



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**PERCEPCIONES DEL INTERNADO MÉDICO 2020 -2021 EN  
DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN EN CALLAO Y CHORRILLOS**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADA POR  
ESTRELLA JUDITH CASTRO NORIEGA**

**ASESOR  
DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA**

**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**

**PERCEPCIONES DEL INTERNADO MÉDICO 2020 -2021 EN  
DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN EN CALLAO Y  
CHORRILLOS**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
ESTRELLA JUDITH CASTRO NORIEGA**

**ASESORA  
DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA**

**LIMA, PERÚ  
2021**

## **JURADO**

**Presidente:** M. E. María Santibañez Gutiérrez

**Miembro:** M.C. Mario Heins León Florián

**Miembro:** Mg. Yanire Paty Macedo Alfaro

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado a nuestros padres que con su apoyo incondicional nos hacen salir adelante en este duro momento de pandemia para lograr nuestra meta de ser profesionales de la salud.

Estrella Judith Castro Noriega

## **AGRADECIMIENTO**

Le damos nuestro más profundo agradecimiento al Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan por su apoyo tanto en las medidas de protección como en sus enseñanzas y aceptación para poder culminar este año académico de internado médico en esta difícil situación que cursa el país por la pandemia por Covid 19. De igual forma agradecemos la paciencia y la oportunidad de aprendizaje en el primer nivel de atención que adquirimos por los diferentes servicios en el establecimiento de salud y de manera especial recordamos al doctor Edgar Castro Lizárraga que nos dejó este año por su lucha contra la Covid 19.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimiento</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vii
<b>Abstract</b>	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	ix
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1. Rotación de gineco – obstetricia	2
2. Rotación de cirugía	10
3. Rotación de pediatría	15
4. Rotación de medicina	20
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	31
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	34
1. Rotación de gineco – obstetricia	34
2. Rotación de cirugía	39
3. Rotación de pediatría	40
4. Rotación de medicina	44
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	49
<b>CONCLUSIONES</b>	51
<b>RECOMENDACIONES</b>	53

<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	55
-------------------------------	----

<b>ANEXOS</b>	63
---------------	----

1. Figura 1: Partograma OMS modificado	64
2. Figura2: Vacunación 2020	65
3. Figura 3: Formato de baciloscopia	66

### **ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS**

<b>1:</b> Tratamiento empírico de pielonefritis en la gestación	3
<b>2:</b> Características clínicas de lesiones de párpado	18
<b>3:</b> Esquemas de tratamiento de tuberculosis	23
<b>4:</b> Medicamentos antituberculosos	23
<b>5:</b> Clasificación de la enfermedad renal crónica	27
<b>6:</b> Ubicación del Hospital San José del Callao	32
<b>7:</b> Jurisdicción de Chorrillos y de chorrillos I	33
<b>8:</b> Mural de aprendizaje para la vacunación	42
<b>9:</b> Grupos de riesgo para recibir la TPI	43
<b>10:</b> Manejo del proceso de feminización	45
<b>11:</b> Establecimientos de vacunación contra covid 19	46
<b>12:</b> Procedimientos de monitoreo para TBC sensible	48
<b>13:</b> Otros esquemas contra la tuberculosis	48



## RESUMEN

Este trabajo de suficiencia profesional expone las experiencias propias que ocurrieron en el proceso del internado médico en el Perú en un contexto previo y durante la emergencia sanitaria por la pandemia por COVID – 19. En este informe también se puede analizar la didáctica de aprendizaje que se llevaron a cabo en dos diferentes establecimientos de salud de diferentes distritos y de diferente nivel de resolución, que en este caso fue el Hospital San José del Callao que es de nivel II-2 y el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján que es de nivel I-3 basado en la atención primaria. El objetivo principal de este informe es exponer el aprendizaje adquirido en el internado médico y que se verá más detalladamente en uno de los capítulos de este informe donde se presenta 2 casos clínicos por cada rotación (que son medicina, cirugía, pediatría y gineco - obstetricia), dando un total de 8 casos y de los cuales 4 ocurrieron en el ámbito hospitalario y los otros 4 en el primer nivel de atención. También se puede analizar en otro capítulo sobre la jurisdicción que compete a estos establecimientos de salud y la población que les corresponde, cuya cobertura es el distrito del Callao en el caso del hospital y 13 sectores del distrito de Chorrillos en el caso del centro de salud. Finalmente se sacará conclusiones relevantes y comparaciones de lo que fue el internado de la manera común que se llevaba a cabo en los hospitales en un contexto previo a la pandemia y la posterior reincorporación del internado en medio de una crisis sanitaria en el primer nivel de atención, que significó una experiencia nueva nunca realizada en el Perú.

## **ABSTRACT**

This work of professional sufficiency exposes the own experiences that occurred in the process of the medical internship in Peru in a previous context and during the health emergency due to the COVID-19 pandemic. This report can also analyze the learning didactics that carried out in two different health facilities in different districts and with different levels of resolution, which in this case was the San José del Callao Hospital, which is level II-2 and the Gustavo Lanatta Luján Health Center, which is level I -3 based on primary care. The main objective of this report is to expose the learning acquired in the medical internship and that will be seen in more detail in one of the chapters of this report where 2 clinical cases are presented for each rotation (which are medicine, surgery, pediatrics and gynecology - obstetrics ), giving a total of 8 cases, of which 4 occurred in the hospital setting and the other 4 in the first level of care. It can also be analyzed in another chapter on the jurisdiction that corresponds to these health establishments and the population that corresponds to them, whose coverage is the Callao district in the case of the hospital and 13 sectors of the Chorrillos district in the case of the health center. Finally, relevant conclusions and comparisons will be drawn of what was the internship in the common way that was carried out in hospitals in a context prior to the pandemic and the subsequent reincorporation of the internship in the midst of a health crisis in the first level of care, which meant a new experience never carried out in Peru.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se centra en casos clínicos que fueron tratados en su debido momento en dos diferentes niveles de atención y dos diferentes contextos dados por la crisis sanitaria mundial que es la pandemia por COVID - 19. Se podrá analizar casos que ocurrieron en diferentes distritos como es el hospital San José del Callao y el centro de salud Gustavo Lanatta Lujan de Chorrillos, de los cuales se aprendieron experiencias diferentes y dependiendo su nivel de atención médica.

Se debe tomar en cuenta que al inicio de enero del 2020 se cursó el internado en hospitales con la inducción de residentes y de OADI (Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación) con el objetivo de estar a cargo del plan de trabajo de diferentes pacientes dependiendo de cada rotación que incluía medicina, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía; pero fue interrumpida en quincena de marzo 2020 por la suspensión de actividades lectivas de modo presencial por la emergencia sanitaria por COVID-19 dictadas por el Ministerio de Educación con la Resolución Viceministerial N° 081 – 2020 - MINEDU. Posteriormente a inicios de noviembre en el marco del Decreto de Urgencia N° 090 – 2020 se establece la reincorporación de los internos al servicio de salud para que coadyuven al “cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID – 19” asignando a muchos de los internos en centros de salud del primer nivel de atención de MINSA (1).

Dado que la capacidad resolutive de estos establecimientos de salud es diferente, este informe se enfoca en describir casos clínicos de la siguiente manera: son 2 casos por cada rotación de internado (gineco-obstetricia, pediatría, medicina y cirugía) dando un total de 8 casos clínicos, de los cuales 2 fueron casos de gineco – obstetricia que ocurrieron en el hospital, otras 2 son casos de cirugía que si bien comparten antecedente ginecológico u obstétrico se hizo un manejo conjunto con cirugía en el hospital; por otro lado hay 4 casos clínicos que ocurrieron en el centro de salud y que implican las rotaciones de medicina y pediatría. Dichos casos clínicos fueron escogidos porque presentaban comorbilidades o situaciones nuevas que sirvieron como experiencia profesional que impactaron con la consecuente búsqueda por entender las patologías de los pacientes y así poder ayudarlos.

Existen antecedentes de artículos que describen la continuación de la educación médica en diferentes países en esta coyuntura de pandemia, de igual forma describen lo ocurrido en nuestro país donde se impulsó a las facultades de medicina a plantear estrategias para continuar el aprendizaje con cursos virtuales y la reincorporación del interno de medicina en el primernivel de atención en salud <sup>(2)</sup>. Es por ello que, en este marco, la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres dispuso como requisito la obtención del bachillerato automático bajo la modalidad de tesis o un trabajo de suficiencia profesional, y este último es el motivo de este informe que muestra lo aprendido en cada caso clínico y las circunstancias que implicaron.

Es importante aclarar que hay ciertas limitaciones en la precisión de los datos que cursaron en cada caso clínico debido a que no hay una metodología de investigación ni el acceso a toda la información por falta de consentimiento informado por cada paciente, de igual forma es importante aclarar que no hay una aprobación por parte de las instituciones para presentar fotos o toda la información precisa de cada caso clínico para presentar en este trabajo. Por ello es importante

especificar que el objetivo de este informe es solo describir y afianzar conocimiento con medicina basada en evidencia, de igual manera se busca poder comprender el contexto en que ocurrieron.

La motivación del presente informe es afianzar el rol del personal médico que ha luchado en la pandemia por el COVID-19 y que desafortunadamente en Perú ha resultado ser el segundo país con más fallecimientos de médicos en América Latina con un total de 401 médicos hasta el mes de marzo 2021 y dicha cifra va en aumento por su lucha y entrega <sup>(3)</sup>. Es por eso que en este informe se tratará también de la importancia del personal de salud no médico y del personal médico que ofrecieron sus conocimientos a los internos de medicina en diferentes ámbitos de trabajo.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

En el contexto de la pandemia salió a flote la importancia de la lucha del médico “que es víctima de un sistema de salud pobre, fragmentado, insalubre, abandonado por años por la clase política del Perú”, según el Decano Nacional del Colegio Médico del Perú (3). Si bien dicha lucha es constante, actualmente no se da abasto en los establecimientos de salud, es por ello que es de importancia más personal médico calificado para cubrir estas brechas en salud. Es de allí el gran valor que tiene el internado en ciencias de la salud para todo médico por ser un periodo obligatorio de prácticas preprofesionales en el que los estudiantes del último año de pregrado adquieren mayor conocimiento y se desarrollan en los establecimientos de salud bajo la tutoría de la universidad (1).

Si bien lo que se espera adquirir en esta etapa de internado médico es mayor participación para identificar, aplicar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas médicos asumiendo responsabilidades sobre los pacientes que se tienen a cargo, participando activamente en las visitas médicas, realizando procedimientos médicos y consolidando los conocimientos adquiridos (4); es de importancia aclarar que en muchos casos ya existían dificultades y circunstancias que no eran favorables para este aprendizaje ya que desde antes de la pandemia los internos de medicina teníamos como misión el plan de trabajo de un médico asistente en relación a un paciente en la hospitalización y bajo la supervisión de un médico residente y otro personal de salud (como obstetras, enfermeras, técnico de enfermería); y bajo esta modalidad no

se podía cubrir todas las patologías planteadas por los sílabos del internado, ya que solo adquirimos conocimientos prácticos de acuerdo a la patología del paciente que llegaba al azahar, aunque en muchos casos era de importancia el complemento con exposiciones de las patologías más importantes según cada rotación, dependía mucho del azar de adecuadas experiencias para lograr los objetivos esperados.

Posteriormente después de la pandemia al incorporarnos a centros de primer nivel de atención el plan de trabajo de cada paciente paso a ser ambulatorio y el asesoramiento del personal de salud y de un médico a cargo estaba asociado a una responsabilidad mayor para hacer la atención directa al paciente, dándonos una mayor participación de decisión del plan de trabajo y preparándonos para un futuro contexto que cursan muchos médicos recién graduados que es el SERUM (servicio rural y urbano marginal en salud). Aunque en esta nueva realidad no se podía asegurar las rotaciones propiamente hospitalarias se puede especificar los logros alcanzados a través de casos 2 casos clínicos divididos según las siguientes rotaciones:

## **1. Rotación de gineco – obstetricia**

En el hospital San José del Callao la rotación se desarrollaba por las áreas de hospitalización (que se dividía en partos eutócicos, partos distócicos, ginecológicos) y también el servicio de emergencia. En esta última área se llevó a cabo los siguientes casos clínicos:

❖ **Caso clínico 1:** Paciente multigesta de 11 semanas 3/7 por ecografía de primer trimestre que acude por emergencia refiriendo dolor abdominal, fiebre y vómitos con un tiempo de enfermedad de 8 días de inicio insidioso y curso progresivo. Paciente refirió que desde hace 8 días atrás cursa con poliuria, disuria que se acompaña de dolor lumbar, hace 5 días atrás refiere sentir malestar general y un día anterior al ingreso se agregan náuseas, vómitos. Como

antecedentes de importancia es hipotiroidea diagnosticada en su segundo control prenatal (tenía 2 controles prenatales), G4P1121, hospitalizaciones previas por fractura de costilla recientemente, legrado uterino por aborto e hiperémesis gravídica. En el examen físico: IMC de 39.64 y peso de 100 kg, en el cuello evidenciaba acantosis nigricans y tiroides de tamaño normal (1N), con una altura uterina de 15 cm, latidos cardiacosfetales de 150 latidos por minuto, situación – presentación – posición (SPP) indiferente, puntos reno - ureterales positivos y punción lumbar positiva. Por lo cual fue hospitalizada previa firma de consentimiento informado, la nota de ingreso hecha por el residente, la hoja de emergencia hecha por el interno de medicina con el diagnostico de pielonefritis aguda y los resultados de exámenes auxiliares de examede orina y hemograma. Entonces de este caso clínico podemos plantear los diagnósticos:

## Pielonefritis aguda

El diagnóstico consiste en la presencia de náuseas y/o vómitos, fiebre (> 38 °C) y / o dolor a la palpación del ángulo costovertebral, puede estar cono sin los síntomas típicos de la cistitis, además de confirmarse por el hallazgo de bacteriuria en el contexto de estos síntomas, en muchos casos se encuentra piuria (5). Además, su manejo incluye el ingreso hospitalario para recibir antibióticos parenterales que se puede apreciar el siguiente cuadro:

## Ilustración 1: Tratamiento empírico de pielonefritis en la gestación

© 2021 UpToDate, Inc. y/o sus afiliados. Reservados todos los derechos.

### Regímenes parenterales para el tratamiento empírico de la pielonefritis en el embarazo

Antibiótico	Dosis, intervalo
<b>Pielonefritis leve a moderada</b>	
Ceftriaxona	1 g cada 24 horas
Cefepima	1 g cada 12 horas
Aztreonam*	1 g cada 8 horas
Ampicilina MÁS Gentamicina †	1-2 g cada 6 horas 1,5 mg / kg cada 8 horas
<b>Pielonefritis grave con deterioro del sistema inmunológico y / o drenaje urinario incompleto</b>	
Piperacilina-tazobactam	3.375 g cada 6 horas
Meropenem	1 g cada 8 horas
Ertapenem	1 g cada 24 horas
Doripenem	500 mg cada 8 horas

Las dosis son para pacientes con función renal normal.

Si se sabe o se sospecha *S. aureus* resistente a la metilicina (MRSA), consulte los regímenes de tratamiento descritos por separado en los temas que tratan el manejo de MRSA.

\* Alternativa en el contexto de alergia a los betalactámicos.

† Los aminoglicósidos se han asociado con ototoxicidad fetal; este régimen debe usarse solo si la intolerancia excluye el uso de agentes menos tóxicos.

Gráfico 56181 Versión 11.0



## Obesidad en la gestación

Ya que no hay una definición estándar de obesidad específica del embarazo, muchas veces las mujeres embarazadas se consideran obesas o no obesas en función de al IMC antes del embarazo. En este caso la obesidad se define como índice de masa corporal (IMC)  $\geq 30$  kg / m<sup>2</sup> y se estratifica por: clase 1 (IMC de 30,0 a 34,9 kg / m<sup>2</sup>), clase 2 (IMC de 35,0 a 39,9 kg/m<sup>2</sup>) y clase 3 (IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>) (6).

Si bien en este caso clínico no se puede saber su peso antes del embarazo, podemos deducir que cursa con un diagnóstico de obesidad que se relaciona por su peso de 100 Kg y un IMC de 39.64 con la ganancia de peso asociada de 5 a 9kg. Para complementar este escenario también se puede mencionar una experiencia con una paciente cuyo peso era 135 kg con un IMC de 42 kg/m<sup>2</sup>, por lo cual podríamos clasificarla como obesidad grado 3, que en dicha atención por emergencia no se pudo realizar su correspondiente cesárea porque los instrumentos no eran aptos para la anestesia en este tipo de peso y porque sobrepasaba el límite de peso que soportaba las camas de sala de operaciones que era de 120 kg, este hecho hizo que se refiriera a la paciente al Instituto Nacional Materno Perinatal, antigua Maternidad de Lima que es de nivel III-2, por ser los únicos que cuentan con condiciones para tratar este tipo de paciente.

## Antecedente de hipotiroidismo en la gestación

Para el diagnóstico se evalúa si está en el primer trimestre del embarazo donde la TSH debe estar por encima de la población y el límite superior de normalidad específico del trimestre o por encima de 4.0 mU / L cuando los rangos de referencia locales no están disponibles, también se debe medir una T4 libre (o T4 total, dependiendo del trimestre y si no se

proporciona un rango de referencia específico para T4 libre o si las mediciones de T4 libre parecen no concordar con las mediciones de TSH). Por otro lado, la American Thyroid Association (ATA) recomienda medir los anticuerpos de peroxidasa tiroidea (TPO) en mujeres embarazadas con TSH > 2,5 mU/L para informar las consideraciones de tratamiento. Su manejo es con levotiroxina sintética (T4) igual que en pacientes no embarazadas, sin embargo, su dosis varía en relación al TSH; por ejemplo, si el TSH > 4 mU/L (o por encima de la población y el límite superior de normalidad específico del trimestre), con T4 libre baja se da aproximadamente 1,6 mg/ kg de peso corporal por día; pero si el TSH > 4 mU/L, con T4 libre normal, la dosis es intermedia con aproximadamente 1 mg / kg por día (7).

#### Antecedente de hiperémesis gravídica

Se denomina cuando la gestante cursa con vómitos intensos que provocan hipovolemia y pérdida de peso, muchas veces los síntomas generalmente se resuelven a la mitad del embarazo, independientemente de la gravedad y la necesidad de terapia (8).

Para complementar este antecedente se puede describir la experiencia con otros casos clínicos que cursaron en la rotación de obstetricia, se aprendió de la importancia del manejo multidisciplinario que implicaba la intervención de diferentes servicios como medicina, psicología, nutrición, nefrología e incluso la unidad de cuidados intensivos (UCI) cuando es severo el cuadro. Además del tratamiento temprano con el uso de doxilamina - piridoxina en gestantes con síntomas leves (solo vómitos sin hipovolemia) y moderados para prevenir la progresión a una enfermedad grave así como las complicaciones graves como es la hipovolemia, las anomalías electrolíticas (acidosis metabólica hipoclorhídrica con alcalosis respiratoria), las deficiencias de vitaminas que causa Encefalopatía de Wernicke, la pérdida de peso extrema e

incluso podría culminar con una insuficiencia renal aguda (8).

Aunque se tiene información precisa del presente caso clínico al momento del ingreso de la emergencia, no se puede obtener más información en lo que fue su hospitalización porque no fue abordado por el mismo interno. Sin embargo, se escogió el presente caso clínico porque involucra muchas situaciones que fueron abordadas de forma muy parecidas en otros pacientes y que involucraron mucha experiencia. Por ello para complementar lo aprendido con medicina basada en evidencia del caso clínico presentado, se describirá otros casos clínicos parecidos que cursaron en la hospitalización para comparar y complementar el manejo de esta paciente.

Por ejemplo, un caso parecido que podría ayudar a definir un manejo parecido al caso clínico 1 fue el de una paciente tercigesta de 21 semanas 2/7 por fecha de última regla, el cual también cursaba con el diagnóstico de pielonefritis aguda, en el examen físico una altura uterina de 20 cm, en los exámenes se encontró leucocitos > 100 por campo, gérmenes 3 cruces, piocitos 1 cruz y nitritos presentes por lo que afirmaba el diagnóstico. Y en el hemograma una hemoglobina en 10.8 g/dL. En este caso fue tratada con ceftriaxona 1g endovenoso cada 12 horas, amikacina de 500 mg endovenoso cada 12 horas y metamizol 1,5 g endovenoso.

En este caso si comparamos el manejo del hospital con lo que indica la literatura podemos ver que hay una coincidencia con el uso de ceftriaxona. Sin embargo la evidencia médica indica el uso de las penicilinas (con o sin inhibidores de betalactamasa y descartando imipenem por efectos fetales adversos), cefalosporinas y aztreonam por ser seguras durante el embarazo, no ocurre lo mismo para las fluoroquinolonas y los aminoglucósidos (como amikacina), que a menudo se utilizan para la pielonefritis en personas no embarazadas pero que deben evitarse durante el embarazo si es posible, de igual

forma se debe saber que ceftriaxona por ser un fármaco con una unión a proteínas muy alta puede ser inapropiado usarlo un día antes del parto debido a la posibilidad de desplazamiento de bilirrubina y el riesgo de kernicterus (5).

Otro dato que es importante aclarar es el uso de carbapenem como el meropenem para las mujeres con antecedentes de infecciones por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) u otros factores de riesgo (5). En este caso este concepto aplicado en el nivel de atención II-2 que es el Hospital San José hubiera requerido una interconsulta de Infectología, ya que hay una lista de antimicrobianos de uso restringido del hospital que incluía el: Aciclovir, anfotericina B, ceftazidima, ciprofloxacino, fluconazol, imipenem/cilastatina, meropenem, vancomicina, cefotaxima, metronidazol. En esta rotación también se tuvo experiencias de casos propiamente ginecológicos, que provenían previamente del servicio de emergencias y/o de consultorios externos. Entre todas las pacientes que se tuvo a cargo por motivos propiamente ginecológico, está el caso clínico que se muestra a continuación y que representó mayor aprendizaje.

- ❖ **Caso clínico 2:** Paciente de 30 años que ingresa a emergencia con dolor abdominal intenso unilateral en el cuadrante inferior que se inició tras una caída al hacer ejercicios y que posteriormente se agregó un sangrado vaginal moderado con antecedente de amenorrea previo. Entre los exámenes auxiliares encontrados estaba la gonadotropina coriónica humana positiva pero que no llegaba a valores anormales, y una ecografía pélvica que mostraba una masa anexial y líquido libre en cavidad peritoneal, pero ya que dichos exámenes provenían de otro establecimiento de salud, se repitieron los exámenes mientras se hacía el papeleo correspondiente para realizar una laparotomía exploratoria. Si bien el diagnóstico pre

operatorio fue embarazo ectópico complicado y a descartar gestación inicial, durante el procedimiento quirúrgico se encontraron hallazgos muy diferentes a los esperados (probablemente por difícil visualización de la masa anexial por la ecografía realizada en el hospital), ya que se evidenció en sala de operaciones que en el anexo izquierdo había un quiste paraovárico de 3 cm x 3 cm, en el anexo derecho también se evidenció un cuerpo lúteo de 1.5 cm x 1.5 cm y dos quistes paraováricos de 2 cm x 2 cm y un útero de 8 cm.

Es en este caso clínico se pudo tener un mayor aprendizaje de los diagnósticos diferenciales del hallazgo de una masa anexial, si bien la mayoría de estas masas surgen del ovario o de las trompas de Falopio, también está incluido el mesovario o el mesosalpinx (p. Ej., Quistes paratubáricos) (9). De esta forma hay que diferenciar las masas no ginecológicas (que incluye al absceso abdomino - pélvico, las masas del tracto urinario o incluso la enfermedad metastásica), y las masas del tracto ginecológico que se pueden ver en fetos, niños, adolescentes, pacientes post – menopaúsicas (donde se ven las neoplasias, los quistes ováricos simples, entre otros) y en pacientes pre – menopáusicas ya sea por estimulación de hormonas reproductivas, relacionado con el embarazo (como es el embarazo ectópico), causa ovulatoria, infecciosa o inflamatoria, las neoplasias benignas (como los quistes paraováricos y paratubáricos) y las neoplasias (9). Y como se verá a continuación es importante diferenciar adecuadamente los diagnósticos abordados en el caso clínico.

### Embarazo ectópico

Si bien la presentación clínica más común es el sangrado vaginal y / o el dolor abdominal en el primer trimestre, este también puede cursar asintomático. Además, debe de sospecharse en una paciente cuando hay visualización de una masa anexial extra ovárica no homogénea

compleja, que además contiene un saco gestacional vacío o hemorragia intraperitoneal en una ecografía o ultrasonografía transvaginal (TVUS). También se toma en cuenta la gonadotropina coriónica humana (hCG) sérica que aumenta de manera anormal, pero  $< 35\%$  durante dos días y el dolor abdominal y / o sangrado vaginal (10).

Sin embargo este diagnóstico se puede confirmar con la visualización del saco gestacional extrauterino con saco vitelino o embrión (con o sin latido) en la ecografía, además del dosaje de hCG sérica positiva (con los niveles en aumento o meseta) o como se realizó en este caso clínico donde se confirma el diagnóstico tras la visualización en la cirugía que generalmente se realiza en pacientes con inestabilidad hemodinámica, que posteriormente se hace la confirmación histológica después de la resección del tejido del supuesto embarazo ectópico, cabe aclarar que el embarazo ectópico roto se maneja quirúrgicamente (10).

#### Quistes paraováricos

Estos son quistes simples uniloculares, anecoicos que se originan a partir de los restos de conductos paramesonéfricos (de Müller) o mesonéfricos (de Wolff) que están presentes durante el desarrollo embriológico urogenital, pero en la histología se evidencia que también puede ser mesotelial (9). En los pacientes asintomáticos donde el quiste es de apariencia simple en la ecografía y/o  $< 10$  cm de diámetro no es necesaria ninguna intervención o vigilancia continua, pero si este es sintomático (siendo común el dolor pélvico unilateral sordo) o si el quiste es grande, debe extirparse quirúrgicamente (por laparoscopia) ya que puede provocar torsión de los anexos (9).

## 2. Rotación de cirugía

Esta rotación se hubiera podido realizar adecuadamente el hospital pero por el contexto de pandemia se debió continuar en el centro de salud, pero dado el nivel de resolución que tiene el primer nivel de atención, no se puede afirmar que hubo una experiencia propiamente quirúrgica; es por ello que en este contexto se prefiere hacer una asociación de casos clínicos que se llevaron a cabo en la rotación de gineco – obstetricia pero que representaron un manejo conjunto con el servicio de cirugía y que se verán en los siguientes casos clínicos:

- ❖ **Caso clínico 3:** Paciente de 25 años el cual llega al servicio de emergencia general de medicina refiriendo dolor en el cuadrante inferior derecho de moderada intensidad, pero que en los antecedentes registran que no usa algún método anticonceptivo y por la amenorrea según su fecha de última regla la paciente sospecha puede estar embarazada, por lo cual se procede a realizar una prueba de beta HCG el cual sale positivo y es derivada al servicio de emergencias gineco –obstétricas para continuar su evaluación. En la ecografía no se logra identificar el saco gestacional ni el embrión, por lo que hace la búsqueda en diferentes anexos del útero para descartar un embarazo ectópico. Desafortunadamente en el transcurso de esta evaluación la paciente hace un cuadro de inestabilidad hemodinámica, por lo que se prepara para sala de operaciones para realizar una laparotomía exploratoria. En el transcurso de la operación al no identificarse el diagnóstico planteado se logra a identificar que el diagnóstico correcto era un apéndice perforado en un embarazo de primer trimestre que probablemente era menor de 4 semanas explicando así la ausencia de saco gestacional y embrión. Por esto se llama al servicio de cirugía general para proceder a realizar una apendicectomía con irrigación y drenaje de la cavidad peritoneal. Posteriormente por la escasez de camas en el servicio de cirugía se tuvo que derivar para continuar su manejo post quirúrgico de la

paciente en el servicio de ginecología bajo la supervisión del servicio de cirugía donde se lleva a cabo el plan de trabajo por parte de los internos de gineco – obstetricia y de cirugía. En este caso clínico los conocimientos adquiridos fueron sobre:

#### Apendicitis aguda en el embarazo

Que se debe sospechar fuertemente en mujeres embarazadas con hallazgos clásicos como el dolor abdominal que migra al cuadrante inferior derecho, dolor a la palpación en el cuadrante inferior derecho, náuseas / vómitos, fiebre y leucocitosis con desviación a la izquierda. Además del uso de la ecografía para la identificación de una estructura tubular ciega (que es el apéndice inflamado) en el cuadrante inferior derecho con un diámetro máximo superior a 6 mm (11).

Lo que se busca siempre es el diagnóstico rápido para la intervención quirúrgica, ya que, si esta última se retrasa durante más de 24 horas después de la aparición de los síntomas, aumenta el riesgo de perforación. Como ya se mencionó el tratamiento es la apendicectomía, que es curativa, pero si hay perforación apendicular libre como ocurrió en esta paciente, puede causar una diseminación intraperitoneal de pus o material fecal, donde será necesario el drenaje de cavidad peritoneal. Además, son importantes los antibióticos perioperatorios doble que debe proporcionar cobertura para gramnegativos y grampositivos donde se usa una cefalosporina de segunda generación y cobertura para anaerobios como Clindamicina o metronidazol (11).

- ❖ **Caso clínico 4:** Paciente de raza morena de 35 años, con antecedente de cesárea 10 días antes del ingreso, que fue dada de alta 6 días antes; acude a emergencia de gineco – obstétrica por



dolor moderado en el sitio quirúrgico donde se realizó el corte transversal por cesárea. En el examen físico se evalúa: temperatura de 38°C, IMC de 31 Kg/m<sup>2</sup> y se diagnostica obesidad; en el sitio operatorio se encuentran signos de flogosis, calor, rubor que se extiende en gran parte del abdomen y a la presión sale un exudado purulento, por lo que solicita hemograma y cultivos. Posteriormente se hospitaliza para limpieza de herida y la antibioticoterapia con Cefazolina 2g intravenoso, pero al no haber una evolución favorable se hace la interconsulta al servicio de cirugía que dan la indicación de limpieza quirúrgica y manejo antibiótico con vancomicina tras el hallazgo en el cultivo de *Staphylococcus Aureus* resistente a la meticilina (MRSA). Desafortunadamente el SIS no pudo cubrir todos los materiales necesarios por lo cual al paso de los días dicha herida se fue agravando y drenando mayor cantidad de material purulento, por lo que se realiza una ecografía y una nueva interconsulta a cirugía el cual indica el diagnóstico de fascitis necrotizante por lo que indica 3 limpiezas quirúrgicas. Por otro lado, la paciente durante la hospitalización se muestra con actitud depresiva, muchas veces no colaborativa por lo que se conversa con los familiares de la paciente que refieren antecedente de depresión y ansiedad durante su adolescencia y que posterior al alta hubo un rechazo hacia el bebé, que incluso la llevó a dejar de amamantar y el descuido de aseo, por lo que se hace un manejo conjunto con el servicio de nutrición y psiquiatría que diagnostica de depresión mayor y se indica el manejo con sertralina. Finalizadas las limpiezas quirúrgicas se da de alta a la paciente con la indicación que regrese cada 2 días para seguir haciendo la limpieza de la herida de manera ambulatoria, colocarse un antibacteriano tópico de nitrofuril al 0.2% y que siga acudiendo de manera ambulatoria a los consultorios de nutrición y psiquiatría.

Este caso clínico representó un reto porque fue un manejo muy largo en el que se aprendieron conocimientos de diferentes servicios y sobre

todo quirúrgicos bajo la tutoría conjunta del servicio de cirugía general. Entre los conceptos de mayor importancia están la:

#### Infección del sitio quirúrgico (ISQ)

Es una infección relacionada con un procedimiento quirúrgico que ocurre dentro o cerca de la incisión quirúrgica dentro de los 30 días posteriores al procedimiento o 90 días después si se implanta material protésico en el momento de la cirugía (12). Esta a su vez se clasifican en las ISQ incisionales que se dividen además en superficiales (es decir, aquellas que involucran solo la piel o tejido subcutáneo) o profundas (es decir, aquellas que involucran tejidos blandos profundos de una incisión). Y las ISQ de órgano / espacio que puede involucrar cualquier parte de la anatomía (que no sea la incisión) pero que se abrió o manipuló durante el procedimiento quirúrgico (12).

Las medidas más importantes implican la prevención de la infección del sitio quirúrgico (ISQ) con la administración oportuna de antibióticos preoperatorios eficaces y una técnica quirúrgica meticulosa (12). Además, la paciente al padecer de obesidad tenía mayor riesgo de infecciones, a pérdida de sangre significativa dentro del tejido que se extrae por lo que generalmente se requiere colocar drenajes de succión cerrados al final del procedimiento y puede asociarse una curación posoperatoria muy prolongada (13).

#### Infecciones necrotizantes de tejidos blandos

Clínicamente es la destrucción tisular fulminante que puede incluir la afectación de la epidermis, la dermis, el tejido subcutáneo, la fascia y el músculo; se incluyen las formas necrotizantes como fascitis, miositis y celulitis. Y debe de sospecharse en pacientes con infección de tejidos

blandos (donde hay eritema, edema, calor) y signos de enfermedad sistémica (fiebre, inestabilidad hemodinámica) en asociación con crepitación, o una rápida progresión de las manifestaciones clínicas y / o dolor intenso (incluso fuera de proporción a los hallazgos cutáneos) (14).

En el presente caso se menciona que su diagnóstico fue fascitis necrotizante que es una infección de los tejidos blandos profundos que causa la destrucción progresiva de la fascia (debido a su suministro de sangre relativamente escasa) que recubre el músculo y la grasa subcutánea. Inicialmente puede parecer no afectado y es difícil de diagnosticar sin visualización directa de la fascia (14).

#### Depresión mayor unipolar

Que puede ser común en gestantes y puérperas pero que a menudo no se trata. Este trastorno depresivo mayor se encuentra en pacientes que han sufrido al menos un episodio depresivo mayor y no tienen antecedentes de manía o hipomanía; además este período dura al menos dos semanas, con cinco o más de los nueve síntomas siguientes: estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o placer en la mayoría o en todas las actividades, insomnio o hipersomnia, cambios en el apetito o el peso, psicomotricidad retraso o agitación, poca energía, falta de concentración, culpa o pensamientos de inutilidad y pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio. Las pacientes que reciben farmacoterapia (a veces no responden al tratamiento inicial con un ISRS) suelen recibir psicoterapia como adyuvante; en caso de pacientes resistentes al tratamiento se aumenta la dosis, por ejemplo, si se da sertralina 150 mg / día, la dosis debe aumentarse a 200 mg / día (15).

### 3. Rotación de pediatría

Esta rotación transcurrió en el centro de salud Gustavo Lanatta Lujan durante la emergencia sanitaria por COVID – 19, en los servicios de medicina, vacunación y nutrición donde se puede tener acceso a este grupo poblacional. Si bien la experiencia de casos fue escasa, se tuvo oportunidad de evaluar lossiguientes casos clínicos:

- ❖ **Caso clínico 5:** Paciente de 9 meses de edad el cual acude con su madre al servicio de vacunación para que se le haga la evaluación delControl de Crecimiento y Desarrollo (CRED) y las inmunizaciones atrasadas que no se le ha puesto ya que la madre refiere que no acudió con su hijo al centro de salud por miedo a contagiarse por COVID – 19. La madre informa que hace 2 días el niño cursó con diarreas y que fue manejado por el servicio de medicina de otro establecimiento de salud con sales de rehidratación oral y la indicación de dejar de usar el biberón. En su cartilla de vacunación del niño solo figura colocadas lasinmunizaciones de recién nacido (la BCG y la de la HVB), así que solose le coloca las inmunizaciones de pentavalente, polio inactivada y la antineumocócica, se le explica a la madre que ya no se puede colocarla de rotavirus y que se la cita a las 2 semanas para que se le coloque al niño la primera dosis de la influenza. También se le explica que por motivos de la pandemia no se estaba realizando el CRED, aunque porinsistencia de la madre si se hizo una evaluación de los genitales de niño, explicándole a la madre que se trataba de una fimosis fisiológica y que el manejo consistía en la retracción ligera del prepucio durante el baño y mayor limpieza de genitales.

En este caso clínico es necesario aclarar que hasta diciembre del 2020 se aplicaron recomendaciones transitorias ante el incumplimiento del calendario de vacunación, por lo cual se tenía que evaluar que vacunas

colocar y reducir el intervalo entre dosis (16). Por ejemplo, en este caso clínico le faltarían las vacunas que se colocan a los 2 meses (la primera dosis de la pentavalente, la IPV, la antineumocócica y la de rotavirus), 4 meses (segunda dosis de las mismas), a los 6 meses (que es la tercera dosis de la pentavalente, la APO y la primera dosis de influenza) y la segunda dosis de la influenza.

Pero dada las medidas transitorias por el estado de emergencia se citó para completar el calendario de vacunación con un intervalo mínimo de 4 semanas para las dosis de la pentavalente, polio inactivada (IPV o Salk), anti-neumococo; también se le explicó que el tiempo máximo para colocar la vacuna de rotavirus en el contexto de pandemia 2020 es hasta los 8 meses (lo normal es que se coloque como máximo a los 5 meses con 29 días) (16, 17). Entre los diagnósticos mencionados en este caso clínico destaca la:

#### Diarrea aguda

La diarrea es el paso de heces blandas o acuosas al menos tres veces en un período de 24 horas, las causas microbiológicas más comunes de gastroenteritis infecciosa difieren según el grupo de edad menor de 5 años es rotavirus (de allí la importancia de su vacunación).

La diarrea se puede clasificar como diarrea acuosa versus invasiva y la diarrea sanguinolenta, pero en la parte clínica lo que más importa es el manejo de la deshidratación porque es causa de mortalidad en entornos con recursos limitados. El tratamiento consiste en corregir las pérdidas de líquidos y electrolitos con solución de rehidratación oral (SRO), administrar una nutrición adecuada y controlar las comorbilidades asociadas (18).

## Fimosis

Si bien la separación del prepucio del glande ocurre por descamación y comienza al final de la gestación, puede quedar incompleta en la mayoría de los bebés varones al nacer. Entonces se define como fimosis a la incapacidad de retraer el prepucio (prepucio). Si bien la fimosis es fisiológica cuando hay un orificio prepucial flexible y sin cicatrices, que lo diferencia de una fimosis patológica donde el prepucio es verdaderamente irrecuperable como consecuencia de la cicatrización distal del prepucio; su manejo consiste en la observación, y en su limpieza se recomienda la retracción suave gradual y progresiva del prepucio sobre el glande en los cambios de pañal y baños (19).

Es importante que tanto el personal médico y enfermería de atención primaria puedan distinguir entre lo que es la fimosis fisiológica y patológica, de esta manera se puede educar a los padres para que se evite la retracción forzada y puedan evitar derivaciones innecesarias a urólogos pediátricos (19).

En el siguiente caso clínico se puede afianzar conocimientos dermatológicos, del esquema de vacunación y la estrategia de campaña antiparásitos que se desarrollará en este caso clínico pediátrico que se desarrolló en los servicios de medicina y nutrición.

❖ **Caso clínico 6:** Paciente de 4 años el cual acude al servicio de medicina por presentar una lesión ubicada en el párpado derecho de un tamaño de 0.5 cm x 1 cm, además de eritema alrededor, edema localizado y dolor. Su madre refiere haber usado compresas tibias y otras recetas caseras sin mejoría. En la evaluación de la lesión se precisa el diagnóstico de ser un orzuelo, por lo cual se le indica la pomada oftálmica de oxitetraciclina y polimixina B (terramicina al 1%). Posteriormente se deriva al servicio de nutrición para su 3 control

de seguimiento de manejo de la anemia, en este se evalúa su peso actual que fue de 16 kg y se le indica 1mL/Kg de sulfato ferroso en jarabe. Adicional a esto se cumplió con la compañía de desparasitación que de manera profiláctica se le dio un frasco de mebendazol para dar 100mg/5mL.

En este caso el paciente es eutrófico, ya que en la curva de peso para la edad está en la DE -1 y +1 (en la puntuación Z entre las 2 a 5 años) (20). Lo importante de este caso es conocer el diagnóstico de anemia, ya que es un problema frecuente en el Perú; y hacer el diagnóstico diferencial de las lesiones de párpado, que es motivo de consulta frecuente y que se debe de hacer la precisión del diagnóstico para dar mejor manejo. En el siguiente cuadro se podrá diferenciar las lesiones benignas en párpados más comunes (21).

## Ilustración 2: Características clínicas de lesiones de párpado

© 2021 UpToDate, Inc. y / o sus afiliados. Reservados todos los derechos.

### Características clínicas de las lesiones palpebrales.

Tipo de lesión	Características clínicas
<b>Etiologías comunes</b>	
Orzuelo	Dolor, eritema y edema localizados en la parte posterior del párpado
Chalación	Nódulo gomoso no sensible en el párpado interno
Xantelasma	Placas blandas y amarillas por lo general en la cara medial del párpado.
Molusco contagioso	Uno o varios nódulos pequeños de color carne con umbilicación central
Queratosis seborreica	Lesión bien delimitada, redonda u ovalada con una superficie verrugosa y opaca y un aspecto "pegado"
Queratosis actínica	Lesión seca, escamosa, plana con base eritematosa; lesión premaligna
Papiloma escamoso	Proyección lobulada o similar a una fronda de piel con núcleo vascular central
Nevo benigno	Lesión macular o papular hiperpigmentada sin rasgos malignos característicos (p. Ej., Son típicamente pequeñas y simétricas con una superficie homogénea, pigmentación uniforme, contorno regular y borde bien delimitado)
Milia	Múltiples lesiones puntiformes, firmes y blancas; generalmente en los párpados superior e inferior

Gráfico 117475 Versión 1.0

### Orzuelo

Es un absceso del párpado que se presenta como una inflamación localizada dolorosa y eritematosa, esta puede ser externa o interna. La que es externa surge de la inflamación de las glándulas en el folículo de la pestaña o en el margen del párpado (glándula de Zeis y glándula de Moll). Y el tipo interna es causado por la inflamación de la glándula de Meibomio, lo que resulta en hinchazón justo debajo del lado conjuntival del párpado.

En muchos de los casos el patógeno implicado es el *Staphylococcus aureus*, pero también puede ser estéril. En muchos casos estas lesiones se resuelven espontáneamente y no requieren una intervención específica; sin embargo, se puede ayudar a drenar con compresas tibias y húmedas que se colocan en las áreas afectadas durante 5 a 10 minutos (tres a cinco veces al día), también sirve la limpieza suave del párpado afectado después de la compresa tibia. Si presenta un orzuelo frecuente se puede evaluar si está asociado a blefaritis o a rosácea en el cual pueden responder a una combinación de pomada de antibiótico / corticosteroide tópico, pero que debe ser tratado por un oftalmólogo debido a las posibles complicaciones oculares asociadas con el uso de glucocorticoides tópicos a largo plazo (21).

#### Anemia en el niño

Cuyo diagnóstico en la práctica es cuando hay valor más bajo de lo normal tanto del Hematocrito (que el límite inferior normal es 33% en niños de 4 a 6 años), así como el valor bajo de la hemoglobina (cuyo límite inferior normal en niños de 4 a 6 años es de aproximadamente 11 g/dL) (22). Pero estos valores varían, por lo que es importante utilizar normas ajustadas por edad y sexo su manejo, en muchos de los pacientes no hay sintomatología de este síndrome, es por ello que existe el manejo terapéutico y el manejo preventivo ya sea con sulfato ferroso o polimaltosado.



#### 4. Rotación de medicina

- ❖ **Caso clínico 7:** Paciente varón de 25 años con antecedente de Covid 19 (dado de alta 2 semanas antes) el cual refiere persistencia de tos y dificultad respiratoria posterior a su alta, por lo cual se deriva al servicio de PCT (Programa de Prevención y control de Tuberculosis) para descarte por contacto con su padre quien recibe tratamiento específico, antecedente de tratamiento anterior por tuberculosis hace 5 años atrás, antecedentes personales de consumo de drogas (marihuana) y que realiza visitas a un hermano que también cursa con tuberculosis no tratado. Dado a que la primera muestra salió con BK 3 cruces, se solicitan los exámenes auxiliares y el manejo conjunto con (medicina interna, nutrición, psicología y CERITS). Paciente refiere pérdida de peso progresiva, entre los hallazgos encontrados en el examen físico hay disminución del murmullo vesicular en ambos hemitórax, en la radiografía de tórax se encuentran cavernas e infiltrado alveolar y en su examen de RPR (que es una prueba rápida de sífilis) sale con suero reactivo de 8 DILS y se le indica 1 dosis por 3 semanas de penicilina Gbenzatínica (2,4 millones de unidades por vía intramuscular) ya que paciente ya había recibido tratamiento previo pero no completó las dosis. Con respecto a su manejo de la tuberculosis se le indicó el esquema 1 que es 2HRZE / 4H3R3, que dependiendo su peso de inicio se le dejó una dosis diaria vía oral de isoniacida de 300 mg, rifampicina de 600 mg, pirazinamida de 1500 mg y etambutol de 1200mg.

En este caso clínico se aprendió sobre el manejo de una enfermedad de transmisión sexual que es manejado por el servicio de CERITS (Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual), mientras se evaluaba de manera conjunta a la estrategia en el programa de PCT (prevención y control de tuberculosis), en el trascurso de análisis de caso se debe destacar la siguiente información con respecto a estas patologías:

## Sífilis

La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum* y el manejo se basa dependiendo la clasificación en etapas de la enfermedad: sífilis temprana (incluye sífilis primaria, secundaria y latente temprana); tardía (incluye sífilis latente tardía, cardiovascular y gomosa) y neurosífilis (incluye enfermedad del sistema nervioso central y sífilis ocular en cualquier momento). Para su diagnóstico debe obtenerse un título no treponémico justo antes de iniciar el tratamiento (idealmente, el primer día de tratamiento), ya que los títulos pueden aumentar significativamente en unos pocos días entre el diagnóstico de sífilis y el inicio del tratamiento de elección con penicilina G benzatina (2,4 millones de unidades por vía intramuscular), sin embargo para los pacientes alérgicos a la penicilina, los agentes alternativos incluyen tetraciclinas, ceftriaxona y azitromicina, pero el uso de estos tienen un riesgo de fracaso (23).

En el presente caso clínico, el paciente se le dio un manejo como sífilis tardía, propiamente una sífilis latente tardía que se define cuando ocurre más de un año después de la infección inicial o si se desconoce el momento de la infección entonces se presume sífilis latente tardía; en el cual debe hacerse pruebas serológicas de seguimiento a los 6, 12 y 24 meses, ya que algunos pacientes pueden no tener una respuesta adecuada hasta dos años después del tratamiento, también cabe destacar que este manejo se indica en sífilis terciaria (enfermedad gomosa o cardiovascular), además si un paciente omite una dosis y si han transcurrido más de 14 días desde la dosis anterior, se debe reiniciar el curso como fue el caso de este paciente que al no completar sus 3 dosis, volvió a iniciar el manejo (23).

## Tuberculosis

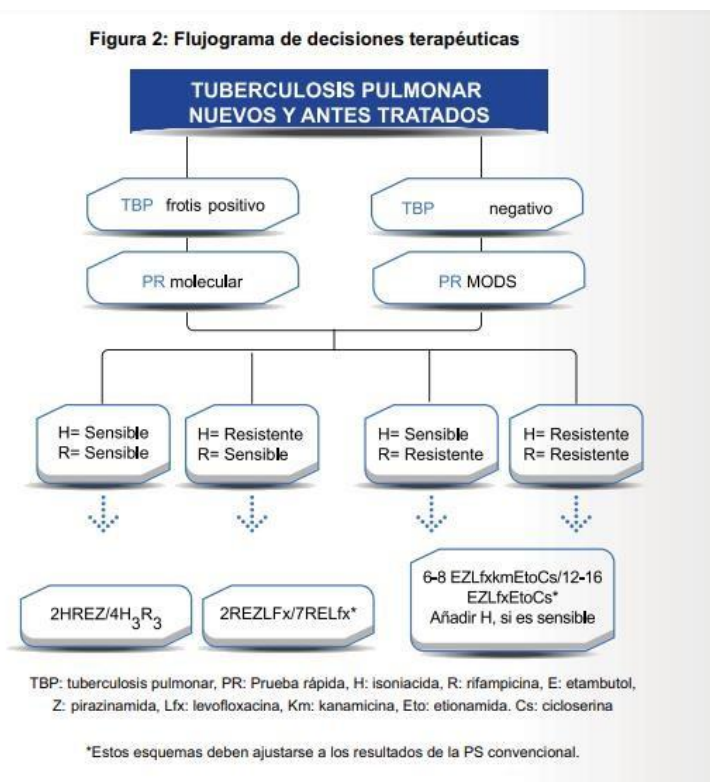
En el Perú es manejado por el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Salud de las Personas y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis, en un manejo multidisciplinario (24). La infección por *Mycobacterium tuberculosis* está contenida inicialmente por las defensas del huésped, la infección permanece latente o se elimina y el individuo es asintomático y no infeccioso (25), pero la infección latente tiene el potencial de convertirse en una enfermedad activa sintomática en cualquier momento como se ve en este caso clínico, hay estudios que sugieren que la definición de contactos cercanos de alta prioridad son las personas que comparten un espacio cerrado por  $\geq 4$  horas por semana y esto puede utilizarse como medida de riesgo (25).

Lo definido como caso de tuberculosis pulmonar es aquella persona diagnosticada por tuberculosis con compromiso pulmonar con o sin confirmación bacteriológica (baciloscopia, cultivo o prueba molecular) (24). Debe haber manifestaciones clínicas relevantes (tos > 2 semanas de duración, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso) y / o radiografía de tórax anormal, además deben presentar tres muestras de esputo (obtenidas mediante tos o inducción con al menos ocho horas de diferencia e incluyendo al menos una muestra matutina) para frotis de bacilos acidorresistentes, cultivo de micobacterias y pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (25).

Los esquemas de manejo antituberculoso se establecen de acuerdo al perfil de sensibilidad a isoniacida y rifampicina por prueba de sensibilidad rápida, además debe ser ratificado o modificado dentro de los 30 días calendario de haberse iniciado el manejo. También es importante saber que los medicamentos antituberculosos se clasifican en grupos según su eficacia de efectividad que los dividen en 5 grupos como se verá en el siguiente cuadro donde se clasifica los agentes

dependiendo si son usados en primer o segunda línea, así como los agentes con evidencia limitada; además de los esquemas de manejo (24).

### Ilustración 3: Esquemas de tratamiento de tuberculosis



NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS  
RM No. 715-2013/MINSA  
NTS No. 104-MINSA/DGSP-V.01

### Ilustración 4: Medicamentos antituberculosos

**Tabla 7: Clasificación de medicamentos antituberculosis**

Grupo	Medicamentos
<b>Grupo 1:</b> Agentes de primera línea	Isoniacida (H), rifampicina (R), etambutol (E), pirazinamida (Z), rifabutina (Rfb), estreptomycin (S).
<b>Grupo 2:</b> Agentes inyectables de segunda línea	Kanamicina (Km), amikacina (Am), capreomicina (Cm).
<b>Grupo 3:</b> Fluoroquinolonas	levofloxacina (Lfx), moxifloxacina (Mfx)
<b>Grupo 4:</b> Agentes de segunda línea bacteriostáticos orales	etionamida (Eto), cicloserina (Cs), ácido para-amino salicílico (PAS)
<b>Grupo 5:</b> Agentes con evidencia limitada	clofazimina (Cfz), linezolid (Lzd), amoxicilina/clavulánico (Amx/Clv), meropenem (Mpm), imipenem/cilastatina (Ipm/Cln), dosis altas de isoniacida, claritromicina (Clr), tioridazina (Tio)

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS  
RM No. 715-2013/MINSA  
NTS No. 104-MINSA/DGSP-V.01

El siguiente caso clínico también se manejó en el centro de salud de manera continua en los servicios de descarte de COVID, consultorio externo de medicina, PCT, nutrición, psicología y CERITS. También se necesitó la evaluación del servicio de endocrinología del Centro de Salud San Genaro de Chorrillos, ya que no se cuenta con este servicio en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján.

❖ **Caso clínico 8:** Paciente varón de 74 años que tras una prueba antigénica negativa de COVID 19, acude al servicio de medicina con síntomas de tos, dificultad respiratoria y flema, por lo que se indica dejar muestras de esputo (con resultado 1 cruz) y radiografía de tórax que confirma el diagnóstico de tuberculosis y es derivado al servicio de PCT para su manejo. Entre sus antecedentes sufrió un traumatismo tras un accidente de tránsito colocándole una prótesis de rodilla, en la pierna derecha el cual le impide una adecuada movilización al caminar y usa bastón, presenta diabetes mellitus mal controlada (desde hace 7 años) manejado con metformina y diagnóstico de cirrosis hepática con hipertensión portal, ascitis y colecistitis litiásica aguda el cual no se ha hecho ningún manejo. También cursa con insuficiencia renal crónica estadio 4 pero no cuenta con una fistula para su futuro manejo, además se asocia con anemia crónica tratada solo con sulfato ferroso, también cursa con dislipidemia el cual lo maneja con atorvastatina y arritmia cardiaca no especificada el cual no ha tenido seguimiento o manejo. Al examen físico se encuentra la amplexación disminuida del tórax, murmullo vesicular abolido en base de pulmón derecho y disminuido en el resto del pulmón, se ausculta crépitos en el 1/3 medio y en la base del pulmón izquierdo, también se evidencia un edema generalizado. Entre los exámenes auxiliares lo más resaltante fue una placa de tórax con radiopacidad izquierda, mal definida sugerente de componente alveolar; además de radiopacidad del lóbulo medio del hemitórax derecho más cisuritis del hemitoráx derecho. También se encuentra una glucosa en ayunas de 204 mg/dL, creatinina de 2.17

mg/dl, fosfatasa alcalina de 313 U/L. Entonces se le deja un manejo con furosemida, BK mensual directo con cultivo de esputo, interconsulta a endocrinología; y entra al programa con el esquema 1 que es 2HRZE / 4H3R3, que dependiendo su peso de inicio se le dejó una dosis diaria vía oral de isoniacida de 300 mg, rifampicina de 600 mg, pirazinamida de 1750 mg y etambutol de 1400mg. Posteriormente bajo indicación del servicio de endocrinología se indicó la evaluación continua de su glucosa por 3 días seguidos con la toma de metformina cuyos valores fueron de 143 mg/dL, 129 mg/dL y 153 mg/dL; por lo tanto la indicación fue continuar tratamiento y realizar hemoglobina glicosilada, urea, creatina para una nueva evaluación.

Como se puede apreciar en este caso clínico este paciente presenta patologías que no han sido adecuadamente tratadas, además hay que agregar que al ser un paciente soltero, sin hijos y por su dificultad para movilizarse le impide trabajar por lo tanto no cuenta con recursos y hay poco apoyo de sus familiares porque refieren ser un paciente difícil; además el propio paciente trata de justificar su descuido porque refiere que las referencias a otros centros de salud para su manejo de patologías eran un problema porque no habían citas. Si bien este paciente se le está haciendo un manejo integral es probable que muchas de estas patologías no sean tratadas adecuadamente por el propio paciente y por el contexto externo que involucra la emergencia sanitaria por COVID 19 que hace en muchos casos difícil lograr citas o realizar exámenes necesarios para un buen manejo. Para profundizar algunos conceptos que podemos evaluar en este paciente, se describirán algunas de sus patologías:

#### Diabetes mellitus

Se describe como una enfermedad de metabolismo anormal de carbohidratos que se caracterizan por hiperglucemia, además se asocia

con un deterioro relativo o absoluto de la secreción de insulina, junto con diversos grados de resistencia periférica a la acción de la insulina. Los síntomas clásicos de hiperglucemia incluyen la poliuria (cuando la concentración de glucosa sérica aumenta significativamente por encima de 180 mg / dL que es el umbral renal para la reabsorción de glucosa), polidipsia, nicturia, visión borrosa y pérdida de peso; a menudo se observan solo en retrospectiva después de que se ha demostrado que el valor de glucosa en sangre está elevado (26).

El diagnóstico de diabetes en un individuo asintomático se puede establecer cuando los valores de glucosa basal en ayunas son  $\geq 126$  mg / dL o si hay valores de glucosa al azahar o durante un test de tolerancia oral de glucosa  $\geq 200$  mg / dL o si tiene valores de hemoglobina glicosilada (A1C)  $\geq 6,5$  % (26). El tratamiento de los pacientes incluye educación (junto al servicio de nutrición y psicología), evaluación de complicaciones micro y macrovasculares, intentos de alcanzar una normoglucemia cercana, minimización de los factores de riesgo cardiovascular (usando aspirina para aquellos con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida) y otros factores de riesgo a largo plazo y evitación de fármacos que pueden exacerbar las anomalías del metabolismo de la insulina o los lípidos (27).

El manejo farmacológico inicial es el uso de metformina comenzando con 500 mg una vez al día con la cena y, si se tolera, agregamos una segunda dosis de 500 mg con el desayuno, incluso puede aumentarse lentamente (un comprimido cada una o dos semanas) según sea necesario para alcanzar una dosis total de 2000 mg por día (27). Sin embargo si el paciente cursa con comorbilidades como insuficiencia cardíaca o la enfermedad renal crónica (ósea albuminuria con excreción de albúmina en orina  $> 300$  mg/día) y tasa de filtración glomerular estimada  $< 60$  pero  $\geq 30$  ml / min /  $1,73$  m<sup>2</sup>) se prescribe una dosis baja de un inhibidor de SGLT2 (empagliflozina, canagliflozina, dapagliflozina); pero no se recomiendan cuando tasa de filtración glomerular  $< 30$  a  $45$  ml / min /  $1,73$  m<sup>2</sup>, con algunas diferencias en cada

medicamento según el etiquetado (27).

## Insuficiencia renal crónica (ERC)

De acuerdo con las guías KDOQI y KDIGO esta se define por la presencia de daño renal (frecuentemente evaluado por la albuminuria) o disminución de la función renal durante tres o más meses, pero el mejor índice de la función renal general es la tasa de filtración glomerular (TFG), el umbral ampliamente aceptado que define una TFG disminuida es menos de 60 ml / min por 1,73 m<sup>2</sup> y la insuficiencia renal se define como una TFG <15 ml / min por 1,73 m<sup>2</sup> o tratamiento por diálisis (28). Se debe tener en cuenta su clasificación que se resume en este cuadro:

### Ilustración 5: Clasificación de la enfermedad renal crónica

© 2021 UpToDate, Inc. y / o sus afiliados. Reservados todos los derechos.

Clasificación de la enfermedad renal crónica basada en la tasa de filtración glomerular y la albuminuria

Etapas de TFG	TFG (ml / min / 1,73 m <sup>2</sup> )	Condiciones
G1	≥90	Normal o alto
G2	60 hasta 89	Ligeramente disminuido
G3a	45 hasta 59	Disminución leve a moderada
G3b	30 hasta 44	Disminución de moderada a severa
G4	15 hasta 29	Gravemente disminuido
G5	<15	Insuficiencia renal (agregue D si se trata con diálisis)
Etapas de albuminuria	AER (mg / día)	Condiciones
A1	<30	Normal a levemente aumentado (puede subdividirse para la predicción del riesgo)
A2	30 hasta 300	Moderadamente aumentado
A3	> 300	Muy aumentado (puede subdividirse en nefrótico y no nefrótico para el diagnóstico diferencial, el tratamiento y la predicción del riesgo)

La causa de la ERC también se incluye en la clasificación revisada de KDIGO, pero no se incluye en esta tabla.

TFG: tasa de filtración glomerular; AER: tasa de excreción de albúmina; ERC: enfermedad renal crónica; KDIGO: Enfermedad renal que mejora los resultados globales.

Datos de:

1. KDIGO. Resumen de declaraciones de recomendación. *Kidney Int* 2013; 3 (Supl): 5.

2. Fundación Nacional del Riñón. Guías de práctica clínica K / DOQI para la enfermedad renal crónica: evaluación, clasificación y estratificación. *Am J Kidney Dis* 2002; 39 (Supl. 1): S1.

Gráfico 70597 Versión 17.0

En este caso clínico es de mucha importancia el manejo conjunto con el servicio de nefrología para que pueda ayudar a los médicos de atención primaria y a otros especialistas en el diagnóstico y la atención de pacientes en todas las etapas de la ERC. Además, se es importante la



determinación de la causa de la ERC, recomendaciones de terapia específica, sugerencias de tratamientos para ralentizar la progresión en pacientes que no han respondido a las terapias convencionales, la identificación y tratamiento de complicaciones relacionadas con la enfermedad renal y preparación para la diálisis (con la fistula). (28) Otro punto importante a considerar es que tienen riesgo de sufrir una serie de resultados adversos diversos como enfermedades cardiovasculares complejas donde es necesario el manejo del servicio de cardiología, como es el caso del caso clínico que cursa con una arritmia no especificada. Otro servicio el cual el paciente debe ser manejado es por el servicio de gastroenterología para el manejo de la hipertensión, cirrosis y ascitis.

#### Hipertensión portal

Que se desarrolla cuando hay resistencia al flujo sanguíneo portal y se ve agravada por un aumento del flujo sanguíneo colateral portal, esta resistencia ocurre con mayor frecuencia en el hígado (como es el caso de la cirrosis), pero también puede ser pre - hepática (como por trombosis de la vena porta) o post - hepática (como en el Síndrome de Budd - Chiari); además esta resistencia al flujo sanguíneo portal al iniciarse presenta como asintomático hasta que aparecen las complicaciones como sangrado por varices y ascitis (29).

En este caso clínico se destaca la ascitis que es la acumulación de líquido dentro de la cavidad peritoneal (matidez a la percusión y una onda de líquido, manifestándose como distensión abdominal progresiva que puede ser indolora o estar asociada con malestar abdominal, también pueden quejarse de aumento de peso, dificultad para respirar, saciedad temprana y disnea como resultado de la acumulación de líquido y el aumento de la presión abdominal (29).

Se puede confirmar el diagnóstico sin pruebas adicionales si el paciente tiene un factor de riesgo conocido de hipertensión portal (como es la cirrosis) o si hay manifestaciones clínicas de hipertensión portal (29). Sin embargo, si el diagnóstico está en duda, se puede determinar el gradiente de presión venosa hepática para ayudar a confirmar el diagnóstico y a la vez éste ayuda en el manejo de pacientes que reciben bloqueadores beta no selectiva como parte de su tratamiento. Otra ayuda son los hallazgos en la ecografía transabdominal con imágenes Doppler que pueden respaldar el diagnóstico y sus complicaciones. En pacientes con ascitis, el tratamiento a menudo comienza con restricción de sodio en la dieta y diuréticos (29).

## DISLIPIDEMIA

La hiperlipidemia es causada frecuentemente por alguna etiología subyacente "no lipídica" más que por un trastorno primario del metabolismo de las lipoproteínas. Entre estas causas secundarias de dislipidemia se asocia a la resistencia a la insulina que es común en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, como es el caso clínico mencionado. También se asocia la enfermedad hepática colestásica que puede ir acompañados de hipercolesterolemia marcada que resulta de una acumulación de lipoproteína-X (30).

De igual forma en patologías renales como el síndrome nefrítico (donde hay séricas altas de colesterol total y de LDL o lipoproteínas de baja densidad) y la enfermedad renal crónica que se asocia con elevaciones del colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y triglicéridos, y niveles bajos de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL); entre otras patologías (30). Para decidir cuándo se debe recomendar u ofrecer el tratamiento con estatinas, depende si el paciente tiene un LDL > 100 mg/ dL además de la guía por la evaluación del riesgo de

enfermedad cardiovascular (31). Las dosis de estatinas que se han utilizado en la prevención primaria incluyen terapia de intensidad baja a moderada con pravastatina 40 mg, lovastatina 20 a 40 mg, atorvastatina 10 mg (el más usado en nuestro medio) y rosuvastatina 10 mg (31).

Es de importancia en la prevención primaria el manejo de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECV), como es el colesterol elevado de lipoproteínas de baja densidad (LDL) (30).

En este caso clínico también sería necesario la evaluación del servicio de cardiología para determinar el hallazgo de arritmia no especificada. Probablemente la indicación por parte del endocrinólogo sea un cambio de medicación a insulina, ya que no cumple con las metas de control cardio - metabólico y porque tiene alteración de la función renal y en cuyo caso se indica insulina cuando hay TFG < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> o en diálisis, ya que los fármacos antidiabéticos no insulínicos no son de elección (27). Sin embargo al conversar con el paciente sobre esta posibilidad, manifestó que no deseaba esta intervención porque era un difícil trámite administrativo ir a pedirlo a un hospital (ya que el centro de salud no entregaba esta medicación), además no deseaba arriesgarse a contagiarse de Covid - 19 y que sería difícil comprarlo por su cuenta.

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

En un inicio se desarrolló el internado médico en el Hospital San José del Callao que es un establecimiento acreditado en su nivel de complejidad II – 2 (con certificación ISO 9001) y que se ubica en el Jirón las Magnolias 475, en la cuarta cuadra cuarta de la Avenida Elmer Faucett, en el distrito de Carmen de la Legua – Reynoso, que se localiza en el Norte – este de la Provincia Constitucional del Callao, entre el río Rímac y la Avenida Argentina de la Región Callao (32).

Al ser un hospital de mayor capacidad resolutive abarca las referencias de población asegurada por el Sistema Integral de Salud (SIS) del primer nivel de atención de salud y de hospitales II- 1, que atiende a la población de la Región Callao que incluye: el distrito del Callao, Carmen de la Legua Reynoso, Ventanilla, Bellavista, La Perla, etc. Sin embargo, en el contexto de las atenciones médicas tanto por emergencia como en consultorio externo sin SIS se puede observar que su población objetivo incluye a Lima Metropolitana (sobre todo del distrito de San Martín de Porres) e incluso provincias del Perú.

Si bien el hospital cuenta con diferentes servicios, en las rotaciones del internado sólo se tenía acceso a algunos servicios de los departamentos de medicina (medicina interna y emergencia), pediatría (neonatología y hospitalización de pediatría), gineco – obstetricia y cirugía (cirugía general, traumatología y urología).

## Ilustración 6: Ubicación del Hospital San José del Callao

### UBICACIÓN GEOGRÁFICA DEL DISTRITO DE CARMEN DE LA LEGUA REYNOSO

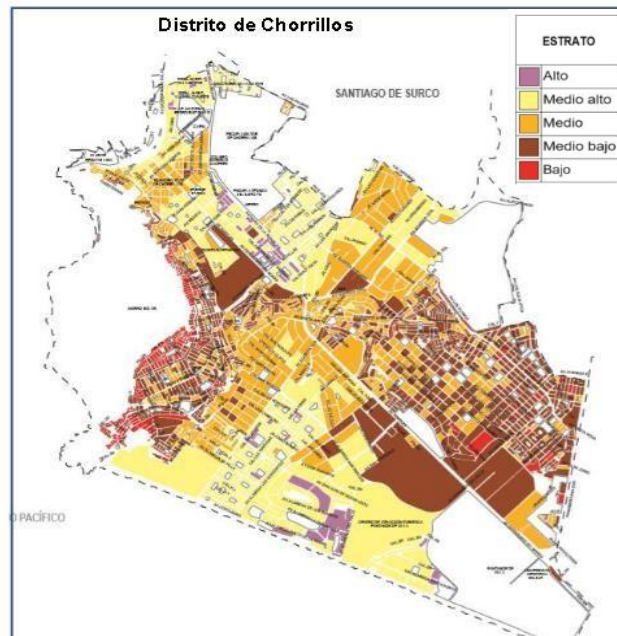


Desafortunadamente por el contexto de pandemia a finales del mes de febrero se dieron las alarmas para el uso constante de las mascarillas N95 al ser un hospital que tiene cercanía al aeropuerto nacional Jorge Chávez y por la presencia de pacientes con síntomas con antecedente de viajes internacionales. A quincena del mes de marzo tras el inicio de cuarentena en el Perú fue interrumpido el internado médico por la pandemia del COVID - 19 y posteriormente algunos internos nos reincorporamos al primer nivel de atención a inicios del mes de noviembre 2020.

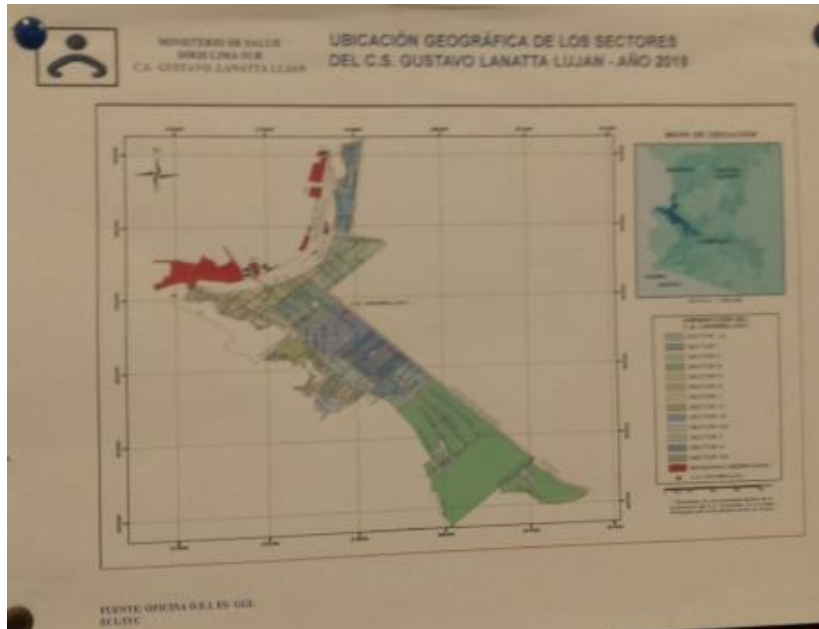
En este caso se asignó al Centro de Salud Gustavo Lanatta Lujan (Chorrillos I) que es de nivel I-3 y fue dada la inducción por el jefe del establecimiento y se asignó 2 doctores para 8 internos de medicina asignados en diferentes áreas con el que cuenta establecimiento de salud que son: área de vacunación, nutrición, tóxico, PCT (prevención y control de tuberculosis), medicina y área de radiografías. Este establecimiento de salud se ubica en la avenida Defensores del Morro (Ex - Huaylas) 556, al costado de la Municipalidad del distrito de Chorrillos (33).

## Ilustración 7: Jurisdicción de Chorrillos y de Chorrillos I

Mapa N°15: Mapa de Pobreza según ingreso per cápita del hogar de los distritos que conforman la DIRIS Lima Sur.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Empadronamiento Distrital de Población y Vivienda, 2013.



### **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

Este año representó un reto para el aprendizaje médico, sobre todo en esta etapa tan importante que es el internado médico donde se integra los conocimientos adquiridos en todos los 6 años de pregrado. Si bien en cada establecimiento de salud hubo aportes donde se pudieron desarrollar muchos conocimientos médicos, dependía de su jurisdicción y la población objetivo.

#### **1. Rotación de gineco – obstetricia**

A finales del 2019 se llevó a cabo una inducción rápida del internado y de la rotación de gineco - obstetricia asignada por parte del departamento de OADI del hospital San José del Callao que es de nivel II-2, posteriormente a principios de enero del 2020 se volvió a tener inducción por parte del residente de mayor grado y por parte de los encargados de sede asignados por la universidad privada San Martín de Porres. En dicha rotación se tenía asignado diferentes pacientes que se ubicaban a 3 áreas de hospitalización que eran los casos de parto eutócico, parto distócico y el área de casos ginecológicos del cual se tenía a cargo entre 2 a 3 pacientes por cada área; además se tenía cada 2 días guardias nocturnas en el servicio de emergencia gineco - obstétricas.

Las obligaciones de cada interno consistían en exponer de manera breve un tema asignado, luego se debía examinar y hacer una evolución por cada paciente donde se aplicaba el método “S.O.A.P” que describía lo subjetivo (los síntomas del paciente), lo objetivo (los signos y el

examen clínico por sistemas), la apreciación del paciente (que informaba el estado actual y sus diagnósticos) y el plan de trabajo (que eran los exámenes auxiliares, interconsultas y cambios de manejo). Posteriormente al cambio de turno de los asistentes en la mañana, se hacía la presentación de cada paciente y una ronda de preguntas por cada presentación y patologías con todo el equipo médico (residentes, obstetras, internos y asistente). Luego se procedía a cumplir con el plan de trabajo asignado para que sea autorizado por el sello del auditor médico. Si bien había ingresos por emergencia también se hacían los ingresos con preparación previa ambulatoria para hospitalización.

Toda paciente que ingresaba al servicio por parto eutócico tenía que haber tenido un trabajo de parto normal y que provenía del servicio de emergencia (el cual se exigía por cada paciente disponga guantes, termómetro de mercurio y la primera ecografía de la gestación), en el cual se tenía que hacer su hoja de ingreso a emergencias y se la hacía una evaluación obstétrica por parte del interno de medicina bajo la supervisión del residente o la obstetra, luego se proseguía con la presentación del caso del asistente médico que confirmaba el diagnóstico y el plan de trabajo. Solo si era una gestante en fase activa (con una dilatación de 6 a 10 cm) pasaba al servicio de centro obstétrico donde se hacía una nota de ingreso, la firma de la gestante de su formato de consentimiento informado para la hospitalización, un monitoreo continuo de la gestante, la documentación médica del partograma (**figura 1 del anexo**) que es la presentación gráfica de la dilatación cervical del paciente a lo largo del tiempo en comparación con el límite inferior esperado del progreso normal, por otro lado si había una desviación a la derecha de esta curva, sugería un trastorno de prolongación o detención (34).

Cuando la gestante progresaba a la etapa expulsiva se trasladaba a sala de partos, donde el interno instruido por la obstetra o por un residente procedía a colocarse el equipo de protección personal para atender el



parto con las medidas de asepsia adecuados. Durante el parto en muchas ocasiones y sobre todo a las primerizas, se realizaba una episiotomía medio – lateral que es una incisión que se hace en el perineo y si bien disminuye el riesgo de laceraciones de tercer y cuarto grado, actualmente no tiene una indicación para todas las pacientes.

Posterior al nacimiento, se esperaba un tiempo para el corte del cordón para así permitir la transferencia de sangre de la madre al recién nacido que serán las futuras reservas de hemoglobina para el neonato, luego de evaluar que el cordón umbilical ya no late el interno procedía con el corte de éste y la entrega del recién nacido al neonatólogo para su rápida evaluación.

Luego se procedía a evaluar la episiotomía para desbridar mediante irrigación a baja presión con solución salina isotónica tibia o usando la anestesia regional o local se procedía a hacer un desbridamiento mecánico y disección aguda para posteriormente realizar una episiorrafia; además es importante el manejo de la profilaxis antibiótica (con cobertura aeróbica y anaeróbica) como cefalosporina de segunda generación o cefazolina más metronidazol para evitar la infección (35).

Y en todos los casos se procedía a evaluar las estructuras y planos de la vagina, perineo y región ano – rectal para descartar un posible desgarro vaginal propio del parto, en muchos casos se tenía que clasificar las laceraciones; involucrando las **laceraciones de primer grado** el daño en la piel y el tejido subcutáneo del perineo y el epitelio vaginal únicamente, pero los músculos perineales permanecen intactos. Las **laceraciones de segundo grado** se extienden hacia la fascia y la musculatura del cuerpo perineal, incluyendo los músculos perineales transversales superficiales y profundos; además de las fibras de los músculos pubococcígeo y bulbocavernoso, pero los músculos del esfínter anal permanecen intactos. Por otro lado, las **laceraciones de tercer grado** se extienden a través de la fascia y la musculatura del

cuerpo perineal e involucran algunas o todas las fibras del esfínter anal externo (EAS) y / o el esfínter anal interno (IAS). Y los **desgarros de cuarto grado** involucra la lesión del perineo que afecta tanto al complejo del esfínter anal (EAS e IAS) como a la mucosa anal (35).

En algunos casos era necesario ayudar al residente a realizar un legrado puerperal posterior a la evaluación del tejido faltante en la placenta o si persistía el sangrado posterior a la inyección de 10 UI de oxitocina. Posterior al parto se llevaba a la paciente a sala de puerperio para el monitoreo mientras se escribía el reporte de parto y en algunos casos un reporte de legrado puerperal si lo hubo y se realizaba las recetas médicas indicadas en el RP para su manejo. Finalizada las evaluaciones y el reporte en la hoja de evolución de 2 horas, se hospitalizaba al área de parto eutócico tanto a la madre (junto a sus medicamentos) como al recién nacido (junto a la hoja de pelmatoscopia y la hoja de identificación).

En el caso de las pacientes que requerían una cesárea en el servicio de emergencia, era necesario tener todos los materiales, fármacos necesarios y el permiso de SIS entrar a sala de operaciones, además de un electrocardiograma (EKG) y la aprobación del riesgo quirúrgico del servicio de emergencia general de adultos para cirugía no cardíaca (o por el servicio de cardiología si era una cesárea ambulatoria), la aprobación de la solicitud de anestesiología con las 3 solicitudes de sala de operaciones firmadas por el encargado de guardia en emergencia de adultos y por el encargada de guardia en emergencia gineco – obstétrica, además de la interconsulta aprobada con la hoja de informe de atención de parto distócico para el servicio de neonatología y de igual forma para el servicio de anatomía patológica y el consentimiento informado quirúrgico.

En algunos casos de abortos del primer trimestre se realizaban la aspiración manual endouterina (AMEU), pero si se realizaba un legrado

uterino debía realizar lo administrativo para hospitalizar a la paciente; si bien en muchos casos las pacientes que se hospitalizaba en el área de ginecología provenían de un manejo programada desde el servicio de consultorio externo (ambulatorio), también se trabajó en algunos casos con el anexo del servicio de ginecología de prevención oncológica, en el cual se realizaban biopsias y linfadenectomía para estadiaje de cáncer, que posteriormente se derivaron al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Es importante aclarar que en el Centro de Salud de Gustavo Lanatta también se tenía acceso al **consultorio de obstetricia**, pero fue mucho más corto el tiempo en el que se asistió debido a que ya se había tenido una rotación propia en el hospital. Entre las actividades que más destacan era la evaluación de las pacientes gestantes en los controles prenatales o si cursaban con alguna otra patología (por ejemplo, un ITS), así como también aprender a indicar correctamente los métodos anticonceptivos dependiendo cada paciente; pero por motivos de la pandemia no se podía realizar papanicolaou.

## **2. Rotación de cirugía**

Se debe aclarar nuevamente que no hubo una rotación propia de cirugía en el Hospital de San José de Callao, pero si hubo experiencias asociadas a este servicio y que se expondrá más adelante en los casos clínicos; si bien estos casos clínicos ocurrieron en la rotación de gineco – obstetricia, representaron un manejo conjunto con el servicio de cirugía general. También es importante destacar que en la rotación de gineco – obstetricia se abordaba la preparación para sala de operaciones, de igual forma se realizaron suturas intradérmicas durante casos de heridas operatorias por cesárea.

Posteriormente a la reincorporación al internado en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján en el distrito de Chorrillos, hubo una rotación en el servicio de tópico de enfermería donde se aprendió procedimientos propios del personal de enfermería y se realizaban procedimientos menores de curaciones y suturas. Es importante entender hubo oportunidades para poder realizar rotaciones externas en otros hospitales para poder desarrollar mucho mejor el campo quirúrgico, pero no fue posible acceder a dichas rotaciones por la lejanía de los establecimientos de salud y las condiciones que no aseguraban el equipo de protección personal (EPP); por tales motivos las experiencias ganadas en esta rotación no cumplen con las expectativas que se esperaba aprender según el sílabo.

Un detalle que resalta en esta rotación es la escasez de casos para realizar suturas, en general no hubo casos de pacientes con cortes o quemadura, tampoco emergencias como heridas por arma blanca o de fuego. Sin embargo, entre los procedimientos que se podría realizar en el servicio de tópico de enfermería era la limpieza de diferentes tipos de heridas, ya sea por clavos oxidados, heridas infectadas, mordeduras de perro o por caídas; otro procedimiento que se podía realizar era la

extracción de uñas encarnadas.

Entre los procedimientos que se enseñaron y se realizaron en este servicio fue la colocación de venoclisis, la colocación de inyecciones (subcutáneo, muscular) y la realización de la prueba de tuberculina. De manera teórica se nos enseñaba los protocolos para el uso de la caja de emergencia donde se encontraba materiales para intubación.

### **3. Rotación de pediatría**

Esta rotación se llevó a cabo en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján en el cual se encontraban atendidos los pacientes neonatos, niños y adolescentes por los servicios de inmunizaciones (vacunas), medicina general, nutrición, CERITS y el programa de PCT.

Si bien las patologías pediátricas que se podrían encontrar en el **servicio de medicina** eran muy variadas, dependía mucho del azar de las atenciones en las horas de trabajo y hubo días en el que solo se tenían consultas de adultos. Básicamente entre las patologías más consultadas estaban las diarreas, enfermedades respiratorias (en algunos casos con prueba de COVID 19 negativas por sospecha), hallazgos dermatológicos, casos de parasitosis (que generalmente eran gastrointestinales), entre otros. Básicamente en este servicio el interno de medicina podía hacer el examen físico al paciente después del turno del tutor médico y se ayudaba a prescribir el manejo médico. Generalmente se preguntaba si el paciente tenía al día su cartilla de vacunación y se evaluaba en su historia clínica si tenía algún examen de hemoglobina o se preguntaba al tutor del niño si llevaba un seguimiento de anemia por el servicio de nutrición; si en todo caso faltaba esta evaluación, se derivaba al servicio de nutrición y vacunas.

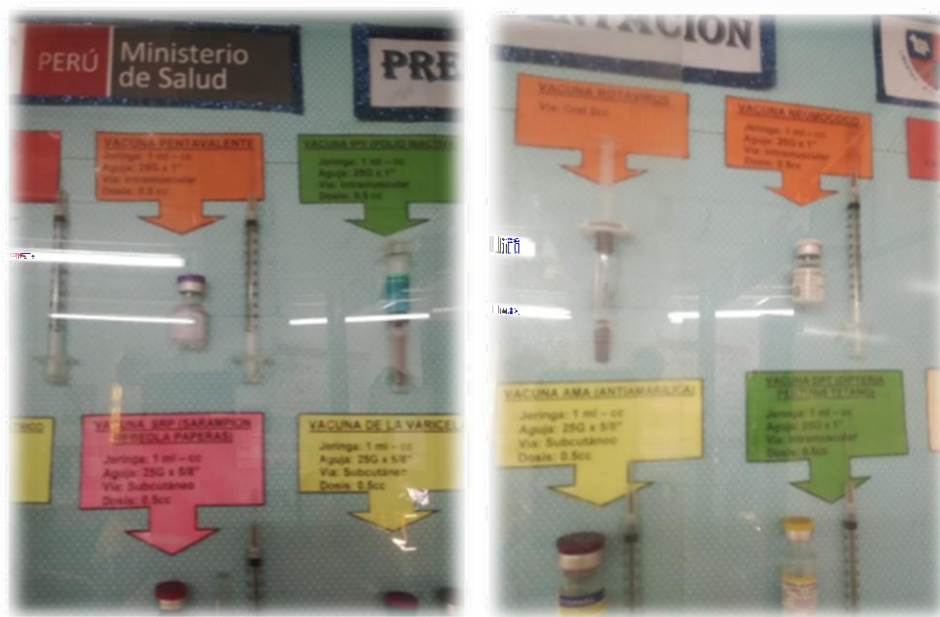
En el caso del **servicio de Centro de Referencias de infecciones de transmisión Sexual (CERITS)** se realizaban algunos procedimientos, bajo la supervisión de los propios padres del menor de edad, donde se hacía la tomade muestra para cultivo de secreción vaginal en niñas con sospecha diagnóstica de vulvovaginitis, también se hacían descarte de VIH/sífilis en adolescentes que ya habían iniciado actividad sexual, así como también en caso de niñas que sufrieron violación sexual (en este caso no se podía estar presente ni en la evaluación ni en su manejo porque la paciente afectada se incomodaba ante la presencia de varias personas); en ambos casos se daba consejería y se les hacía una cita cada 3 meses para volver a realizarles el screening.

Entre las actividades que se hacían en el **servicio de vacunas** estaban ayudar a aplicar vacunas, que en < 1 año se colocaba en la cara antero – lateral externo de muslo (el músculo vasto externo) y en niños mayores se coloca en la cara lateral externa del tercio superior del brazo (del musculo deltoides). (16) También se ayudaba en el registro manual y en el software del Sistema de registro de atención médica. La gran mayoría de las atenciones se llevaron a cabo por previa cita con el tutor del paciente, sobre todo en casos de vacunación para niños que incumplieron con el esquema de vacunación; además estas medidas se acompañaron de unas medidas de estrategia que disminuía el tiempo de espera para la siguiente dosis, (17) el cual ya se mencionó en el caso clínico N° 5 y que se muestra en la **figura 2** (del anexo) que se aplicó sólo hasta diciembre del 2020 como medida para prevenir los brotes de difteria asociado al incumplimiento de los esquemas de vacunación, a consecuencia del temor de los padres de contagiar a sus hijos con el COVID – 19. Desafortunadamente no se pudo realizar el Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) por motivos a que no era recomendado realizar el riesgo de contagio de COVID – 19, dado el tiempo excesivo de exposición que involucraba.

La metodología para trabajar en este servicio consistía en aprender a

inyectar y saber usar correctamente la cartilla de vacunación y saber la norma técnica de salud del esquema nacional de vacunación; para ello también fue necesario saber identificar la forma de presentación de las ampollas para ser más rápidos en su manipulación y evitar así alterar la cadena de frío. Como figura en la siguiente imagen, había un mural que mostraba las jeringas retractiles adecuadas junto a los frascos de las ampollas que ayudaban a identificar más rápido.

**Ilustración 8:** Mural de aprendizaje para la vacunación



Entre las experiencias más importantes que se llevaron a cabo en el **servicio de nutrición** fue la inducción para educar a los tutores de los pacientes menores de edad para que así se llevará un mismo mensaje de manejo, que en este caso era la estrategia de control y seguimiento de anemia en pacientes menores de 5 años y del grupo de niños y adolescente; de los cuales a estos casos se hacía una sola atención pero con un manejo conjunto en una parte por el nutricionista, que indicaba una dieta adecuada y los cambios de estilo de vida necesarios, que eran reafirmados por el interno de medicina y que a la vez ayudaba en el registro de datos para completar la hoja del HIS que posteriormente tenían que ser presentados para que firme el médico a

cargo; de igual forma ocurría en la prescripción del tratamiento para casos de parasitosis, diarrea, anemia o con sulfato ferroso en (jarabe o gotas) o de hierro polimaltosado. Para hacer un seguimiento continuo de los pacientes se realizaban llamadas al celular de los tutores de los menores de edad para saber si se le estaba dando la medicación o para saber los motivos por el cual se discontinuó el manejo y muchas veces se les llamaba para hacerles recordar su cita.

Entre los pocos pacientes que se podía atender en el **servicio de PCT** eran con respecto a la evaluación y manejo del niño o adolescente que presentaba tuberculosis por estar en contacto con algún miembro de su familia (generalmente padres) que también tenía la enfermedad con o sin tratamiento, en este caso el esquema se respetaba, pero la forma de presentación de rifampicina era en jarabe. También se aprendió que en algunos casos era necesario dar la terapia preventiva con isoniacida (TPI) a personas diagnosticadas de tuberculosis latente que pertenecen a los grupos de riesgo y de dentro de ellos figuran los menores de edad como se puede ver en el siguiente cuadro (24):

### Ilustración 9: Grupos de riesgo para recibir la TPI

**Tabla 2: Personas que deben recibir terapia preventiva con isoniacida, en quienes se ha descartado enfermedad tuberculosa activa**

Menores de 5 años que son contactos de caso índice con TB pulmonar, independientemente del resultado del frotis de esputo del caso índice y del resultado del PPD del menor.
Personas entre 5 y 19 años con PPD igual o mayor a 10 mm y que son contactos de caso índice con TB pulmonar.
Personas con diagnóstico de infección por VIH independiente del resultado del PPD.
Conversión reciente (menos de 2 años) del PPD en trabajadores de salud y en personas que atienden a poblaciones privadas de libertad.
El médico tratante debe valorar individualmente la indicación de TPI en las personas con diagnóstico de TB latente que pertenezcan a los siguientes grupos de riesgo: personas con insuficiencia renal crónica, neoplasias de cabeza y cuello, enfermedades hematológicas malignas, terapias prolongadas con corticoides o inmunosupresores, silicosis, diabetes mellitus, gastrectomizados, candidatos a trasplante y personas con imagen de fibrosis residual apical en la radiografía de tórax quienes nunca recibieron tratamiento para TB.

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL  
DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS  
RM No. 715-2013/MINSA  
NTS No. 104-MINSA/DGSP-V.01



#### 4. Rotación de medicina

Esta rotación también se llevó a cabo en el Centro de Salud Gustavo LanattaLuján en el cual se atendieron pacientes adultas en los servicios de medicina general, tópico de enfermería, nutrición, radiología, inmunizaciones (vacunas), CERITS y el programa de PCT.

Como parte de las actividades del **servicio de medicina** era la atención ambulatoria en consultorio, donde se tenía acceso a la historia clínica y a los datos obtenidos en triaje de cada paciente para analizar cada caso, luego se procedía a realizar el examen físico con ciertas limitaciones debido al riesgo de contagio de que se tratara de un paciente asintomático. En muchos casos se ayudaba a completar la hoja del HIS y la receta médica bajo la supervisión del tutor médico a cargo, en algunos casos se nos dejaba a cargo de la atención completa de los pacientes con la condición de informar y ser autorizado el manejo de cada paciente por el médico a cargo.

En el **servicio de tópico de enfermería** el interno de medicina podía ayudar en el manejo y monitoreo de algunas emergencias (por ejemplo, por pérdida de conciencia, crisis hipertensivas, deshidratación severa, entre otros) donde el paciente no pasaba por el servicio de medicina. Sin embargo, acudía un médico al servicio para aprobar y supervisar el manejo.

También se hacían toma de muestra de secreción vaginal para mujeres adultas en el **servicio de CERITS**, de igual forma se hacía el screening para descarte de VPH (virus de papiloma humano) y de VIH/sífilis tanto en el consultorio como en las campañas de descarte, se realizaba consejería, se le recomendaba hacerse el descarte cada 3 meses, sobre todo a los pacientes con mayor riesgo de contraer una infección de transmisión sexual como son las trabajadoras sexuales, además se ayudaba a registrar el tratamiento si lo requería el paciente, pero bajo

supervisión de un tutor. Fue una experiencia nueva aprender en este servicio el sobre la vinculación de los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, que últimamente por motivo de pandemia se ha permitido que los pacientes reciban tratamiento en este centro de salud para el año 2021, pero que aún se está recibiendo capacitación; de igual manera también fue importante aprender sobre la profilaxis pre y post exposición que es la prescripción de antirretrovirales ante la posibilidad de exposición al VIH en persona seronegativas de alto riesgo de infección y que se debe usar dentro de las 72 horas después de ocurrido el evento y que está incluido en el KIT de Profilaxis en víctimas de abuso sexual. También representó una experiencia nueva la atención integral de la población trans femenina (personas que nacen con anatomía masculina pero cuya identidad de género es femenina) y trans masculina en el cual es un manejo multidisciplinario con otros servicios; sobre todo en el abordaje hormonal específicamente para la población trans femenina (porque aún no se realiza para la población trans masculina), en el cual se hace uso de los siguientes medicamentos (36):

### Ilustración 10: Manejo del proceso de feminización

**Tabla N° 1: Tipo, dosis y frecuencia de uso de hormonas para el proceso de feminización de la persona trans femenina.**

	Primer mes	Segundo mes	Tercer mes	Cuarto mes
<b>Estradiol</b>	2 mg/día	4 mg/día	4 mg/día	4 mg/día
<b>Espironolactona</b>	50 mg/día	100 mg/día (50 mg cada 12 horas)	150 mg/día (100 mg – 50 mg)	200 mg/día (100 mg – 100 mg)
<b>Evaluaciones</b>	Al término del primer mes de tratamiento, evaluar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potasio sérico</li> <li>• Depuración de creatinina</li> <li>• Nivel de testosterona</li> </ul>		Al término del tercer mes de tratamiento, evaluar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potasio sérico</li> <li>• Depuración de creatinina</li> <li>• Nivel de testosterona</li> </ul>	Al término del cuarto mes de tratamiento, evaluar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potasio sérico</li> <li>• Depuración de creatinina</li> <li>• Nivel de testosterona</li> </ul>

NORMA TÉCNICA DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA POBLACIÓN TRANS FEMENINA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ITS Y EL VIH/SIDA

De igual manera a las actividades que se hacían en el **servicio de nutrición** para menores de edad, también se hacían para los adultos y mujeres gestantes, aunque se les realizaba seguimiento en el control de anemia.

En el **servicio de radiología** se afianzaron conocimientos sobre la preparación previa del paciente, el funcionamiento de la máquina y la adecuada toma de radiografías; además de participar en el diagnóstico por imágenes de algunos pacientes.

Entre las actividades que se hacían en el **servicio de inmunizaciones** (vacunas) estaban el ayudar en inyectar y registrar la información del paciente adulto vacunado, que en este caso sólo se podía colocar la vacuna de difteria – tétano y en algunas ocasiones cuando no estaban escasas, las vacunas de influenza, neumococo. También por el contexto de pandemia se apoyó en inocular la vacuna contra COVID – 19 para el personal de primera línea, ya que como se ve en el siguiente cuadro, el centro de salud fue uno de los establecimientos de salud escogidos para colocar la vacuna:

**Ilustración 11:** Establecimientos de vacunación contra COVID 19

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA DIRIS LIMA SUR QUE BRINDARAN ATENCION EN VACUNACION						
N°	DISTRITO	RIS	IPRESS	CATEGORÍA	HORARIO	
					VACUNAS	VACUNAS
1	BARRANCO	BCO-CHO-SCO	C.S. ALICIA LASTRES DE LA TORRE	I-3	12	
2	BARRANCO		C.S. GAUDENCIO BERNASCONI*	I-3		12
4	CHORRILLOS	→	C.S. GUSTAVO LANATA LUJAN	I-3	12	
5	CHORRILLOS		C.M.I. VIRGEN DEL CARMEN	I-4		24
6	CHORRILLOS		P.S. ARMATAMBO	I-2	6	
7	CHORRILLOS		C.E. SAN PEDRO DE LOS CHORRILLOS	I-4		24
8	CHORRILLOS		C.M.I. BUENOS AIRES DE VILLA	I-4		24
9	CHORRILLOS		C.S. DELICIAS DE VILLA	I-3		24
10	CHORRILLOS		C.M.I. SAN GENARO DE VILLA	I-4		24
11	CHORRILLOS		P.S. VISTA ALEGRE DE VILLA	I-2	6	
12	CHORRILLOS		P.S. SANTA ISABEL DE VILLA	I-2	6	
13	CHORRILLOS		C.S. TUPAC AMARU DE VILLA	I-3		12
14	CHORRILLOS		P.S. SAN JUAN DE LA LIBERTAD	I-2	6	
15	CHORRILLOS		P.S. MATEO PUMACAHUA	I-2	6	
16	CHORRILLOS		P.S. SANTA TERESA DE CHORRILLOS	I-2	6	
17	CHORRILLOS		P.S. VILLA VENTURO	I-2	6	
18	CHORRILLOS		P.S. NUEVA CALEDONIA	I-2	6	
19	CHORRILLOS		P.S. LOS INCAS	I-2	6	
20	CHORRILLOS		P.S. DEFENSORES DE LIMA	I-2	6	

Si bien este informe a mencionado muchas de las actividades que se hacían en el **servicio de PCT**, es importante detallar las funciones que se tenía en este servicio. Entre las actividades que se hacían era dar el

tratamiento correspondiente a cada paciente del programa, educar sobre la enfermedad y como prevenirla en el futuro y a la vez evaluar si había mejoría o alguna complicación por el uso a los medicamentos (ictericia, reacción alérgica medicamentosa, entre otros), posteriormente se llevaban las muestras al servicio de laboratorio y se recogían los resultados de los pacientes. También se le daba indicación para una adecuada muestra de esputo y se hacía el registro al recibir las 2 muestras de esputo en dos días diferentes, donde se usaba el formato que se muestra en la **Figura 3** (en anexo), de igual manera se evaluaba las radiografías de tórax que llevaban los pacientes tanto antes o en algunos casos después de que el paciente tuviera el diagnóstico por el servicio de medicina del centro de salud o por si había una indicación de un neumólogo o infectólogo de otro establecimiento de salud. Se realizaba una historia clínica detallada (cuyos formatos están en la norma técnica de tuberculosis), en ese momento se realizaba un examen físico completo, se determinaba las personas con las que convive el paciente para hacer un seguimiento a sus familiares, posteriormente el médico a cargo llamaba a la paciente, que en este caso era el neumólogo del centro de salud que solo realizaba teletrabajo por tener factores de riesgo por la pandemia COVID – 19. Posteriormente el neumólogo daba las indicaciones al interno de medicina y a la enfermera a cargo para que se cumplieran las indicaciones del paciente. Luego se procedía al ingreso del paciente al programa de tuberculosis con el inicio del esquema 1 (2HRZE / 4H3R3). Hasta que salieran los resultados de cultivo con prueba de sensibilidad MODS, también se le indicaba recibir la evaluación por los servicios de psicología, nutrición (que a la vez proporcionaba canastas de alimentos mensuales), CERITS (para descartar alguna ITS) y eran necesario los siguientes exámenes para determinar el esquema de tratamiento adecuado como se muestra a continuación (24):

## Ilustración 12: Procedimientos de monitoreo para TBC sensible

Tabla 11: Monitoreo del tratamiento de la TB sensible

Procedimientos	Estudio basal	Meses de tratamiento					
		1	2	3	4	5	6
Hemograma completo	X						
Glicemia en ayunas	X						
Creatinina	X						
Perfil hepático	X	X					
Prueba rápida o ELISA para VIH	X						
Prueba de embarazo (mujeres en edad fértil)	X						
Radiografía de tórax	X	X					X
Prueba de sensibilidad rápida a H y R	X						
Baciloscopia de esputo de control		X	X	X	X	X	X
Cultivo de esputo	X						X
Evaluación por enfermería	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación por médico tratante	X	X	X				X
Evaluación por servicio social	X	X					X
Evaluación por psicología	X	X					X
Consejería por nutrición	X	X					X
Control por planificación familiar	X	X					X
Control de peso	X	X	X	X	X	X	X

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS  
RM No. 715-2013/MINSA  
NTS No. 104-MINSA/DGSP-V/01

## Ilustración 13: Otros esquemas contra la tuberculosis

Tabla 10: Esquemas para TB mono o polirresistente basadas en las prueba sensibilidad convencional a 1 y 2 línea

Perfil de Resistencia	Esquema de tratamiento diario	Duración (meses)
H	2RZELfx / 7RELfx	9
H + S	2RZELfx / 7RELfx	9
H + E	2RZLfxS / 7RZLfx	9
H + E + S	2RZLfxKm / 7RZLfx	9 a 12
H + Z	2RELfxS / 7RELfx	9 a 12
H + E + Z	3RLfxEtoS / 15 RLfxEto	18 meses
Z	2RHE / 7 RH	9
E	2RHZ / 4 RH	6
R	3HEZLfxKm/9HEZLfx	12 a 18
Otras combinaciones	Según evaluación del médico consultor y el CRER / CER - DISA	

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR TUBERCULOSIS  
RM No. 715-2013/MINSA  
NTS No. 104-MINSA/DGSP-V/01

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

La experiencia adquirida en el internado es de mucha importancia para el futuro profesional de la salud y esto se ha tratado de describir en este informe; por un lado, se ha explicado cómo era el ámbito de aprendizaje que generalmente se realizaba en el hospital y posteriormente tras un punto de corte por el contexto de pandemia, se ha podido comparar la dinámica de trabajo que se realizó en un centro de salud.

Se puede concluir entonces que, si bien en un ambiente hospitalario se podía tener acceso a mayores recursos quirúrgicos por su nivel de complejidad, la carga laboral era mayor y básicamente era cumplir el plan de trabajo del asistente, donde muchas veces se realizaba inadecuadamente por falta de una adecuada supervisión. Al no haber objetivos de realizar los procedimientos médicos, dependía mucho del azar de oportunidades para poder realizarlo.

Por otro lado, en el Centro de Salud había una limitación en el aprendizaje de procedimientos quirúrgicos y es importante aclarar que la demanda de trabajo era menor y no se podía evitar el riesgo de contagio de COVID – 19, ya que si bien todos los pacientes antes de pasar por los servicios se hacía una separación de todo paciente sintomático para que valla al servicio de descarte de COVID – 19, no se podía asegurar que no halla contagios por parte de los asintomáticos y en muchos casos los pacientes no mencionaban los síntomas respiratorios con la intención de no pasar por el servicio de descarte y pasar directamente al servicio de medicina.

Entonces es claro que en el panorama en el que se encuentra el país se está enfrentando a retos y las oportunidades de un adecuado aprendizaje médicoes en algunos casos limitado; pero este escenario ya representaba un problema mucho antes de la crisis sanitaria ya que los estudiantes de medicina están expuestos a diversas situaciones de violencia como malas relaciones laborales, estrés, ansiedad que pueden disminuir su capacidad de atención y trabajo, incrementando el riesgo de error médico (37).

Incluso dependía mucho del lugar donde uno accedía a una plaza de internado médico (en algunos casos sin remuneración de estipendio) el cual dicho establecimiento de salud no tenía instrumentos adecuados para realizar una evaluación o los procedimientos y en algunos casos tampoco había la seguridad necesaria que contuviera a los familiares violentos del paciente que arremetían (de manera física o verbal) contra el interno de medicina (37).

## CONCLUSIONES

Se puede concluir entonces que la pandemia por el COVID – 19 ha mostrado de muchas formas las carencias en diferentes niveles y establecimientos de salud, de igual forma ha representado un cambio en la realización del internado en su dinámica de trabajo y en el aprendizaje adquirido. No se puede definir una postura que afirme de manera positiva o negativa esta nueva experiencia ya que representó una medida excepcional para poder lograr la continuidad del internado y probablemente por el contexto de emergencia sanitaria no se pudo asegurar los requerimientos necesarios para alcanzar los objetivos de aprendizaje.

Se puede concluir que tanto antes como durante la pandemia el papel que tenían los tutores encargados para profundizar el aprendizaje del interno de medicina propiamente fue un problema y que en muchas ocasiones llevaron al interno a su propia búsqueda de conocimiento o el apoyo de otros profesionales de la salud, pero que no aseguraban la adquisición de conocimientos propios de la profesión de un médico. Incluso bajo esta nueva modalidad del internado en el primer nivel de atención representó una preparación de las actividades que se describen en el servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS) ya que también se realizan en este nivel de atención y que desempeñan los profesionales de la salud cuando ya son titulados y graduados; pero que si se realizan por estudiantes de pregrado como lo es un interno de la salud sin supervisión directa de un tutor propiamente de la carrera de medicina probablemente halla riesgo de haber mala praxis y el objetivo



de aprendizaje no se logre adecuadamente.

Queda claro que no se puede descartar lo aprendido en estos diferentes niveles de atención, ya que por sí solos su jurisdicción les compete otros objetivos de trabajo distintos no comparables. Es por ello que en este informe debe quedar claro que si el interno de medicina se desarrollara en ambos ámbitos de trabajo su aprendizaje sería mucho mayor y ampliaría su desenvolvimiento de trabajos, ya que en el nivel hospitalario adquiriría la dinámica de trabajo de la hospitalización, procedimientos clínicos y el manejo quirúrgico; y en el centro de salud adquiriría el manejo clínico, las medidas de prevención y promoción de la salud, junto al trabajo continuo de estrategias de salud pública.

Otra preocupante realidad observada en este informe es la carga de trabajo no propiamente médico que se le asigna al interno de medicina en ambos establecimientos de salud y que se dieron con o sin pandemia; que en muchos casos representan labores de otros profesionales de la salud o los procedimientos administrativos que no aseguran mayor conocimiento médico sino mayor carga laboral.

## RECOMENDACIONES

Entre las recomendaciones que se pueden hacer para mejorar el internado médico es una nueva dinámica de evaluación de competencias, donde se priorice la capacitación de algunos de los procedimientos médicos y quirúrgicos que todo profesional médico debe saber realizar, de esta manera se aseguraría de alcanzar mayor destrezas y la participación activa del interno en la toma de decisiones del manejo médico del paciente en conjunto con los tutores médicos en diferentes áreas del establecimiento de salud, de esta forma se asegura mayor campo de aprendizaje y la evaluación más objetiva.

En este informe se ha podido evaluar que tanto en el ambiente hospitalario como en el centro de salud se tenían ventajas y desventajas que no aseguraban todas las competencias necesarias para el interno de medicina, es por ello que otra recomendación que se puede hacer es que si se piensa hacer la continuidad de esta nueva forma de trabajo en el primer nivel de atención se debe hacer de manera conjunta en hospitales para que de esa manera no se perjudique las experiencias quirúrgicas que no se pueden desarrollar en un centro de salud y de esta manera se podría cubrir mayores campos para que el futuro médico pueda desenvolverse.

Entre los muchos cambios que se deberían hacer, el de mayor interés para un interno de medicina es el de tener mayor cobertura de docentes que aseguren la enseñanza propiamente de un médico de la salud, ya que en muchos casos se dejaba al interno que aprendiera solo con la

consecuencia de errar y cometer mala praxis para el paciente.

Si bien durante la reincorporación de los internos se logró mejorar las condiciones de trabajo intentando asegurar las medidas adecuadas para su seguridad como estudiantes dándoles equipo de protección personal (EPP), una remuneración por prácticas pre – profesionales; se puede afirmar que no se cumplió adecuadamente lo planteado. Por ello se recomienda que desde el ámbito de derechos se debe exigir el cumplimiento de estas medidas de seguridad para un interno, no solo en el contexto de una emergencia sanitaria, ya que estas medidas deberían ser continuadas y mejoradas para así asegurar el desenvolvimiento adecuado del interno de medicina que desde antes de la pandemia habían muestras de violencia y maltratos que fueron publicados en diferentes artículos de revistas científicas que mostraban la realidad y problemática del internado.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Documento técnico: “Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del decreto de urgencia N° 090-2020/Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA [en línea]. Lima Perú: Ministerio de Salud; 14 de agosto de 2020 [Citado el 13 de abril del 2021]. Dirección URL: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO\\_TECNICO.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf)
2. Herrera-Añazco Percy, J.Toro-Huamanchumo Carlos. Educación médica durante la pandemia del COVID -19: iniciativas mundiales para el pregrado, internado y el residentado médico. Acta méd. Peru [Internet].2020 abr [citado 2021 abr 13]; 37(2): 169-175. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172020000200169&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000200169&lng=es).
3. Más de 400 médicos perdieron la vida luchando contra el covid-19 [Internet]. Miraflores: Colegio Médico del Perú; 22 de marzo de 2021 [Citado el 13 de abril del 2021]. Observatorio del Colegio Médico del Perú; [aprox. 1.p]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/mas-de-400-medicos-perdieron-la-vida-luchando-contr-el-covid-19/>
4. Taype-Rondán Álvaro, Tataje Rengifo Gustavo, Arizabal Angela, Alegría Hernández Saela. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. An. Fac. med. [Internet]. 2016 [citado 2021 abr 14]; 77(1): 31-38. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-)

55832016000100006&lng=es.

5. Thomas M Hooton, Kalpana Gupta. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. UpToDate. 17 de diciembre del 2019. [Citado el 14 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=infection%20urinary%20en%20gestation&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H253487567](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=infection%20urinary%20en%20gestation&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=1#H253487567)
6. Patrick S Ramsey, Robert S Schenke. Obesity in pregnancy: Complications and maternal management. UpToDate. 23 de febrero del 2021. [Citado el 14 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-pregnancy-complications-and-maternal-management?search=obesidad%20%20embarazo&source=search\\_result&selectedTitle=6~150&usage\\_type=default&display\\_rank=6#H21757198](https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-pregnancy-complications-and-maternal-management?search=obesidad%20%20embarazo&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6#H21757198)
7. Douglas S Ross. Hypothyroidism during pregnancy: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment. UpToDate. 5 de junio del 2020. [Citado el 14 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/hypothyroidism-during-pregnancy-clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment?search=hipotiroidismo%20primary&source=search\\_result&selectedTitle=5~150&usage\\_type=default&display\\_rank=5#H4181675356](https://www.uptodate.com/contents/hypothyroidism-during-pregnancy-clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment?search=hipotiroidismo%20primary&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5#H4181675356)
8. Judith A Smith, Karin A Fox, Shannon M Clark. Nausea and vomiting of pregnancy: Treatment and outcome. UpToDate. 8 de febrero del 2021. [Citado el 15 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/nausea-and-vomiting-of->

- pregnancy- treatment-and-outcome?search=hyperemesis%20gravidarum&source=search\_result&selectedTitle=1~140&usage\_type=default&display\_rank=1
9. Lauri Hochberg, Mitchel S Hoffman. Differential diagnosis of the adnexal mass. UpToDate. 17 de junio del 2020. [Citado el 15 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-the-adnexal-mass?sectionName=Paraovarian%2Fparatubal%20cysts%20and%20tubal%20and%20broad%20ligament%20neoplasms&search=ovarian%20cyst&topicRef=83704&anchor=H3404015882&source=see\\_link#H3404015882](https://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-the-adnexal-mass?sectionName=Paraovarian%2Fparatubal%20cysts%20and%20tubal%20and%20broad%20ligament%20neoplasms&search=ovarian%20cyst&topicRef=83704&anchor=H3404015882&source=see_link#H3404015882)
  10. Togas Tulandi. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate. 2 de november del 2020. [Citado el 15 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=embarking%20ectopic&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=embarking%20ectopic&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
  11. Andrei Rebarber, Brian P Jacob. Acute appendicitis in pregnancy. UpToDate. 12 de november del 2019. [Citado el 16 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-pregnancy?search=appendicitis%20in%20pregnancy&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H1955986](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-pregnancy?search=appendicitis%20in%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1955986)
  12. Deverick J Anderson, Daniel J Sexton. Antimicrobial prophylaxis for prevention of surgical site infection in adults. UpToDate. 18 de diciembre del 2019. [Citado el 16 de abril del 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/antimicrobial-prophylaxis-for->

prevention-of-surgical-site-infection-in-adults?search=operative%20wound%20infection%20pregning&sectionRank=1&usage\_type=default&anchor=H22200994&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display\_rank=1#H3142409

13. William J Mann. Overview of preoperative evaluation and preparation for gynecologic surgery. UpToDate. 1 de octubre del 2020. [Citado el 16 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-preoperative-evaluation-and-preparation-for-gynecologic-surgery?search=operative%20wound%20infection%20pregning&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-preoperative-evaluation-and-preparation-for-gynecologic-surgery?search=operative%20wound%20infection%20pregning&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
14. Dennis L Stevens, Larry M Baddour. Necrotizing soft tissue infections. UpToDate. 2 de febrero del 2021. [Citado el 16 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/necrotizing-soft-tissue-infections?search=fasciitis%20necrotizing&source=search\\_result&selectedTitle=1~135&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/necrotizing-soft-tissue-infections?search=fasciitis%20necrotizing&source=search_result&selectedTitle=1~135&usage_type=default&display_rank=1)
15. Sophie Grigoriadis. Severe antenatal unipolar major depression: Choosing treatment. UpToDate. 14 de november del 2019. [Citado el 16 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/severe-antenatal-unipolar-major-depression-choosing-treatment?search=depression%20gestation&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/severe-antenatal-unipolar-major-depression-choosing-treatment?search=depression%20gestation&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
16. Resolución ministerial: “Norma técnica de salud que establece el Esquema Nacional de Vacunación” a N° 719-2018/MINSA N° 141 – MINSA/2018/DGIESP [en línea]. Lima Perú: Ministerio de Salud; 1 de agosto de 2018 [Citado el 17 de abril del 2021]. Dirección URL: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/300034/d177030\\_opt.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/300034/d177030_opt.PDF)
17. Alerta Epidemiológica. “Riesgo de transmisión de Difteria ante la

- confirmación de un caso en el Perú”. AE- 025- 2020 [en línea]. Lima Perú:Ministerio de Salud; octubre del 2020 [Citado el 17 de abril del 2021]. Dirección URL:  
[https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/alertas/alertas\\_202025.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/alertas/alertas_202025.pdf)
18. Jason B Harris, Mark Pietroni. Approach to the child with acute diarrhea in resource-limited countries. UpToDate. 3 de octubre del 2021. [Citado el 17 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=diarrea%20en%20el%20infante&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=diarrea%20en%20el%20infante&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
19. Duncan Wilcox. Care of the uncircumcised penis in infants and children. UpToDate. 22 de enero del 2020. [Citado el 17 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/care-of-the-uncircumcised-penis-in-infants-and-children?search=Care%20of%20the%20uncircumcised%20penis%20in%20infants%20and%20children&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/care-of-the-uncircumcised-penis-in-infants-and-children?search=Care%20of%20the%20uncircumcised%20penis%20in%20infants%20and%20children&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
20. OMS. Patrones de crecimiento infantil. Indicadores antropométricos con puntuación Z. 2020 [citado el 17 de abril del 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/childgrowth/standards/peso\\_para\\_edad/es/](https://www.who.int/childgrowth/standards/peso_para_edad/es/)
21. Chandak Ghosh, Tanya Ghosh. Eyelid lesions. UpToDate. 26 de mayo del 2020. [Citado el 17 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/eyelid-lesions?search=stye&source=search\\_result&selectedTitle=1~29&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/eyelid-lesions?search=stye&source=search_result&selectedTitle=1~29&usage_type=default&display_rank=1)
22. Jacquelyn M Powers, Claudio Sandoval. Approach to the child with anemia. UpToDate. 21 de marzo del 2021. [Citado el 17 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PEDS%2F101544&topicKey=PEDS%2F5927&search=approach-to-the-child-with-%20anemia&rank=1~150&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PEDS%2F101544&topicKey=PEDS%2F5927&search=approach-to-the-child-with-%20anemia&rank=1~150&source=see_link)
23. Charles B Hicks, Meredith Clement. Syphilis: Treatment and



- monitoring. UpToDate. 8 de marzo del 2021. [Citado el 18 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/syphilis-treatment-and-monitoring?search=sifilis&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H4065348473](https://www.uptodate.com/contents/syphilis-treatment-and-monitoring?search=sifilis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H4065348473)
24. Resolución ministerial: “Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis” a N° 715-2013/MINSA [en línea]. Lima Perú: Ministerio de Salud; 8 de noviembre del 2013 [Citado el 17 de abril del 2021]. Dirección URL: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
25. Dick Menzies. Approach to diagnosis of latent tuberculosis infection (tuberculosis screening) in adults. UpToDate. 22 de enero del 2021. [Citado el 18 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/approach-to-diagnosis-of-latent-tuberculosis-infection-tuberculosis-screening-in-adults?search=tuberculosis&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-diagnosis-of-latent-tuberculosis-infection-tuberculosis-screening-in-adults?search=tuberculosis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
26. Silvio E Inzucchi, Beatrice Lupsa. Clinical presentation, diagnosis, and initial evaluation of diabetes mellitus in adults. UpToDate. 1 de marzo del 2021. [Citado el 18 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults?search=diabetes%20mellitus&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults?search=diabetes%20mellitus&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
27. Deborah J Wexler. Initial management of hyperglycemia in adults with type 2 diabetes mellitus. UpToDate. 5 de noviembre del 2020. [Citado el 18 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-hyperglycemia-in-adults-with-type-2-diabetes-mellitus?search=diabetes%20mellitus&topicRef=1812&source=related\\_link](https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-hyperglycemia-in-adults-with-type-2-diabetes-mellitus?search=diabetes%20mellitus&topicRef=1812&source=related_link)

28. Andrew S Levey, Lesley A Inker. Definition and staging criteria of acute kidney injury in adults. UpToDate. 18 de junio del 2020. [Citado el 18 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/definition-and-staging-criteria-of-acute-kidney-injury-in-adults?search=insuficiencia%20renal&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/definition-and-staging-criteria-of-acute-kidney-injury-in-adults?search=insuficiencia%20renal&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
29. Wissam Bleibel, Sanjiv Chopra, Michael P Curry. Portal hypertension in adults. UpToDate. 14 de mayo del 2019. [Citado el 18 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/portal-hypertension-in-adults?search=hipertensi%C3%B3n%20portal&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/portal-hypertension-in-adults?search=hipertensi%C3%B3n%20portal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
30. Robert S Rosenson. Secondary causes of dyslipidemia. UpToDate. 6 de abril del 2021. [Citado el 18 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/secondary-causes-of-dyslipidemia?search=dislipidemia&source=search\\_result&selectedTitle=7~150&usage\\_type=default&display\\_rank=7](https://www.uptodate.com/contents/secondary-causes-of-dyslipidemia?search=dislipidemia&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7)
31. Michael Pignone. Management of elevated low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C) in primary prevention of cardiovascular disease. UpToDate. 15 de enero del 2021. [Citado el 18 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-elevated-low-density-lipoprotein-cholesterol-ldl-c-in-primary-prevention-of-cardiovascular-disease?search=dislipidemia&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/management-of-elevated-low-density-lipoprotein-cholesterol-ldl-c-in-primary-prevention-of-cardiovascular-disease?search=dislipidemia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
32. Hugo Manrique Chicoma, Melissa Acuña Aucchuasi, Marco Tovar Taboaca. Análisis situacional de Salud (ASIS) – Hospital San José del Callao. Gobierno regional del Callao – DIRESA Callao. Perú – Callao: 2016. (citado el 18 de abril del 2021). Disponible en: [http://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos\\_generales\\_entrada/disposiciones\\_emitidas/resolucion\\_directoral/2017/RD132-1.pdf](http://www.hsj.gob.pe/transparencia/documentos/datos_generales_entrada/disposiciones_emitidas/resolucion_directoral/2017/RD132-1.pdf)

33. Dirección de redes integradas de salud Lima Sur. Análisis situacional de Salud (ASIS) – DIRIS Lima Sur. Lima – Chorrillos: 2019. (citado el 18 de abril del 2021). Disponible en: <https://www.epidirisls.com/asis-2018>
34. Robert M Ehsanipoor, Andrew J Satin. Normal and abnormal labor progression. UpToDate. 11 de setiembre del 2020. [Citado el 18 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/normal-and-abnormal-labor-progression?search=partograma&source=search\\_result&selectedTitle=1~1&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H777298352](https://www.uptodate.com/contents/normal-and-abnormal-labor-progression?search=partograma&source=search_result&selectedTitle=1~1&usage_type=default&display_rank=1#H777298352)
35. Marc R Togli. Repair of perineal and other lacerations associated with childbirth UpToDate. 1 de abril del 2020. [Citado el 18 de abril del 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/repair-of-perineal-and-other-lacerations-associated-with-childbirth?search=parto%20vaginal&source=search\\_result&selectedTitle=5~150&usage\\_type=default&display\\_rank=5](https://www.uptodate.com/contents/repair-of-perineal-and-other-lacerations-associated-with-childbirth?search=parto%20vaginal&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5)
36. Resolución ministerial: “Norma técnica de salud de atención integral de la población trans femenina para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA”. NTS N°126 - N° 980 -2016/MINSA [en línea]. Lima Perú: Ministerio de Salud; 21 de diciembre del 2016 [Citado el 19 de abril del 2021]. Dirección URL: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/192718/191440\\_RM\\_N\\_980-2016-MINSA.pdf20180904-20266-unuk00.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/192718/191440_RM_N_980-2016-MINSA.pdf20180904-20266-unuk00.pdf)
37. Taype-Rondán Álvaro, Lizarraga-Castañeda Zaida, Mayor-Vega Alexander, Mariños-Claudet Angie. Percepción de violencia durante el internado de medicina en una universidad peruana. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2016 abr [citado 2021 Abr 19]; 33 (2): 382-384. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342016000200032&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200032&lng=es).

## **ANEXOS**



➤ ANEXO N° 2. Vacunación 2020

**Tabla N° 1: Recomendaciones transitorias acortados para la vacunación según edad y tipo de vacuna en personas con incumplimiento del calendario de vacunación (intervalo-mínimo)**

VACUNA	Dosis ÚNICA	Intervalo mínimo entre Dosis		Observaciones
		1ª a 2ª	2ª a 3ª	
BCG RN	SI	-	-	
HVB RN	SI	-	-	
Pentavalente	-	4 semanas	4 semanas	
Polio IM	-	4 semanas	-	
Polio VO	SI	-	-	1 dosis a los 6 m
Rotavirus	-	4 semanas	-	Edad máxima 8m 0 días
Neumococo	-	4 semanas	4 semanas	
Influenza	-	4 semanas	-	< de 1 año: 2 dosis
SPR	SI	-	-	
Varicela	SI	-	-	
Fiebre Amarilla	SI	-	-	
Virus Papiroma	-	5 meses		

**Tabla N° 2: Recomendaciones para la vacunación según edad y tipo de vacuna en personas con incumplimiento del calendario de vacunación (intervalo-mínimo).**

VACUNA	EDAD recomendada	Intervalo Mínimo desde dosis anterior	Observaciones
DPT 1er Refuerzo	18 meses	6 meses	De Pentavalente previa
Polio VO 1er Refuerzo	18 meses	6 meses	De Polio VO previa
SPR 1er Refuerzo	18 meses	4 semanas	De SPR previa
Influenza	Mayor de 1 año	1 año	Anualmente
DPT 2° Refuerzo	4 años- 5 años 0 días	6 meses	De DPT previa
Polio VO 2° Refuerzo	4 años – 5 años 0 días	6 meses	De Polio VO previa



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Salud Pública

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

➤ **ANEXO N° 3: Formato de baciloscopia**

DISA/DIRESA: ..... Red de Salud: .....

EESS: ..... 2. Servicio: ..... Cama N°

3. .... Apellidos y Nombres ..... Edad  Sexo

Hist. Clínica  DNI  Teléfono

Dirección: .....

Provincia: ..... Distrito: .....

Referencia: ..... Correo electrónico: .....

4. Tipo de Muestra: ..... Esputo  Otro  Especificar: .....

5. Antecedente de tratamiento: Nunca Tratado  Antes tratado: Recaida  Abandono Recup.  Fracaso

6. Diagnóstico: S.R.  Seg. Diagnóstico  Rx Anormal  Otro

7. Control de tratamiento: Mes  Esq. TB sensible  Esq. DR  Esq. MDR  Esq. XDR  Otros

8. Ex. solicitado: Baciloscopia: 1ra M  2da M  Otras (especificar N°)  Cultivo

Prueba de Sensibilidad: Rápida  Especificar: ..... Convencional  Especificar: .....

Otro examen (especificar): .....

9. Factores de riesgo TB resistente a medicamentos: .....

10. Fecha de obtención de la muestra: ..... 11. Calidad de la muestra: Adecuada  Inadecuada

12. Datos del solicitante:

Apellidos y Nombres: .....

Teléfono celular: ..... Correo: .....

13. Observaciones: .....

**14. RESULTADOS: (PARA SER LLENADO POR EL LABORATORIO)**

Fecha	Procedimiento	N° de Registro de Laboratorio	Aspecto macroscópico	Resultados (solo marcar casilla correspondiente)		
				Negativo Anotar (-)	N° BAAR/Colonias	POSITIVO (Anotar. +, ++, +++ con color rojo)
	Baciloscopia					
	Cultivo					

15. Apellidos y Nombres del Laboratorio: ..... 16. Fecha de entrega: .....

17. Observaciones: .....