



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN DIRIS LIMA ESTE
DURANTE EL PERIODO ENERO 2020 – ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

ANA CAMILA BERNEDO LINARES

IVANA FADIA SAAVEDRA DIAZ

ASESOR

MG. JULIO CÉSAR LUQUE ESPINO

LIMA, PERÚ

2021



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN DIRIS LIMA
ESTE DURANTE EL PERIODO ENERO 2020 – ABRIL 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

ANA CAMILA BERNEDO LINARES

IVANA FADIA SAAVEDRA DIAZ

ASESOR

MG. JULIO CÉSAR 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

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Índice	iii
Resumen	iv
Abstract	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	
vii	
1.1 Rotación de Medicina Interna	3
1.2 Rotación de Gineco Obstetricia	9
1.3 Rotacion de Pediatría	13
1.4 Rotación de Cirugía	18
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	23
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	30
3.1 Rotación de Medicina Interna	30
3.2 Rotación de Gineco Obstetricia	33
3.3 Rotación de Pediatría	37
3.4 Rotación de Cirugía	40
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	45
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
FUENTES DE INFORMACIÓN	49
ANEXOS	
ANEXO 1	57
ANEXO 2	58

RESUMEN

Introducción: En el Perú, la carrera de Medicina Humana tiene una duración de 7 años que incluye un año de Internado Médico, el cual se vio afectado por la pandemia por SARS-COV-2, generando la suspensión inicial de las actividades presencial y luego la redistribución de los internos de Ciencias de la Salud a nivel Nacional en centro de Primer Nivel de Atención. **Trayectoria profesional:** Durante el año de internado médico se adquieren conocimientos en cada una de las rotaciones clínicas las cuales se desarrollaron en Hospitales Nacionales y en Centros de Primer Nivel de Atención, teniendo como base los principios éticos de la medicina como la no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía. **Contexto en el que se desarrolló la experiencia:** A inicios del año 2020, el Internado Médico se desarrolló en el Hospital Vitarte de segundo nivel de atención con una categoría II-1, sin embargo, a partir del 15 de agosto se dio el reingreso a los Centros de Primer Nivel de Atención con categoría I-3 como El Centro de Salud Virgen del Carmen – La era y Centro de Salud Moyopampa ubicados en el distrito de Lurigancho - Chosica. **Aplicación profesional:** Sustentación de casos clínicos vistos durante la trayectoria profesional. **Reflexión crítica de la experiencia:** El manejo del paciente pasó de ser diagnóstico y recuperativa a promoción de la salud y prevención de la enfermedad. **Conclusiones:** Durante el internado médico se logra consolidar y aplicar el conocimiento adquirido. La pandemia por SARS-COV-2 ha permitido redireccionar el enfoque del manejo del paciente hacia la prevención y promoción de la salud.

ABSTRACT

Introduction: In Peru, the Human Medicine career has a duration of 7 years that includes a year of Medical Internship, which was affected by the SARS-COV-2 pandemic, generating the initial suspension of face to face activities and then the redistribution of interns of Health Sciences at National level in First Level of Care center. **Professional path:** During the year of medical internship, knowledge is acquired in each of the clinical rotations which were developed in National Hospitals and First Level of Care Centers, based on the ethical principles of medicine such as non-maleficence, beneficence, justice and autonomy. **Context in which the experience was developed:** At the beginning of the year 2020, the Medical Internship was developed in the Vitarte Hospital of second level of care with a category II-1, however from August 15 was given the re-entry to the Centers of First Level of Care with category I-3 as the Virgen del Carmen Health Center - La Era and Moyopampa Health Center located in the district of Lurigancho - Chosica. **Professional application:** Substantiation of clinical cases seen during the professional trajectory. **Critical reflection of the experience:** Patient management went from being diagnostic and recuperative to health promotion and disease prevention. **Conclusions:** During the medical internship it is possible to consolidate and apply the acquired knowledge. The SARS-COV-2 pandemic has allowed redirecting the focus of patient management towards prevention and health promotion.

INTRODUCCIÓN

La salud siempre ha sido una de las mayores preocupaciones de las personas en todo el mundo y por ello, las Facultades de Medicina se interesan en formar profesionales de calidad, con destrezas y competencias para que puedan desarrollarse en el campo clínico.⁽¹⁾

En el Perú, la carrera de Medicina Humana tiene una duración de siete años, la cual se divide en tres años de ciencias básicas y tres años de clínica, que engloban a los años de pregrado y un último año de internado médico. Durante este último año, previo a la realización del Examen Nacional de Medicina (ENAM) y al Servicio Rural Marginal de Salud (SERUMS), los internos de medicina rotan en diferentes hospitales del país, elegidos por ellos o designados según la Facultad en la que se encuentren estudiando.

Las actividades de los internos de medicina se desarrollan en hospitales a nivel nacional, en 4 áreas diferentes, a las que se les denomina “rotaciones clínicas”, las cuales son: Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía general.

Se realizó el internado médico en el Hospital Vitarte - MINSa, ubicado en el distrito de Ate Vitarte, durante los meses de enero a marzo en la rotación de Pediatría y Medicina Interna. Sin embargo, debido a los primeros casos de COVID-19 que fueron notificados por primera vez en Wuhan (China) el 12 de diciembre de 2019 como una neumonía parecida al SARS, la consecuente propagación rápida a varios países, reportándose en Perú el 6 de marzo de 2020 el primer caso de covid y la declaración de estado de pandemia por la OMS el 11 de marzo de 2020,⁽²⁾ la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), solicitó que los internos de Ciencias de la Salud suspendieran sus actividades presenciales hasta el control de los casos.

Meses después, mediante el Decreto de Urgencia N° 090-2020, se dispuso la reanudación progresiva de actividades de los internos de Ciencias de la Salud en el sector público y privado a partir del 15 de agosto. ⁽³⁾ Es por ello, por lo que previamente al retorno del internado médico, se recibieron charlas de inducción brindadas por la Facultad de Medicina Humana, en las cuales se indicó el cuidado y precauciones que se debía tener, así como las formas de contagio con el correcto uso de EPP. El inicio de internado fue en octubre en el Centro de Salud Virgen del Carmen – La Era y Centro de Salud Moyopampa, ubicados en el distrito de Lurigancho – Chosica.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Este año de internado médico, es una etapa indispensable de preparación para que los estudiantes de la carrera de medicina consoliden, integren y apliquen los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los 6 años anteriores. En esta etapa se combinan tanto funciones educativas que se desarrollan mediante exposiciones, discusión de casos clínicos, investigaciones clínicas y visitas médicas guiadas, para adquirir nuevos conocimientos y habilidades para la Atención Integral en Salud, en donde se aprende a trabajar en equipo, se afianzan los principios éticos de la medicina: La no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía; todo ello realizado bajo la supervisión y asesoría de médicos y tutores a cargo de los internos de medicina. ⁽⁴⁾

Iniciando el internado médico 2020, se esperaba adquirir durante la rotación de medicina interna, conocimientos básicos basados en el manejo de pacientes con enfermedades infecciosas, enfermedades del aparato respiratorio, cardiovascular, problemas metabólicos, digestivos, hormonales, etc. Durante la rotación de cirugía, mayores conocimientos sobre el manejo de pacientes con diferentes patologías como: hernias, enfermedades litiasicas biliares, hemorroides, manejo de fracturas, conjuntivitis, glaucoma, otitis externa e interna, cuerpos extraños. Durante la rotación de pediatría, adquirir mayores conocimientos en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con hipoglicemia neonatal, reanimación cardiopulmonar, sepsis neonatal, neumonía, ectopia testicular, desnutrición, enfermedades diarreicas, enfermedades pulmonares, enfermedades exantemáticas, etc. Y finalmente, durante la rotación de ginecología, se esperaba poder realizar el control y seguimiento de la gestante hasta la culminación del embarazo, conocer más

sobre problemas de infertilidad, violencia sexual, infecciones de transmisión sexual, procesos inflamatorios pélvicos, cáncer de cuello uterino, mama o útero, etc.

Sin embargo, debido a que se proyectaba, haciendo una comparación con otros países, que los casos de infección por SARS-COV-2, estarían en aumento en nuestro país, se suspendieron las rotaciones en las diferentes sedes hospitalarias durante marzo y se reinició en octubre las nuevas actividades de internado médico, tanto en sedes hospitalarias como en centros de salud de primer nivel de atención.

En el centro de salud Virgen del Carmen- La era, se logró aprender a manejar patologías básicas de las diferentes rotaciones, siendo mayores los casos en medicina interna y pediatría, ya que los que necesitaban tratamiento más complejo, era necesario referir a un centro de mayor nivel. Además, se realizaban diversas actividades de prevención de enfermedad, como: vacunación completa en pacientes pediátricos, realización del Papanicolaou en mujeres sexualmente activas, y promoción de la salud, realizando campañas de alimentación saludable, cepillado de dientes después de cada comida.

Mientras tanto en el Centro de salud de Moyopampa se logró aprender a manejar las urgencias de las cuatro rotaciones y a realizar el plan de Atención Integral de Salud tanto en el adulto como en el adulto mayor, ya que en la etapa pediátrica se pone mayor énfasis en el cumplimiento del esquema de vacunación, por lo que se hace seguimiento continuo de todos los pacientes, mediante llamadas o visitas a domicilio, así mismo se identifica de manera oportuna los casos que deberán ser referidos a un centro de mayor capacidad resolutive para su manejo Multidisciplinario.

1. MEDICINA INTERNA

1.1 CASO CLÍNICO N° 1

Acude a consulta paciente varón de 48 años, con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 1 mes y medio, refiriendo disminución de peso de 4 kilos en 2 meses, además de aumento de ingesta de alimentos (polidipsia) y de número de veces que necesita ir al baño a miccionar (poliuria). Además, refiere aparición de lesión hace 3 semanas en pie derecho de tipo descamativa, que le causa escozor.

Antecedente personal: Niega alergias a medicamentos.

Antecedente familiar: Hermana de 51 años diabética, diagnosticada hace 6 años, quien no cumple con tratamiento de forma seguida. Papá y mamá sanos y vivos.

Funciones vitales: T°: 37.0° PA: 130/80 FC:89x' FR: 18x'

Peso: 72 kg

Talla: 1.69 cm

Examen físico: LOTEPE, AREG, AREH, AREN

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

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se escuchan ruidos agregados.

Piel: LLC menor a 2 segundos, tibia, elástica, hidratada, no cianosis, no ictericia, presencia de lesiones en planta del pie derecho, eritematosa, de tipo descamativa.

Se le solicita realizarse exámenes de laboratorio: hemograma completo, glucosa en ayunas, perfil lipídico y raspado de piel.

Regresa con resultados:

Examen de laboratorio: Hemograma (Leucocitos: 10.834, plaquetas: 302.000, Hb: 13,7)

Bioquímica (Glucosa en ayunas: 147 mg/dl, colesterol total: 205 mg/dl, triglicéridos: 140 mg/dl, LDL: 100 mg/dl, HDL: 43 mg/dl)

Raspado de piel: levaduras

Se le solicita nuevamente una glucosa en ayunas para confirmar el diagnóstico. Acude al día siguiente con el siguiente resultado:

Bioquímica (glucosa en ayunas: 152 mg/dl)

Diagnóstico:

Diabetes Mellitus

Tratamiento:

Metformina 850 mg cada 24 horas por 30 días.

Clotrimazol crema 1%, aplicar cada 12 horas por 7 días en pie derecho.

Interconsulta a Nutrición.

Se le recomienda realizar ejercicio físico mínimo 30 minutos al día, 3 veces por semana.

Control en 1 mes por medicina general.

1.2 CASO CLÍNICO N° 2

Acude a consulta paciente mujer de 27 años, quien refiere que desde hace 3 semanas le ha aparecido lesión eritematosa en mano izquierda, que le causa picazón, no dolorosa y se encuentra reseca, con leves grietas en las puntas de los dedos.

Antecedente personal de importancia: Empezó a trabajar en una granja hace 1 mes y notó que dicha lesión apareció luego de encargarse de dar de comer a los pollos por 4 días seguidos. Niega alergia a medicamentos.

Antecedente familiar: niega

Funciones vitales: T°: 37.2° PA: 120/80 FC:78x' FR: 18x'

Examen físico: LOTEPE, AREG, AREH, AREN

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

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se escuchan ruidos agregados.

Piel: LLC menor a 2 segundos, tibia, elástica, seca, no cianosis, no ictericia, presencia de lesión eritematosa en mano izquierda, ciertas regiones con leve descamación.

Diagnóstico:

Dermatitis de contacto irritativa

Tratamiento:

Hidrocortisona tópica dérmica, aplicar crema cada 12 horas por 5 días.

Cetirizina 10 mg cada 24 horas por 2 días.

Hidratación de la piel con cremas humectantes.

Evitar agarrar la comida de los animales directamente, se recomienda el uso de guantes.

1.3 CASO CLÍNICO N° 3

Paciente mujer de 44 años presenta dolor abdominal tipo cólico de intensidad 8 según EVA en epigastrio e hipocondrio derecho que se irradia hacia la zona lumbar desde hace 2 horas post ingesta de comida copiosa (caldo de gallina) asociado a náuseas y vómitos en 3 oportunidades, motivo por el cual acude a farmacia local donde le indican analgésicos orales, no recuerda nombre. Ingres a emergencia del Hospital Vitarte por persistencia de síntomas a pesar de analgésicos.

Antecedentes patológicos de importancia: Litiasis vesicular desde hace 1 año diagnosticada en el Hospital Vitarte. Niega alergia a medicamentos.

Funciones vitales: T°: 37.8° PA: 120/80 FC:87x' FR: 18x'

Examen físico:

Aspecto general: Paciente en regular estado general, regular estado de nutrición e hidratación.

Piel: Tibia, hidratada, ictericia (++/+++), no cianosis, llenado capilar < 2 segundos.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, amplexación conservada no presencia de ruidos agregados.

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

Abdomen: blando, depresible y doloroso a la palpación superficial en epigastrio e hipocondrio derecho. Ruidos hidroaéreos presentes. No se evidencia hematomas en región periumbilical ni flancos.

Genitourinario: Puño percusión lumbar (-) Punto renoureteral (-)

Neurológico Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos ni de focalización.

Exámenes de laboratorio: Hemograma (Leucocitos: 13.420, plaquetas: 213.000, Hb: 12.6)

Amilasa: 2961, Lipasa: 3949 TGO: 141, TGP: 570, DHL: 465, GGT: 134, FA:1001

Bioquímica (Creatinina: 0.90, Glucosa: 110, Urea: 38)

AGA: PH: 7.39 PaO₂: 80 PaCO₂: 40 HCO₃: 23 PaO₂/FiO₂:380.9

Ecografía abdominal superior: Vesícula biliar presenta cálculos en su interior múltiples menores de 6mm.

Páncreas: Mide cabeza 23 x 25 mm y cuerpo 15mm. Doloroso al paso del transductor en epigastrio.

Radiografía de tórax: Tórax simétrico, no signos de condensación ni infiltrados, senos costos diafragmáticos libres, no cardiomegalia.

Diagnóstico:

Pancreatitis biliar aguda leve (Marshall 1, BISAP: 1, RANSON: Al ingreso 2 puntos)

Litiasis vesicular por historia clínica

D/c Coledocolitiasis

Tratamiento:

Hospitalizar.

NPO por 24 a 48 horas.

Hidratación con Cloruro de sodio al 0.9% a un volumen de 250 – 500 ml/hora.

Tramadol 50mg 1 ampolla cada 8 horas por vía endovenosa.

Dimenhidrinato 50mg condicional a náuseas o vómitos por vía endovenosa.

Omeprazol 40 mg ev 1 vez al día por vía endovenosa.

Control de funciones vitales + Balance hídrico.

1.4 CASO CLÍNICO N° 4

Paciente varón de 57 años de edad ingresa a emergencia con un tiempo de enfermedad de 6 días caracterizado por presentar caída tras resbalarse dentro de la ducha llegando a golpearse el 1/3 proximal de antebrazo derecho sintiendo dolor de intensidad 4 en escala EVA, 5 días antes nota aumento de volumen en dicha zona con dolor de intensidad 5 en escala EVA, 4 días antes el aumento de volumen se extiende hasta la mano dicha zona se encuentra caliente y eritematosa, además presenta limitación funcional por lo que acude al Hospital Hipólito Unanue, se le realiza radiografía y no se evidencia fractura, dándole como tratamiento 3 ampollas (no recuerda nombre), 9 horas antes del ingreso el dolor se intensifica siendo 9 en escala EVA, motivo por lo que acude al Hospital de Vitarte.

Antecedentes patológicos de importancia: Diabetes mellitus hace 13 años. Amputación de miembro inferior derecho hace 3 años. Niega alergia a medicamentos.

Medicación habitual: Insulina NPH (25ui en la mañana y 20 ui en la noche) Metformina de 850 mg (3 veces al día)

Examen físico:

Aspecto general: Aparente regular estado general, hidratación y nutrición.

Piel: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos. A nivel de 1/3 proximal de antebrazo derecho, se evidencia eritema, aumento de volumen, piel brillante y descamativa.

Aparato respiratorio: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no presencia de ruidos agregados.

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

Abdomen: blando depresible no doloroso a la palpación superficial. Ruidos hidroaéreos presentes.

Genitourinario: Puño percusión lumbar (-) Punto renoureteral (-)

Neurológico: Despierto, no signos meníngeos, Glasgow 15/15.

Exámenes de laboratorio: Hemograma (Leucocitos: 14.900, segmentados: 85%, plaquetas: 339.000, Hb: 11.2)

PCR: 10 mg/L

Bioquímica (Creatinina: 0.73, Glucosa: 242, Urea: 27

Electrolitos: Na: 138, K: 3.2

Diagnóstico:

Celulitis de miembro superior derecho

Diabetes Mellitus tipo 2 mal controlada

Tratamiento:

Hospitalizar.

Antibiótico: oxacilina 500 mg cada 6 horas por vía endovenosa.

Insulina NPH (25ui en la mañana y 20 ui en la noche).

Metformina de 850 mg cada 8 horas.

Ketoprofeno 100 mg/ev cada 12 horas.

Omeprazol 40 mg/ev en ayunas.

Metamizol 1gr/ev condicional a fiebre.

Interconsulta con servicio de Endocrinología.

Control de funciones vitales y hemoglucotest.

2. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

2.1 CASO CLÍNICO N° 5

Acude a consulta mujer de 32 años, G2 P 2002, con tiempo de enfermedad de 2 semanas, refiriendo dolor a nivel abdominal inferior constante y creciente, además de náuseas y vómitos en 3 oportunidades, sin fiebre. Niega otras molestias.

Antecedentes personales: niega antecedentes de importancia.

Funciones vitales: T°: 36.9° PA: 130/80 FC:84x' FR: 19x'

Examen Físico: lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Aparente regular estado general, de hidratación y nutrición.

Piel: Tibia, hidratada y elástica, no se evidencia ictericia ni cianosis, llenado capilar < 2 segundos.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, amplexación conservada sin presencia de ruidos agregados.

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

Examen ginecológico: cérvix doloroso a la movilización, anexos dolorosos y leucorrea maloliente.

Diagnóstico:

Enfermedad Pélvica inflamatoria

Tratamiento:

Ciprofloxacino 500 mg vía oral en dosis única + Doxiciclina 100 mg vía oral c/12 horas por 14 días + Metronidazol 500 mg vía oral c/12 horas por 14 días.

Reevaluación en 3 días por medicina general.

Manejo de contacto.

Preservativos masculinos.

2.2 CASO CLÍNICO N° 6

Acude gestante de 34 años con 32 semanas de gestación, G2 P1000, refiriendo disuria, polaquiuria y orina más turbia desde hace 5 días. Niega SAT, no refiere otra molestia.

Funciones biológicas: Diuresis (aumentada) Deposiciones: normales. Apetito y sueño conservados.

Antecedente personal: infección urinaria en 2 oportunidades en su anterior gestación.

Funciones vitales: T°: 37.2° PA: 130/80 FC:85x' FR: 18x'

Examen físico: Piel: Tibia, hidratada y elástica, no se evidencia ictericia ni cianosis, llenado capilar < 2 segundos.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

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

Abdomen: blando depresible doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio.

Genitourinario: Puño percusión lumbar derecha (+)

Neurológico no presenta signos de focalización, orientada en tiempo, persona y espacio. Glasgow 15/15.

Se le solicita: examen de orina completo.

Acude al día siguiente con resultados:

Examen de laboratorio: pH 5,00, proteínas: ausentes, glucosa: ausente, cuerpos cetónicos: ausente, bilirrubina: ausente, eritrocitos: 1 x campo, nitritos: positivo, leucocitos: positivo, bacterias: negativo. Urocultivo: +

Diagnóstico:

Infección del tracto urinario.

Tratamiento:

Cefalexina 500 mg vía oral, cada 12 horas por 7 días.

Paracetamol 500 mg vía oral, condicional si temperatura es mayor a 37.5°

2.3 CASO CLÍNICO N° 7

Paciente mujer de 37 años con 14 semanas de gestación ingresa a urgencia del Centro de Salud Moyopampa por presentar dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio y dolor lumbar, además refiere que 1 hora antes del ingreso nota que luego de ir a miccionar presenta sangrado escaso.

Funciones biológicas: Diuresis (+) Deposiciones (+) Apetito y sueño conservados.

Antecedentes patológicos de importancia: Aborto previo hace 3 años con 15 semanas de gestación. Niega alergia a medicamentos.

Funciones vitales: T°: 37.5° PA: 100/70 FC:87x' FR: 17x'

Examen físico: Piel: Tibia, hidratada y elástica, no se evidencia ictericia ni cianosis, llenado capilar < 2 segundos.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, amplexación conservada no presencia de ruidos agregados.

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

Abdomen: A la auscultación ruidos hidroaéreos presentes de buena intensidad y frecuencia, a la percusión matidez hepática conservada, blando depresible doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio.

Genitourinario: Puño percusión lumbar derecha (+)

Neurológico no presenta signos de focalización, orientada en tiempo, persona y espacio. Glasgow 15/15.

Examen ginecológico: Cuello uterino cerrado, se evidencia escaso sangrado sin mal olor.

Diagnóstico:

Amenaza de aborto

Tratamiento:

Colocar vía endovenosa para hidratación con NACL al 0.9% 40 gotas/min.

Referir al Hospital José Agurto Tello de Chosica.

2.4 CASO CLÍNICO N° 8

Paciente mujeres de 30 años que ingresa al Centro de Salud Moyopampa por consultorio de Obstetricia, para Atención integral de salud por todos los servicios de dicho centro donde se realiza pruebas de tamizaje para VIH, Sífilis y Hepatitis B, Paciente manifiesta haber presentado leve dolor en vulva, niega flujo vaginal, pero si la presencia de ardor al miccionar.

Funciones vitales: T°: 37.2° PA: 120/80 FC:89x´ FR: 18x´

Funciones biológicas: Diuresis (+) Deposiciones (+) Apetito y sueño conservados.

Antecedentes patológicos de importancia: Múltiples parejas sexuales sin uso de preservativo, consumo de alcohol y tabaco.

Examen físico:

Piel: Tibia, hidratada y elástica, no se evidencia ictericia ni cianosis, llenado capilar < 2 segundos.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, amplexación conservada no presencia de ruidos agregados.

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

Abdomen: A la auscultación ruidos hidroaéreos presentes, sonoridad conservada, blando depresible y no doloroso a la palpación.

Aparato Genitourinario: Puño percusión lumbar (-)

Examen ginecológico: En labio mayor se evidencia lesión única elevada e indurada poco dolorosa a la palpación única y de bordes limpios.

Aparato Neurológico: Orientado en tiempo, persona y espacio. Glasgow 15/15.

Exámenes de laboratorio: VIH (-) VDRL (+) 8 Diluciones Hepatitis B (-)

Diagnóstico:

Sífilis primaria

Tratamiento:

Penicilina G Benzatínica 2.4 millones UI Intramuscular semanal por 3 semanas.

Consejería para uso de anticonceptivos de barrera.

3. PEDIATRÍA

3.1 CASO CLÍNICO N° 9

Acude a consulta madre con paciente varón de 15 años, quien refiere que su menor hijo desde hace 2 semanas se siente cansado muy seguido, se duerme en clase algunas veces. Niega otras molestias, niega aparición de sangrado en fosa nasal, cuerpo o encías.

Funciones vitales: T°: 37.2° PA: 110/70 FC:90x' FR: 16x'

Funciones biológicas: Diuresis (+), Deposiciones (+), Apetito: conservado.

Antecedente de importancia: Nacido a término, desde hace 1 mes ha dejado de comer carne ya que le da pena como mueren los animales. Niega alergia a medicamentos.

Antecedente familiar: madre de 45 años con diabetes desde hace 3 años en tratamiento y padre de 46 años con hipertensión arterial en tratamiento desde hace 5 años.

Examen físico: en aparente regular estado general, regular estado de nutrición e hidratación. Leve palidez en el rostro.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, amplexación conservada.

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

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Signo de Mc Burney (-), Signo de Blumberg (-)

Genitourinario: Puño percusión lumbar (-) Punto renoureteral (-)

Neurológico no presenta signos de focalización, orientado en tiempo, persona y espacio. Glasgow 15/15.

Exámenes de laboratorio: Hemograma (Leucocitos: 10.350, plaquetas: 274.000, Hb: 10,7 mg/dl)

Parásitos en heces: negativo / Test de Graham: negativo

Diagnóstico:

Anemia ferropénica moderada

Tratamiento:

Sulfato ferroso 300 mg vía oral cada 12 horas por 30 días.

3.2 CASO CLÍNICO N° 10

Acude madre con menor hija de 2 años, refiriendo que desde hace 4 días presentó fiebre cuantificada en 39°C, que cede un poco con paracetamol en gotas, además de tos, malestar general y secreción nasal. Hoy al despertar, notó que le aparecieron manchas rojas chiquitas en la cara.

Funciones vitales: T°: 37.4° FC:90x' FR: 30x'

Peso: 13 kg / Talla: 84 cm.

Antecedente personal: Acude a guardería 5 horas al día de lunes a viernes y estuvo en contacto con 2 niños que presentaron los mismos síntomas hace 1 semana aproximadamente. No cuenta con 2da dosis contra sarampión, papera y rubéola.

Examen físico: en aparente regular estado general, regular estado de nutrición e hidratación.

Orofaringe: congestiva, eritematosa.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.

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

Piel: lesiones maculo - papulares eritematosas en rostro, cuello y retroauriculares.

Diagnóstico:

Sarampión

Tratamiento:

Paracetamol 120 mg/5 ml, 8 ml cada 8 horas por 3 días.

Clorfenamina 2 mg/5 ml, 2 ml cada 8 horas por 3 días.

Evitar contacto con niños por 2 semanas.

Continuar con alimentación.

Hidratación vía oral a demanda del paciente.

3.3 CASO CLÍNICO N° 11

Niño de 4 años acude a urgencias del Centro de Salud Moyopampa por presentar desde hace 3 días deposición líquidas con una frecuencia de 3 cámaras al día, sin moco ni sangre, además presenta 2 episodios de vómitos por día, fiebre de 38.5°. Presentó 3 episodios de vómitos 1 hora antes de ingresar al centro por ese motivo es de que madre decide traerlo al centro de salud. La madre no recuerda el peso previo del paciente.

Funciones vitales al ingreso: T°: 38.2°C FR: 18´ FC: 95x´

Funciones biológicas: Orina, Apetito y Sueño conservados.

Antecedentes patológicos de importancia: Niega alergia a medicamentos y ninguna hospitalización previa.

Examen físico:

Piel: mucosa oral deshidratada, llenado capilar menor de 2 segundos, signo de pliegue negativo, no petequias, palidez (+/+++)

Aparato respiratorio murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, amplexación conservada no presencia de ruidos agregados.

Aparato Cardiovascular Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

Abdomen: Presencia de ruidos hidroaéreos aumentados en intensidad y frecuencia, timpánico a la percusión, leve dolor a la palpación profunda en mesogastrio.

Neurológico: Paciente despierto, reactivo, quejumbroso se evidencia llanto con lágrimas, no signos de focalización. Escala de Glasgow 15/15.

Se solicita hemograma: Hemograma, reacción inflamatoria y coprocultivo seriado.

Diagnóstico:

Diarrea acuosa aguda con signos de deshidratación leve

Tratamiento:

Observación por 2 horas en establecimiento de salud con 1 o 2 sobres de sales de rehidratación oral.

Si se comprueba tolerancia oral se da alta con indicaciones:

Líquidos abundantes vía oral a libre demanda.

Continuar con alimentación habitual según la edad.

Se le indica los signos de alarma (deposiciones líquidas muy frecuentes más de 10 en 24 horas, vómitos a repetición, sed intensa, no come, fiebre, sangre o moco en heces, alteración del sensorio).

Jarabe de sulfato de zinc 20 mg de zinc elemental al día por 10 días.

3.4 CASO CLÍNICO N° 12

Niño de 3 años es traído a urgencias del Centro de Salud Moyopampa por presentar lesiones de inicio en cuero cabello que luego se generalizan en tronco y extremidades desde hace 2 días, asociado a fiebre cuantificada de 39°C en 2 oportunidades y prurito intenso, por lo cual madre le da paracetamol. Al ver que el prurito se hace más intenso y fiebre no remite decide llevarlo al Centro de salud.

Funciones vitales al ingreso: T°: 38°C FR: 20´ FC: 90x´ PESO: 14kg

Funciones biológicas: Orina, Apetito y Sueño conservados.

Antecedentes patológicos de importancia: Niega alergia a medicamentos.

Antecedentes epidemiológicos: Primo de 10 años que vive en la misma casa fue diagnosticado de varicela hace 7 días. Paciente cumple con esquema de vacunación según edad.

Examen físico:

Piel: Tibia, hidratada y elástica, no se evidencia ictericia ni cianosis, LLC < 2 segundos, presenta lesiones vesiculares umbilicadas de distribución cefalocaudal y algunas lesiones costrosas.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, amplexación conservada no presencia de ruidos agregados.

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

Abdomen: A la auscultación ruidos hidroaéreos presentes, sonoridad conservada, blando depresible y no doloroso a la palpación.

Aparato Genitourinario: Puño percusión lumbar derecha (-)

Aparato Neurológico: Despierto, activo, no presenta signo de focalización. Glasgow 15/15.

Diagnóstico:

Varicela

Tratamiento:

Paracetamol 15 mg/kg/dosis cada 6 horas por 3 días (7.5 ml cada 6 horas).

Clorfenamina 0.35mg/kg/día cada 6 horas por 3 días (2.5 ml cada 6 horas).

Hidratación vía oral a demanda del paciente.

Lavado de manos constante y recorte de uñas.

4. CIRUGÍA

4.1 CASO CLÍNICO N° 13

Acude paciente varón de 36 años, refiriendo que hace 4 horas al salir de su domicilio, sufrió mordedura del perro adoptado de la calle hace 1 mes por su vecino. Lo mordió en la pantorrilla derecha, dejándole 2 orificios que empezaron a sangrar al momento. Acudió inmediatamente al Hospital de Vitarte, donde le realizaron la limpieza y le indicaron tratamiento antibiótico y que acuda al centro de salud para iniciar con profilaxis.

Funciones vitales: T°: 37.0° PA: 120/80 FC:90x' FR: 18x

Antecedente personal: Niega antecedentes de importancia, niega alergia a medicina.

Examen físico: AREG, AREH, AREN

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, amplexación conservada no presencia de ruidos agregados.

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

Piel: no ictericia, no cianosis, LLC menor de 2 segundos, presenta 2 lesiones profundas en $\frac{1}{3}$ medio central de pantorrilla derecha, con bordes en buen estado.

Neurológico: no presenta signos de focalización, orientado en tiempo, persona y espacio. Glasgow 15/15.

Diagnóstico:

Mordedura de perro

Tratamiento:

Continuar con tratamiento antibiótico indicado.

Limpiar la herida con agua y jabón.

Iniciar con profilaxis post exposición por 5 días.

4.2 CASO CLÍNICO N° 14

Acude a consulta varón de 30 años, quien refiere presentar desde hace 5 meses un bulto pequeño en el ano que se tiene que introducir el mismo después de hacer esfuerzo. Se acompaña de sangrado que mancha el papel al momento de limpiarse, de color rojo brillante, además de prurito en algunas ocasiones y leve dolor. Trabaja en una panadería.

Funciones vitales: T°: 37.1° PA: 120/80 FC:89x´ FR: 18x´

Antecedentes personales: practica sexo anal desde hace 7 años, además sufre de estreñimiento desde hace 4 años. Niega alergias a medicinas.

Antecedentes familiares: mamá de 54 años, sana y papá de 57 años, sano. No tiene hermanos.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, amplexación conservada no presencia de ruidos agregados.

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

Aparato gastrointestinal: pequeña tumoración roja cubierta de piel, ubicada en el orificio anal, que protruye con la maniobra de Valsalva y desaparece con reducción manual.

Diagnósticos:

Enfermedad hemorroidal.

Tratamiento:

Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 3 días.

Aumentar la ingesta de dieta rica en fibra y líquidos.

Baños de asiento con agua templada durante 10-15 minutos.

Usar toallitas higiénicas en vez de papel higiénico.

Interconsulta al hospital de Chosica, especialidad de cirugía general.

Interconsulta a nutrición.

4.3 CASO CLÍNICO N° 15

Paciente varón de 25 años que acude a emergencia por presentar desde hace 10 horas dolor abdominal tipo cólico en epigastrio que con el pasar de las horas migra a fosa ilíaca derecha, asociado a náuseas y vómitos en 2 oportunidades teniendo disminución de apetito, cuantifica fiebre de 38.5°C, paciente refiere haberse automedicado con paracetamol de 1gr.

Antecedentes patológicos de importancia: Niega patologías y alergia a medicamentos.

Funciones biológicas: Diuresis (+) Deposiciones (-) Hiporexia

Funciones vitales: T°: 38.3° PA: 120/80 FC: 98x' FR: 18x'

Examen físico: Aspecto general: Paciente en regular estado general, regular estado de nutrición e hidratación.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, amplexación conservada no presencia de ruidos agregados.

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

Abdomen: A la auscultación ruidos hidroaéreos disminuidos en frecuencia e intensidad, timpanismo y dolor a la percusión, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha. Signo de Mc Burney (+), Signo de Blumberg (-), Signo de Rovsing (+)

Genitourinario: Puño percusión lumbar (-) Punto renoureteral (-)

Neurológico no presenta signos de focalización, orientado en tiempo, persona y espacio. Glasgow 15/15.

S/S: Hemograma, Examen de orina, Ecografía abdominal superior, Prueba de antígeno para SARS-COV-2

Exámenes de laboratorio: Hemograma (Leucocitos: 14.830, abastonado: 3%, segmentados: 87%, plaquetas: 299.000, Hb: 14,7)

Bioquímica (Creatinina: 1.0, Glucosa: 110, Urea: 35)

Prueba de antígeno SARS-COV-2 negativo

Imágenes: Ecografía abdominal superior: Dilatación apendicular con diámetro > 8mm y engrosamiento de la pared >4mm. Resto de órganos ecográficamente conservados.

Diagnóstico:

Apendicitis aguda no complicada (Escala de Alvarado: 9 puntos)

Tratamiento:

Hospitalizar.

NPO.

Metamizol 80 – 100 mg/kg/día diluido en 100 a 250 ml de suero fisiológico.

Se solicita Riesgo prequirúrgico (hemograma, glucosa, perfil de coagulación, electrocardiograma, grupo y factor)

Apendicectomía clásica, no lavado ni drenaje y cierre por planos.

4.4 CASO CLÍNICO N° 16

Paciente mujer de 33 años ingresa a urgencia del Centro de Salud Moyopampa refiriendo dolor intensidad 9 de la escala EVA en brazo derecho tipo ardor posterior a quemadura con agua caliente 30 minutos antes del ingreso, inmediatamente coloca la zona lesionada en agua corriente fría por 2 minutos y luego se lo cubre con prenda de vestir de algodón, niega lesiones en otras partes del cuerpo.

Funciones vitales: T°: 37.4° PA: 100/90 FC:80x' FR: 17x'

Antecedentes patológicos de importancia: Niega alergia a medicamentos.

Examen físico:

Aspecto general: Paciente en regular estado general, regular estado de nutrición e hidratación.

Piel: Tibia, hidratada y elástica, llenado capilar < 2 segundos, en tercio distal de brazo izquierdo presenta lesión eritematosa, sensible al tacto, se evidencia presencia de flictena de 2 x 1 cm de diámetro.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, amplexación conservada no presencia de ruidos agregados.

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

Abdomen: A la auscultación ruidos hidroaéreos presentes de buena intensidad y frecuencia, a la percusión matidez hepática conservada, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Genitourinario: Puño percusión lumbar (-) Punto renoureteral (-)

Neurológico Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow 15/15. No signos meníngeos ni de focalización.

Diagnóstico:

Quemadura de segundo grado superficial

Tratamiento:

Diclofenaco 75 mg/ 3 ml por vía Intramuscular.

Limpieza y curación de zona afectada con cloruro de sodio, aplicar sulfadiazina de plata en crema al 1% y cubrir con gasa estéril.

Alta con indicación de curación cada 48 horas y paracetamol 1 gramo cada 8 horas.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Ministerio de Salud divide a sus instituciones en categorías de acuerdo con su nivel de complejidad y según las características funcionales que poseen. Existe así en el Perú tres niveles de atenciones, que responden a diferentes necesidades de salud de la persona, familia y comunidad a quienes atienden y que además cuenta con sistemas de referencia y contrarreferencia.

El primer nivel de atención cubre aproximadamente el 70% de la demanda del sistema de salud, aquí se realizan principalmente actividades preventivo-promocionales, así como diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y las patologías que se atienden son de baja complejidad. Se divide en 4 categorías: ⁽⁵⁾

Categoría I-1. Posta médica, puesto de salud o consultorio con profesionales de la salud, pero sin médico.

Categoría I-2. Posta médica o puesto de salud que cuenta con consultorios médicos, con médicos con o sin especialidad.

Categoría I-3. Engloba a los centros de salud, centros médicos, centros médicos especializados y policlínicos sin internamiento.

Categoría I-4. Centro de salud, centros médicos con camas de internamiento. Cuenta con medicina general y algunas especialidades (frecuentemente ginecología y pediatría)

El segundo nivel de atención cubre aproximadamente el 20% de la demanda del sistema de salud, aquí se diagnostica y trata patologías de complejidad intermedia que no han podido ser resueltas en el primer nivel de atención. Se divide en 2 categorías:

Categoría II-1. Hospital que realiza consultas externas, tiene un ambiente de laboratorio, cuenta con medicina general, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía general y anestesiología. Además, cuenta con emergencia, centro obstétrico, diagnósticos por imágenes, hospitalización, centro quirúrgico.

Categoría II- 2. Hospital con todas las características del nivel II-1, cuenta con todas las especialidades clínicas y además hay UCI general.

Categoría II-E. Clínicas y hospitales dedicadas a la atención especializada, cuenta con consulta externa, hospitalización, farmacia, patología clínica, diagnóstico por imágenes, nutrición y dietética.

En el tercer nivel de atención se atienden aproximadamente al 10% de la demanda del sistema de salud, la cual trata patologías de alta complejidad, con alta especialización y tecnología.

Se divide en 3 categorías:

Categoría III-1. Engloban aquellos hospitales y clínicas que cuentan con lo mencionado en la categoría II-2, además de servicios de todas las subespecialidades, así como hemodiálisis, UCI especializada, radioterapia, medicina nuclear y unidad de trasplante de órganos.

Categoría III-E. Hospitales y clínicas con atención general y especializada con mayores UPSS

Categoría III-2. Brindan atención solo de la especialidad correspondiente al instituto especializado, así como UCI de acuerdo con su especialidad.

El Centro de Salud Virgen del Carmen – La era, es un establecimiento nivel I-3, que pertenece a la DIRIS LIMA ESTE. Se encuentra ubicado en el distrito de Lurigancho – Chosica, dentro del centro poblado La Era. Este distrito suele ser soleado durante todos los meses del año, con algunas temporadas de

huaicos por aumento de lluvias y que como consecuencia origina incrementar los casos de dengue.

La Era es un centro poblado de 15,373 habitantes. La población es amable, tratable, sin embargo, muchas veces como comunidad demoran mucho en organizarse para enfrentar enfermedades prevalentes como el dengue, que se presenta casi todos los años.

El horario de atención es de lunes a sábado de 7 am a 1 pm y de 1 pm a 7 pm, excepto domingo y feriados. El establecimiento de salud cuenta con: 2 médicos (1 nombrado, 1 CAS), 2 internos de medicina, 2 nutricionistas, 3 licenciadas en enfermería, 3 internas de enfermería, 4 obstetras, 2 técnicas de laboratorio, 2 odontólogas, 1 psicólogos, 1 técnica en farmacia, 1 personal administrativo, 2 personas de limpieza, 2 guardianes. Además, cuenta con un área de tóxico, 1 área de TBC, 1 área de crecimiento y desarrollo.

El número de atenciones aproximadas, antes del inicio de la pandemia, por mes era de 1091 y 11,948 por año, y ahora, durante el tiempo de pandemia desde abril del 2020, las atenciones se realizan con previa cita y se atiende en promedio 843 pacientes mensuales, en un ambiente más ventilado, dentro de una carpa, que se ha implementado fuera del consultorio.

Presenta una cartera de servicios compuesta por el servicio de Medicina General, Tópico de consulta externa, atención ambulatoria por Obstetra, atención ambulatoria en Crecimiento y desarrollo, atención ambulatoria por Nutricionista, atención ambulatoria por Cirujano Dentista, atención ambulatoria por psicología, Tópico de emergencia, laboratorio clínico y farmacia. Además, cuenta con un área de tóxico, 1 área de TBC y 1 área para Crecimiento y Desarrollo.

Al mes, aproximadamente hay 10 emergencias, dentro de ellas la más frecuente: abdomen quirúrgico, y aproximadamente 30 urgencias: mordedura de perros, síndromes febriles, cortes.

Las patologías más frecuentes en consulta son pediátricas, entre ellas: EDAS, síndrome febril, anemia, parasitosis intestinal, IRAS, y dentro de medicina interna: diabetes mellitus, hipertensión arterial, dolor lumbar, faringitis aguda, cefalea, sobrepeso e infección urinaria.

Dentro de los criterios de referencia del Centro de Salud Virgen del Carmen – La Era se encuentran aquellos pacientes con enfermedades médicas como faringitis crónica, apendicitis, VIH, cardiopatías, tratamiento de cáncer, enfermedades autoinmunes, luxación congénita de cadera, hernias, gestantes que se encuentran a la mitad de su tercer trimestre para continuar con sus últimos controles prenatales, VIH en gestantes, gestantes de alto riesgo, gestantes con sangrado, quienes son referidos al Hospital José Augusto Tello o al Hospital Materno infantil.

El Centro de Salud Moyopampa, pertenece a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este, tiene categoría I-3 por Resolución Directoral N.º 0668-2011-DISA IV Lima Este/DG/DESP /OAJ. 18-07-011. Ubg-Chaclacayo.

Se encuentra ubicado en el distrito de Lurigancho – Chosica, Provincia de Lima, Departamento de Lima.

La delimitación geográfica del Distrito Lurigancho – Chosica es por el norte con el Distrito de San Antonio, al este con el Distrito de Santa Eulalia, al sur con los distritos de Ate y Chaclacayo, y al oeste con el distrito de San Juan de Lurigancho. El clima durante el año suele ser soleado, aunque en los meses de diciembre a marzo se pueden presentar truenos, lluvias que pueden llegar a huaicos.

Presenta una población femenina del 50.4% frente a una masculina del 49.6%. En la distribución de la población por grupo etario, se observa que la mayor concentración de personas se encuentra en el rango adultos joven (de 20 a 24 años), con una representación del 11.17% del total de la población; mientras que la población adulto mayor (de 60 años a más) es la menos representativa con un 1.6% del total.

El número de atenciones antes de la pandemia era alrededor de 1700 al mes aproximadamente y de 20,935 pacientes al año, siendo las de sexo femenino 13,200 y del sexo masculino 7,735 atenciones, de los cuales son usuarios de SIS 15,957. Hoy en día se cuenta con un sistema de consultas programadas donde se brindan 1300 atenciones al mes, mientras que en el área Covid se atienden 300 personas y se realizan pruebas de descarte para el SARS-COV-2.

El horario de atención por motivos de la pandemia del SARS-COV-2 son de lunes a sábado de 7 am a 7 pm, domingos y feriados no son laborables. El establecimiento de salud cuenta con: 3 médico cirujano (2 nombrados y 1 tercero), 4 internos de medicina, 1 licenciada en nutrición, 2 licenciadas y 2 internas de enfermería, 2 licenciadas y 1 serums de obstetricia, 2 técnicas de laboratorio, 2 cirujano dentista, 1 licenciada y 2 serums de psicología, 2 técnicas en farmacia, 1 técnico de estadística, 1 técnico de archivo, secretarios, 1 técnico de computación, 1 trabajadora de servicio de limpieza, 2 vigilantes de seguridad.

Presenta una cartera de servicios compuesta por el servicio de Medicina General, Tópico de consulta externa, atención ambulatoria por Obstetra, Crecimiento y desarrollo, Programa de PCT, Atención ambulatoria por Nutricionista, Atención ambulatoria por Cirujano Dentista, Tópico de emergencia, Laboratorio clínico y Farmacia. Además, cuenta con un área de tópico, 1 área de TBC y 1 área para Crecimiento y Desarrollo, ahora por la pandemia tiene un área diferencial para covid que cuenta con un médico y una licenciada. ⁽⁶⁾

Al mes, aproximadamente hay 5 emergencias, dentro de ellas la más frecuente: accidente de tránsito y abdomen agudo quirúrgico donde son trasladados al centro de referencia, y aproximadamente 37 urgencias entre ellas, cólico biliar, mordedura de perros, enfermedad diarreica aguda tanto en niños como adultos, síndromes febriles, síndrome vertiginoso.

Las patologías más frecuentes en el servicio de medicina son Hipertensión arterial, Diabetes mellitus tipo 2, Infecciones del tracto urinario; dentro de las patologías del servicio de Pediatría, se tiene a la Enfermedad diarreica aguda, Síndrome febril, Anemia, Parasitosis intestinal; en el servicio de Obstetricia las

atenciones más frecuentes son flujos vaginales, Controles prenatal, Planificación familiar, Prevención de Cáncer de Cuello Uterino y mama.

El Centro de Salud Moyopampa es punto de referencia y contrarreferencia para apoyo del diagnóstico mediante exámenes auxiliares de laboratorio para los establecimientos de Salud periféricos como: Puesto de Salud Mariscal Castilla y Puesto de Salud Pablo Patrón. El punto de referencia para el C.S Moyopampa es el Hospital José Agurto Tello de Chosica y el Centro de Rehabilitación. ⁽⁷⁾

Desde hace muchos años, el internado médico se realiza en diferentes hospitales del Perú que pertenecen al Ministerio de Salud (MINSA), EsSalud, Fuerzas Armadas o Clínicas, en donde los internos de medicina cumplen una función importante en el ámbito asistencial de los pacientes, bajo la supervisión de médicos de diferentes áreas clínicas. A la par de las actividades propias de la atención a los pacientes, como guardias diurnas o nocturnas, visitas médicas guiadas, elaboración y llenado de historias clínicas, observación y evolución de pacientes y rotación en consultorios externos, se reforzaban con clases de teoría que abarcaban exposiciones, revisión de bibliografía actualizada sobre diferentes patologías, discusión de casos clínicos, exámenes y preparaciones presenciales para rendir a fin de año el ENAM. Sin embargo, todas estas actividades solo se realizaron con normalidad hasta el 15 de marzo de 2020, debido a que el 6 de marzo se reportó en Perú el primer caso de COVID-19 y todas las actividades del internado médico quedaron suspendidas.

En octubre se retomó el internado médico a Centros de Primer Nivel de Atención, aún en tiempos de pandemia, se siguen cumpliendo con las funciones propias del primer nivel de atención como actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, consulta externa en medicina, ciertos días de rotaciones en consultorio de obstetricia para realizar controles prenatales y planificación familiar. Como se mencionó anteriormente, por ser un centro de primer nivel de atención, no se realizan guardias nocturnas, ni se evolucionan pacientes ya que no hay hospitalización siendo todas las atenciones de manera ambulatoria.

Todo ello ha afectado mucho el desarrollo de esta etapa importante en la carrera de un estudiante de medicina, quien necesita conocer y saber manejar cada una de las patologías que se encuentran en las cuatro rotaciones médicas por las que se rotan en el internado. En el Centro de Salud Virgen del Carmen y Moyopampa no se atienden partos ni se cuenta con material para suturar y mucho menos para colocar un yeso o una férula, las emergencias que se atienden por mes son muy pocas y la mayoría se refieren a un establecimiento de mayor complejidad. Es por esos y muchos más motivos que el aprendizaje en un centro de salud de primer nivel, si bien ayuda a poder llegar al serums sabiendo manejar las patologías básicas y más frecuentes, se ve limitado a comparación de un internado médico realizado en un hospital.

CAPÍTULO III. APLICACION PROFESIONAL

1. MEDICINA:

1.1 Análisis del caso clínico N° 1

Durante la rotación de medicina, se usaban guías clínicas de diferentes especialidades, como la Guía ADA 2021, la guía de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), así como las normas técnicas o guías de práctica clínica del Perú.

Para la resolución del caso clínico número 1 de medicina interna, se consideró la actualización de la guía de la Asociación Americana de Diabetes (ADA para hacer el diagnóstico, en donde se deben cumplir uno de los 4 criterios: ⁽⁸⁾

Glucosa basal en ayunas > o igual a 126 mg/dl. Ayunas se define como no ingesta calórica por mínimo 8 horas.

HbA1c (> igual 6,5%)

Glucosa a las 2 horas después de una TTOG con 75 gr de glucosa (SOG) (> o igual 200 mg/dl)

En un paciente con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica, una glucosa plasmática aleatoria > o igual 200mg/dl.

Y a menos que exista un diagnóstico clínico claro de diabetes, se requiere de dos resultados anormales de las pruebas, ya sea de la misma prueba o de dos pruebas diferentes, por ejemplo, si la HbA1c es 7,2% y luego una misma prueba sale HbA1c 6,9%, se confirma el diagnóstico. ⁽⁹⁾

En cuanto al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, según la SEEN y la Guía ADA, la metformina es el fármaco preferido para iniciar el tratamiento de la DM2 junto con medidas de cambio de estilo de vida, ya que tiene beneficios en protección cardiovascular, es de bajo costo y de alta eficacia. ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

1.2 Análisis del caso clínico N° 2

En la dermatología de contacto, según el libro “Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento”, 6 edición, ésta ya no solo puede ser causada por contacto directo de una sustancia a la piel, actualmente también de forma aerotransportada o por objetos contaminados. ⁽¹²⁾

El mecanismo de producción de la dermatitis de contacto puede ser por un irritante primario o por sensibilización.

El diagnóstico de esta patología es netamente clínico, el médico se basa en la historia clínica del paciente, el aspecto clínico y el antecedente de exposición a sustancias irritantes.

En cuanto al tratamiento, es importante determinar la causa que está originando la dermatitis, para evitar la exposición de esta con la piel del paciente. En el manejo específico del cuadro agudo, se usa corticoides tópicos de baja y mediana potencia por 2-3 semanas, asociado con soluciones antisépticas. Mientras que, en el manejo del cuadro crónico, se usa corticoides o cremas lubricantes y en casos de que existe liquenificación, puede recomendarse el uso de sustancias queratolíticas a concentraciones bajas. ⁽¹³⁾

1.3 Análisis del caso clínico N° 3

En el caso clínico número 3 de medicina interna, para decidir el manejo de una pancreatitis aguda se debe estratificar el grado de severidad basado en escalas internacionales estandarizadas, en el caso clínico presentado se tiene una pancreatitis aguda leve con un score de Marshall de 1 punto que se lo da el patrón respiratorio obtenido por la relación entre el PaO₂/FiO₂ de 380, mientras que en el score de BISAP se tiene 1 punto que se lo da el BUN > 25

mg/dl. Para ambos scores se necesita un puntaje mayor a 2 para considerarlo como pancreatitis severa. ⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾

Según la guía clínica americana de gastroenterología presenta como tratamiento inicial de una pancreatitis aguda leve es la hidratación parenteral, ya que el ayuno en las primeras 24 horas se suele indicar debido a la presencia de íleo paralítico, náuseas, vómitos y dolor abdominal. ⁽¹⁶⁾ Luego de lo cual se indica la alimentación enteral temprana y progresiva teniendo en cuenta criterios como la presencia de ruidos hidroaéreos, disminución del dolor, ausencia de náuseas y sobre todo deseo del paciente por comer, el cual se puede considerar como indicador de tolerancia oral. ⁽¹⁷⁾

Al ser un cuadro inflamatorio, pero sin riesgo de necrosis o falla de órgano no se requiere el uso de antibióticos como tratamiento ni profiláctico. ⁽¹⁸⁾

1.4 Análisis del caso clínico N° 4

En el caso clínico número 4 de medicina interna se tiene como diagnóstico del caso presentado, celulitis del miembro superior derecho ya que es una lesión eritematosa que compromete hasta el tejido celular subcutáneo, de bordes mal delimitados a diferencia de la erisipela. Teniendo como principal agente etiológico al *Estreptococo pyogenes*, motivo por el cual las guías internacionales indican como manejo de primera elección Cefazolina endovenosa, mientras que, en la guía de práctica clínica realizado por el Hospital Rebagliati, se tiene como primera elección a las Penicilinas, en el caso se encontrará un MRSA el manejo descrito en todas las guías es con Vancomicina. ^{(19) (20)}

2. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA:

2.1 Análisis del caso clínico N° 5

En el caso clínico de Enfermedad Pélvica Inflamatoria, se tomó como referencia el tratamiento indicado en la Norma Técnica de Infecciones de transmisión sexual (ITS) - MINSA 2015, en donde se recomienda el tratamiento indicado a la paciente, sin embargo, también se muestra un esquema de tratamiento alternativo para manejo ambulatorio de esta enfermedad: ⁽²¹⁾

Ceftriaxona 250 mg IM en dosis única + Eritromicina 500 mg vía oral cada 6 horas por 14 días + clindamicina 450 mg vía oral cada 6 horas por 14 días.

Además, alternativamente a este esquema, según la Guía de Práctica Clínica del Hospital Arzobispo Loayza del año 2011, se recomienda como tratamiento ambulatorio. ⁽²²⁾

Cefoxitina 2g IM + Probenecid 1g VO o ceftriaxona 250 mg IM, seguido de: Tetraciclina 500 mg vo cada 6 horas por 10-14 días o doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 10-14 días.

Esta guía de práctica clínica del Hospital Arzobispo Loayza tiene un esquema de tratamiento similar a lo que se indica en Uptodate: ceftriaxona 250 mg IM + doxiciclina 100 mg cada 12 horas por 10-14 días +/- Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 14 días (dependiendo si existe flujo vaginal o si hubo instrumentación)

Se le recomendó, además, tratamiento para su pareja, consejería en infecciones de transmisión sexual, 30 unidades de preservativos masculinos y reevaluación en 3 días por medicina general. ⁽²³⁾

2.2 Análisis del caso clínico N° 6

Para el tratamiento de la infección urinaria en gestantes, existen revistas médicas como: Elsevier, Scielo o el “Protocolo de Infección Urinaria durante el embarazo” de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Todas ellas recomiendan grupos de fármacos, como: nitrofurantoína, betalactámicos y fosfomicina-trometamol, que pueden iniciarse de forma empírica, hasta obtener un urocultivo y antibiograma de ser posible, ya que cumplen con los criterios de seguridad y eficacia.

En el tratamiento de la ITU en gestantes, se está usando más seguido la fosfomicina- trometamol en monodosis o en dos dosis de 3 gramos al día separados por 3 días, administradas después de las comidas, ya que la Food and Drug Administration (FDA) la aprobó por tener una larga vida media y contar con una tasa de erradicación del 77-94% con escasos efectos secundarios. Por el contrario, a pesar de ser también recomendados, la amoxicilina-ácido clavulánico, las cefalosporinas y la nitrofurantoína no han demostrado la misma eficacia en monodosis a causa de su rápida eliminación urinaria.

La nitrofurantoína es un fármaco considerado dentro de la categoría B de la FDA, que se debe usar como segunda opción si no se tuviera cefalosporinas o fosfomicina-trometamol, ya que se ha asociado a malformaciones neonatales, como: anoftalmia o microftalmos, síndrome de corazón izquierdo hipoplásico, comunicación interauricular, labio leporino con paladar hendido, lo que obliga a su uso prudente durante la gestación.

Debido a los cambios que ocurren en la gestación, independientemente de la pauta terapéutica utilizada, la bacteriuria recurre en el 20-30% de los casos, por ello se debe realizar un urocultivo de control a las 1-2 semanas de haber terminado el tratamiento, seguido de urocultivos durante toda la gestación y si reaparece la bacteriuria, se administrará nuevamente el tratamiento por 7-10 días. ⁽²⁴⁾

El tratamiento empírico de primera elección, según la guía clínica del Hospital Universitario de Barcelona. ⁽²⁵⁾

2.3 Análisis del caso clínico N° 7

En el caso clínico de Gineco – Obstetricia se tiene como referencia la guía de práctica clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal para el correcto abordaje de la hemorragia obstétrica en la primera mitad del embarazo, siendo la causa más frecuente el aborto, que se caracteriza por la presencia de hemorragia antes de las 22 semanas de gestación o el peso menor de 500 gr del producto. El 80% suele ser precoz y 20% tardía. ⁽²⁶⁾

El aborto se clasifica según como se encuentre el cuello uterino al momento de la evaluación ginecológica, como en el caso clínico antes mencionado, si éste se encuentra cerrado, se estaría frente a una amenaza de aborto o aborto retenido y ambas se diferencian por la viabilidad del embrión o feto con la presencia de latidos cardiacos fetales, es por ello que se solicitan diversos exámenes como la ecografía transvaginal que permita dar características del saco gestacional y del corion frondoso e incluso descartar otras patologías, así como también se solicitará Hemograma completo, Grupo Sanguíneo y Factor Rh, Perfil de Coagulación, Examen completo de orina y urocultivo, Glucosa, urea, creatinina y B-HCG cuantitativo. ⁽²⁷⁾

En el primer nivel de atención según categoría I3 como es el Centro de Salud Moyopampa no se cuenta con todos los recursos para poder hacer la correcta evaluación de la gestante que presenta amenaza de aborto es por ello por lo que son referidas al Hospital José Agurto Tello de Chosica.

El tratamiento de la amenaza de aborto se rige según los resultados de las pruebas solicitadas, ya que algunas gestantes pueden ser hospitalizadas y otras recibir tratamiento ambulatorio que consiste en reposo absoluto y control en 72 horas para evaluar la persistencia del sangrado, si éste continua se realiza una nueva ecografía transvaginal a los 7 días.

2.4 Análisis del caso clínico N° 8

Según el caso clínico N°8 de Ginecología, cuando se presenta una úlcera genital es importante saber diferenciar la causa etiológica de la lesión con la finalidad de indicar el tratamiento oportuno. Dentro de las mencionadas en la literatura, se describen 3 como las más frecuentes. ⁽²⁸⁾

La úlcera por Virus Herpes simple tipo 2 se caracteriza por lesiones vesiculares, dolorosas, múltiples con base eritematosa. El tratamiento etiológico es con Aciclovir vía oral en las primeras 48 horas y observación de las lesiones. ⁽²⁹⁾

La úlcera por Sífilis primaria conocida también como chancro duro por ser única, elevada, indurada, poco dolorosa y de base limpia. Su tratamiento etiológico Penicilina G Benzatínica 2.4 mill UI Intramuscular dosis única en inmunocompetentes y 3 dosis en gestantes e inmunosuprimidos. ⁽³⁰⁾

La úlcera por Haemophilus Ducreyi o cancroide presenta lesión blanda, muy dolorosa de base sucia y múltiples. Su tratamiento es ceftriaxona de 125 mg. ⁽³¹⁾

Según la guía nacional de ITS del Minsa el manejo del síndrome de úlcera genital se trata con Penicilina G Benzatínica 2.4 millones de UI vía intramuscular dosis única + Ciprofloxacina 500 mg vía oral dosis única, sin embargo, en pacientes alérgicos a la penicilina se tiene como alternativa el uso de Doxiciclina 100 mg cada 12 horas vía oral por 14 días. ⁽³²⁾

3. PEDIATRÍA:

3.1 Análisis del caso clínico N° 9

El caso clínico de anemia moderada se manejó con la Norma Técnica: “Manejo Terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas”. Ésta clasifica la anemia en adolescentes varones y mujeres de 12 - 14 años en leve (11.0- 11.9), moderada (8.0-10.9) y severa (<8.0).⁽³³⁾

En cuanto al tratamiento, según la Norma Técnica, la dosis es de 120 mg de hierro elemental, contenidos en 2 tabletas de 300 mg cada una de sulfato ferroso. El tiempo de tratamiento es de 6 meses continuos y los controles de hemoglobina se realizan al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento.

3.2 Análisis del caso clínico N° 10

Se toma como referencia un Manual de Sarampión, creado por el Instituto Nacional de Salud del Niño y una Revista de Pediatría de Valladolid “Diagnóstico diferencial de los exantemas”. En ellos, describen al sarampión con un cuadro prodrómico de aproximadamente 4 días con un cuadro de rinofaringitis aguda, con fiebre alta, donde después aparece la lesión característica que es el exantema.

Según ambas bibliografías, pueden complicarse como consecuencia de la propia infección viral o por sobreinfección bacteriana, dando cuadros de otitis media o neumonías.⁽³⁴⁾

El tratamiento es básicamente sintomático, además del aislamiento del paciente para evitar la propagación del virus.⁽³⁵⁾

3.3 Análisis del caso clínico N° 11

Para el tratamiento y seguimiento del caso de los niños con diarrea se utiliza la norma Técnica N°755 del 2017 del Minsa. ⁽³⁶⁾Al ser una diarrea aguda sin signos de deshidratación se utiliza el plan de tratamiento A, siendo el manejo principalmente en casa, siguiendo la regla ACREZ la cual se detalla: Aumento de la ingesta de líquidos a libre demanda, Continuar con alimentación según edad del niño, Reconocer signos de alarma para evitar complicaciones de deshidratación tomando la decisión de acudir de manera oportuna a un centro de salud, Educar sobre medidas de prevención para evitar futuros episodios, Administrar 20 mg de zinc elemental al día durante 10 días para niños y niñas entre 6 a 59 meses de edad. Estas deben ser explicadas a la madre o acompañante del paciente.

En el caso planteado el paciente presenta un alto riesgo de deshidratación por el antecedente al ingreso de 3 episodios de vómitos en la última hora, por lo que se decide mantener al niño en observación del centro de salud por 2 horas con terapia de reemplazo oral. En caso no tolere la vía oral se procederá a realizar el tratamiento del plan B o C para ser referido a un centro de mayor complejidad.

Según los datos epidemiológicos del caso se decide no inicio de tratamiento antibiótico hasta que se cuente con los resultados de reacción inflamatoria y hemograma, debido a que la causa más frecuente de diarrea acuosa en niños es de origen viral. ⁽³⁷⁾

3.4 Análisis del caso clínico N° 12

Se presenta una de las enfermedades exantemáticas del niño más frecuentes, que, según el actual esquema de inmunizaciones, ⁽³⁸⁾ la vacuna contra la varicela, virus vivo atenuado, se administra 1 dosis a los 12 meses de edad 0.5ml/sc cuyo plazo es hasta los 2 años 11 meses 29 días.

Según la guía de práctica clínica del servicio de infectología del Instituto del niño el manejo de varicela en los niños inmunocompetentes se basa en medidas generales, principalmente el manejo sintomático con antipiréticos y antihistamínicos de primera generación, asociado al cuidado de las lesiones

vesiculares con el correcto lavado de manos, recorte de uñas, no manipulación de lesiones para evitar posibles complicaciones, teniendo a la más frecuente la sobreinfección bacteriana por impétigo ampuloso cuyo principal agente causal es *Staphylococcus aureus*.

En el caso de los pacientes inmunocomprometidos serán hospitalizados ya que recibirán un tratamiento específico con antivirales, siendo el de elección aciclovir 30 mg/kg/día/ cada 8 horas por vía endovenosa por 7 a 10 días y en caso presenten una de las complicaciones más severas de la varicela como la encefalitis el tratamiento se prolonga por 14 a 21 días.

4. CIRUGÍA:

4.1 Análisis del caso clínico N° 13

Según la “Norma Técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú”, la atención a personas expuestas al virus de la rabia puede darse a través de medidas preventivas o profilácticas, que se van a realizar con la finalidad de evitar la enfermedad.

Después del accidente de la mordedura, se debe aplicar una triada por el paciente, que consta de: lavar la herida con agua y jabón, identificar al animal que lo mordió para su observación por los próximos 10 días y acudir oportunamente al establecimiento de salud más cercano, ya que es considerado una urgencia médica. ⁽³⁹⁾

Dentro de la atención por mordedura, se deben cumplir ciertas pautas:

Lavar la herida por 10 minutos aproximadamente con bastante agua y jabón de uso doméstico. es considerado el paso más importante, ya que reduce la carga viral y la sobreinfección bacteriana.

Se debe suturar la herida una vez limpia (sutura primaria) si está localizada en cabeza y cara, y si fuera profunda, debe quedar floja y con puntos de afrontamiento sin suturar el TCSC para que pueda drenar.

De acuerdo con el grado de exposición, que pueden ser exposición sin riesgo: no hay contacto directo con la saliva del animal o cuando sólo sufrió una lamida en piel intacta donde no hay lesión. Exposición leve: mordeduras o arañazos por animales (perro o gato) sin sospecha de rabia o sin síntomas, que ocasiona lesión única y superficial localizada en cualquier parte del cuerpo, excepto cara, cabeza, pulpejos de dedos de manos o pies, genitales y cuello. Exposición grave: mordeduras localizadas en las regiones antes mencionadas, mordeduras múltiples, desgarradas o profundas, mordeduras de animales desconocidos o sospechosos de rabia.

Aplicación de la profilaxis post exposición. En el caso de este paciente, en el centro de salud se decidió, como dice la Norma Técnica, aplicar las 5 dosis de 1 cc cada una (día 0, 3,7,14 y 28) por vía IM, en región deltoidea, ya que era un perro desconocido (recién adoptado por su dueño).

Todo paciente que inicia el esquema de vacunación debe ser registrado en el sistema HIS y en el libro de registro de vacunación de personas expuestas al riesgo de rabia. Además, se les entrega un carné que debe ser llevado al centro de salud, cada vez que acude para su nueva dosis y el personal de enfermería se encarga de realizar el control y monitoreo por 10 días del animal. ⁽⁴⁰⁾

4.2 Análisis del caso clínico N° 14

Para el caso clínico de cirugía N°14. Se utiliza las bases de la guía de práctica clínica del Hospital Vitarte para los tipos de apendicitis aguda, según el caso clínico presentado se define como una apendicitis aguda no complicada debido a que no se evidencian signos de irritación peritoneal que son comprobados con el signo de Blumberg o posición antiálgica, además de la presencia de plastrón o absceso apendicular que es reflejado por una masa en cuadrante inferior derecho al momento del examen físico. ⁽⁴¹⁾

Para llegar al diagnóstico de apendicitis aguda se pueden tener en cuenta escalas prácticas que brindan probabilidad diagnóstica, ya que la prueba Gold estándar es la Tomografía abdominal con contraste

La herramienta más utilizada es la escala de Alvarado que consta de evaluar 8 parámetros que dan un puntaje total de 10, cuya interpretación de 1 a 3 puntos obligan a buscar diagnóstico diferencial por que descarta el diagnóstico de apendicitis, de 4 a 6 puntos se debe ampliar estudios con el Gold estándar para confirmar o descartar diagnóstico luego de tener en observación al paciente por 12 horas y de 7 a 10 puntos brinda alta probabilidad diagnóstica con lo cual se opta por la intervención quirúrgica. ⁽⁴²⁾

La analgesia está indicado una vez hecho el diagnóstico con Metamizol 80 – 100 mg/kg/día diluido en 100 a 250 ml de suero fisiológico, en caso persistencia del dolor se usa Tramadol 1.5 mg/kg/dosis, la antibioticoterapia está indicada 30 minutos antes de la cirugía y una segunda dosis si el acto

quirúrgico se prolonga por 2 horas con la finalidad de cubrir bacterias Gram negativos y anaerobios.

El manejo definitivo de la apendicitis aguda es la cirugía, se conocen diversas técnicas quirúrgicas; teniendo en cuenta la situación actual que se vive por la pandemia por el virus SAR-COV-2 se opta por la cirugía convencional utilizando la técnica incisional Roque Davis o la incisión oblicua de Mc Burney. Según casos reportados por el Hospital vitarte de apendicectomías en pacientes por SAR-COV-2 con cirugía convencional no se ha notificado aumento en estancia hospitalaria ni complicaciones severas. ⁽⁴³⁾⁽⁴⁴⁾

4.3 Análisis del caso clínico N° 15

Para el caso clínico de cirugía N°15, se tiene como referencia la guía de práctica clínica del Minsa y del Hospital Arzobispo Loayza del 2017, donde se categoriza a las quemaduras según profundidad y extensión, siendo las de primer grado lesiones eritematosas, secas y sin presencia de flictenas que afectan solo la epidermis; las de segundo grado pueden ser superficiales donde aparece la presencia de flictenas con mayor intensidad del dolor; las profundas dolorosas a la palpación, poca húmeda, flictenas rotas con compromiso de epidermis y dermis. Finalmente, las de tercer grado son lesiones acartonadas, secas, usualmente indoloras que comprometen hasta hipodermis, cuyo manejo es quirúrgico. ⁽⁴⁵⁾

Cuando la extensión de la quemadura sobrepasa el 20% de la superficie corporal total en adultos o el 10 % en niños o ancianos con lesiones de segundo y tercer grado se les denomina quemadura mayor o gran quemado, tomando como primera medida la hidratación en las primeras 24 horas basándose en la fórmula de Parkland con cristaloides.

Las recomendaciones generales que indica el Minsa como medida inicial es la irrigación con agua fría durante 15 minutos, en presencia de flictenas; éstas deben dejarse intactas, cubrir con gasas estériles y aplicar un ungüento antibiótico como la Sulfadiazina de plata que se tiene en el petitorio del centro de Salud. La curación de las lesiones debe ser cada 48 a 72 horas para evitar

las posibles complicaciones. Se indica el tratamiento sintomático con analgésico oral teniendo como elección al paracetamol.

Las recomendaciones generales que indica el Minsa como medida inicial es la irrigación con agua fría durante 15 minutos, en presencia de flictenas; éstas deben dejarse intactas, cubrir con gasas estériles y aplicar un ungüento antibiótico como la Sulfadiazina de plata que se tiene en el petitorio del centro de Salud. La curación de las lesiones debe ser cada 48 a 72 horas para evitar las posibles complicaciones. Se indica el tratamiento sintomático con analgésico oral teniendo como elección al paracetamol. ⁽⁴⁶⁾

Las recomendaciones generales que indica el Minsa como medida inicial es la irrigación con agua fría durante 15 minutos, en presencia de flictenas; éstas deben dejarse intactas, cubrir con gasas estériles y aplicar un ungüento antibiótico como la Sulfadiazina de plata que se tiene en el petitorio del centro de Salud. La curación de las lesiones debe ser cada 48 a 72 horas para evitar las posibles complicaciones. Se indica el tratamiento sintomático con analgésico oral teniendo como elección al paracetamol.

4.4 Análisis del caso clínico N° 16

Para el caso clínico de cirugía N° 16, se usó la “Guía de Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad hemorroidal” del hospital Cayetano Heredia. ⁽⁴⁷⁾

Esta guía define a la enfermedad hemorroidal como la dilatación de los paquetes hemorroidales que se localizan en la parte terminal del recto, el conducto anal o ano.

Se clasifican en hemorroides externas: aquellas que se encuentran distales a la línea dentada y hemorroides internas, cubiertas por epitelio columnar, que se encuentran próximas a la línea dentada y se clasifican en 4 grupos, en base al grado de prolapso.

Primer grado: aquellas que pueden sangrar y el prolapso puede sobresalir en el canal anal, pasando la línea dentada al esfuerzo.

Segundo grado: aquellas que se prolapsan a través del ano a hacer presión o esfuerzo, pero se reducen de manera espontánea

Tercer grado: hay prolapso de las hemorroides a través del ano, pero requieren de reducción manual.

Cuarto grado: aquellas que prolapsan, pero son irreductibles, tienen alto riesgo de estrangulación.

El tratamiento consiste en medidas higiénico - dietéticas y de estilo de vida, dirigidas a disminuir la sintomatología local y disminuir el estreñimiento, y complementar con cirugía dependiendo del grado de prolapso.

En este caso, al paciente se le recomendó tratamiento médico y se le realizó una referencia a cirugía general para intervención quirúrgica.

El manejo dependerá del grado de hemorroides. Si se clasifica como grado 1, se recomienda manejo médico, conservador; si es de grado 2, se recomienda ligadura con bandas, fotocoagulación o criocirugía; y si es tanto grado 3 y 4, se recomienda hemorroidectomía. ⁽⁴⁷⁾

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Iniciar el internado médico en el Hospital Vitarte en los primeros meses del año, cuando no había pandemia, permitió conocer y adaptarnos a las funciones que cumplía un interno de medicina, teniendo guardias diurnas, guardias nocturnas, pasando visitas médicas, realizando historias clínicas y evoluciones diarias de los pacientes, así como los documentos de altas, referencias y epicrisis. Durante los días de asistencia al hospital, bastaba con una mascarilla N95 como parte del equipo de protección personal, y, aun así, en muchas ocasiones no se brindaba ningún equipo, excepto cuando se tenía que ir al área de tuberculosis. Los procedimientos básicos de las 4 especialidades como: monitorizar un trabajo de parto y atenderlo, realizar un análisis de gases arteriales, realizar RCP, atención primaria del recién nacido, colocar férulas, yesos, asistir en una operación, principalmente lo realizaba el interno de medicina, supervisados por médicos asistentes o residentes, lo cual permitía que se adquiriera mayor experiencia para aplicarlo en el Serums o en alguna especialidad en particular en un futuro. Los horarios de entrada eran generalmente, dependiendo de la especialidad, entre las 6:00 am y 6:30 am, sin tener un horario definido de salida, cumpliendo como requisito haber dejado terminado todos los pendientes.

Iniciar luego, durante la pandemia, en el primer nivel de atención, fue muy diferente, ya que muchos de los procedimientos que se realizaban en un hospital, se dejaron de hacer. Sin embargo, las horas de atención en consultorio médico aumentaron, el número de emergencias que se atendían disminuyeron considerablemente, las licenciadas de enfermería se encargaban del área de crecimiento y desarrollo, se realizaron cercos epidemiológicos por aumento de casos de dengue en el centro poblado,

durante los meses de diciembre a abril. Por ser un centro de salud nivel I-3, las gestantes que cumplían 35 semanas eran referidas para que continúen con sus controles en un Hospital, así como la elaboración de referencias a centros de mayor complejidad a pacientes que necesitaban atenciones más especializadas o para que puedan continuar con sus controles médicos. Además, el equipo de protección personal era el triple al que se usaba en los meses sin pandemia, se agregó una mascarilla quirúrgica o kn95 a la que ya se usaba, guantes, mandil, botas, y protector facial, que en muchas oportunidades fueron bastante incómodos.

No se realizó en meses definidos rotaciones en cada especialidad, ya que, por ser un centro de salud de primer nivel, en la consulta externa de medicina general, se atendían pacientes adultos, así como niños y gestantes con molestias o derivadas de obstetricia. En obstetricia, las atenciones más frecuentes eran para planificación familiar, controles prenatales, molestias urinarias, realización de Papanicolau, descartar prolapsos.

Los casos de cirugía, como apendicitis, hernias, enfermedad hemorroidal, eran referidos, y algunas suturas se realizaban en ese momento, solo si se contaban con hilo.

CONCLUSIONES

El internado médico es una etapa importante en la carrera de un estudiante de medicina, en donde logra consolidar los conocimientos aprendidos durante los años anteriores y logra mayor experiencia en las diferentes especialidades para aplicarlas en un futuro durante los años que ejerce como médico.

Debido a la propagación de la infección por SARS COV 2 en nuestro país, desde marzo del 2020 y a los cambios que se generaron, no permitieron que se pueda hacer un seguimiento continuo hasta el alta del paciente debido a que muchos de ellos fueron referidos a un Centro de mayor capacidad resolutive para su manejo.

La pandemia por SARS COV 2, no solo ha cambiado la forma de ver la vida en muchas personas, sino también la forma de vivirla. Afectando en mayor grado, a todo el personal que trabaja en primera línea, por estar la mayor parte del tiempo expuestos a personas contagiadas, como parte de su trabajo diario.

RECOMENDACIONES

La situación que han vivido los internos de medicina durante la pandemia ha sido totalmente diferente a lo experimentado por otras promociones de médicos. Esta pandemia ha obligado a que se cambien muchas estrategias de enseñanzas, y dentro de ellas, considerar el desarrollo de este año tan importante, como es el internado médico, en un centro de atención de primer nivel, que, si bien es cierto, no se incluían en las plazas en ninguno de los años anteriores, ha servido para muchos como parte de la experiencia de lo que se desarrollará en el serums, siendo también una etapa importante en su formación. Es por ello, que considerar a la par de hospitales, algunas rotaciones en primer nivel, es de gran necesidad, ya que las patologías básicas y su manejo se conocen mejor en ese nivel.

Debido a que esta pandemia afecta cada vez más sin distinción cualquier grupo etario, clase social y es el personal de salud quien está más expuesto, debe existir mayor preocupación por parte de las universidades, hospitales, centros de salud o ministerio de salud, por brindar equipos de protección personal de manera permanente a los internos de medicina, no solo al personal de salud contratado, médicos jefes o licenciadas, sin necesidad de tener que reciclar los equipos de protección, que son descartables, y por tanto, de un solo uso.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Flores S, Echavarría AF, Becerra RU, Flores RL, Laura N. Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo [Internet]. Redalyc.org. 2008 [citado el 17 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/142/14219995004.pdf>
2. Cáceres-Bernaola U, Becerra-Núñez C, Mendivil-Tuchía de Tai S, Ravelo-Hernández J. Primer fallecido por COVID-19 en el Perú. An Fac Med (Lima Peru : 1990) [Internet]. 2020 [citado el 19 de abril de 2021];81(2):201–4. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832020000200201&script=sci_arttext
3. DECRETO DE URGENCIA N ° 090-2020 - Medidas excepcionales y temporales en recursos humanos en salud [Internet]. El Peruano. 2020 [citado el 17 de abril de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1184155/DU090_2020.pdf
4. Valadez-Nava S, Heshiki-Nakandakari L, Osornio-Castillo L, Domínguez-Álvarez E, Tagle Herrera RS. Expectativas y sentimientos de los estudiantes de Medicina ante el internado de pregrado. Investig educ médica [Internet]. 2014 [citado el 17 de abril de 2021];3(12):193–7. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v3n12/v3n12a4.pdf>
5. Monitoreo de desempeño de la Gestión en establecimientos de la Salud del I, II, III nivel de Atención [Internet]. MINSA. 2011 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2359.pdf>

6. Resolución Ministerial 306-2020 [Internet]. Ministerio de Salud. 2020 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/725316/RM_306-2020-MINSA.PDF
7. Hospital José Agurto Tello de Chosica [Internet]. Gob.pe. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalchosica.gob.pe/>
8. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in diabetes-2021. Diabetes Care [Internet]. 2021 [citado el 18 de abril de 2021];44(Suppl1): S15–33. Disponible en: https://care.diabetesjournals.org/content/44/Supplement_1/S15
9. American Diabetes Association. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of Medical Care in diabetes-2021. Diabetes Care [Internet]. 2021 [citado el 18 de abril de 2021];44(Suppl 1): S111–24. Disponible en: https://care.diabetesjournals.org/content/44/Supplement_1/S111
10. Cadime. Diabetes: estándares de tratamiento de la ADA 2021 [Internet]. 2020 dic [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.cadime.es/noticias/destacados/768-diabetes-est%C3%A1ndares-de-tratamiento-de-la-ada-2021.html>
11. Escalada J, De la Torre ML. NOVEDADES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LAS RECOMENDACIONES DE LA ADA 2020 PARA DIABETES MELLITUS [Internet]. Seen.es. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/partados/986/060420_101837_8586629872.pdf

12. Guzmán RA. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento [Internet]. 6a ed. Mc Graw Hill; [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1538§ionid=102302922>
13. Cedillos CAM, Herrera AMV. GUÍAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE LAS 10 PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES [Internet]. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/GDermatologia.pdf>
14. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda [Internet]. Actagastro.org. 2019 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://actagastro.org/actualizacion-en-el-manejo-inicial-de-la-pancreatitis-aguda/>
15. Manejo de la pancreatitis aguda [Internet]. 2021 [citado 19 April 2021]. Available from: Celulitis y abscesos cutáneos en adultos: tratamiento [Internet]. 2020 [cited 19 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
16. Dellinger EP, Forsmark CE, Layer P. Determinant-Based Classification of Acute Pancreatitis Severity. *Ann Surg*. 1097;256(1):0 013 318256 778.
17. Facg TSM, Facg BJMC. Guía del American College of Gastroenterology: Manejo de la pancreatitis aguda. 2013; Disponible en: https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2013/09000/American_College_of_Gastroenterology_Guideline_.6.aspx
18. Álvarez-Aguilar PA, Dobles-Ramírez CT. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. *Acta méd costarric*. 2019;61(1):13–21.

19. Farmacia Y Bioquímica EAP. UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO [Internet]. Edu.pe. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/10250/Tapia%20Aguilar%20Jean%20Carlos%20Jun%20Fan.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Celulitis y abscesos cutáneos en adultos: tratamiento [Internet]. 2020 [cited 19 April 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
21. Chinarro MP, Vega MR. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el VIH y de las Infecciones de transmisión sexual [Internet]. BVS MINSA. 2015 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3264.pdf>
22. Virhuez DMI, Ramirez LA. Guías de práctica clínica [Internet]. 2011 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_e91a9695ff08792_.pdf
23. Ángel Herráiz M, Hernández A, Asenjo E, Herráiz I. Infección del tracto urinario en la embarazada. Enferm Infecc Microbiol Clin [Internet]. 2005 [citado el 19 de abril de 2021];23:40–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-infeccion-del-tracto-urinario-embarazada-13091447>
24. Huertas MF, García CC, Ortega HDP. Protocolo de Infecciones Urinarias [Internet]. Serviciofarmaciamanhacentro.es. 2015 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.serviciofarmaciamanhacentro.es/images/stories/recursos/re>

cursos/protocolo/infecciones/2015/protocolo%20itu%20borrador_nov_2016.pdf

25. M López, T Cobo, M Palacio, A Goncé. Infección Vías Urinarias y Gestación [Internet]. 2017 mar [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/infecciones%20urinarias%20y%20gestaci%C3%B3n.pdf>
26. Ramírez . Guías de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología [Internet]. Bvs.minsa.gob.pe. 2010 [cited 19 April 2010]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3318.pdf>
27. Salazar Lindo E. Salud de la Mujer [Internet]. Bvs.minsa.gob.pe. 2021 [cited 19 April 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2694.PDF>
28. Ghanem STMM. Abordaje del paciente con úlceras genitales [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-genital-ulcers?search=ULCERA%20GENITAL&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
29. Albrecht MA. Tratamiento de la infección por el virus del herpes simple genital [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-genital-herpes-simplex-virus-infection?search=HERPES&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
30. Sífilis: tratamiento y seguimiento [Internet]. 2019 [cited 19 April 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/syphilis-treatment-and-monitoring?search=SIFILIS%20PRIMARIA&source=search_result&selectedTitle=3~86&usage_type=default&

31. Lesiones vulvares: diagnóstico diferencial de vesículas, ampollas, erosiones y úlceras. [Internet]. 2021 [cited 19 April 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/vulvar-lesions-differential-diagnosis-of-vesicles-bullae-erosions-and-ulcers?search=Haemophilus%20Ducreyi&source=search_result&selectedTitle=3~51&usage_type=default&display_rank=3
32. Del tracto genital P el AS del D y. T de LPCI de TS y. OI. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Gov.co. [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/profesionales%20salud.pdf>
33. Norma Técnica- Manejo preventivo y terapéutico de la anemia en niños, mujeres gestantes y puérperas [Internet]. MINSA.GOB. 2017 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
34. Silva Rico JC, Torres Hinojal MC. Diagnóstico diferencial de los exantemas [Internet]. Pediatriaintegral.es. [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii01/03/22-36%20Exantemas.pdf>
35. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en el niño [Internet]. Cdn.gob.pe. 2017 [cited 19 April 2021]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf
36. Abordaje del niño con diarrea aguda en países de recursos limitados [Internet]. 2019 [cited 19 April 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited->

countries?search=diarrea%20aguda%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

37. Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación [Internet]. Cdn.gob.pe. 2018 [cited 19 April 2021]. Disponible en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/300034/d177030_opt.PDF
38. Kolevic L. Guías clínicas del servicio de Infectología [Internet]. Hnhu.gob.pe. 2012 [cited 19 April 2021]. Disponible en:
http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/wp-content/uploads/2016/07/NORMA_TECNICA_Guia-Clinica.pdf
39. Norma Técnica de Salud para la Vigilancia, Prevención y control de la rabia humana [Internet]. MINSA. 2017 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/190962/190520_RM_N_C_2_B0_024-_2017-_minsa.PDF20180823-19572-1dwf91c.PDF
40. Guía de Práctica Clínica de Hospitalización del Servicio de Cirugía [Internet]. Hospitalvitarte.gob.pe. 2012 [cited 19 April 2021]. Disponible en:
<http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/data/transparencia/2013/r13172.pdf>
41. Clínica G, Aguda A. Apendicitis Aguda - Guías de Práctica Clínica [Internet]. Guías de Práctica Clínica. 2021 [cited 19 April 2021]. Disponible en: <https://guidelines.international/gpc/apendicitis-aguda>
42. View of Apendicectomías en Pacientes Adultos con Infección por SARS-CoV-2 en un Hospital Especializado en el Tratamiento de COVID-19 [Internet]. Revistaspce.org. 2020 [cited 19 April 2021]. Disponible en: <https://www.revistaspce.org/index.php/revspce/article/view/38/41>

43. Manejo de la apendicitis aguda en adultos [Internet]. 2021 [cited 19 April 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20del%20adulto&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
44. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de lesiones por quemadura [Internet]. 2017 [cited 19 April 2021]. Disponible en: http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_088e38987d7bf58_.pdf
45. Celulitis y abscesos cutáneos en adultos: tratamiento [Internet]. 2020 [cited 19 April 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-in-adults-treatment?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
46. Guía de Práctica Clínica - Servicio de cirugía general [Internet]. Hospital Cayetano Heredia. 2013 [citado el 19 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd_430_2013.pdf

ANEXOS

ANEXO 1.

1. Score de Marshall para falla de órganos

Score de Marshall	0	1	2	3	4
Respiratorio (PaO2/Fio2)	> 400	301-400	201-300	101-200	< 101
Renal	< 1,4	1,4-1,8	1,9-3,6	3,6-4,9	> 4,9
Cardiovascular (TA sistólica en mmHg)	> 90	< 90 Responde a fluidos	< 90 No responde a fluidos	< 90 pH < 7,3	< 90 pH < 7,2

ANEXO 2.

2. Score de BISAP

Score BISAP

1. BUN > 25 mg/dl
 2. Deterioro del estado mental (escala de Glasgow < 15)
 3. SIRS: definido como 2 o más de los siguientes:
 - a. Temperatura < 36 °C o > 38 °C
 - b. Frecuencia respiratoria > 20 x minuto o PaCO₂ < 32 mmHg
 - c. Frecuencia cardíaca > 90 x minute
 - d. Leucocitos < 4.000 o >12.000 cel/mm³ o reticulocitos > 10%
 4. Edad > 60 años
 5. Derrame pleural
-

ANEXO 3.

3. Clasificación de anemia según concentración de hemoglobina

Tabla N° 3
Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas (hasta 1,000 msnm)

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

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

Fuente: OMS. 2001. El uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, trauma y quemaduras. Ginebra ⁽²⁵⁾

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