ollantay es un centro nivel complejidad I-4 que pertenece a Diris Lima Sur de San Juan de Miraflores. Tiene una población total asignada de aproximadamente 15175 personas de las cuales la mayoría son de grupos etarios entre 30-34 y 40-44 años a predominio del sexo femenino (Tabla 4).

Cuenta con unidades prestadoras de servicios como consultorios externos de medicina, pediatría, obstetricia, planificación familiar, psicología, nutrición, dental, inmunización, ecografía, radiología, médico cirujano, farmacia, odontología, laboratorio clínico; además de un servicio de emergencia tanto para medicina y obstetricia con camas de internamiento por 24 horas post atención de partos eutócicos.

En plena pandemia se decidió rotar la segunda quincena de cada mes. No hubo un cronograma fijo de rotaciones por lo que se llevaba consultorios de medicina interna nuevamente, consultorios de obstetricia y planificación familiar, control de anemia, consultorio de pediatría y ecografías. El fin era

obtener el mayor conocimiento posible durante este corto tiempo de internado que quedaba. Se realizaron 3 veces a la semana, ósea lunes-miércoles-viernes, en los servicios tanto de pediatría y medicina interna; y los demás días, martes-jueves-sábados, en los servicios de obstetricia, anemia, ecografía y también medicina interna. En conclusión, a la semana se roto 2 veces en medicina interna, 1 vez en el servicio de detección de anemia, 1 vez en ecografía, 2 veces en el consultorio de obstetricia; o viceversa.

**Tabla 4.** Población atendida según Sexo y Edad en el CMI Ollantay, 2016

EDAD	HOMBRE	MUJER	POBLACION	PROPORCION DE MASCULINIDAD (%)
1 a 4	2,611	2,863	5,474	47.7
5 a 9	2,726	2,838	5,564	49
10 a 14	2,556	3,162	5,718	44.7
15 a 19	3,135	3,185	6,320	49.6
20 a 24	3,375	3,599	6,974	48.4
25 a 29	3,118	2,949	6,067	51.4
30 a 34	2,958	2,602	5,560	53.2
35 a 39	2,525	2,769	5,294	47.7
40 a 44	2,516	2,213	4,729	53.2
45 a 49	2,092	2,231	4,323	48.4
50 a 54	1,686	2,129	3,815	44.2
55 a 59	1,358	1,512	2,870	47.3
60 a 64	1,086	1,104	2,190	49.6
65 a 69	825	880	1,705	48.4
70 a 74	634	649	1,283	49.4
75 a 79	392	549	941	41.7
80 a mas	210	698	908	23.1
TOTAL	33,803	35,932	69,735	48.5

Fuente: Oficina de estadística CMI Ollantay, 2016

De acuerdo a lo establecido por el decreto se hicieron turnos de 7 horas diarias y 2 turnos de 12 horas en el servicio de emergencia al mes, cumpliendo así un mínimo de 78 horas al mes.<sup>(7)</sup>

En consultorio de medicina interna se realizó la anamnesis y examen clínico correspondiente al paciente y luego, con la tutora responsable del turno, se le indicó un plan de trabajo y terapéutica oportuna. En consultorio de pediatría se realizó el control del recién nacido y niño por lo que se le realizaba anamnesis, examen clínico y terapéutica en conjunto con la tutora correspondiente.

En el consultorio de obstetricia se realizó atención a la gestante para controles prenatales, uso de métodos anticonceptivos en planificación familiar y tratamiento para vulvovaginitis o infecciones urinarias. Se realizó también campañas de Papanicolau y ácido acético (IVVA) para el descarte de cáncer de cuello uterino y atención de 24 horas en el servicio de emergencia para la atención del parto y atención inmediata del recién nacido.

En el consultorio de anemia se realizó el descarte en niños para luego su posterior terapéutica correspondiente a la edad y gravedad de anemia. En ecografía se vieron diversas patologías tanto en mujeres como varones, desde cuadros gastrointestinales como descartar hígado graso, litiasis vesicular; renales, litiasis renales, infecciones urinarias en gestantes; en gestantes, control obstétrico; urinario, prostatitis aguda, hernias inguinales frecuentemente en varones; ginecológicos, descarte de miomas uterinos, hiperplasia endometrial, enfermedad pélvica inflamatoria, etc.

En el servicio de emergencia se podía realizar netamente la rotación de cirugía al examinar pacientes con criterios diagnósticos quirúrgicos para hacerle la referencia correspondiente, procedimientos como suturas, retiro de punto, curación de heridas, extracción de uñas, entre otros.

También se vieron casos obstétricos como partos eutócicos, retención de placenta no complicada, reparación de desgarros vaginales grado I/II y cérvix durante el trabajo de parto, hipertensión leve durante la gestación y hemorragias leves. Y otras patologías de alta complejidad como: partos distócicos, retención de placenta complicada, hemorragias severas, sepsis maternal y/o neonatal, retención de placenta complicada, desgarrar vaginales

grados III/IV, se refirieron al establecimiento de salud de tercer nivel, el Hospital María Auxiliadora.

La organización en cada hospital y centro de salud fue distinta de acuerdo a la situación pre pandemia y durante ella misma destacando las funciones y actividades desempeñadas como interno de medicina.

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **DISCUSION DEL CASO CLINICO 1**

El primer caso clínico, ya mencionado en el capítulo I, durante la rotación de medicina interna se observó en un paciente de sexo masculino con diabetes mellitus tipo 2 a descartar una cetoacidosis diabética. Esta entidad es un desorden metabólico caracterizado por el aumento de los niveles de glucosa en sangre. Este tipo de diabetes es la más frecuente en población adulta entre el 90-95% de la población diabética, los cuales requieren tratamiento con antidiabéticos orales como la metformina, sulfonilureas e insulina.

Fisiopatológicamente se atribuyó una insulinoresistencia hepática y muscular como principal etiopatogenia de DM2. El aumento de glucosa hepática y la disminución de su captación por el musculo llevaría a un aumento de este en sangre asociándolo a una deficiencia de insulina por las células beta pancreáticas desarrollando así este cuadro <sup>(35)</sup>

Hay muchos factores de riesgo asociados a esta patología dentro de los cuales tenemos a los estilos de vida como el sedentarismo, malos hábitos alimentarios, sobrepeso y obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial, antecedentes familiares y otros como la edad y etnia. En el caso del paciente, este cumplía con dos criterios ya mencionados predisponiéndolo a que tenga mayores complicaciones a futuro junto a una mala adherencia al tratamiento. Existen dos formas de presentación de una descompensación por aumento de niveles de glucosa en sangre que son el estado hiperosmolar hiperglucémico (EHH) y la cetoacidosis diabética (Anexo 2). Y una vez

identificado los signos de sospecha clínica o bioquímica como: polidipsia, poliuria, pérdida ponderal de peso, debilidad, trastorno del sensorio, deshidratación, taquicardia, respiración de Kussmaul, coma; se deberá realizar un manejo hospitalario especializado.

La cetoacidosis diabética (CAD) es una deficiencia relativa o absoluta de insulina junto a un incremento de hormonas contrarreguladoras llevando a una hiperglicemia y una cetosis generando una acidosis metabólica. Los factores precipitantes más comunes son las infecciones (neumonías o ITU) o mala adherencia al tratamiento con insulina. Este cuadro suele evolucionar muy rápido y cuenta con los signos y síntomas ya mencionados. Los síntomas neurológicos son más frecuentes en un EHH, mientras que el dolor abdominal asociado a náuseas y vómitos en CAD. En el centro de salud no se cuentan con todos los exámenes auxiliares para llegar al diagnóstico como definitivo de CAD, pero se incluyen a la glucosa, examen de orina y cetonas, electrolitos séricos, AGA y EKG. La glucosa sérica con un valor  $>250$  mg/gl, presencia de cuerpos cetónicos en el examen de orina y una acidosis metabólica en el AGA confirman el diagnóstico <sup>(36)</sup>

El tratamiento es reposición vigorosa hídrica con NaCl 0.9% IV, infusión de insulina regular 0.1 U/kg IV, la corrección del medio interno y monitorización de glucosa por hora hasta que se estabilicen sus valores. Se refirió al paciente por ser una persona con DM2 con sospecha clínica de descompensación, hacia un hospital de mayor complejidad para el tratamiento respectivo.

## **DISCUSION DEL CASO CLÍNICO 2**

El segundo caso clínico trató sobre una paciente mujer con diagnóstico presuntivo de hemorragia digestiva alta por úlcera péptica, entidad que fue confirmada gracias a la EDA. Esta patología es aquella que se origina proximal al ángulo de Treitz. Tiene diversas entidades etiológicas, en primer lugar, a las úlceras pépticas, seguido de varices esofágicas, esofagitis erosivas, lesión de Dieulafoy, Síndrome de Mallory Weiss, malformaciones vasculares. La HDA es considerado un gran problema por su alta tasa de mortalidad y

morbilidad. Factores de riesgo asociados como la falta de saneamiento adecuado, agua potable, estilos de vida como el uso de fármacos gastrolesivos (AINES) o factores hereditarios condicionan a la aparición de esta entidad.

La HDA se manifiesta como vómitos con sangre viva y oscura conocido como hematemesis, heces negras como brea conocido como melena, evacuación de sangre roja vinosa junto a las heces conocido como hematoquecia, este último es de presentación inusual. El diagnóstico es mediante los datos clínicos, el examen físico exhaustivo y endoscópico. Este último es el principal examen tanto para el diagnóstico como tratamiento y pronóstico. Como exámenes complementarios se solicita hemoglobina, hematocrito, perfil de coagulación, plaquetas, perfil hepático, grupo sanguíneo y factor Rh, urea y creatinina.

Para el manejo se debe tener en cuenta anamnesis, examen físico, estabilidad hemodinámica, etiología confirmada y la gravedad. Como medidas iniciales se obtienen 2 accesos venosos periféricos para la administración de fluido y fármacos como los inhibidores de bomba de protones (IBP) en casos de HDA de origen no variceal; fármacos vasoactivos como octreotide o terlipresina en casos de HDA de origen variceal. Y también se utiliza la EDA como terapéutico dependiendo de la etiología del sangrado.

Cuando el paciente tenga buena tolerancia oral, no tenga evidencia de sangrado activo y tenga estabilidad hemodinámica se le puede dar el alta sin ninguna complicación.

### **DISCUSIÓN DEL CASO CLINICO 3**

En la rotación de cirugía general se observó en el primer caso clínico a un paciente de sexo masculino con apendicitis aguda. Esta patología es la inflamación del apéndice cecal y la causa más frecuente de abdomen quirúrgico. Tiene como etiología la obstrucción de la base apendicular por

fecalitos, hiperplasia linfoide, parásitos y neoplasias. Ocurre con mayor frecuencia entre la segunda y tercera década de la vida. <sup>(8)</sup>

La patogénesis de la apendicitis aguda comienza con la inflamación de la pared apendicular, seguida de una proliferación bacteriana a las 6 horas de iniciado el cuadro y a las 12 horas una isquemia localizada, necrosis, perforación ocasionando una peritonitis localizada o generalizada. <sup>(9)</sup>

La impresión diagnóstica fue la correcta debido a la secuencia clásica de Murphy que es dolor, seguido de náuseas, vómitos y fiebre. <sup>(10)</sup> Los síntomas varían de acuerdo a la ubicación del apéndice, por ejemplo, un apéndice anterior produce el clásico dolor localiza en fosa iliaca derecha; pero un apéndice retro cecal causa un dolor abdominal sordo. <sup>(11)</sup>

Al examen físico puede ser poco revelador en las primeras etapas de la patología, ya que es un dolor visceral mal localizado. Sin embargo, conforme va avanzando la inflamación la afectación del peritoneo causa un dolor somático más localizo en cuadrante inferior derecho. Los signos físicos más comunes son: la hipersensibilidad en el punto de McBurney a nivel de espina iliaca anterosuperior, el signo de Rovsing es el dolor en FID a la palpación de la fosa iliaca izquierda, el signo del iliopsoas es el dolor al decúbito lateral a la extensión de la cadera derecha asociado mayormente a ubicación retro cecal y el signo del obturador asociado a ubicación pélvica se manifiesta al decúbito dorsal a la flexión de cadera derecha seguido de rotación interna. <sup>(12)</sup>

Los exámenes auxiliares a realizarse son: hemograma completo, ya que la mayoría cuenta con leucocitosis y desviación a la izquierda, excepto en etapas muy tempranas de la enfermedad; reactantes de fase aguda como PCR que puede aumentar la sensibilidad y un examen de orina donde se evidencia leucocituria, hematuria sin nitritos. La tomografía con contraste es el estudio de elección para el diagnóstico de apendicitis aguda. Los hallazgos que sugieren es una dilatación apendicular con diámetro > 6mm y engrosamiento de pared apendicular >2mm. Los hallazgos a la ecografía vendrían a ser

similares y es de preferencia en mujeres jóvenes en edad fértil y gestantes.

(13)

La apendicitis aguda tiene una gran variedad de diagnósticos diferenciales por la presentación del dolor localizado en FID. La diverticulitis de Meckel es un remanente del conducto onfalomesentérico y se localiza a dos pies de la válvula ileocecal, el intestino delgado puede migrar al CID e imitar sus síntomas por ello a la exploración abdominal si no se encuentra inflamación de apéndice se debe buscar inflamación de divertículo de Meckel. Condiciones ginecológicas como el embarazo ectópico roto, la ruptura de quiste ovárico, enfermedad pélvica inflamatoria y otras como torsión testicular y adenitis mesentérica. (14)

Existen escalas diagnósticas para esta patología, la escala de Alvarado modificada es la más usada con una sensibilidad de 68% y especificidad de 89%. Interpretación: Bajo riesgo (0-4 puntos) la probabilidad es mínima y se buscan otras causas; Intermedio riesgo (5-7 puntos) la probabilidad es intermedia y se hospitaliza para observación por 12 horas con ayuda de estudios de imagen como TAC o ecografía y Alto riesgo (8-10) el diagnóstico es alto y se debe someter a cirugía de inmediato (Anexo 3) (15)

El tratamiento actual va desde la vía quirúrgica como la apendicectomía abierta o laparoscópica hasta el manejo conservador con antibioticoterapia. Para la preparación preoperatoria se brinda hidratación IV, balance hidroelectrolítico corregido y antibiótico profiláctico como cefoxitina 2gr IV única dosis o cefotetan 2 gr IV única dosis o la combinación de cefazolina 2gr y metronidazol 500 mg IV (27). En apéndices con base en condiciones óptimas se realiza a muñón libre, de lo contrario se realiza una jareta invaginante. En el caso de peritonitis localizada se realiza la cirugía más un drenaje y antibióticos; en generalizada, lavado de cavidad abdominal más un cierre diferido. Los pacientes con absceso se tratan con antibióticos IV y drenaje percutáneo. Los pacientes con plastrón apendicular tratar con antibioticoterapia IV y una apendicectomía diferida. (16)

Por ser un centro de salud de primer nivel se le refirió a un tercer nivel por ser de alta complejidad. Concluyendo con el caso clínico se llegó a la conclusión de esa patología por la clínica usando la escala de Alvarado y basándose en las guías de cirugía general y del ministerio de salud en caso de emergencias.

#### **DISCUSION DEL CASO CLINICO 4**

En el segundo caso clínico de cirugía general se presentó una mujer con impresión diagnóstica de hernia crural por epidemiología, clínica y examen físico. Las hernias se definen como protuberancias de un órgano o parte de uno a través de la pared abdominal. Las hernias femorales están ubicadas por debajo del ligamento inguinal y sobresale a través del anillo femoral y estas son más comunes en mujeres y las más frecuentes en producir complicaciones como encarcelamiento o estrangulamiento. <sup>(17)</sup>

La clínica se acompaña de dolor tipo pesadez o sordo en ingle que puede estar o no asociado a un bulto. Como refería la paciente, el malestar aumentaba al levantar objetos o hacer esfuerzos de pie por mucho tiempo. Este dolor era debido a la constricción del mismo contenido de la hernia. Es posible que se necesite de exámenes por imágenes como la ecografía en el caso de confusión con respecto a la ubicación de la hernia. <sup>(18)</sup>

El tratamiento es quirúrgico dependiendo del tipo, la gravedad de la sintomatología puede realizar por emergencia o electiva. En pacientes con hernias crurales de larga duración, como en el caso de la paciente, se recomiendan la cirugía, aunque la observación es una buena opción. Se prefiere una cirugía sin tensión, es decir con malla, en el caso de la paciente por la localización de la hernia. <sup>(19)</sup>

Esta patología se refiere por ser de alta complejidad ya que un centro de primer nivel de atención no cuenta con las unidades necesarias para el tratamiento adecuado; así que solo se realizó la consulta como atención primaria indicándole una ecografía, en el mismo centro de salud CMI, como ayuda diagnóstica.

## DISCUSION DEL CASO CLÍNICO 5

En el primer caso clínico de la rotación de Pediatría se observó a un niño de 5 años con el diagnóstico de enfermedad mano-pie-boca (HFMD). Esta patología es causada por virus del grupo Enterovirus. Se presenta frecuentemente en niños menores de 10 años, pero también se puede manifestar en adultos. La transmisión puede ser por vía respiratoria o estar en contacto con el líquido vesicular. El periodo de incubación es de 3 a 5 días. <sup>(20)</sup>

El diagnóstico es netamente clínico sin necesidad de exámenes de laboratorio ya que la mayoría son normales. La clínica de esta patología es de forma aguda y se caracteriza por malestar general como la fiebre el dolor de garganta. Posteriormente aparecen los enantemas vesiculares en mucosa oral y/o lengua, erupciones que pueden ser maculo-papulares o vesiculares en caras laterales o dorsales de ambas manos y pies, y otras localizaciones como rodillas, zona glútea o codos, como en el caso del paciente. <sup>(21)</sup>

La enfermedad mano-pie-boca tiene como diagnósticos diferenciales a la herpangina y la gingivoestomatitis primaria por herpes simple. Respectivamente, el primero se caracteriza por fiebre alta y enanema doloroso oral pápulo vesicular ulcerativo. Y el segundo tiene como pródromo fiebre, malestar general, anorexia y cefalea que precede a la aparición de vesículas y sangrado en encías; además de las lesiones cutánea unilaterales a diferencia de la HFMD que son bilaterales. <sup>(22)</sup>

Los signos y síntomas desaparecen espontáneamente entre 7 a 10 días como máximo por lo que el tratamiento es netamente sintomático, y se le enseña al familiar evitar el uso de antibióticos o antivirales por el antecedente del cuadro respiratorio, así como la fiebre. En conclusión, al paciente se le indicó paracetamol como tratamiento de apoyo para las molestias referidas y la fiebre.

## DISCUSION DEL CASO CLÍNICO 6

En el segundo caso clínico de Pediatría se presentó un niño de 10 años por un cuadro de crisis asmática. Esta enfermedad es muy común en la población pediátrica y se refiere a la descompensación de un asma crónico que conlleva a una exacerbación a causa de la falta de adherencia al tratamiento, fármacos y/o infecciones o factores ambientales. La fisiopatología principal es la obstrucción reversible de la vía aérea debido a una broncoconstricción de la musculatura lisa bronquial, edema, engrosamiento de las paredes o hipersecreción de mucosas. <sup>(23)</sup>

El cuadro clínico del paciente fue de acuerdo a esta entidad por tener el antecedente de asma desde los 5 años, clínica de inicio agudo con disnea, tos, sibilantes y roncantos además del uso de musculatura accesoria. Y según la gravedad fue leve según el Pulmonary score con un puntaje de 3. (Anexo 4)

Ni bien iniciado la crisis asmática debe iniciarse el manejo, ya que más pronto se inicie el tratamiento más rápido remite la crisis y disminuye el riesgo de complicaciones. Las crisis leves-moderadas se tratan de manera ambulatoria y las severas deben ser hospitalizadas, que no fue necesario en el caso del paciente. <sup>(24)</sup>

Se decidió seguir la guía de MINSA y se contó la FR, evaluó presencia de sibilantes, la dificultad respiratoria, uso de musculatura accesoria y la presencia o no de cianosis. (Anexo 5). El objetivo de una crisis asmática se resume en la administración repetida de beta 2 agonista de acción corta de forma precoz y repetida; además de reducir la inflamación de las vías aéreas usando corticoides sistémicos. <sup>(25)</sup> Al final se le explicó a la madre la importancia de la adherencia al tratamiento y las consecuencias de continuar frecuentemente con crisis asmáticas.

## DISCUSION DEL CASO CLÍNICO 7

El primer caso clínico de Obstetricia se trató de una gestante de 12 semanas de gestación que se atendió en el CMI Ollantay. La infección urinaria (ITU) es una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo y tiene una gran repercusión en la morbilidad para la madre y el feto como la prematuridad y el bajo peso al nacer. <sup>(26)</sup>

Es considerada ITU por presentar bacterias en el tracto urinario produciendo alteraciones funcionales o morfológicas. Existen factores que predisponen esta patología en la gestante como la misma hidronefrosis fisiológica durante el embarazo, uretra corta y los cambios vesicales que conllevan a un reflujo vesico ureteral y estasis urinaria. Además del antecedente de un cuadro de ITU como el que refirió la paciente. En más del 75% de casos, el agente etiológico más frecuente es E. Coli <sup>(27)</sup>.

El diagnóstico se basó en la clínica, ausencia de síntomas de ITU superior, examen físico y exámenes complementarios concluyendo una ITU inferior o también llamada cistitis. Manifestó disuria, polaquiuria, tenesmo vesical y dolor lumbar; además de un examen de orina patológico: orina turbia, leucocitos > 10 por campo y nitritos (+). En toda gestante se debe solicitar un urocultivo para confirmar el diagnóstico y de control de 1 a 2 semanas post tratamiento <sup>(28)</sup>.

El tratamiento se inicia de manera empírica antes del resultado del urocultivo y antibiograma. Se recomienda nitrofurantoína 50-100 mg cada 6 horas durante el segundo o tercer trimestre de gestación o Cefalexina 250-500 mg cada 6 horas o amoxicilina/acido clavulánico 500/250 mg cada 8 horas. Basándose en las guías de MINSA y otras fuentes bibliográficas se le indicó betalactámico disponible dentro del petitorio del centro de salud como la Cefalexina por 7 días y un nuevo urocultivo para su próximo control prenatal.

## DISCUSION DEL CASO CLÍNICO 8

En el segundo caso clínico se observó en el Hospital de Ate a una paciente de 27 años con EPI. Esta patología es una infección del tracto genital superior que afecta de manera ascendente al útero, anexos y en casos más complicados a órganos pélvicos vecinos. La mayoría son causados por infecciones de transmisión sexual como *Chlamydia trachomatis*, *Nesisseria gonorrhoeae* y *Mycoplasma* o vaginosis bacterianas <sup>(29)</sup>

La paciente ya era una mujer sexualmente activa por lo que el riesgo de tener una EPI asociada a ITS era mayor. El curso de la enfermedad suele ser agudo de varios días desde una sintomatología leve hasta un absceso tubo ovárico; o un cuadro crónico que puede durar semanas o meses ocasionando mayores complicaciones a futuro como dolor pélvico crónico o infertilidad.

La clínica es dolor abdominal bajo, como síntoma principal, dispareunia. Al examen físico se encontrará dolor al movimiento cervical, dolor anexial, secreción vaginal, fiebre y como hallazgos de laboratorio en algunos casos se presenta con leucocitosis, VSG y PCR aumentada. Se solicitan exámenes de imágenes como ecografía para el descarte de un absceso tubo-ovárico <sup>(30)</sup>.

La clasificación de EPI es de acuerdo a la evolución de la enfermedad; por ejemplo: Estadio I es una salpingitis aguda sin peritonitis y el tratamiento es médico ambulatorio; Estadio II es una salpingitis con peritonitis, ya se produce signo del rebote positivo por lo que se decide hospitalizar y tratamiento médico; Estadio III se agrega una masa dolorosa anexial sugerente de absceso tubo-ovárico por lo que se requiere tratamiento médico y quirúrgico y el Estadio IV ya es una peritonitis generalizada por rotura del absceso por lo que el tratamiento es netamente quirúrgico <sup>(31)</sup>.

Se trato de manera ambulatoria ya que no tuvo criterio para hospitalización como fiebre alta, dolor abdominal intenso, sospecha de absceso pélvico o embarazo. Se siguió el programa de control de ETS y SIDA del MINSA donde se le indicó ciprofloxacino más doxiciclina más metronidazol como cobertura

de agentes etiológicos como la chlamydia, gonococos y anaerobios durante 14 días <sup>(32)</sup>

En conclusión, el diagnóstico se realiza en mujeres jóvenes sexualmente activas con riesgo de ITS con dolor abdominal bajo, dolor al movimiento del cérvix o anexial al examen pélvico. Y se requiere de un seguimiento cercano, un control a las 48 a 72 horas por ser terapia ambulatoria y observar si hubo mejoría clínica; además del asesoramiento sobre la importancia de la adherencia al tratamiento, abstinencia durante el tratamiento y prácticas sexuales seguras.

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

Antes de empezar el internado se sabía que sería una etapa muy trabajadora, sacrificadora, exhausta, pero también una etapa en la cual se podían ver todas las oportunidades en aplicar en la práctica todo lo aprendido en la teoría y adquirir nuevas habilidades en el campo médico.

Es cierto que existen grandes diferencias entre los hospitales que ofrecen plazas para el internado, ya sea MINSA, EsSalud o FFAA y el estudiante de pregrado analiza todos los aspectos a considerar para elegir una buena sede hospitalaria con una buena formación académica y comunitaria, seguridad del mismo, accesibilidad a todas las áreas clínicas y quirúrgicas, cercanía, el trato entre colegas, entre otros. Por lo general toda esta información se transmite por internos que ya son egresados, por influencia de amistades, familiares, recomendaciones de otros doctores que podrían estar laborando en el mismo centro hospitalario.

Una vez iniciado, la autora contaba con un gran entusiasmo de estar cada vez más cerca de su meta como profesional de la carrera y también tener en cuenta la gran carga de trabajo que tuvo desde el día uno, con el pasar de las semanas tenía menos tiempo para estudiar para el examen nacional de medicina (ENAM) y menos tiempo para la familia igualmente. <sup>(33)</sup> Había una hora establecida de entrada que era a las 6:30 am, pero no había hora de salida por más establecido que este en los lineamientos de internado en un día sin guardia por lo que al día se trabajaba entre 12 a 14 horas diarias, pero también se realizaban hasta 36 horas diarias cuando había guardias diurnas o nocturnas.

Durante un internado en situaciones óptimas, el interno de medicina cumplía con roles como elaborar historias clínicas de pacientes internados y ambulatorios y luego ser supervisados por el médico asistente o residente del servicio para las prescripciones respectivas y las firme. También escribir notas de evaluación, epicrisis, formatos de altas, órdenes de exámenes auxiliares, procedimientos ambulatorios y/o quirúrgicos, recetarios indicados por médicos asistentes y/o residentes. Tenía la obligación de cumplir un horarios, turnos y rotaciones de acuerdo al programa del centro hospitalarios y así mismo registrar su asistencia.

Se tenía en cuenta también que algunos internos de ciencias de la salud recibían un estipendio mensual de S/ 400 soles dependiendo de las plazas remuneradas que contaban las sedes hospitalarias; por lo que los internos concursaban para acceder a dicho pago ya sea por exámenes o entrevistas. En el caso, la autora fue correspondida con dicho estipendio mensual. <sup>(34)</sup>

Con la llegada de la pandemia por COVID19 ocasionó que se detuvieran las actividades de las facultades y escuelas de medicina, generando que se haga evidente las capacidades, fortalezas y debilidades de cada institución educativa. Por lo que la situación durante la vigencia de emergencia sanitaria ofrecía a los internos beneficios como un estipendio equivalente a una remuneración mínima vital de S/ 930.00 soles, equipos de protección personal (EPP) más un seguro de salud y vida por la entidad de EsSalud.

Este año ha sido muy difícil para los internos tratar de adaptarse a un internado totalmente distinto a los anteriores por una pandemia que no se veía venir, y lamentablemente no será la única promoción que pase por esto. Si bien hubo muchas dificultades y limitaciones para aquellos que se reintegraron a un centro de primer nivel, dado que el conocimiento no es el mismo, ni tampoco la complejidad de los casos que se podían atender en un hospital grande, pero eso no quita que la enseñanza no haya sido la misma, fue más puntual y dirigida a casos que podría observarse comúnmente en un SERUMS. También se logró establecer una relación médico-paciente más

estrecha y significativa, sobre todo esa empatía que debe tener un médico. Por ende, la autora está agradecida con el centro de salud por todas las enseñanzas y habilidades adquiridas a lo largo de estos seis meses y por todo el cariño y apoyo brindado tanto de sus tutoras y compañeros de rotación.

## CONCLUSIONES

El internado médico es indispensable para la integración y consolidación de los conocimientos que se adquirieron en los ciclos previos. Es el último ciclo académico previo al SERUMS. Al final, los estudiantes de pregrado son evaluados en el Examen Nacional de Medicina (ENAM) y aprobarlo es un requisito para la colegiatura y poder ejercer como médico cirujano.

El interno de medicina está sometido a una notable sobrecarga laboral de aproximadamente 10 horas hasta 36 horas diarias considerando las guardias diurnas o nocturnas, por lo que su papel es esencial durante la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación del paciente. Pero la condición como aún estudiantes sin responsabilidad legal hace difícil su situación sin ser expuestos de manera innecesaria ante una tragedia, como la pandemia por COVID 19.

La larga suspensión del internado a causa de SARS-Cov-2, demostró las deficiencias del sector salud y de educación que no fueron atendidas previamente y se vio reflejado en la inadecuada implementación para combatir emergencias de tremenda magnitud. Y esto se complica a medida que aumentan los casos de fallecidos reportados diariamente en los centros hospitalarios. Así mismo, los números de casos de contagios del personal de salud han ido aumentando en gran número incapacitándolos a seguir laborando y por ende exista una brecha en la mano de obra dentro del sector salud.

Hasta inicios de agosto donde se decidió el reinicio del internado, velando por la salud y seguridad de los mismos y familiares; además de garantizar un internado de calidad, digno y con las herramientas adecuadas para la formación médica. Y gracias al Decreto Supremo 090-2020 se pudo lograr al menos un 50% con lo prometido.

El internado no se realizó en buenas condiciones por la pandemia, pero se forjaron a las autoridades responsables y estudiantes al desarrollo de nuevas habilidades para así culminar de manera satisfactoria su formación como médico.

## **RECOMENDACIONES**

Brindar programas de capacitación y educación continua sobre la bioseguridad de todos los internos durante las prácticas en el centro hospitalario con el fin de disminuir el riesgo al que se exponen diariamente.

Garantizar la seguridad, bienestar y cobertura de salud de los internos de medicina de las siguientes promociones en coordinación con los centros hospitalarios y universidades.

Fortalecer la atención primaria de salud desarrollando nuevos enfoques para que deje de ser la atención de los problemas simples y se pueda enfrentar a la complejidad de la prevención y manejo ambulatorio en el sector salud.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Maguiña Vargas C. Reflexiones sobre el COVID-19. Colegio médico del Perú y la Salud Pública. ACTA MÉDICA PERÚ. 2020; 37 (1).
2. Ministerio de Salud – Perú. Sala situacional COVID-19 Perú [Internet]. Ministerio de Salud del Perú. 2020 [citado 11 de abril de 2020]. Disponible en: [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
3. Taype-Rondan A., et al. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. An la Fac Med. 2016;77(1):31-8
4. Nieto Gutiérrez W, Taype Rondan A., et al. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta Med Perú.2016;33(2):105-10.
5. Albitres Flores L., et al. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(3):504-9.
6. Dirección General del Personal de la Salud del Ministerio de Salud-DIGEP/MINSA. Lineamientos de reincorporación de los internos de ciencias de la salud a las sedes docentes en el marco de la emergencia sanitaria. 2020. Lima
7. Gobierno del Perú. Decreto supremo que prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan a la vida de la nación a consecuencia del COVID-19 y dicta otras medidas. [Internet]. El peruano. 2020 [citado el 11 de abril de 2020].
8. Nogales A. Apendicitis aguda, criterios de atención médica. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2017;130(4)

9. Casado Méndez P., et al. Evaluación de la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en la atención primaria y secundaria. AMC [Internet]. 2016. [citado 17 abril 2021]; 20(1):25-35
10. Lee SL, Ho HS. La tomografía computarizada y la ecografía no mejoran y pueden retrasar el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda. Arch Surg 2001; 136-456
11. Guidry SP. La anatomía de apendicitis. Am Surgery. 1964;60(68)
12. Berry J, Malt RA. Apendicitis cerca de su centenario. Ann Surg 1994; 200(567)
13. Hernández Cortez J, Leon Repdón J, et. al. Apendicitis aguda: revisión de la literatura. Cir gen 2019. 41(1):33-38
14. Garro Urbina V, et. al Diagnostico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencia. Revista médica sinergia. 2019: 4(12)
15. Souza Gallardo L, et. al. Apendicitis aguda, manejo quirúrgico y no quirúrgico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55(1):76-81
16. Di Saverio, K. et al. Diagnosis and treatment of acute apendicitis: 2020 uptodate of the WSES Jerusalem guidelines. Worl Journal of Emergency Surgery (2020) 15:27.
17. Dabbas N, Adams K, Pearson K. Frecuencia de las hernias de la pared abdominal. Informe breve del JRSM. 2011; 2(5).
18. Kark AE, Kurzer M. Hernias de ingle en mujeres. Hernia 2008; 12(267).
19. Nordin P y col. Reparación de emergencia de una hernia femoral: un estudio basado en un registro nacional. Ann Surg. 2009; 249-672.
20. Acosta Torres J, Torres Mariño, L. Características clínico epidemiológicas de pacientes pediátricos con enfermedad boca, mano, pie. Revista cubana de pediatría. 2018;90(3).
21. Rodríguez Zúñiga J, Cortez Franco F. Enfermedad de mano, pie y boca en un hospital del Callao. Rev. Perú med. Exp. Salud pública. 2017; 34 (1): 132-138.
22. Romero Tamayo, M. Síndrome manos, pies, boca. Casos atendidos en el cuerpo de guardia Multimed. 2020; 24(1):140-153.
23. Castro Rodríguez J. Tratamiento de la crisis asmática en pediatría. Am Pediatric (Barc). 2007;67(4):390-400

24. Benincore Robledo A. Asthma in children. *Acta Pediatrica hondureña*. 2018; 8(2).
25. Callen Blecua M, Bamonde Rodríguez L. Casos clínicos de asma en: AEPap. *Acta Pediátrica Madrid*. 2010: 357-65
26. Estrada Altamirano A. Infección de vías urinarias en la mujer embarazada. Importancia del escrutinio de bacteriuria asintomática durante la gestación. *Perinatal Reprod Hum*. 2010; 24 (3): 182-186.
27. Viquez Viquez M, et. al. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazada. *Revista Médica Sinergia*. 2020; 5(5).
28. Sociedad española de Ginecología y Obstetricia. Infección urinaria y gestación. *Prog Obstet Ginecol*. 2013;56(9):489-495.
29. Sweet RL. Treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*. 2011
30. Ortiz, M. Actualización sobre enfermedad pélvica inflamatoria. *Rev Clin Esc Med*. 2020;10(3):19-25
31. Loayza J, Romero Y. Enfermedad inflamatorio pélvica: diagnóstico y tratamiento oportuno Universidad Ciencia y Tecnología. 2020;1(1),19-27.
32. Acho Mego S, López Oropeza L, et al. Características epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de la enfermedad pélvica inflamatoria. Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev. Per Gineco Obste*. 2008; 54:208-213
33. Morán-Ortiz J, Cabani Ravelo L. Aprobar el Examen Nacional de Medicina será obligatorio para ejercer como médico cirujano en el Perú. *Acta Med Perú*. 2019;36(1):3-4.
34. World Health Organization (WHO). Country & Technical Guidance - Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. World Health Organization. 2020 [citado 11 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus2019/technical-guidance>
35. 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. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. MINSA. 2016. DOI: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>

36. Martin Guerra J y cols. Cetoacidosis diabética como guía diagnóstica:  
Caso clínico. Rev Med. Clin. Condes. 2019;30(4) 323-325.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

### ANEXO 1

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

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

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

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

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



Huella digital

\_\_\_\_\_  
Firma

DNI / C.E. N° \_\_\_\_\_

## ANEXO 2: CARACTERISTICAS DE LAS COMPLICACIONES DE DIABETES MELLITUS

Variable	Estado Hiperosmolar Hiperglucémico (EHH)	Cetoacidosis Diabética (CAD)		
		Leve	Moderada	Severa
Glucemia (mg/dl)	>600	>250	>250	>250
Ph	>7.30	7.25-7.30	7.0-7.24	<7.00
Bicarbonato (mEq/L)	>15	15-18	10-14.9	<10
Cetonuria	Baja	Positiva	Positiva	Positiva
Cetonemia	Baja	Positiva	Positiva	Positiva
Osmolaridad Sérica (mOsm/Kg)	>320	Variable	Variable	Variable
Anión gap	variable	>10	>12	>14
Estado mental	Estupor/coma	Alerta	Somnolencia	Estupor/coma

Fuente: Guías ALAD Diagnóstico y tratamiento de DM tipo 2 con medicina basada en evidencia. 2013

### ANEXO 3: ESCALA DE ALVARADO MODIFICADA

Escala de Alvarado modificada	
Signos	Puntos
Dolor migratorio en la fosa iliaca derecha	1
Anorexia	1
Náusea/vómito	1
Hipersensibilidad en fosa iliaca derecha	2
Rebote en fosa iliaca derecha	1
Elevación de la temperatura > 38 °C	1
Signos extras: Rovsing, tos, hipersensibilidad rectal	1
Laboratorio	
Leucocitosis de 10,000-18,000 cel/mm <sup>3</sup>	2

Modificado de: Alvarado A. Una puntuación práctica para el diagnóstico temprano de apendicitis aguda. Ann Emerg Med 1986; 15: 557.

## ANEXO 4: PULMONARY SCORE

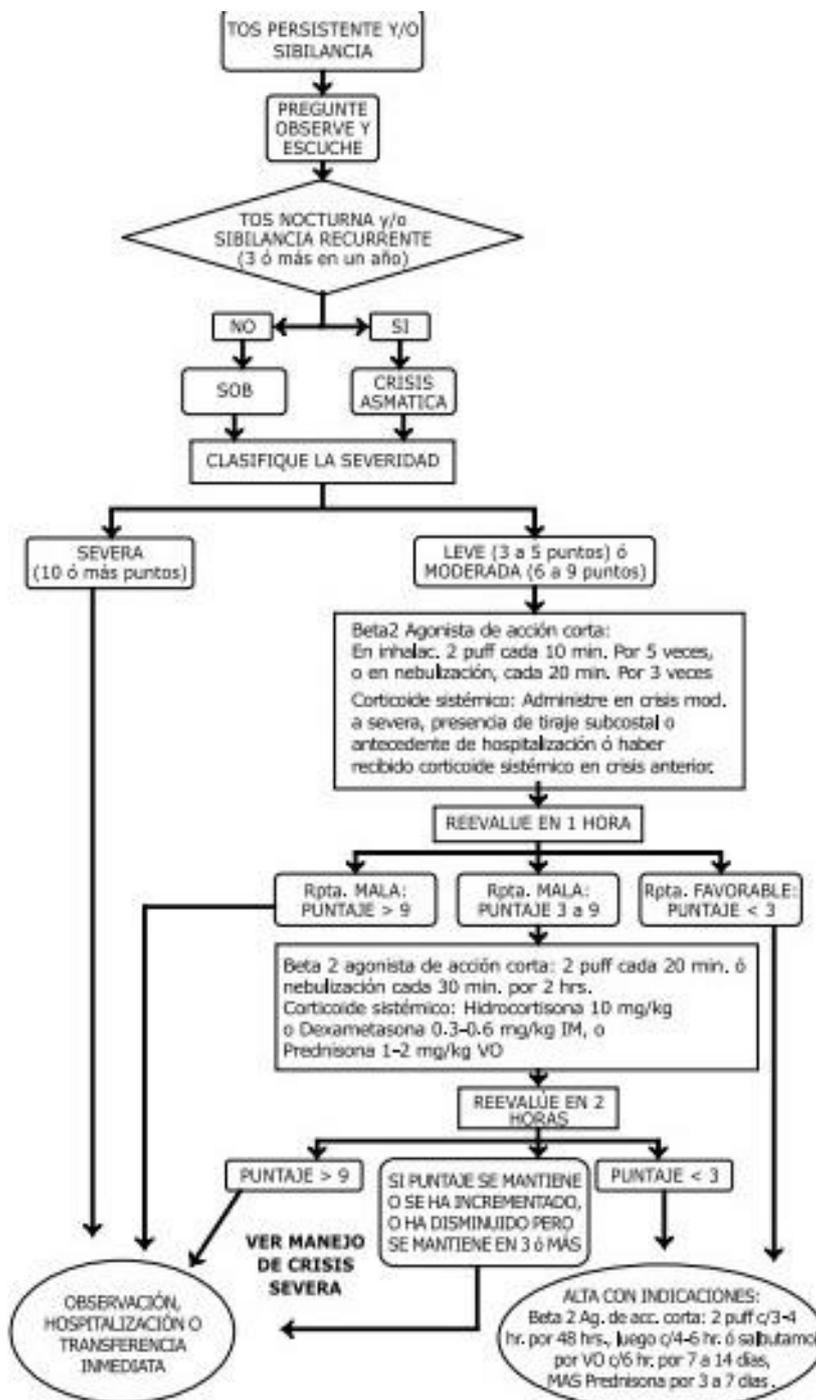
Puntuación	Frecuencia Respiratoria		Sibilancias	Uso de músculo esternocleidomastoideo
	≤ 6 años	≥ 6 años		
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final de espiración	Incremento leve
2	46-60	36-50	Toda la espiración	Aumentado
3	> 60	> 50	Inspiración y Espiración	Actividad máxima
			(Sin necesidad de estetoscopio)	

Puntaje	Severidad	SatO2 (con oxímetro de pulso)
0-3	Leve	> 94%
4-6	Moderado	91-94%
≥ 7	Grave	> 91%

Adaptada de: Linnemann D, Salas, Hernández J, et al. Mexican Asthma Guidelines: GUIMA 2017 Guía Mexicana del Asma: GUIMA 2017;64(1):11-128.

## ANEXO 5: FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE SIBILANTES Y TOS EN NIÑOS



Ministerio de Salud. Enfermedades respiratorias. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales de los niños. Mayo 2016