



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**INTERNADO MÉDICO 2020–2021 REALIZADO DURANTE LA  
PANDEMIA DE COVID–19 EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
DEL PRIMER Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN LIMA, PERÚ**

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

**PRESENTADO POR  
DANIEL ALEJANDRO RONCAL CASTRO  
VANESSA DEL PILAR ZAVALA TAPIA**

**ASESOR  
MAG. JULIO CÉSAR LUQUE ESPINO**

**LIMA, PERÚ**

**2021**



**Reconocimiento - No comercial**

**CC BY-NC**

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**INTERNADO MÉDICO 2020–2021 REALIZADO DURANTE LA  
PANDEMIA DE COVID–19 EN ESTABLECIMIENTOS DE  
SALUD DEL PRIMER Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN  
LIMA, PERÚ**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**DANIEL ALEJANDRO RONCAL CASTRO**

**VANESSA DEL PILAR ZAVALETA TAPIA**

**ASESOR**

**MAG. JULIO CÉSAR LUQUE ESPINO**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Mag. Mercado Herrera, María Isabel

**Miembro:** Mag. Gálvez Carrillo, Karin Narda

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

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres por su apoyo incondicional, su sacrificio, su firmeza ante las adversidades y por guiarnos en este camino.

Roncal Castro, Daniel Alejandro  
Zavaleta Tapia, Vanessa del Pilar

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, a nuestros padres, por el continuo apoyo y amor durante toda la formación médica. A nuestros maestros por las enseñanzas y experiencias vividas. A cada paciente por la confianza y enseñanzas que nunca se encontraran en un libro. A nuestras amistades que nos han acompañado hasta el final de este tramo. A la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres por el todo el apoyo brindado durante los años de estudios, sobre todo en el último año académico.

Roncal Castro, Daniel Alejandro

Zavaleta Tapia, Vanessa del Pilar

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>PORTADA</b>	i
<b>JURADO</b>	ii
<b>DEDICATORIA</b>	iii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iv
<b>ÍNDICE</b>	v
<b>RESUMEN</b>	vii
<b>ABSTRACT</b>	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	x
<b>CAPÍTULO I: TRAYECTORÍA PROFESIONAL</b>	1
1.1 Caso N°01	2
1.2 Caso N°02	2
1.3 Caso N°03	3
1.4 Caso N°04	3
1.5 Caso N°05	4
1.6 Caso N°06	5
1.7 Caso N°07	5
1.8 Caso N°08	5
1.9 Caso N°09	7
1.10 Caso N°10	7
1.11 Caso N°11	8
1.12 Caso N°12	8
1.13 Caso N°13	9
1.14 Caso N°14	9
1.15 Caso N°15	10
1.16 Caso N°16	11
<b>CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	12
<b>CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	16
3.1 Caso N°01	16

3.2 Caso N°02	17
3.3 Caso N°03	18
3.4 Caso N°04	19
3.5 Caso N°05	19
3.6 Caso N°06	20
3.7 Caso N°07	22
3.8 Caso N°08	23
3.9 Caso N°09	24
3.10 Caso N°10	25
3.11 Caso N°11	26
3.12 Caso N°12	27
3.13 Caso N°13	28
3.14 Caso N°14	29
3.15 Caso N°15	30
3.16 Caso N°16	32
<b>CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>33</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>36</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>37</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>38</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>44</b>
1. Puntuación de escala de Alvarado modificada para el diagnóstico clínico de apendicitis aguda.	45
2. Algoritmo de consenso de la Asociación Española de Coloproctología y de la Sección de Coloproctología de la AEC.	46
3. Algoritmo terapéutico de manejo de úlcera péptica perforada	47
4. Flujograma del manejo del síndrome de flujo vaginal de la norma técnica de infecciones de transmisión sexual del MINSA	47
5. Algoritmo diagnóstico de sangrado vaginal en el primer trimestre	48
6. Criterios diagnósticos del Síndrome de Ovario Poliquístico y fenotipos de esta enfermedad	48
7. Puntaje de Ferriman-Gallwey, criterio del consenso de Rotterdam.	49
8. Riesgo de presentar síndrome metabólico en función del perímetro abdominal en personas hipertensas	49
9. Fisiología de la presión arterial	50

10. Tipos de atresia esofágica y fístula traqueoesofágica	51
11. Evaluación y manejo del estado de deshidratación de la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño del MINSA	52
12. Flujograma de atención de paciente pediátrico con enfermedad diarreica aguda	53
13. Tratamiento de niños con algún grado de deshidratación	53
14. Composición de las sales de rehidratación oral de baja osmolaridad del Manual clínico para los servicios de salud de la OPS	54

## RESUMEN

El internado médico en Perú forma parte fundamental del desarrollo de la carrera de medicina humana, se lleva a cabo en los establecimientos de salud de nivel II y III en todo el Perú. Consta de un año calendario completo en donde los internos de medicina se integran a la atención de pacientes dentro de las principales áreas hospitalarias, siendo estas: Medicina interna, pediatría, ginecología - obstetricia y cirugía general; y las subespecialidades correspondientes a estas áreas.

La pandemia del COVID-19 ocasionó que dichas actividades se vean reducidas debido a la reestructuración de diversos hospitales para priorizar la atención de pacientes contagiados por el virus SARS-CoV-2 y principalmente para salvaguardar la integridad de los futuros profesionales de la salud.

**Objetivo:** Describir los acontecimientos ocurridos durante el desarrollo del internado médico dentro del contexto de la pandemia de COVID-19 y describir los conocimientos y habilidades adquiridas para la obtención del título de médico cirujano.

**Metodología:** Recolección de casos clínicos realizados durante el internado médico y presentar los fundamentos teóricos relacionados.

**Conclusiones:** La reintegración de los internos de la carrera de medicina humana en establecimientos de salud del primer nivel de atención no solo significó adaptar las expectativas propias de cada interno sobre lo que se conocía como un internado médico regular; sino que enfrenta a los futuros profesionales a condiciones laborales y a nivel de infraestructura de acorde a las que realizará inmediatamente después de obtener el título profesional de médico cirujano, tal como el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud.

**Palabras clave:** Internado médico, Medicina Interna, Cirugía General, Neonatología, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, COVID-19.

## ABSTRACT

Medical internment in Peru is a fundamental part of the development of the human medicine career, held in the level II and III health facilities throughout Peru. It consists of a full calendar year in which medical inmates integrate into the care of patients within the main hospital areas, these being: Internal medicine, pediatrics, gynecology - obstetrics and general surgery; and the subspecialties corresponding to these areas.

The COVID-19 pandemic caused the aforementioned activities to be reduced due to the restructuring of various hospitals to prioritize the care of patients infected with SARS-CoV-2 virus and mainly to safeguard the integrity of future health professionals.

**Objective:** To detail the events that took place during the development of the medical internship within the context of the COVID-19 pandemic as well as describe the knowledge and skills acquired for obtaining the title of surgeon physician.

**Methodology:** Collection of clinical cases carried out during medical internship and present the related theoretical foundations.

**Conclusions:** The reintegration of interns from the human medicine career into health facilities of the first level of care not only meant to adapt the proper expectations of each interns on what was known as a regular medical internship; but rather it took future professionals to deal with work conditions and at levels of infrastructure according to what will be realized immediately after obtaining the professional title of surgeon physician., such as the Marginal Rural and Urban Health Service.

**Keywords:** Medical internship, Internal Medicine, General Surgery, Neonatology, Pediatrics, Gynecology, Obstetrics, COVID-19.

## INTRODUCCIÓN

Durante los primeros dos meses del año 2020, los casos de COVID-19 solo se registraban en países de Asia, Europa, Norteamérica y Brasil. En el caso de Perú, el aislamiento y descarte de pacientes sospechosos de Covid-19 comenzó a realizarse en el mes de febrero en este hospital, instalándose carpas con este fin.

El internado médico 2020 se realizó en el Hospital Nacional Dos de Mayo durante los meses de enero, febrero y, debido a las medidas dictadas por el gobierno ante la pandemia por COVID-19, sólo los primeros 15 días de marzo. Se retomaron las actividades en el mes de octubre del 2020, según lo establecido en la Resolución Ministerial N622-2020-MINSA (1) y la continuación del internado se realizó en el Centro de Salud Jesús María.

Según la mencionada resolución se permitieron las rotaciones externas en sedes de mayor complejidad, dichas rotaciones se realizaron en el Hospital de Vitarte y en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

Para la realización del internado médico se participó en un programa de inducción organizado por el Hospital Nacional Dos de Mayo sobre los diversos servicios que engloba, los deberes y derechos de los internos, abordaje de pacientes, la forma correcta de realización de historias clínicas y documentos administrativos, estrategias para la promoción y prevención de la salud; y protocolos de bioseguridad.

Cuando se determinó el retorno al internado médico se recibió una capacitación por parte de la Universidad de San Martín de Porres. Esta consistió en las bases teóricas del COVID-19: Epidemiología, métodos de contagio, periodo de incubación, manifestaciones clínicas, manejo de

pacientes según la norma técnica de salud N 160-MINSA/2020 (2) y métodos de prevención y bioseguridad.

Así mismo en el Centro de Salud Jesús María se participó en un programa de inducción durante los días previos al retorno de actividades del internado médico. Se participó en la capacitación sobre el correcto llenado de formatos correspondientes a la atención médica, pruebas para el diagnóstico de COVID-19 y el correcto uso y desecho de los equipos de protección personal. Actualmente los internos de ciencias de la salud continúan en formación bajo la supervisión de los tutores asignados por las mismas universidades, en sus respectivos centros de trabajo. Además, es necesario recalcar el cumplimiento del Decreto de Urgencia, debido al riesgo de exposición que tienen los internos y el personal de salud que continúa laborando durante por la pandemia.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORÍA PROFESIONAL**

El internado médico en Perú forma parte fundamental del desarrollo de la carrera de medicina humana, se lleva a cabo en los establecimientos de salud de nivel II y III en todo el Perú. Consta de un año calendario completo en donde los internos de medicina se integran a la atención de pacientes dentro de las principales áreas hospitalarias, siendo estas: Medicina interna, pediatría, ginecología - obstetricia y cirugía general; y las subespecialidades correspondientes a estas áreas. Las labores que se realizan durante el internado son: participación durante las visitas médicas, apoyo en consultorios externos, gestión de la atención de pacientes en las áreas de hospitalización y emergencias, ingreso a sala de operaciones y realizar procedimientos de baja complejidad bajo la supervisión de personal asistencial.

El internado otorga la oportunidad de consolidar los conocimientos adquiridos durante la etapa de ciencias básicas y práctica clínica de la carrera, debido a la integración de los internos a la atención de los pacientes en diversas situaciones de la atención médica se logra el desarrollo de una adecuada relación médico – paciente, que como se ha visto es la piedra angular del acto médico. Por otro lado, al incluirse al interno en la presentación de casos clínicos, visitas y juntas médicas, hace que el interno este en constante actualización de las bases teóricas de las patologías y manejo adecuado de estas, ya que uno de los varios objetivos es la aplicación de estos conocimientos en el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) en el pronto ejercicio profesional del médico recién egresado.

A continuación, se detalla algunos casos clínicos atendidos, bajo la supervisión del personal asistencial, durante la realización del internado médico.

### **1.1 Caso N°01**

Durante una guardia en emergencia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, llegó un paciente varón de 47 años, sin antecedentes de importancia, con dolor moderado en fosa iliaca derecha, asociado a anorexia y fiebre desde hace aproximadamente 6 horas. Al examen físico preferencial se evidenció abdomen globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, dolor a la palpación superficial y profunda, signo de McBurney positivo, Rovsing positivo, rebote positivo. Se aplicó la escala de Alvarado, para la valoración clínica del paciente. Se obtuvo una puntuación de 8 en la escala de Alvarado; lo que junto a la anamnesis e interpretación de resultados de laboratorio llevó a concluir en el diagnóstico de apendicitis aguda, por lo que tuvo que ser intervenido quirúrgicamente. Previo al procedimiento se solicitó riesgo quirúrgico de cardiología, neumología y anestesiología, además se comunicó el diagnóstico y tratamiento a la familia del paciente.

En cuanto al seguimiento del paciente, durante la cirugía no se presentó ninguna complicación y la evolución durante la hospitalización fue favorable, pudiéndose darle de alta a los 2 días de intervenido.

### **1.2 Caso N°02**

Paciente varón de 63 años que acudió a consultorio externo de cirugía general del Hospital Nacional Dos de Mayo, refiriendo que desde hace aproximadamente un año y medio presentaba una tumoración en la región inguinal derecha que protruía al estar de pie y se ocultaba al decúbito, y que actualmente presentaba mayor incomodidad para realizar sus actividades diarias y esporádicamente dolor en la región inguinal derecha.

Se realizó el examen físico, en donde primero se evaluó ectoscópicamente al paciente de pie, pidiendo que se descubriera la zona inguinal para observar dicha tumoración referida. En efecto, se identificó una tumoración de regular tamaño en dicha región, luego se evaluó al paciente en la camilla al decúbito dorsal y se realizaron las maniobras de Valsalva, se evidenció que la

tumoración salía del lugar, tomándose como punto de referencia el ligamento inguinal, concluyendo que se trataba de una hernia inguinal derecha.

Se le informó del diagnóstico al paciente y el tratamiento que ameritaba, que en este caso era quirúrgico. Se selecciono una posible fecha para la cirugía electiva del paciente, y se solicitaron los exámenes prequirúrgicos, y respectivos riesgos quirúrgicos por las especialidades de cardiología, neumología y anestesiología. Alrededor de un mes después, el paciente acudió al servicio H-4 de cirugía del Hospital Dos de Mayo para el procedimiento debido, el cual fue llevado a cabo con éxito, dando lugar a una pronta alta con las indicaciones de acudir a una evaluación posterior por el consultorio externo de cirugía del Hospital.

### **1.3 Caso N°03**

Paciente varón de 30 años acude a la consulta por presentar desde hace dos días un cuadro caracterizado por dolor durante la defecación, el paciente informó presencia discreta de sangre al limpiarse tras defecar. El dolor disminuía considerablemente al terminar de defecar. Durante la anamnesis refirió sufrir de estreñimiento crónico desde hace 06 meses y poca ingesta de frutas o verduras. Al examen físico se encontró pérdida de la continuidad en la línea media posterior de aproximadamente 5 mm, eritematosa y húmeda.

Se le informó el diagnóstico de fisura anal al paciente y se le recomendaron medidas de soporte como la ingesta abundante de líquidos, dieta alta en fibra, baños de asiento con agua tibia, analgésicos tópicos y vasodilatadores tópicos.

### **1.4 Caso N°04**

Paciente mujer de 71 años acudió al centro de salud refiriendo que hace unas 3 horas había presentado un dolor súbito de tipo punzante en fosa iliaca derecha, a lo que se le había agregado náuseas y vómitos; y actualmente presentaba sensación de alza térmica. La paciente refiere padecer de enfermedad de úlcera péptica, consumir inhibidores de bombas de protones,

además refiere consumo de analgésicos antiinflamatorios no esteroides (AINES) por dolores de cabeza frecuentes.

A la exploración física presentó facie dolorosa con los siguientes signos vitales alterados: temperatura en 37.9°C y frecuencia cardíaca en 110 latidos por minuto; abdomen rígido, con dolor a la palpación media y profunda en todo el abdomen a predominio de la fosa iliaca derecha, asociado a signos de irritación peritoneal.

Se solicitó ecografía y radiografía abdominal. En la ecografía abdominal se halló líquido libre en cavidad y en la radiografía abdominal, imagen compatible con neumoperitoneo; por lo cual se decide hacer una referencia con el diagnóstico de abdomen agudo a descartar perforación de úlcera péptica.

Los siguientes casos de la rotación de ginecología y obstetricia fueron vistos en el Centro de Salud Jesús María, y los de mayor complejidad en el Hospital Dos de Mayo.

### **1.5 Caso N°05**

Paciente mujer de 29 años acudió al servicio de obstetricia del centro de salud, refiriendo que quería un método de planificación familiar seguro porque iba a comenzar a convivir con su pareja y por el momento no querían formar una familia.

Durante la consulta, refirió que previamente había usado anticonceptivos orales combinados, y que hace dos meses le habían hallado litiasis vesicular. Se conversó con la paciente para determinar cuál sería el mejor método anticonceptivo según su historia clínica y necesidades, se optó por el implante subdérmico, brindándole información y asegurándose que la paciente comprendiera lo positivo y negativo de este método. Se hizo el procedimiento el mismo día de la consulta y se pidió a la paciente que retornara 3 días después para evaluar el lugar de inserción del dispositivo, y posteriormente al mes.

### **1.6 Caso N°06**

Paciente mujer de 36 años acude a centro de salud debido a que desde hace aproximadamente 3 días presenta flujo vaginal de color blanco - grisáceo de mal olor y descensos que manchan ropa interior. Se realizó el examen físico, hallándose en el aparato genito-urinario: Moderada leucorrea blanquecina grisácea. Se planteo como diagnóstico presuntivo un síndrome de flujo vaginal, se dejó como tratamiento metronidazol de 2 gramos vía oral. Y se brindaron las 4 C: consejería, cumplimiento del tratamiento, contactos y condones.

### **1.7 Caso N°07**

Paciente mujer de 15 años acude con madre a la emergencia del Hospital Dos de Mayo, debido a que presenta dolor suprapúbico y sangrado vaginal de gran cantidad. Paciente menciona fecha de última regla de hace 3 semanas aproximadamente menciona y que no utiliza métodos anticonceptivos. Al examen clínico presenta funciones vitales normales, leve palidez de mucosas, por especuloscopia se evidencia orificio cervical interno (OCI) dilatado y un sangrado abundante a través del OCI, no se evidencia alteración de la conciencia. Se solicita prueba de laboratorio que determina beta HCG elevado, consistente con embarazo. A la ecografía transvaginal se visualizó apertura del cérvix, contenido heterogéneo en cavidad uterina y línea endometrial gruesa.

Se planteó como diagnóstico presuntivo un aborto consumado incompleto, por lo cual se decidió hacer una aspiración manual endouterina (AMEU), ya que la paciente se encontraba estable y el tiempo de embarazo era menor de 12 semanas.

### **1.8 Caso N°08**

Paciente mujer de 25 años acude a consulta por presentar dificultad para poder concebir, alteración del ciclo menstrual, con ciclos de abundante sangrado y, encontrándose casada y habiendo tratado de salir embarazada por más de 1 año, junto a su pareja. La paciente no tiene antecedentes de

importancia y refiere que para ella su ciclo era normal, puesto que ella y sus dos hermanas, con las que vivía hasta hace un año, también tenían ciclos irregulares, pero coincidían entre ellas. Presenta una talla de 1.60 metros y un peso de 80 kilos; se calcula un IMC de 31.25 Kg/m<sup>2</sup>. Al examen clínico se observa por ectoscopia a una señora con adiposidad localizada central, con crecimiento de vello en eje central del cuerpo y distribución de la grasa corporal en patrón androgénico, resto sin alteraciones.

Al profundizar en la historia clínica, se obtuvo el dato que la madre sufrió un aumento de peso mayor al estimado durante su embarazo, además de presentar una coloración oscura en sus pliegues.

Siguiendo con el estudio de la paciente, se le aplica el puntaje de Ferriman-Gallwey y obtiene un resultado de 7, siendo compatible con hirsutismo, además, se le realiza dosaje de testosterona libre y total que da como resultado un aumento mayor al 2% de testosterona libre. Se le realiza una ecografía transvaginal donde se evidencia volumen ovárico izquierdo y derecho de 12 milímetros y 10 milímetros respectivamente y presencia de múltiples quistes en ambos ovarios. Se confirmó diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico, explicándole que ese es el motivo por el cual no puede quedar embarazada, puesto que en muchos casos produce anovulación. Se le solicitaron pruebas de glucosa y de insulina basal y postprandial para descartar una diabetes concomitante. Se le dio indicaciones para mejorar su peso, se inició tratamiento con inhibidor de aromatasa tal como letrozole, y se le recomienda acudir a consultas en planificación familiar para así, cuando ya sea una mujer con ciclos regulares, tratar que la fecundación se de en los días con mayor fertilidad; además de indicarle medicación preventiva contra los defectos de tubo neural, por si sale gestando.

Por otra parte, se le sugiere que sus hermanas también pasen chequeos ginecológicos.

En los consultorios externos de medicina del Centro de Salud Jesús María se atendieron algunos de los siguientes casos, junto con el personal médico de la institución:

### **1.9 Caso N°09**

Paciente mujer de 21 años acude a centro de salud con tiempo de enfermedad de 1 día, refiere dolor de cabeza tipo pulsátil en región temporal izquierda que se fue intensificando durante el día de ayer, asociado a fotofobia. Tomó una pastilla de paracetamol, pero dicho dolor no calmó, imposibilitándola a continuar con sus actividades diarias. Menciona que desde aproximadamente los 20 años presenta episodios similares recurrentes al cuadro clínico y en más de una oportunidad estuvo asociado a náuseas y vómitos. Como antecedentes refiere ser estudiante universitaria, consume bebidas energéticas, y que madre sufre de migraña, niega otros antecedentes de importancia.

Tras la anamnesis, se determinó como diagnóstico una migraña clásica, y se dejó como tratamiento inicial antiinflamatorios no esteroideos (AINES), y se le pidió a la paciente que en 15 días regresara a consulta para una nueva evaluación.

### **1.10 Caso N°10**

Paciente varón de 51 años acude a centro de salud porque refiere que desde hace un mes y medio presenta esporádicamente cefaleas y palpitaciones, como antecedentes de importancia menciona ser fumador, 10 cigarrillos por día, niega patologías y como antecedentes familiares menciona que padre y madre eran hipertensos.

Al examen clínico se encontró presión arterial de 150/100 mmHg, temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria en valores normales. Además, se le toma el peso, talla y perímetro abdominal, de 96 kg, 1.65m y 113cm respectivamente; lo cual indica un índice de masa corporal (IMC) de 35.26 correspondiente a obesidad grado I y un riesgo alto de presentar síndrome metabólico por el perímetro abdominal elevado.

Se le dejó reposar 20 minutos, y se le preguntó si había venido a la consulta tras hacer actividad física, o si había tomado café, alcohol o si había fumado previamente. Pero volvió a presentar una presión arterial de 150/100 mmHg; por lo cual se le indicó que volviera a acercarse al centro de salud los siguientes tres días para que se le tome la presión arterial y se anote los

resultados en una hoja. El paciente acudió al centro de salud en las fechas indicadas y se volvió a registrar presiones elevadas, por lo cual se le indicó tratamiento antihipertensivo, y además se solicitó un perfil lipídico, a descartar complicaciones típicamente asociadas al síndrome metabólico.

### **1.11 Caso N°11**

Paciente mujer de 40 años acudió al consultorio externo de medicina del centro de salud refiriendo que desde hace 4 días presentó dolor en hipogastrio al orinar asociado a ardor, malestar general, sensación de perder orina y polaquiuria.

Al examen físico se encuentra paciente en regular estado general, temperatura de 36°C y dolor suprapúbico a la palpación superficial y profunda. Se le solicitó un examen completo de orina y se le indica fenazopiridina para el malestar generado y una fluoroquinolona como ciprofloxacino para iniciar a tomar vía oral por 5 días, tras dejar su muestra de orina.

Dos días después, paciente regresó con resultados del examen de orina, en donde se halló turbia amarillenta, con leucocitos 50-100 por campo, microbios 3+ y nitritos +. Se le indica continuar con la antibioticoterapia y reevaluación en 10 días con examen de orina.

### **1.12 Caso N°12**

Paciente adulto mayor de 72 años acude al consultorio refiriendo dolor en múltiples articulaciones. Refiere que presenta el dolor desde hace un año, pero por temor a la exposición al COVID-19 no acudió anteriormente. Niega antecedentes de importancia, pero mencionó que tiene como medicación habitual el uso de celecoxib 600 mg una vez al día por el dolor y en una oportunidad le habían realizado una infiltración en la rodilla derecha.

Al examen físico presenta un regular estado general, regular estado de hidratación y regular estado de nutrición; orientado en tiempo, espacio y persona. Se encontró dolor a la movilización de hombros, muñecas, rodillas y tobillos. Además de limitación funcional por lo que tenía que hacer uso de un bastón. Se evaluó escala del dolor y refiere que actualmente presenta un 8/10,

por haber realizado una caminata muy larga el día de ayer. Se decide darle antiinflamatorios por vía intramuscular y reiniciar con los mismos por vía oral cuando presente dolor. Se le indica además reposo y fisioterapia para manejo del dolor y se le da recomendaciones de siempre calentar antes de comenzar alguna actividad física.

A continuación, se mencionan algunas de las patologías vistas durante la rotación de pediatría en el Hospital Nacional Dos de Mayo y en el Hospital de Ate Vitarte.

### **1.13 Caso N°13**

Se recibe a recién nacido de 38 semanas por cesárea, la cual era la primera bebé de ambos padres, sin antecedentes, controles prenatales completos. Paciente neonato presentó disminución de peso debido a presentó lactancia entrecortada y vómitos de contenido alimentarios inmediatamente después de la lactancia. Se indica la colocación de una sonda orogástrica, la cual no pudo realizarse debido a que la sonda no pasa por el esófago. Se hace el diagnóstico presuntivo de atresia esofágica, se le hacen estudios imagenológicos y se confirmó el diagnóstico de atresia esofágica asociada a una fístula traqueoesofágica. Es evaluado por el servicio de cirugía pediátrica y se decide realizar resección de la fístula, cierre del defecto traqueal y la anastomosis primaria del esófago.

La paciente permaneció internada en la unidad de cuidados intermedios (UCIN) para la realización de cuidados postoperatorios y pudo ser dada de alta al poder deglutir la leche materna y empezar a ganar peso.

### **1.14 Caso N°14**

Paciente varón de 2 años es traído por la madre a consultorio del centro de salud por presentar desde hace 3 días un cuadro caracterizado por fiebre repentina y tos leve, se observa la aparición de sarpullido con manchas color rosa en el pecho y cuello con poca incidencia en brazos. Presenta también disminución de apetito y leve diarrea. La madre comenta que el hijo (1 año 7

meses) de su prima quién está de visita en su casa presenta las mismas manchas rosadas en pecho, cuello, brazos y piernas.

Dados los síntomas se concluye que es un caso de exantema súbito, apoyado por un hemograma en el que se observa leucocitosis por neutrofilia.

Se advirtió a la madre que era necesario realizar el seguimiento y control de la temperatura utilizando medios físicos en primera instancia y de no poder controlarse con eso, se le recomendó el uso de paracetamol vía oral con la dosis adecuada para el paciente. Ya que, por las temperaturas elevadas producidas por la fiebre, el paciente podría llegar a generarse convulsiones febriles.

### **1.15 Caso N°15**

Madre acude con niña de 3 años a emergencias del Hospital de Ate, refiriendo que desde la noche de ayer la niña presentó deposiciones líquidas, sin sangre y sin moco, sensación de alza térmica no cuantificada, disminución del apetito. Y para el día de hoy continuo con el cuadro de deposiciones líquidas, y antes del ingreso presento 3 episodios de vómitos siendo el último hace 2 horas, niega fiebre o pérdida de consciencia. Además, menciona que, desde el día de hoy, el comportamiento la niña no es el habitual, la ve más callada y tranquila. Madre de familia refirió que la niña vio una botella de agua y esta le dijo que tenía sed. Niega antecedentes patológicos, vive con ambos padres, cartilla de vacunación al día.

Al examen físico se hallaron signos de deshidratación moderada como: ojos hundidos, mucosas secas, signo de pliegue menor de 2 segundos. Se niegan otras alteraciones. Se indica como primera medida hidratación pausada con sales de rehidratación oral y se solicitaron exámenes como hemograma, PCR, reacción inflamatoria en heces y examen de heces en fresco. La paciente se quedó en observación por aproximadamente 4 horas, para evaluar la tolerancia a la ingesta de líquidos. Tras los resultados de los exámenes solicitados: el examen de heces reveló reacción inflamatoria negativa; al examen macroscópico se encontró un aspecto heterogéneo, color marrón verdoso, olor fétido, consistencia blanda, sangre ausente, moco ausente, leucocitos ausentes, residuos alimenticios presentes y ausencia de helmintos;

al examen microscópico no se encontraron parásitos. Se hizo una nueva evaluación, en donde la menor presentaba mejoría del cuadro clínico por lo tanto se indicó el alta con indicaciones.

### **1.16 Caso N°16**

Se recibe a un varón recién nacido a término de 39 semanas adecuado para edad gestacional, que fue producto de parto por cesárea por desproporción cefalopélvica. En la atención del recién nacido se constata un *APGAR* 7 al minuto y 8 a los 5 minutos de vida, peso de 3.500 gramos y discreta dificultad respiratoria que posteriormente se evaluó con la escala de Silverman Anderson la cual evalúa: Aleteo nasal, quejido, tiraje intercostal, retracción xifoidea y desbalance toraco abdominal, dando un puntaje de 3. A la exploración destaca una frecuencia respiratoria mayor a 70, lo que se traduce como taquipnea. Se le solicita una radiografía de tórax anteroposterior y pasa a UCIN para observación y/o requerimiento de oxigenoterapia, hasta resolución del problema.

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

El internado médico inició en el Hospital Nacional Dos de Mayo, el 31 de diciembre del 2019. Este es un establecimiento de salud de categoría III-1, perteneciente a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro y al Ministerio de Salud (3). Está ubicado en las inmediaciones del parque histórico de la medicina peruana a la altura de la cuadra 13 de la avenida Grau en el distrito de Cercado de Lima. Es un hospital de referencia a para todo el país y cuenta con una amplia variedad de especialidades médicas y quirúrgicas (4). En el caso de no poder realizar pruebas para el apoyo diagnóstico o que los pacientes requieran la atención de instituciones especializadas; este hospital puede referir a los pacientes a establecimientos de la misma categorización o un establecimiento de mayor complejidad (III-2).

Hasta antes de la suspensión del internado, todos los internos de la carrera de medicina humana habían logrado realizar una rotación dentro de las 4 áreas hospitalarias anteriormente mencionadas. En el presente informe se describen las rotaciones de cirugía, pediatría y neonatología realizadas en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

En la rotación de cirugía se tuvo la oportunidad de hacer guardias en el área de emergencias, ingresar a sala de operaciones electivas y de emergencias, en el área de hospitalización del servicio H-4, se contaba con 40 camas, dentro de las cuales 24 pertenecían al área de cirugía general y el restante al área de neurocirugía, también se pudo rotar en consultorio externo de la especialidad. El servicio de cirugía, H-4 era de vías biliares y hernias, por lo tanto, se pudo asistir en cirugías como colecistectomía laparoscópica, hernioplastias; en emergencias a apendicectomías, laparotomías

exploratorias cuando llegaban pacientes con obstrucción intestinal complicada o pacientes víctimas de proyectil de arma de fuego (PAF). Así mismo, en el tópico de emergencias se atendían pacientes que habían tenido algún accidente dejando como resultado heridas que ameritaban suturar, la evaluación de pacientes con traumatismo encéfalo craneano, pacientes con síndrome de abdomen agudo que, con frecuencia, resultaban ser apendicitis o colecistitis.

En la rotación de pediatría los internos son distribuidos entre los servicios de pediatría y el de neonatología. En el servicio de pediatría los internos de medicina humana realizan actividades en los consultorios pediátricos, el área de hospitalización y emergencias pediátricas. Dentro del consultorio los internos apoyan en la atención y desarrollan habilidades para el correcto abordaje de los pacientes, identificación de diagnósticos sindrómicos, probables y definitivos; además de estandarizar el tratamiento que requieren. El área de hospitalización posee 43 camas distribuidas por edades: Lactantes menores de 2 años, pacientes de 2 a 5 años, pacientes de 6 a 12 años y pacientes de 12 años hasta los 17 años. Además, se destinaba 03 camas para pacientes que requerían aislamiento por patologías inmunosupresoras o de alta tasa de contagio tales como: síndrome de Kawasaki, síndrome de Guillen-Barré, meningitis bacteriana, entre otros. También cuenta con un tópico para realizar procedimientos tales como colocación de sondas y vías periféricas, debridación de heridas y toma de muestras para laboratorio. Se realizan actividades como la evaluación de los pacientes, la evolución que estos presentaban, se participaba en las visitas médicas y apoyan en el desarrollo de trámites administrativos.

El área de emergencias pediátricas está conformada por un consultorio para la atención y diagnóstico de los pacientes. Esta área posee 13 camas para la observación u hospitalización de pacientes; estas se distribuían en pacientes con patologías respiratorias, no respiratorias y una cama en un área de aislamiento. El servicio destina un ambiente para el manejo de pacientes que llegaban en estado de inconsciencia, que hayan presentado convulsiones previas o estado de shock. Los internos aprendían sobre la identificación de patologías que se consideran urgencias y emergencias; además del manejo apropiado de las mismas.

El servicio de neonatología está compuesto por un área de alojamiento conjunto conformado por 20 cunas, un área destinada a lactancia materna, 25 camas para pacientes estables, 12 incubadoras para pacientes con patologías como sepsis neonatal en tratamiento, hipoglicemia neonatal, ictericia neonatal o con sospecha de alguna cardiopatía congénita; y el área de UCI neonatal está conformada por 8 servocunas y es destinada para recién nacidos prematuros, pacientes que hayan necesitado reanimación cardiopulmonar, síndrome de aspiración de líquido meconial, pacientes que requieran ser intervenidos quirúrgicamente y pacientes post operados. Los internos aprenden sobre la correcta evaluación de los pacientes neonatos, examen físico completo, requerimientos diarios para una adecuada ganancia ponderal, disminuir el riesgo de hipoglicemia neonatal o la pérdida de peso.

Los internos de medicina también forman parte del equipo de atención del recién nacido, donde adquieren destrezas bajo la supervisión del médico de guardia. Además, los internos son capacitados en los protocolos sobre asfixia neonatal.

El anuncio de la reanudación de los internos del área de la salud se hizo en agosto del 2020, con el documento de Decreto de Urgencia N°090-2020 (5) en donde se detalla que el retorno se haría a centros de salud del primer nivel de atención y solo en algunos casos a las mismas sedes hospitalarias asignadas antes de la pandemia. Cabe resaltar que el primer nivel de atención tiene un papel importante por ser el primer contacto de la población peruana con el sistema de salud. Tiene como prioridad el enfoque biopsicosocial, la prevención y promoción de la salud de la población asignada al establecimiento.

El retorno de la gran mayoría de internos del área de la salud se ejecutó entre octubre y noviembre del 2020. Los internos de medicina humana debían completar las 3 rotaciones restantes en los centros de salud asignados de acuerdo con la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS). Incluso la fecha de culminación del internado fue modificada para el 30 de abril del 2021. El Centro de Salud Jesús María, el cual es un establecimiento de salud de categoría I-3, forma parte de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro y al Ministerio de Salud. Se localiza en el jirón Arnaldo Márquez 1750, en Jesús María. Este centro cuenta con los servicios de: medicina general,

endocrinología, infectología, geriatría y pediatría. además, posee los servicios de: prevención y control de tuberculosis, inmunizaciones, crecimiento y desarrollo, obstetricia, psicología y odontología (6). Los pacientes pueden ser referidos al Hospital Santa Rosa, esta referencia se realizará si el paciente requiere atención de especialista por falta de capacidad resolutive, necesidad del paciente de medicación no disponible en el establecimiento, necesidad de pruebas que no puedan realizarse en el centro de salud.

En el servicio de obstetricia del centro de salud, se realizan los controles prenatales de las gestantes que cuenten con el seguro integral de salud (SIS) y residan en el distrito de Jesús María, también cuenta con planificación familiar, toma de Papanicolau, consejería de enfermedades de transmisión sexual, descarte de VIH y sífilis.

Una vez iniciadas las actividades del internado, se informó que los internos del primer nivel de atención podrían realizar rotaciones externas a algunos hospitales por un plazo de 15 días.

El Hospital de Ate Vitarte, pertenece a la red de Hospitales de la Dirección Integral de Redes de Salud de Lima Este (7), y es un establecimiento de salud de nivel III-1. Cuenta con la gran mayoría de especialidades médicas, camas de hospitalización, sala de operaciones, consultorios externos y área de emergencias las 24 horas del día. El hospital cuenta con una nueva sede de mayor modernidad, sin embargo, por el contexto de la pandemia, no se han podido usar todas sus instalaciones. Los servicios de pediatría y neonatología se siguen encontrando en la antigua sede, se cuentan con 11 camas de hospitalización de pediatría, y UCIN para neonatología.

El servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Dos de Mayo, tuvo un gran cambio a raíz de la pandemia, se redujeron las salas de operaciones, ahora se cuenta con 2 de estas, una sala para pacientes en fase de expulsión, y 20 camas de hospitalización en donde solo ingresan pacientes con prueba COVID-19 negativa.

## CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

### 3.1 Caso N°01

Paciente varón de 47 años, cuya historia clínica era compatible con apendicitis aguda, se pensó como primera presunción diagnóstica, debido a que los signos y síntomas presentes formaban un síndrome de abdomen agudo (8), además de la rápida evolución (menor de 24 horas), se debe tomar en cuenta que el dolor suele acompañarse de uno o más signos de irritación peritoneal como: rigidez abdominal, resistencia o defensa involuntaria, aumento de la sensibilidad abdominal. Y dentro de los diagnósticos diferenciales que se podrían pensar, apendicitis aguda suele ser el de mayor frecuencia, además tomando en cuenta que, al aplicar la escala de Alvarado (9) (Anexo 01), este resulto en un puntaje de 9. Se comenzó la valoración por los síntomas:

- Migración del dolor: 1 punto. En la anamnesis, el paciente mencionó que el dolor había comenzado en el epigastrio y luego se trasladó a fosa iliaca derecha, este dato se asocia a la presentación de la secuencia de Murphy (10) en apendicitis aguda.
- Anorexia: 1 punto.
- Nauseas o vómitos: 0 puntos.

Lo siguiente a evaluar fueron los signos hallados en el examen físico:

- Dolor en cuadrante inferior derecho: 2 puntos.
- Rebote positivo: 1 punto.
- Fiebre: 1 punto. El paciente llegó a emergencia con una temperatura mayor de 38°C

Cuando se tuvieron los resultados de los exámenes de laboratorio se encontró lo siguiente:

- Leucocitos > 10,000: 2 puntos.

- Desviación izquierda: 0 puntos

De acuerdo con la escala aplicada, si los puntajes oscilan entre:

- 1 – 4: Se debe pensar en otras patologías.
- 5 – 6: Tener en observación al paciente y solicitar estudio de imágenes, en este caso una tomografía es el de elección.
- 7 – 10: Intervención quirúrgica

Al terminar la aplicación de esta escala, el resultado fue de 8 puntos, por lo tanto, el paciente fue sometido a una intervención quirúrgica (apendicetomía) de emergencia. El diagnóstico de apendicitis fue finalmente confirmado en el acto operatorio, donde se encontró que el apéndice cecal estaba en fase flemonosa, se seccionó y al no haber compromiso de la base, se hizo el cierre a muñón libre, seguidamente el cierre en planos y por último el cierre de la piel. El paciente pasó a recuperación y posteriormente a hospitalización en donde pasó la noche sin ninguna complicación, dos días después fue dado de alta del servicio de cirugía general con la indicación de acudir a su evaluación posterior y retiro de puntos por consultorio externo.

### **3.2 Caso N°02**

Se menciona a un paciente varón de 63 años con el diagnóstico de hernia inguinal derecha. El tratamiento fue un procedimiento quirúrgico electivo, puesto que cuando el paciente llegó a la consulta, hasta esa fecha no había presentado complicaciones con la hernia, a diferencia de otros pacientes que llegaban a la emergencia del Hospital, con una clínica compatible de hernia incarcerada o estrangulada, en donde evidentemente presentaban intenso dolor que no remitía, y se tenía que realizar una cirugía de emergencia.

La patología herniaria suele ser la principal causa de obstrucción del intestino delgado en pacientes no operados, existen diversos factores que condicionan a la aparición de hernias inguinales (11). En primer lugar, saber si se trata de una hernia inguinal directa o indirecta. La etiología en ambos casos es diferente. Por un lado, tenemos a la hernia inguinal directa, cuyo contenido protruye por el triángulo de Hesselbach debido a debilidad de la pared posterior del conducto inguinal, que se puede deber a una edad avanzada, defectos congénitos del tejido conectivo, o adquiridos como la obesidad,

enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), embarazos múltiples, etc. Todo lo anterior mencionado condiciona al aumento de la presión intraabdominal que colabora en la formación de este tipo de hernias. Por otro lado, la hernia inguinal indirecta, frecuente en niños, sale por el anillo inguinal profundo debido a la persistencia del conducto peritoneo vaginal (12).

Durante la hernioplastia realizada en el paciente, se confirmó que se trataba de una hernia inguinal directa, debido a la edad del paciente y para evitar recidivas a futuro se hizo un abordaje anterior con la técnica de Lichtenstein, reforzando la pared posterior con una malla de polipropileno. No se produjo ninguna complicación intraoperatoria y post operatoria. Dos días después de la cirugía, el paciente fue dado de alta.

### **3.3 Caso N°03**

Se mencionan antecedentes, síntomas y hallazgos durante el examen físico concordantes con una fisura anal aguda (13). La fisura anal es una herida, es decir, pérdida de continuidad, de los tejidos ubicados en el borde anal. Por tener poco tiempo de presentación se le clasifica como aguda. Al ser una fisura anal aguda, esta debe manejarse a través de un tratamiento conservador. Este consiste en una dieta con mayor ingesta de fibra de tipo soluble, la cual se encuentra en las frutas, las legumbres, avena, entre otros. Además, se debe agregar alimentos que ablanden el bolo fecal como la ciruela, aumentar el consumo de líquidos y podría aplicarse analgésicos o anestésicos o vasodilatadores tópicos (como el nifedipino o nitroglicerina). Finalmente, el paciente debe realizar baños de asiento 2 veces al día y tras cada deposición, estos se deben realizar con una temperatura de 37 grados centígrados aproximadamente, con el objetivo de disminuir el dolor y el tono muscular del esfínter anal (14) (Anexo 02).

Por otra parte, agregándose a los analgésicos o anestésicos tópicos, existen otras alternativas de tratamiento médico, como son los bloqueantes de los canales de calcio (como diltiazem y captopril), donadores de óxido nítrico y la toxina botulínica; dentro de ellos destacan la nitroglicerina, toxina botulínica, captopril y diltiazem, pues tienen mejores tasas de curación que las medidas higiénico-dietéticas (14).

Vale aclarar, que se debe hacer hincapié en el paciente con fisura anal que, de no cumplir con las recomendaciones de su médico tratante, podría llegar a desarrollar una fisura anal crónica en la cual el tratamiento conservador ya no sea efectivo y la única opción restante sea el tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico disponible en la actualidad es: la dilatación anal, esfinterotomía lateral interna, anoplastía de avance, fisurectomía o fisurotomía.

### **3.4 Caso N°04**

Los criterios para ser abdomen agudo quirúrgico inician desde el consumo de AINES (antiinflamatorios no esteroideos), el antecedente de enfermedad úlcera péptica y la cronología de presentación de los síntomas, siendo primero el dolor, luego las náuseas y vómitos, y, por último, la fiebre (15) (16). El hecho que el dolor se haya presentado de forma súbita nos acerca a cuadros como quiste a pedículo torcido, trombosis de la arteria mesentérica, entre otros; sin embargo, su irradiación a la fosa iliaca derecha causa confusión con la apendicitis aguda perforada; a pesar de esto, esta irradiación es explicada por la irritación del contenido gástrico a través del espacio parietocólico derecho (17).

El diagnóstico se efectúa al hacer la radiografía encontrándose neumoperitoneo y líquido libre en la cavidad abdominal; por lo cual se decide enviar al paciente como referencia para un posible manejo quirúrgico (18) (Anexo 03).

### **3.5 Caso N°05**

Durante la entrevista con la paciente, esta menciona que actualmente se encuentra en su último año universitario y su pareja trabajando en nuevos proyectos, por tal motivo ambos tomaron la decisión de buscar un método anticonceptivo, seguro y eficaz de por lo menos 4 años hasta tomar la decisión de iniciar una familia.

Esta decisión de planificación familiar por parte de la paciente y su pareja, en el mundo, se reconoce como la intervención principal que salva la vida de las

madres e hijos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (19), ya que si la mujer cuenta con el soporte de su pareja, y planifican la formación de una familia usando eficazmente la anticoncepción, podrá disminuir embarazos no deseados y postergar la concepción hasta que se hallen en condiciones adecuadas en cuanto a economía, salud y educación.

Además, la paciente refirió haber usado anteriormente anticonceptivos orales combinados (ACO), y como antecedente de importancia litiasis vesicular. León Portilla, Verónica y Pico Segarra, Jaino mencionaron en el estudio Perfil epidemiológico y complicaciones de colelitiasis que los niveles elevados de estrógenos séricos activan la secreción de bilis saturada de colesterol, en este caso con mayor riesgo en mujeres menores de 40 años y si agregado a esto se consumen ACO que contiene una dosis mayor de 50 microgramos de estrógenos, podría incrementar el riesgo de colelitiasis (20).

Después de haber brindado información detallada sobre el método elegido para la paciente, se le entregó el consentimiento informado para firmar y se procedió a poner el implante, el cual tiene una eficacia de 0.05-1%. Se le pidió a la paciente que volviera al centro de salud a los tres días para evaluar el lugar de la inserción, luego al mes, y por último anualmente, estas recomendaciones se cumplen tal cual la norma técnica de planificación familiar (21).

### **3.6 Caso N°06**

El diagnóstico presuntivo de síndrome de flujo vagina es una de las consultas más comunes en el servicio de obstetricia del centro de salud. Este síndrome puede abarcar separadamente a la vaginosis bacteriana, candidiasis y tricomoniasis (22), este tipo de infecciones vaginales predominan en las mujeres en edad fértil y sexualmente activas.

En la anamnesis, la paciente refirió que días previos había mantenido relaciones sexuales con su nueva pareja y no había usado protección de barrera. Como método anticonceptivo se aplicaba cada tres meses la inyección de medroxiprogesterona. Negó antecedentes patológicos de importancia. Acudió al centro de salud por la moderada leucorrea de mal olor que presentaba desde hace 3 días, negó agregación de otros síntomas como:

prurito, dolor e irritación. Al examen físico solo se halló leucorrea blanquecina – grisácea en el cérvix. Por lo tanto, se manejó como una vaginosis bacteriana, dándose como tratamiento metronidazol de 2 gramos vía oral en dosis única, de acuerdo con la norma técnica de infecciones de transmisión sexual del Ministerio de Salud (23) (Anexo 04), que se usa como referencia en el centro de salud.

En la norma técnica además mencionan que, en caso la paciente presente prurito genital se le agrega clotrimazol de 500 mg vía vaginal en dosis única al tratamiento. Se menciona que este esquema tiene una tasa de cura de 90% y que es el ideal porque el caso es atendido en una sola consulta, medicamentos en dosis única y a bajo costo. Sin embargo, se debe hacer seguimiento en caso de persistencia de los síntomas, después del tratamiento.

De acuerdo con el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), dentro de las recomendaciones para el tratamiento de vaginosis bacteriana se tienen las siguientes opciones terapéuticas (24):

De elección:

- Metronidazol: 500 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días.
- Gel de metronidazol al 0,75%, un aplicador completo (5g) por vía intravaginal, una vez al día durante 5 días.
- Crema de clindamicina al 2%, un aplicador completo (5g) por vía intravaginal durante 7 días.

Como alternativas:

- Tinidazol 2 gramos por vía oral, una vez al día durante 2 días
- Tinidazol 1 gramo por vía oral, una vez al día durante 5 días
- Clindamicina 300 mg por vía oral, dos veces al día durante 7 días
- Óvulos de clindamicina 100 mg por vía intravaginal una vez al acostarse durante 3 días

Por último, recomiendan que, durante el periodo de tratamiento, la paciente no tenga relaciones sexuales o el uso de preservativos. No están recomendadas las duchas vaginales ya que pueden disminuir el éxito del tratamiento.

### **3.7 Caso N°07**

El aborto se define como la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un peso menor de 500 gramos; los tipos de aborto se clasifican en: inducidos, frustrado, incompletos e inevitables (25). Las causas de aborto son mayormente desconocidas, pero están asociadas generalmente a anomalías cromosómicas fetales y el resto están asociadas a etiologías modificables y factores de riesgo (como: extremos en la edad materna, enfermedades maternas [diabetes, hipertensión, enfermedad renal, síndrome de ovario poliquístico, lupus, trombofilia], anomalías uterinas, exposición a teratógenos e infecciones).

Se hizo el diagnóstico de aborto incompleto debido a la clínica de sangrado vaginal y dolor en el hipogastrio; además de los hallazgos en la ecografía, en la cual se encontraban restos ovulares (Anexo 05). Respecto al aborto incompleto, y según un estudio de Gutierrez M. (26) hay controversias en su manejo, puesto que se puede tratar médicamente con misoprostol o por medio de la aspiración manual endouterina (AMEU), para hacer que el paciente expulse todos los restos de su producto de concepción y no se produzcan complicaciones, tales como: sepsis, shock hemorrágico y ruptura uterina.

La aspiración manual endouterina se realiza para remover los restos ovulares, trasladando una presión negativa dentro del útero, evitando raspar las paredes uterinas, habiendo así un menor daño en estas. Además, permite que se haga un estudio anatomopatológico o genético de los restos.

En cambio, el tratamiento con misoprostol se realiza en una dosis única de 400µg vía sublingual o 600µg vía oral, sin embargo, no es un tratamiento definitivo y tiene que haber posibilidades de retorno rápido y seguro al establecimiento de salud donde se está tratando la paciente en caso de producirse infección de los restos; sin embargo, debido a la pandemia no se podía esperar ello y exponer más a los familiares y a la paciente a estar regresando otro día (27).

### **3.8 Caso N°08**

La enfermedad del síndrome de ovario poliquístico (SOP) es la cual cumple con presentar 2 de 3 de los siguientes criterios: oligoovulación, signos clínicos o bioquímicos de hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos a la ecografía transvaginal. En el caso de la paciente, se encuentra dentro del subfenotipo A, puesto que cumple con los 3 criterios anteriormente expuestos (28) (Anexo 06).

Al realizar el examen físico de una paciente en estudio por SOP, se debe poner atención a las manifestaciones de hiperandrogenismo e hiperinsulinismo. Los aspectos por evaluar sobre el hiperandrogenismo son la presencia del hirsutismo, acné y/o alopecia androgénica. Para consignar la distribución y cuantificación del vello en la paciente, se utiliza el puntaje de Ferriman-Gallwey (Anexo 07), en el cual cada área a analizar se puede calificar del 0 (sin vello) a 4 (abundancia de vellosidades) y estas calificaciones se suman en un puntaje final, que traduce el grado de hirsutismo. En cambio, para medir el grado de hiperinsulinismo o resistencia a la insulina se busca la presencia de coloración oscura en los pliegues, se calcula el índice de masa corporal y se evalúa la distribución de la grasa corporal en la paciente. Además, se aconseja medir la presión arterial, hacer un examen completo de mamas y tiroides, y realizar una inspección de los genitales externos; a fin de descartar otras patologías y anormalidades metabólicas que suelen acompañar a este síndrome.

Respecto a los exámenes de laboratorio, a la paciente se le realizó un dosaje de testosterona libre y total (el principal andrógeno causante de hirsutismo), puesto que en este tipo de pacientes se presenta frecuentemente una elevación de andrógenos. Estos andrógenos pueden ser la testosterona, androstenediona, dehidroepiandrosterona sulfato, entre otros.

Por último, respecto a los exámenes realizados a la paciente del caso, se le tomó una ecografía, la cual ayudó al diagnóstico, puesto que cumplía los criterios para definir ovarios poliquísticos, los cuales son: ovarios con volumen superior a 10cc y/o presencia de 12 o más folículos en cada ovario con una medida entre 2 a 9 mm de diámetro; cualquiera de los dos criterios presentes, así sea sólo en un ovario, ya es suficiente para definir el síndrome.

Por otra parte, en el caso de la paciente, la cual expresó su interés en salir embarazada, se le debe explicar los riesgos de salir embarazada, los cuáles son: una mayor tasa de abortos en el primer trimestre, preeclampsia, diabetes gestacional, partos prematuros y óbitos fetales, macrosomía o recién nacidos grandes para la edad gestacional (GEG) y recién nacidos de bajo peso (RNBP) (29).

### **3.9 Caso N°09**

La migraña se define como episodios recurrentes de dolor de cabeza usualmente unilaterales, que podrían estar acompañados de náuseas o vómitos, sensibilidad a la luz o sonidos, y en ocasiones estos dolores se definen como incapacitantes (30). De acuerdo con la tercera edición de *The International Classification of Headache Disorders (ICHD-3)*, la migraña se clasifica en migraña con aura o migraña sin aura. En la entrevista clínica, la paciente mencionó las características clásicas de una cefalea migrañosa, además de ser mujer, joven, estudiante que consume bebidas energéticas, la recurrencia de episodios anteriores y el antecedente familiar de primer grado de la madre quien también sufre de migrañas recurrentes. Se puede concluir que el correcto diagnóstico es migraña sin aura, la cual tiene como criterios (31):

1. Al menos 5 crisis que cumplan todos los criterios B a D.
2. Crisis de cefalea que duran de 4 a 72 horas (sin tratamiento o sin éxito)
3. El dolor de cabeza tiene al menos dos de las siguientes características:
  - Unilateral
  - Carácter pulsátil
  - Dolor moderado o intenso
  - Se agrava al realizar actividades físicas habituales o se evita hacer esas actividades.
4. Durante el dolor de cabeza al menos uno de los siguientes:
  - Náuseas, vómitos o ambos
  - Fotofobia y fonofobia.
5. No se explica mejor por otro diagnóstico ICHD-3.

Para el correcto manejo de la migraña se incluyen recomendaciones generales, modificación en la dieta, calidad del sueño, tratamiento sintomático y, en algunas pacientes profilaxis para la prevención de ataques. La elección de los medicamentos a utilizar, suelen incluir AINES, triptanos, betabloqueadores, antidepresivos, antiepilépticos (32). Esto se indica acorde a la intensidad y frecuencia de la migraña.

Por último, a la paciente se le indico ibuprofeno de 400 mg vía oral condicional a las crisis agudas que presente, se le educo sobre la condición que padece y el manejo que debe tener.

### **3.10 Caso N°10**

Se hizo el diagnóstico de hipertensión arterial debido a la presentación frecuente de presiones arteriales mayores o iguales a 140/90 mmHg, en un paciente en el cual no haya realizado las siguientes actividades antes de la toma de presión arterial: actividad física, consumo de café, tabaco o bebidas alcohólicas; además de estar con la vejiga urinaria vacía. Además, se le tomaron medidas antropométricas y el paciente tenía alto riesgo de síndrome metabólico, una entidad muy relacionada a la presión arterial elevada. (33, 34) (Anexo 08, 09). Generalmente, para confirmar la presencia de presión alta, se realizan mediciones en ambos brazos, con ambos brazos desnudos, aplicando el brazalete de forma que no aprete ni quede suelto al paciente, ayudándose de un apoyo para el brazo o dejando que cuelgue; pero no favoreciendo su contracción. Sin embargo, no hay consenso sobre cuántas veces mínimo se debe encontrar la presión elevada en una persona para diagnosticar la hipertensión, al respecto, la Organización Mundial de la Salud establece que debe haber múltiples mediciones efectuadas en varias visitas en días distintos, pero sin especificar un número exacto de visitas. Aunque, existen criterios por los cuáles se le considera hipertenso a una persona desde la primera visita, estos son: tener una presión arterial sistólica  $\geq 180$ mmHg o presión arterial diastólica  $\geq 110$ mmHg, evidencias de daño a órgano blanco (como hipertrofia ventricular izquierda, angina, nefropatía, ataque transitorio isquémico, retinopatía, entre otros) o presentar una emergencia hipertensiva. (35).

Respecto al tratamiento de una hipertensión arterial, las guías de manejo recomiendan comenzar lento e ir lento, es decir que se debe comenzar con dosis bajas y los aumentos de estas deben ser lentos, para así evitar efectos adversos; pero considerando los múltiples mecanismos que causan la hipertensión del paciente, para lo cual se recomienda usar combinaciones de fármacos, puesto que: aumentan la eficacia antihipertensiva, menos efectos adversos y por comenzar el tratamiento con dos fármacos, se puede alcanzar los objetivos de presión arterial más temprano que si sólo se usar una droga. Estas combinaciones de fármacos pueden ser: beta-bloqueadores con hidroclorotiazida, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) con hidroclorotiazida, antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II) con hidroclorotiazida o bloqueadores de los canales de calcio con IECA (36).

### **3.11 Caso N°11**

La paciente presentaba la clínica y examen de orina clásico de una infección del tracto urinario, aunque el diagnóstico generalmente se suele confirmar por el urocultivo; sin embargo, en nuestro medio, en los establecimientos de salud de tipo I-3 e inferiores, sólo se precisa de la clínica y examen de orina.

La infección del tracto urinario (ITU) se define como la colonización bacteriana del tracto urinario, asociado a leucocituria y sintomatología clínica variable, dependiendo del nivel al que se encuentre la infección:

- ITU baja: disuria, urgencia miccional, polaquiuria, hematuria, dolor suprapúbico, orinas turbias y de mal olor.
- ITU alta: fiebre y dolor lumbar, generalmente puño-percusión lumbar positiva (37).

Según Wurgaft A, (38) se debe realizar un urocultivo cuantitativo de una muestra de orina de segundo chorro, sondeo o punción suprapúbica para hacer un diagnóstico certero de una ITU (a excepción de las cistitis en mujeres jóvenes), pues estas están caracterizadas por la presencia de 10<sup>5</sup> bacterias por mL de orina.

En el caso de la paciente, la clínica se acercaba más a una cistitis aguda típica, en la cual el tratamiento consiste en una fluoroquinolona por vía oral.

Si tras la culminación del tratamiento antibiótico, la paciente refiere persistencia total de los síntomas o tras unas semanas vuelve a presentar los mismos síntomas, se le solicitaría un urocultivo y se le realizaría una terapia más prolongada, asumiendo una ITU alta con clínica silenciosa.

Es importante señalar las diferencias entre las ITU recurrentes, puesto que se define como reinfección cuando vuelve a infectarse la orina tras haberse erradicado la bacteria causante inicial; en cambio es una recaída cuando la bacteria inicialmente identificada persiste en el tracto urinario a pesar del tratamiento. En ambos casos, si se presentan tres ITU en el lapso de un año, se recomienda una profilaxis antibiótica, ya sea tomando tres días de antibiótico apenas inician los síntomas urinarios o si se relaciona con la actividad sexual, tomar antibióticos tras el coito.

### **3.12 Caso N°12**

La artropatía es la afección de una articulación, la cual se produce por un conjunto de trastornos que afectan al cartílago hialino, al hueso subcondral y todas las estructuras ligadas a una articulación, generando dolor, inflamación y limitación al movimiento. Las artropatías son frecuentes sobre todo en los adultos mayores, como es el caso del paciente N° 12, el cual es un señor de 72 años que padece dolor en varias articulaciones hace más de un año.

Los pacientes mayores de 65 años son los más afectados por enfermedades reumáticas, las cuales limitan su independencia funcional y pueden convertirlos en discapacitados, entre otras complicaciones. Estos pacientes, los cuales se estiman que serán el 20% de la población general al 2050, son los que padecen este tipo de enfermedades por: envejecimiento articular, anomalías del cartílago senescente, disminución y alteración del ácido hialurónico, disminución en la síntesis de proteoglicanos, desnaturalización de la red de colágeno, mayor sensibilidad a las citoquinas proinflamatorias, y todas las alteraciones que se asocian por el envejecimiento propio de este grupo etario.

Los principales trastornos musculoesqueléticos no inflamatorios son la osteoartritis, osteoporosis y dolor lumbar; mientras que las artritis inflamatorias son la artritis reumatoide, artropatía por microcristales como gota, polimialgia

reumática, entre otras. De ellas, la osteoartritis es la más frecuente, pues se produce por el desgaste del cartílago de las articulaciones, generalmente en las rodillas, columna vertebral o los dedos, articulaciones de uso constante y diario en las personas con trabajos activos durante toda su vida laboral, lo cual concluye en el desgaste de las articulaciones usadas.

Sin embargo, las artropatías afectan de manera variable en cada individuo, pues en algunos puede sólo causar dolor, en cambio en otros se asocia a limitación funcional y rigidez, lo que crea dificultades para caminar y puede originar caídas.

Respecto al tratamiento es muy variable, puesto que muchos se enfocan en reducción o alivio del dolor, indicando analgésicos y/o antiinflamatorios; mientras que otros recomiendan un cambio en el estilo de vida, evitando el sobrepeso, inculcando las actividades físicas de bajo impacto por un tiempo moderado, promoviendo el uso de plantillas y otros aparatos ortopédicos que den soporte a las articulaciones, todo esto de la mano de un geriatra, fisioterapeuta y reumatólogo, para así ver integralmente al paciente y ofrecerle las mejores terapias disponibles (39).

### **3.13 Caso N°13**

En el caso de la paciente recién nacida, en la cual por la clínica de no poder deglutir líquidos hizo sospechar de una atresia esofágica, se puede describir lo siguiente:

La atresia esofágica es la falta de continuidad del lumen del esófago, siendo la atresia digestiva más frecuente, generalmente esto se asocia, como en el caso de la paciente, a la existencia de una fístula con la tráquea. Este defecto congénito es incompatible con la vida, sin embargo, si se realiza un tratamiento quirúrgico eficaz y oportuno, estos pacientes pueden sobrevivir y llevar una vida normal. Lo positivo de esto es que generalmente este defecto se presente de forma aislada, sin embargo, en algunas ocasiones se presenta como la Asociación *VACTERL* o síndrome *CHARGE*:

La asociación *VACTERL* es la caracterizada por defectos vertebrales, malformaciones ano-rectales, fístula traqueoesofágica, anomalía renal, cardiopatía congénita y defecto en los miembros.

El síndrome *CHARGE* está caracterizado por coloboma, defectos cardíacos, atresia de coanas, retraso del desarrollo físico o mental, hipoplasia genital y anomalías del oído.

Sin embargo, existen cinco tipos y frecuencias relativas de atresia esofágica y fístula traqueoesofágica, siendo la más frecuente la atresia con fístula distal, seguida de la atresia esofágica aislada, estas alteraciones en su mayoría se detectan desde el inicio de la vida, pero en el caso de la fístula traqueoesofágica aislada tipo H puede ser recién diagnosticado en etapas tardías, cuando se presentan secreciones excesivas (40) (Anexo 10).

El diagnóstico de la atresia esofágica se puede hacer prenatal o posnatal; en el primer caso es por medio de una ecografía en la que se presente polihidramnios o por la ausencia de la burbuja gástrica fetal, aunque en la mayoría de los casos no se observa y ambos hallazgos no son específicos de la enfermedad. En cambio, el diagnóstico posnatal se produce cuando el recién nacido no puede deglutir la leche materna y por el contrario se producen tos y cianosis hasta incluso una neumonía por aspiración por los intentos de alimentación; por lo cual se le introduce una sonda orogástrica y tras la imposibilidad de introducir la sonda se sugiere el diagnóstico de atresia esofágica. Tras esto, se hacen más estudios imagenológicos como la radiografía y por medio de un catéter radiopaco se puede determinar la localización de la atresia (41).

Por último, el tratamiento para la atresia es la reparación quirúrgica, la cual se debe hacer idealmente con un paciente estable. En el caso de la paciente se sugiere hacer una reparación quirúrgica extra pleural de la atresia y ligar la fístula; o incluso se puede realizar el procedimiento de *Foker*, dependiendo de la elección del cirujano pediatra, consiguiéndose en este segundo procedimiento el alargamiento del esófago hasta 1 a 2 mm al día (42).

### **3.14 Caso N°14**

Se pudo hacer el diagnóstico del caso por las características clínicas del exantema súbito o roséola.

Esta enfermedad es causada por el herpes virus 6 y 7, y tiene como características la aparición súbita del exantema al remitir la fiebre,

generalmente en un lactante con un cuadro febril de 3 – 4 días. El contagio es directo durante el periodo febril de la enfermedad, tiene un periodo de incubación entre 7-15 días. Suele afectar a lactantes entre 6 meses y 2 años. Con respecto a la infección congénita solo se ha descrito en 1% de los recién nacidos. El periodo prodrómico es caracterizado por fiebre elevada, superior a 38.5°C. La fiebre precede en 2 – 4 días la aparición de exantema máculo-papuloso, el cual es constituido por pequeñas lesiones de color rosado tenue, no confluentes. Estas afectan principalmente al tronco y con menor frecuencia a la cara y hombros. La evolución es benigna y cede en 1-2 días sin descamación, las complicaciones más notables son las convulsiones febriles. La clave del diagnóstico clínico es la aparición súbita de la erupción cutánea al ceder el cuadro febril. Se ha de tener cuidado durante el diagnóstico, saber diferenciar la aparición del exantema de un cuadro de reacción alérgica, ya que se podría dar un tratamiento equivocado.

El tratamiento es sintomático, primando el que se recete paracetamol o ibuprofeno para la fiebre y para poder proporcionar bienestar, las convulsiones y la erupción no necesitan tratamiento específico. En caso se tratará de un niño con sistema inmunitario debilitado, agravándose la enfermedad, se intenta tratamiento con fármacos antivíricos como foscarnet o ganciclovir (43) (44).

### **3.15 Caso N°15**

Respecto al examen físico de la paciente y el diagnóstico de deshidratación moderada por diarrea acuosa, el manejo recibido en emergencia del Hospital de Ate se hizo de acuerdo a los planes que maneja el Ministerio de salud de Perú en su guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedad diarreica aguda (45) (Anexo 10).

Para comenzar se definió que la paciente presentó una enfermedad diarreica aguda (EDA) por la disminución de la consistencia de las heces y el aumento en frecuencia de estas, madre refirió que menor presentó entre 4 a 5 cámaras la noche anterior y para el día que fue a emergencia la frecuencia disminuyó, pero se agregaron vómitos y sensación de alza térmica. En cuanto al tipo de diarrea que presentó la paciente, en la literatura se clasifica en tres categorías:

- Diarrea aguda acuosa: Deposiciones de consistencia disminuida.
- Diarrea aguda disentérica: Diarrea que contiene moco y sangre.
- Diarrea persistente: Diarrea de 14 o más días de duración.

En el caso de la paciente, fue una diarrea aguda acuosa, ya que la madre negó presencia de moco y sangre. La etiología en este grupo etario suele ser viral, bacteriana o parasitaria. Los exámenes auxiliares que se solicitaron en la emergencia fueron: hemograma completo, PCR y reacción inflamatoria en heces. El tratamiento recibido fue de acuerdo con el grado de deshidratación que presentaba la menor, el cual fue deshidratación moderada por ende se hizo lo siguiente (Anexo 12):

- Se indicó restricción de alimentos por las siguientes 4 horas.
- Se inicio terapia de rehidratación con solución de sales de rehidratación oral (anexo 6) por vía oral a libre demanda.
- Balance hídrico.
- Control de funciones vitales más observación de signos de alarma
- La paciente paso a observación.

La forma de administración de las sales de rehidratación oral como mínimo es de 50 – 100 ml/Kg de peso en 3 a 4 horas, si no se tiene el dato del peso del paciente se puede usar la siguiente tabla (Anexo 13):

El peso de la paciente si se conocía por ende no se aplicó lo anterior expuesto. Se indico a la madre que no le diera alimentos durante la hidratación inicial y que, por la edad de la paciente, se debía de administrar en sorbos de manera pausada y en caso la niña deseara más solución de SRO darle más (Anexo 14). Transcurridas las primeras 2 horas del tratamiento, madre negó dificultades en la administración del SRO, de acuerdo con el balance hídrico la menor tolero vía oral, pero aún no había presencia de micción, los resultados de laboratorio no presentaban alteración. Se volvió a reevaluar a la paciente terminadas las 4 horas de rehidratación, y hubo presencia de micción, ausencia de signos de deshidratación y tolerancia de vía oral; se dieron indicaciones a la madre que continuara hidratando a la menor en casa con líquidos a voluntad, se dejó zinc elemental de 20 mg por día por 10 días.

### **3.16 Caso N°16**

El diagnóstico por plantear en este caso clínico fue el de taquipnea transitoria del recién nacido (TTRN), comenzando por los antecedentes encontrados como: recién nacido a término, parto por cesárea, sexo masculino, trabajo de parto prolongado por desproporción cefalopélvica. Entre otros factores de riesgo asociados se encuentran macrosomía fetal, hijo de madre diabética, asfixia neonatal, policitemia fetal, etc.

La etiología de TTRN se produce por una demora en la eliminación del líquido pulmonar, presente en la vida fetal, por falta de compresión torácica (asociado a parto por cesárea). Ya que durante el trabajo de parto se estimularía la reabsorción del líquido pulmonar (46).

Debido a los criterios clínicos que presento el paciente como: Taquipnea y requerimiento de oxígeno, se solicitó la radiografía de tórax. En la radiografía se evidenció cisuritis y atrapamiento aéreo.

El manejo que se dio en este caso fue pasar a UCIN al recién nacido para brindar oxigenoterapia por CPAP nasal y observación constante. A las 24 horas se evidenció una notable mejoría, se suspendió el pase de oxígeno y la frecuencia respiratoria se encontraba en rangos normales, menos de 60 respiraciones por minuto, sin embargo, el recién nacido continuo en observación medio día más y luego paso a alojamiento conjunto con la madre.

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

El internado médico inició en el 2020, donde se estableció un cronograma de rotaciones y actividades a realizar en las diferentes áreas del hospital. Estas actividades tenían como objetivo la formación de la práctica profesional y la integración de conocimientos teóricos. Durante el desarrollo del internado se tenía acceso a una diversidad de casos clínicos y se desarrollaban actividades académicas complementarias. Todo esto dentro de un horario laboral amplio complementado con áreas para la alimentación y de reposo. Dado que el brote de COVID-19 había sido recientemente reportado, pero sólo en China y no se esperaba que alcance tal magnitud.

En el transcurso de enero y febrero, conforme iban aumentando los casos en otros países, había el temor de si llegase o no a Perú y, si está dificultaría las actividades que los internos de ciencias de la salud realizaban.

En marzo del 2020, cuando se diagnosticó el primer caso en Perú y la Organización Mundial de la Salud declaró la situación como pandemia, el Hospital Nacional Dos de Mayo comenzó a implementar medidas para el manejo de los casos sospechoso de COVID-19 y reducir el riesgo de contagio entre el personal asistencial y los internos del área de la salud. Tales como el uso obligatorio de mascarillas, distanciamiento entre el personal y los pacientes, estrictas medidas de asepsia y reducción gradual de la atención en diversas áreas de la institución.

El domingo 15 de marzo del 2020, a través de un mensaje a la nación, el gobierno del Perú decretó la inmovilización social obligatoria, y por consiguiente los diversos hospitales donde se realizaba el interno de ciencias de la salud, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), y las diversas universidades donde se instruye la carrera de medicina humana

tomaron la decisión de suspender las actividades correspondientes al internado médico indefinidamente.

A medida que pasaban los meses y la situación nacional se agravaba por el incremento acelerado de casos positivos, la falta de capacidad de los diversos establecimientos de salud para brindar el manejo adecuado de los pacientes con severidad moderada a grave, falta de consenso sobre el manejo terapéutico de pacientes leves y el descuido de la atención de otras patologías por la restricción de atención; los internos de ciencias de la salud no recibieron información sobre el retorno a las actividades preprofesionales, inclusive se consideraba la posibilidad de la cancelación de dicho año académico.

En agosto del 2020 se promulgó Decreto de Urgencia N.º 090-2020 y la Resolución Ministerial N.º 622-2020 con el objetivo de la reanudación laboral de los internos del área de la salud además de las condiciones en las que el internado se realizaría. Tales como: los horarios, las actividades que podían realizar y las que quedarían prohibidas (atención de pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19), la obligación por parte de los establecimientos de salud para la entrega de los equipos de protección personal y el descarte mensual de COVID-19 con pruebas antigénicas y la estandarización de una remuneración equivalente a un sueldo mínimo vital.

Tras la reanudación de las actividades del internado 2020, la distribución de los internos estuvo dividida entre centros de salud del primer nivel de atención, y en hospitales de nivel II y III. Esto, debido a la reducción de plazas ofertadas por los hospitales dadas las circunstancias de la pandemia.

Durante este periodo la realidad de las condiciones a las que los internos de medicina se encuentran expuestos no son las ideales debido al riesgo de contagio por COVID-19, accidentes laborales, y además del riesgo de agresiones verbales y físicas por parte de los pacientes y familiares. La situación actual que atraviesa el país no solo hizo evidente las deficiencias del sistema de salud, sino también el abandono del gobierno hacia los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Cuando se volvió en octubre del 2020 al internado médico, ahora en centros de salud, se hizo evidente la reducción del personal médico, debido a que muchos de ellos presentaban alguna comorbilidad o eran adultos mayores que evidentemente tenían mayor riesgo de mortalidad. Por lo tanto, se tuvo

que suspender la atención de algunas especialidades y contratar nuevo personal.

En cuanto a la atención de pacientes en los consultorios de medicina, lo que se observó fue el insuficiente abastecimiento de medicamentos, por lo que los pacientes tenían que comprar en otras farmacias sus respectivas medicinas. Cuando se solicitaban exámenes auxiliares para la ayuda diagnóstica o el control de la enfermedad, muchas veces se tuvo que referir a otro establecimiento, ya que en el centro de salud no estaba funcionando el laboratorio por falta de personal contratado.

En el área de nutrición, el consultorio dejó de funcionar debido a que se encontraba en lugar de poca ventilación, así que tuvo que ubicarse en una zona al aire libre, a la par de uno de los dos consultorios de obstetricia.

Por estas y otras carencias como la disminución de patologías atendidas y procedimientos a realizar, algunos internos de medicina optaron por realizar rotaciones externas a hospitales de mayor nivel. Por ejemplo, se tuvo la oportunidad de rotar en el Hospital de Ate para la rotación de pediatría, que también contaba con área de neonatología, en donde se pudo realizar la atención del recién nacido, sin embargo, en el área de pediatría hubo una gran reducción del número de camas, y antes de que los pacientes puedan ingresar al área de hospitalización, estos debían tener una prueba COVID-19 negativa o con un resultado de IgG, que evidenciará que no estaban infectados, así también las visitas estaban restringidas a un solo familiar que en este caso era el responsable del menor de edad.

La misma realidad se observa en el área de ginecología y obstetricia del Hospital Dos de Mayo, en donde las gestaciones de mayor complejidad que ameritaban una cesárea o partos que se encontraban la fase de dilatación eran atendidos allí. Por el contexto actual, solo las gestaciones complicadas son referidas a los nosocomios, las de menor complejidad pueden ser atendidas en un centro de salud I-4, que cuenta con camas de internamiento. Para concluir los internos 2020 somos la primera promoción en tener un internado dividido; sin embargo, ello ha otorgado la oportunidad de participar del trabajo que se realiza tanto en el primer nivel de atención como en el de un Hospital de nivel terciario. Cabe resaltar que se adquirieron experiencias y conocimientos correspondientes a la labor realizada en contexto de pandemia.

## **CONCLUSIONES**

El internado de la carrera de medicina humana tiene como finalidad la integración de los conocimientos teóricos adquiridos y el adecuado desarrollo de habilidades dirigidas a la interacción y manejo de pacientes en el contexto de la atención en establecimientos de salud.

Este periodo permite adquirir una formación médica integral basado en el profesionalismo, calidad de atención, conocimientos científicos, principios éticos y visión social. Todo esto permite el crecimiento personal e intelectual para la formación de profesionales con un alto grado académico y humano.

El desarrollo de dicho internado médico se desarrollaba en establecimientos de salud pertenecientes al segundo y tercer nivel de atención. Lo que permitía al interno adquirir las habilidades mencionadas gracias a las diversas especialidades y actividades en las que los internos podían desenvolverse.

La pandemia del COVID – 19 ocasionó que dichas actividades se vean reducidas debido a la reestructuración de diversos hospitales para priorizar la atención de pacientes contagiados por el virus SARS-CoV-2 y principalmente para salvaguardar la integridad de los futuros profesionales de la salud.

La reintegración de los internos de la carrera de medicina humana en establecimientos de salud del primer nivel de atención no solo significó adaptar las expectativas propias de cada interno sobre lo que se conocía como un internado médico regular; sino que enfrenta a los futuros profesionales a condiciones laborales y a nivel de infraestructura de acorde a las que realizará en el SERUMS.

## RECOMENDACIONES

- Como primera instancia se recomienda continuar con lo establecido por el Decreto de Urgencia N°090-2020 para los nuevos internos de ciencias de la salud 2021.
- Solicitar la pronta ejecución de contratación de los internos por parte del Ministerio de salud, la continua implementación de equipos de protección personal por los establecimientos de salud y la capacitación del correcto uso de estos.
- Debido al menor flujo de pacientes en los centros de primer nivel de atención, se recomienda ampliar cada rotación con una rotación externa, para que así el interno de medicina no pierda campo clínico sobre el diagnóstico y manejo de cada patología vista tanto en hospital, como en el primer nivel de atención.
- Cabe recalcar que el interno de medicina continúa siendo un estudiante en formación, por ende, es necesario que el aprendizaje sea práctico, pero también teórico, esto último complementado con actividades académicas que en muchos centros de salud no son aplicados o se dejaron de continuar. En un hospital se ha visto que hay mayor actividad docente, por lo tanto, se recomienda seguir con las actividades académicas durante la rotación de los 15 días.
- Para finalizar, algo importante de resaltar de esta experiencia vivida es el desarrollo de la capacidad de adaptación que cada interno 2020 ha tenido, se sabe que para muchos el siguiente paso será el Servicio Rural Urbano y Marginal, en donde se enfrentarán a muchos retos y deficiencias que continúa presentando el sistema de salud peruano.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
2. Norma técnica de salud para la adecuación de la organización de los servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/733623/NTS\\_160-2020-MINSA\\_Adecuacion\\_SS\\_PNAS.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/733623/NTS_160-2020-MINSA_Adecuacion_SS_PNAS.pdf)
3. HOSPITALES. DIRIS LIMA CENTRO. [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://dirislimacentro.gob.pe/lista-de-hospitales/>
4. Servicios. Hospital Nacional Dos de Mayo. [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <http://hdosdemayo.gob.pe/portal/servicios/>
5. Decreto de Urgencia N°090-2020 [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/qu/institucion/mef/normas-legales/1050976-090-2020>
6. Directorio Establecimientos. DIRIS LIMA CENTRO. [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://dirislimacentro.gob.pe/directorio-establecimientos/>
7. Ministerio de Salud - Hospital Vitarte [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/>
8. García-Valenzuela SE, Bonilla-Catalán PV, Quintero-García B, Trujillo-Bracamontes FS, Ríos-Beltrán J del C, Sánchez-Cuén JA, et al. Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. *Cirujano General*. 2017;39(4):203–8.

9. Apendicitis aguda en adultos: Evaluación diagnóstica - UpToDate [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=APENDICITIS&source=search\\_result&selectedTitle=5~150&usage\\_type=default&display\\_rank=5#H989288087](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=APENDICITIS&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5#H989288087)
10. Casado Méndez PR, Santos Fonseca RS, Méndez López HA, Méndez Jiménez O, Pérez Villavicencio AM, Frómeta García CR. Valor actual de la secuencia de Murphy en el diagnóstico de apendicitis aguda. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. Febrero de 2017;21(1):806–17.
11. Laiz-Díez B, González-González J, Ruiz-Tovar J, Cea-Soriano M, Durán-Poveda M, Laiz-Díez B, et al. Obstrucción intestinal debido a hernia estrangulada en el espacio prevesical: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista chilena de cirugía*. 2018;70(1):75–8.
12. Bertone S, Brandi C, Roche S. Hernias inguinocrurales - RESEARCHGATE. 2019 [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/334771261\\_Hernias\\_inguinocrurales](https://www.researchgate.net/publication/334771261_Hernias_inguinocrurales)
13. Martinena Padial E, Pozuelos Estrada J, Fernández Díaz J, Marín Lencero L. Las fisuras anales. *Med Integr*. el 15 de febrero de 2001;37(4):170–91.
14. Arroyo A, Montes E, Calderón T, Blesa I, Elía M, Salgado G, et al. Tratamiento de la fisura anal: algoritmo de actuación. Documento de consenso de la Asociación Española de Coloproctología y la Sección de Coloproctología de la Asociación Española de Cirujanos. *Cir Esp*. el 1 de mayo de 2018;96(5):260–7.
15. García-Valenzuela SE, Bonilla-Catalán PV, Quintero-García B, Trujillo-Bracamontes FS, Ríos-Beltrán J del C, Sánchez-Cuén JA, et al. Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. *Cirujano general*. diciembre de 2017;39(4):203–8.
16. Ostábal Artigas MI. Dolor abdominal en urgencias. *Med Integr*. el 15 de noviembre de 2002;40(9):379–85.
17. Liang MK, Marks JL, Berman RS, Carter J. Manejo de las complicaciones de la enfermedad de úlcera péptica. *Arch Surg*. septiembre de 2005;140(9):914–5; author reply 915.

18. Satoh K, Yoshino J, Akamatsu T, Itoh T, Kato M, Kamada T, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2015. *J Gastroenterol.* el 1 de marzo de 2016;51(3):177–94.
19. OMS | Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/ppfp\\_strategies/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/ppfp_strategies/es/)
20. León Portilla VT, Pico Segarra JL. Perfil epidemiológico y complicaciones de colelitiasis, estudio a realizarse en Hospital IESS Milagro Dr. Federico Bolaños Moreira 2016 [Internet]. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina; 2017 [citado el 1o de abril de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/32352>
21. Norma técnica de salud de Planificación Familiar [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
22. Sánchez Gaitán, Esteban. Manejo de Vulvovaginitis en la Atención Primaria. *Revista médica sinergia* [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/305/649>
23. Norma Técnica de Salud para el Manejo de Infecciones de Transmisión Sexual en el Perú. MINSA. [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969122/rm\\_263-2009\\_minsa.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969122/rm_263-2009_minsa.pdf)
24. Bacterial Vaginosis - 2015 STD Treatment Guidelines. 2020. [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/bv.htm>
25. Overview of the etiology and evaluation of vaginal bleeding in pregnant women - UpToDate [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-etiology-and-evaluation-of-vaginal-bleeding-in-pregnant-women?search=diagnostic%20approach%20to%20vaginal%20bleeding&source=search\\_result&selectedTitle=5~150&usage\\_type=default&display\\_rank=5](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-etiology-and-evaluation-of-vaginal-bleeding-in-pregnant-women?search=diagnostic%20approach%20to%20vaginal%20bleeding&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5)

26. Gutiérrez Ramos M, Guevara Ríos E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. enero de 2015;61(1):57–64.
27. Redinger A, Nguyen H. Incomplete Abortions. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citado el 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559071/>
28. Teresa Sir P, Jessica Preisler R, Amiram Magendzo N. Síndrome de ovario poliquístico. diagnóstico y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. el 1 de septiembre de 2013;24(5):818–26.
29. Sir-Petermann T, Ladrón de Guevara A, Villarroel AC, Preisler J, Echiburú B, Recabarren S. Síndrome de ovario poliquístico y embarazo. *Revista médica de Chile*. julio de 2012;140(7):919–25.
30. Solano A, Ramírez X, Solano A. Actualización de la migraña. *Revista Médica Sinergia*. Vol. 5 Num. 4. Abril 2020, e447 [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/447/815>
31. Gobel H. 1.1 Migraine without aura [Internet]. ICHD-3. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://ichd-3.org/1-migraine/1-1-migraine-without-aura/>
32. Tratamiento de la migraña. NFAC. [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: [http://osaraba.eus/infoberriak/wp-content/uploads/2019/02/INFAC\\_Vol\\_9\\_tratamiento-migra%C3%B1a.pdf](http://osaraba.eus/infoberriak/wp-content/uploads/2019/02/INFAC_Vol_9_tratamiento-migra%C3%B1a.pdf)
33. Genique Martínez R, Marin Ibáñez A, Cía Gómez P, Gálvez Villanueva AC, Andrés Bergareche I, Gelado Jaime C. Utilidad del perímetro abdominal como método de cribaje del síndrome metabólico en las personas con hipertensión arterial. *Revista Española de Salud Pública*. abril de 2010;84(2):215–22.
34. Gómez-León Mandujano A, Morales López S, Álvarez Díaz C de J, Gómez-León Mandujano A, Morales López S, Álvarez Díaz C de J. Técnica para una correcta toma de la presión arterial en el paciente ambulatorio. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. junio de 2016;59(3):49–55.
35. Tagle R. Diagnóstico de Hipertensión Arterial. *Rev Med Clin Condes*. el 1 de enero de 2018;29(1):12–20.

36. Barrios V, Escobar C, Echarri R. Fixed combinations in the management of hypertension: Perspectives on lercanidipine - Enalapril. *Vascular health and risk management*. el 1 de febrero de 2008; 4:847–53.
37. Hevia J. Pilar, Alarcón O. Claudia, González C. Claudia, Nazal Ch. Vilma, Rosati M. María Pía. Recomendaciones sobre diagnóstico, manejo y estudio de la infección del tracto urinario en pediatría. Rama de Nefrología de la Sociedad Chilena de Pediatría. Parte 1. *Rev. chil. pediatr.* [Internet]. [citado el 10 de abril 2021]; 91(2): 281-288. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062020000200281&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062020000200281&lng=es)
38. Andrés Wurgajt K. Infecciones del tracto urinario. *Revista Médica Clínica Las Condes*. el 1 de julio de 2010;21(4):629–33.
39. Tutillo León JA, Revelo Andrade AR, Jiménez Calderón MA, Moreira Lucas MM, Almeida Jiménez NC, Tutillo León JA, et al. Artropatías en el adulto mayor. *Revista Cubana de Reumatología* [Internet]. abril de 2020 [citado el 18 de abril de 2021];22(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1817-59962020000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-59962020000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
40. Atresia esofágica - Pediatría [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/pediatr%C3%ADa/anomal%C3%ADas-digestivas-cong%C3%A9nitas/atresia-esof%C3%A1gica>
41. García H, Franco Gutiérrez M. Manejo multidisciplinario de los pacientes con atresia de esófago. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. diciembre de 2011;68(6):467–75.
42. Bairdain S, Ricca R, Riehle K, Zurakowski D, Saites CG, Lien C, et al. Early results of an objective feedback-directed system for the staged traction repair of long-gap esophageal atresia. *J Pediatr Surg*. octubre de 2013;48(10):2027–31.
43. Roséola de la lactancia - Pediatría [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-virales-diversas-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/ros%C3%A9ola-de-la-lactancia>

44. Diagnóstico diferencial de los exantemas [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2014-01/diagnostico-diferencial-de-los-exantemas/>
45. Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSA [Internet]. [citado el 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>
46. Guías de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido. MINSA. [Internet]. [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1027\\_DGSP198.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1027_DGSP198.pdf)

## **ANEXOS**

## 1. Puntuación de escala de Alvarado modificada para el diagnóstico clínico de apendicitis aguda.

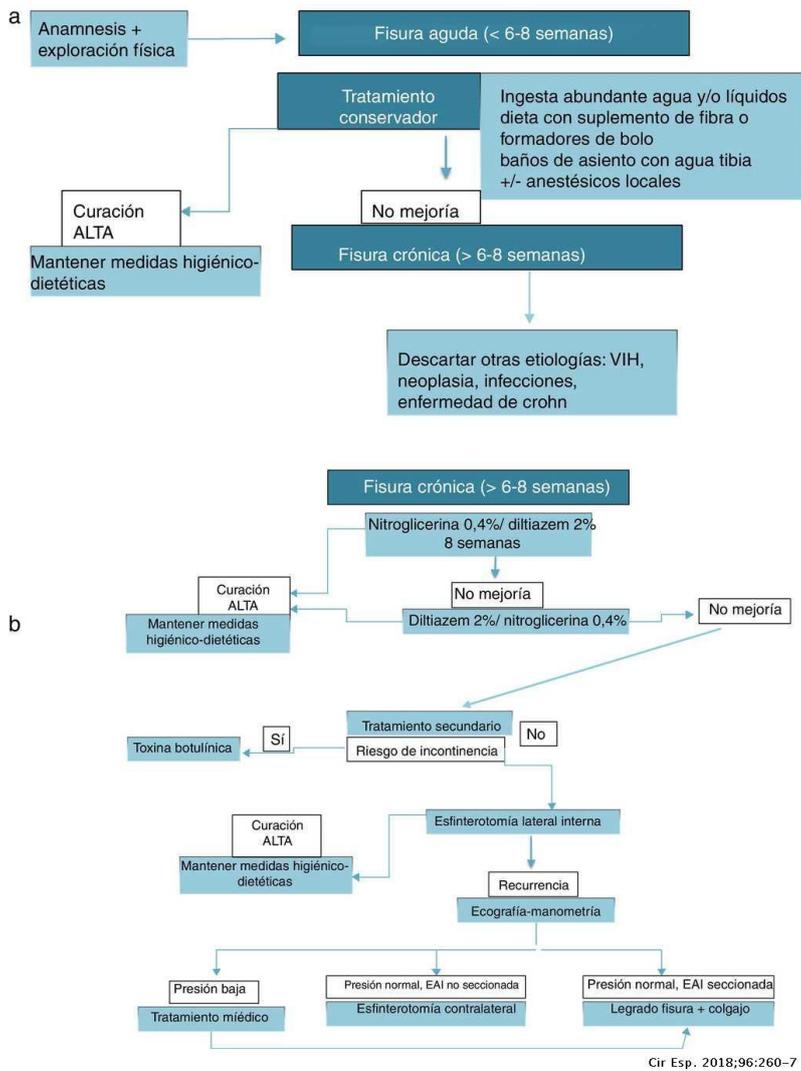
Puntuación de Alvarado modificada para el diagnóstico de apendicitis

Característica	Punto
Dolor migratorio en el cuadrante inferior derecho	1
Anorexia	1
Náuseas o vómitos	1
Sensibilidad en el cuadrante inferior derecho	2
Sensibilidad de rebote en el cuadrante inferior derecho	1
Fiebre > 37,5 ° C (> 99,5 ° F)	1
Leucocitosis del recuento de glóbulos blancos > 10 x 10 <sup>9</sup> / litro	2
<b>Total</b>	<b>9</b>

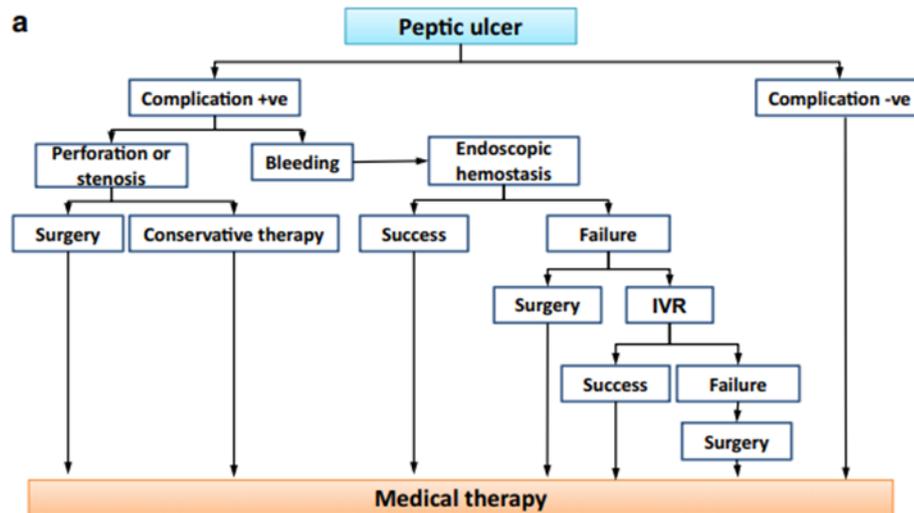
Una puntuación de 0 a 3 indica que la apendicitis es poco probable y se deben realizar otros diagnósticos. Una puntuación  $\geq 4$  indica que el paciente debe ser evaluado más a fondo para detectar apendicitis.

C: centígrado; F: fahrenheit.

## 2. Algoritmo de consenso de la Asociación Española de Coloproctología y de la Sección de Coloproctología de la AEC



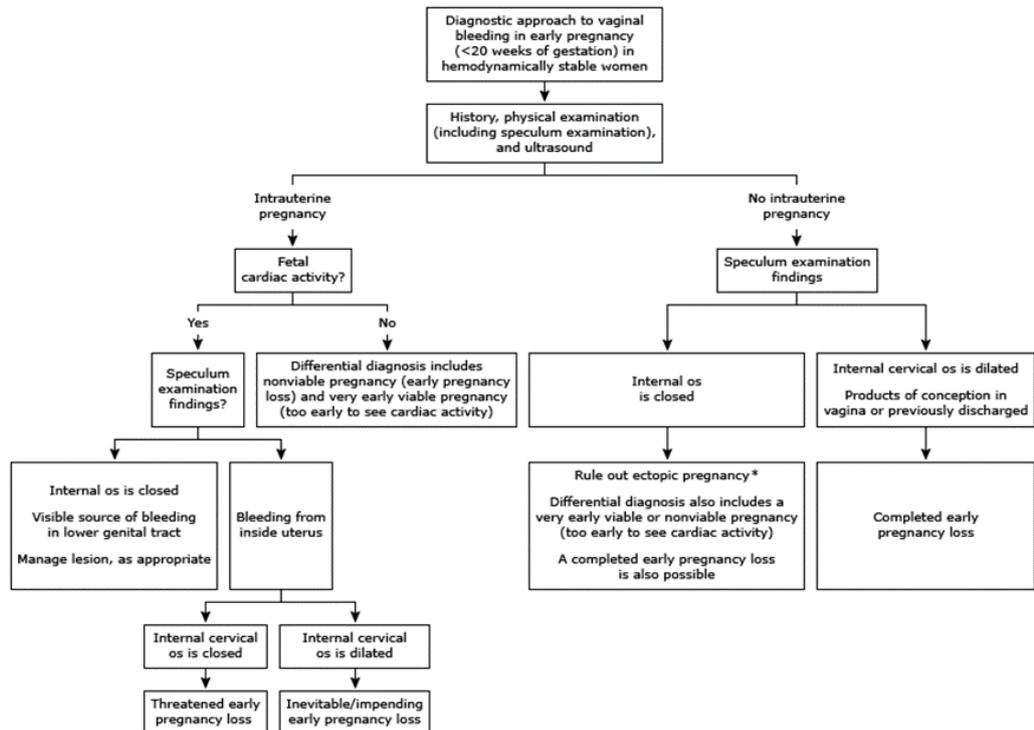
### 3. Algoritmo terapéutico de manejo de úlcera péptica perforada



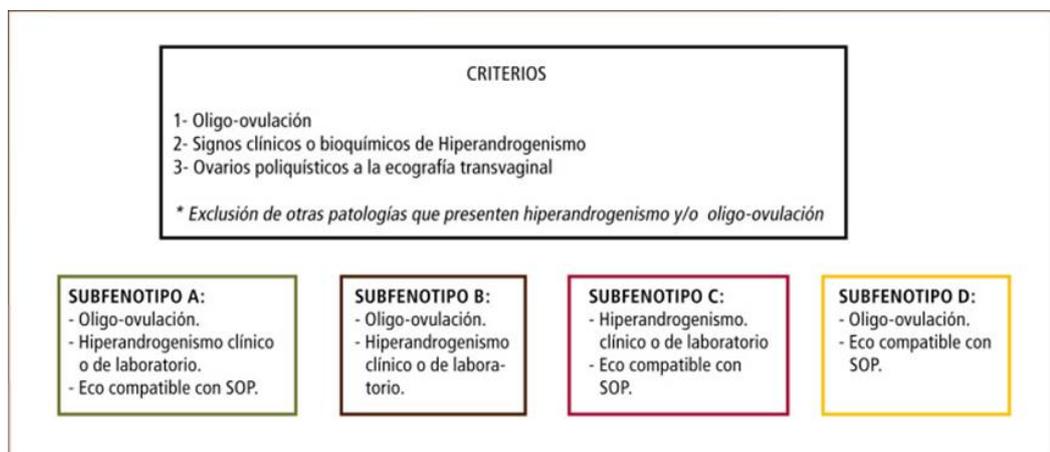
### 4. Flujoograma del manejo del síndrome de flujo vaginal de la norma técnica de infecciones de transmisión sexual del MINSA.



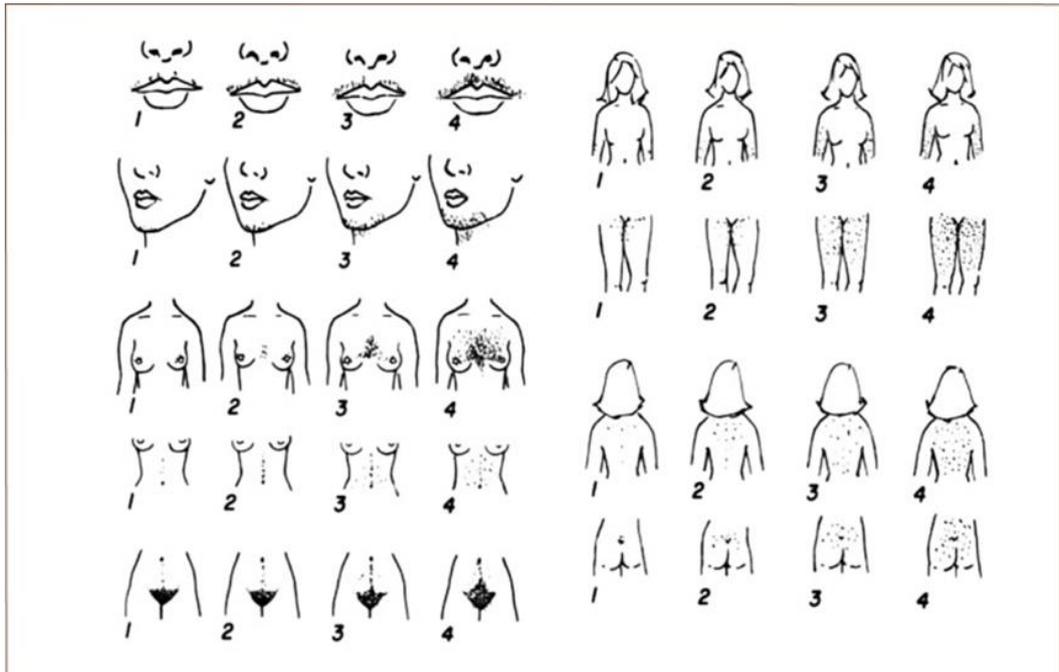
## 5. Algoritmo diagnóstico de sangrado vaginal en el primer trimestre



## 6. Criterios diagnósticos del Síndrome de Ovario Poliquístico y fenotipos de esta enfermedad



## 7. Puntaje de Ferriman-Gallwey, criterio del consenso de Rotterdam.



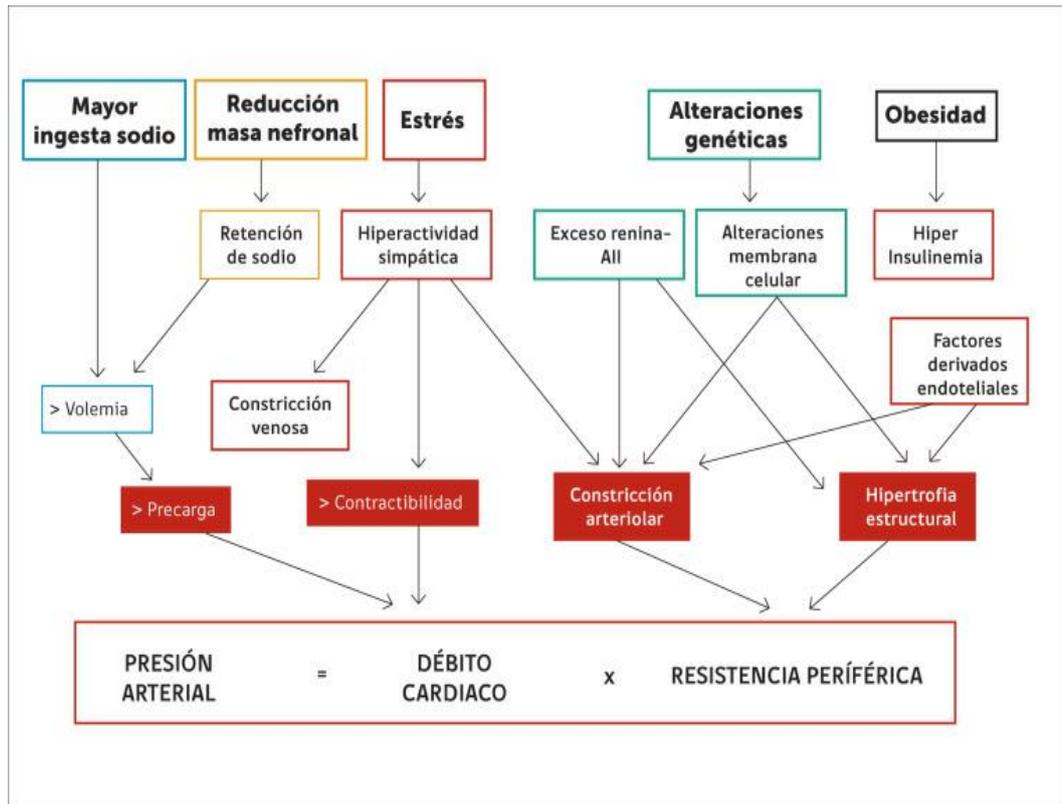
## 8. Riesgo de presentar síndrome metabólico en función del perímetro abdominal en personas hipertensas

°	70	73	76	79	82	85	88	91	94	97	100	103	106	109	112	115	118	121	124
%	2	3	4	5	7	9	12	16	20	26	32	39	47	55	63	70	76	81	85
%	4	5	7	9	12	16	20	25	31	38	45	52	60	67	73	78	83	87	90

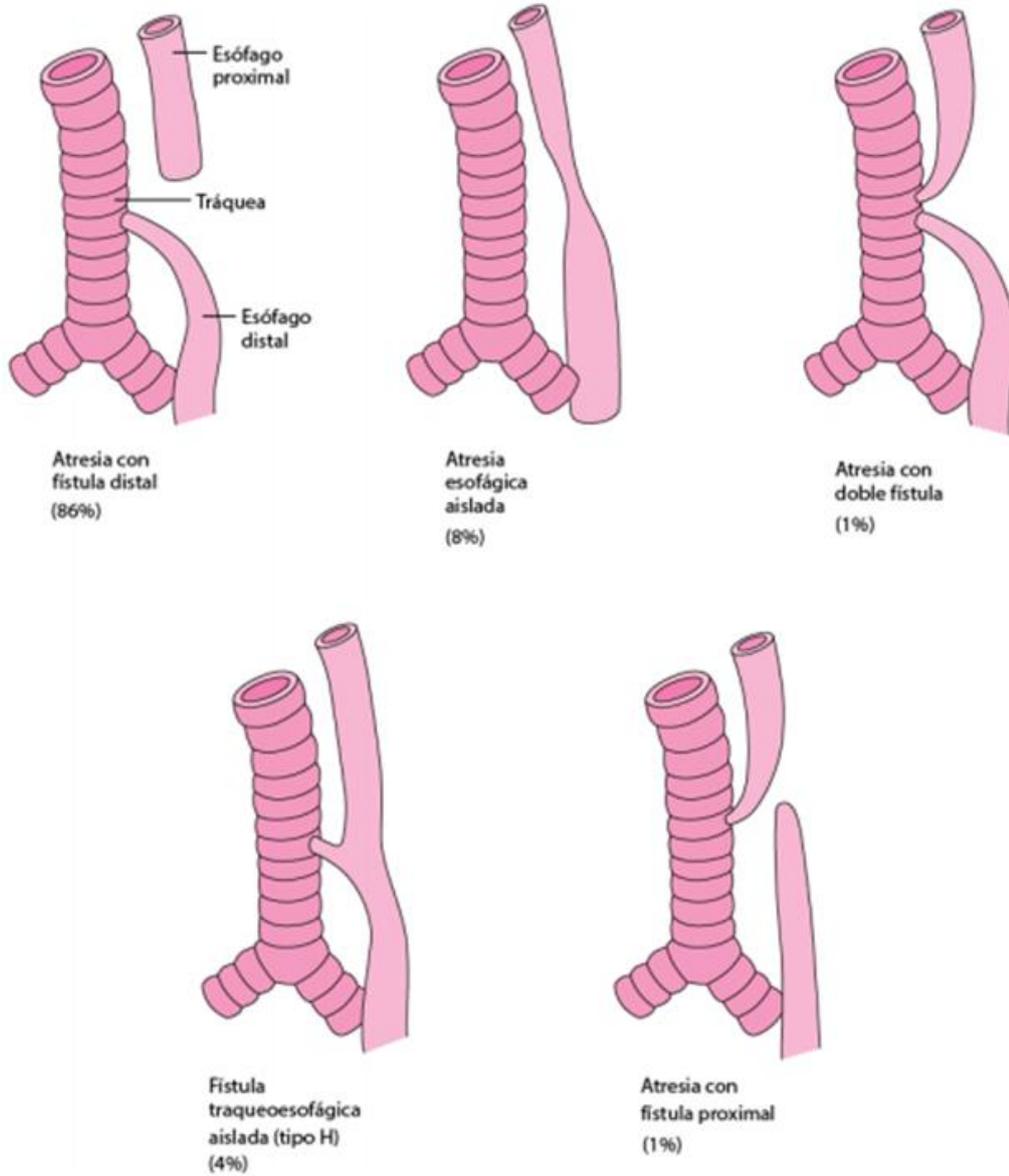
El riesgo de SM está cuantificado en probabilidad %. El perímetro de cintura medido en centímetros.  
B0 = -10

Riesgo Bajo (= 19 %)
Riesgo Moderado (20-49%)
Riesgo Alto (= 50%)

## 9. Fisiología de la presión arterial



## 10. Tipos de atresia esofágica y fístula traqueoesofágica



## 11. Evaluación y manejo del estado de deshidratación de la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño del MINSA

PLAN DE TRATAMIENTO	A	B	C
<b>I. OBSERVE:</b>			
1. Estado de Conciencia*	Alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico o inconsciente <sup>(a)</sup>
2. Ojos <sup>(b)</sup>	Normales	Hundidos	Muy hundidos y secos
3. Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
4. Lágrimas	Presentes	Escasas	Ausentes
5. Sed*	Bebe normal sin sed	Sediento, bebe rápido y ávidamente	Bebe mal o no es capaz de beber o lactar
<b>II. EXPLORE</b>			
6. Signo del pliegue* <sup>(c)</sup>	Desaparece de inmediato	Desaparece lentamente (menor de 2 segundos)	Desaparece muy lentamente (mayor de 2 segundos)
<b>III. DECIDA:</b>		2 ó más signos	2 ó más signos incluyendo por lo menos un "signo clave"
	<b>Sin signos de deshidratación</b>	<b>Algún grado de deshidratación</b>	<b>Deshidratación grave</b>
<b>IV. TRATE:</b>	Use Plan A	Use Plan B pese a la niña o niño	Use el Plan C pese a la niña o niño

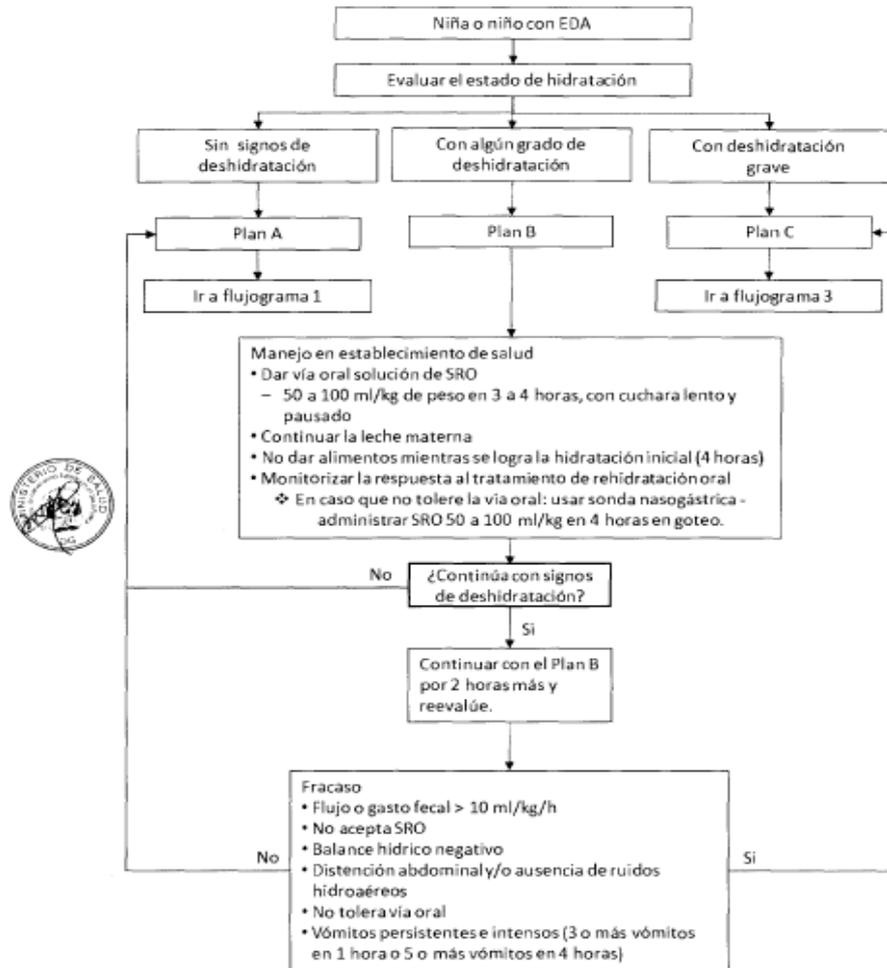
(\*) "Signos claves de deshidratación"

(a) La letargia y la somnolencia no son lo mismo. Una niña o niño letárgico no está simplemente adormecido sino que su estado mental está embotado y no se despierta completamente; la niña o el niño parece derivar hacia la inconsciencia.

(b) En algunos lactantes, niñas y niños los ojos están normalmente algo hundidos. Es útil preguntarle a la madre si los ojos de la niña o el niño están como siempre o más hundidos de lo normal.

(c) El pliegue cutáneo tiene menos utilidad en los lactantes, niñas o niños con marasmo, kwashiorkor u obesos.

## 12. Flujograma de atención de paciente pediátrico con enfermedad diarreica aguda



## 13. Tratamiento de niños con algún grado de deshidratación

CANTIDAD APROXIMADA DE SOLUCIÓN DE SRO EN LAS PRIMERAS 4 HORAS					
Edad (a)	< 4 meses	4 – 11 meses	12 – 23 meses	2 – 4 años	5 – <12 años
Peso	< 5 kg	5 - 7,9 kg	8 - 10,9 kg	11 - 15,9 kg	16 - 29,9 kg
Mililitros	200 – 400	400 - 600	600 - 800	800 – 1200	1200 - 2200
En medida local	1 – 2 tazas	2 – 3 tazas	3 - 4 tazas	4 – 6 tazas	6 – 11 tazas

**14. Composición de las sales de rehidratación oral de baja osmolaridad del Manual clínico para los servicios de salud de la OPS**

**COMPOSICIÓN DE LA SOLUCIÓN DE SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO) DE OSMOLARIDAD REDUCIDA EXPRESADA EN PESO Y CONCENTRACIÓN MOLAR**

<b>Componente SRO</b>	<b>gramos/litro</b>	<b>Componente SRO</b>	<b>mmol/litro</b>
Cloruro sódico	2.6	Sodio	75
Glucosa anhidra	13.5	Cloro	65
Cloruro potásico	1.5	Glucosa	75
Citrato trisódico dihidratado	2.9	Potasio	20
		Citrato	10
		<b>Osmolaridad total</b>	<b>245</b>