



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN ATENCION PRIMARIA EN LA DIRIS LIMA
CENTRO-SAN BORJA

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

PRESENTADA POR
SONIA SELENE RICSE CALDERON

ASESOR

MG. LUQUE ESPINO, JULIO CESAR

LIMA, PERÚ
2021



**Reconocimiento - Sin obra derivada
CC BY-ND**

El autor permite la redistribución, comercial y no comercial, siempre y cuando la obra no se modifique y se transmita en su totalidad, reconociendo su autoría.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA EN ATENCION PRIMARIA EN LA
DIRIS LIMA CENTRO-SAN BORJA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
SONIA SELENE RICSE CALDERON**

**ASESORA
MG. LUQUE ESPINO, JULIO CESAR**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mag. María Isabel Mercado Herrera

Miembro: Mag. Karin Narda Gálvez Carrillo

Miembro: M.E. Zoila Roxana Villa Zapata

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mis padres por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional y económico para poder llegar a ser un profesional.

A mi hermano Luis y demás familia en general por el apoyo que siempre me brindaron día a día en el transcurso de cada año de mi carrera Universitaria.

A mis amigos, que gracias al equipo que formamos logramos llegar hasta el final del camino.

A mis profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo, así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

Sonia Selene Ricse Calderón

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida. Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mis padres, que sin duda alguna en el trayecto de toda mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos. A mi hermano, que con sus consejos, bromas y apoyo moral me ha ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida. Sé que están orgullosos de la persona en la cual me he convertido.

Agradezco a mi familia quienes con su ayuda, cariño, comprensión y apoyo incondicional han sido parte fundamental de mi vida, especialmente en el transcurso de mi carrera universitaria, por compartir momentos de alegría, tristeza y demostrarme que siempre podré contar con ellos.

Agradezco especialmente al doctor José Prado Guzmán, director del centro de salud todos los santos, por toda la colaboración brindada, durante la elaboración de este proyecto, por los buenos consejos, todo el cariño brindado y por su apoyo, así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

Agradezco a todo el personal del centro de salud todos los santos, empezando por las doctoras Diana Del Arca Murga y la doctora Darya Ilusion Huanchaco Núñez, Karina Milagros Negreiros De La Cruz, Fanny Del Rosario Bernuy Medina, quienes me dieron buenos consejos, mucho cariño y me ayudaron en mi desarrollo como profesional. A todos los técnicos por su ayuda, trato cálido, cariño y apoyo moral durante toda mi estadía en el centro, a la obstetra y licenciada de nutrición, a todos los licenciados de enfermería, el personal de admisión, farmacia y personal de vigilancia que siempre estuvieron

brindándome su ayuda para poder desarrollar de la mejor manera el internado en el centro de salud.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	vi
Resumen	vii
Abstract	ix
INTRODUCCIÓN	xi
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	3
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	14
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	43
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
FUENTES DE INFORMACIÓN	46
ANEXOS	49
1. Anexo N° 1: Hoja de ruta de plan de atención integral	50
2. Anexo N° 2: Ficha de tamizaje – violencia familiar y maltrato	51
3. Anexo N° 3: Tarjeta de planificación familiar	52
4. Anexo N° 4: Ficha de investigación epidemiológica par la vigilancia de dengue, chikungunya, zika, fiebre amarilla y otras arbovirosis	53
5. Anexo N°5: Ficha para investigación epidemiológica del COVID-19	54
6. Anexo N° 6: Historia clínica de urgencias	56
7. Anexo N° 7: Carnet de programa de salud materno perinatal	58
8. Anexo N° 8: Ficha para examen cervicouterino	60
9. Anexo N° 9: Orden de laboratorio	61

RESUMEN

El internado médico es un programa en el que el estudiante de medicina humana del séptimo año realiza sus prácticas pre profesionales en diferentes establecimientos de salud del país. El internado médico es una pieza clave en la formación profesional ya que se consolidan conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante toda la carrera de medicina humana. Se Brinda la Experiencia alcanzada durante el Internado en el Centro de Salud Todos Los Santos, así como la adquisición de habilidades y destrezas en la atención de los pacientes en los diferentes servicios que integra el establecimiento. Las condiciones laborales del internado se manifiestan en una sobrecarga de trabajo y precariedad incrementado por la pandemia COVID-19, el estado de emergencia y cuarentena, situación crítica por la que actualmente atraviesa el país. Debido a toda la coyuntura el internado médico ha variado este año, ya que la pandemia de COVID-19 ha puesto en una situación crítica al país, especialmente al personal de salud que se han tenido que adaptar y realizar variaciones para la atención en los diferentes establecimientos de salud, particularidad que es útil en la formación del estudiante de medicina que lo convierte en un personal valioso para conformar la primera línea en centros de atención primaria de salud, como ocurrirá en el SERUMS.

Objetivo: describir las competencias adquiridas durante el internado médico desarrollado durante el periodo de enero 2020 a abril 2021 para la obtención del título profesional de médico cirujano.

Metodología: recopilación de información según medicina basada en la evidencia y experiencias en manejo de la salud.

Conclusiones: el internado médico realizado durante la pandemia COVID-19 ha sido un reto en la formación profesional del interno de medicina, lo cual contribuyo a la adquisición de destrezas, habilidades, capacidades y competencias para lograr superar problemas y dificultades que se presentan

en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de diferentes enfermedades.

Palabras clave: internado médico, COVID-19, medicina, gineceo-obstetricia, pediatría

ABSTRACT

The medical internship is a program in which the seventh-year student of human medicine carries out their pre-professional internships in different health establishments in the country. The medical internship is a key piece in professional training since theoretical and practical knowledge acquired throughout the human medicine career is consolidated. The Experience achieved during the Internship at the Todos Los Santos Health Center is provided, as well as the acquisition of skills and abilities in patient care in the different services that the establishment integrates. The working conditions of the boarding school are manifested in a work overload and precariousness increased by the COVID-19 pandemic, the state of emergency and quarantine, a critical situation that the country is currently experiencing. Due to the whole situation, the medical internship has changed this year, since the COVID-19 pandemic has put the country in a critical situation, especially the health personnel who have had to adapt and make variations for the care in the different establishments of health, a particularity that is useful in the training of the medical student that makes him a valuable staff to form the first line in primary health care centers, as will happen in the SERUMS.

Objective: description of the skills acquired during the medical internship developed during the period from January 2020 to April 2021 to obtain the professional title of surgeon.

Methodology: information gathering according to evidence-based medicine and experiences in health management.

Conclusions: the medical internship carried out during the COVID-19 pandemic has been a challenge in the professional training of the medical intern, which contributes to the acquisition of skills, abilities, capacities and

competencies to overcome problems and difficulties that arise in prevention , promotion, diagnosis, treatment and rehabilitation of different diseases.

Keywords: medical internship, COVID-19, medicine, obstetrics-gynecology, pediatrics.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de suficiencia profesional está sustentado en la experiencia que se adquirió durante el internado con rotación en el Centro de salud Todos Los Santos, ubicado en el distrito de San Borja, y pertenece a la región Lima Centro del Ministerio de Salud.

La realización del internado médico es importante para el estudiante de medicina porque en esta etapa se consolida los conocimientos adquiridos en los años anteriores al participar en forma activa en la atención integral de salud que no solo se resume al tratamiento de patologías, sino también aplicar medidas preventivas y de rehabilitación, todas estas con un criterio ético siempre asistido y supervisado por un profesional de la salud.

Si bien es cierto, que hay muchas diferencias entre los diferentes establecimientos de salud que brindan las rotaciones para el internado, la rotación en los diferentes servicios del centro de salud Todos Los Santos, permitió estar más familiarizados con el funcionamiento de un establecimiento muy similar al que podría rotar en el SERUMS.

Fue muy útil el estar muy de cerca con los médicos asistentes para aclarar dudas en la atención de los pacientes con respecto al diagnóstico, manejo y tratamiento de la diversa patología propia de un centro de salud.

Cabe resaltar que las particularidades que tuvo esta rotación, estuvieron dadas por la pandemia del COVID-19, la misma que obligó a modificar y reforzar las medidas de bioseguridad.

La experiencia obtenida en el diagnóstico, manejo y tratamiento de los pacientes con COVID-19, es valiosísima, ya que estos conocimientos serán aplicados inmediatamente en la rotación SERUMS debido a que la pandemia en nuestro país se prolongará aún más en la medida que no aumente la disponibilidad de vacunas a nivel mundial.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de medicina humana, a diferencia de otras carreras como economía, administración de empresas o comunicación, se caracteriza por tratar con personas, por lo cual es vital que el egresado esté capacitado para manejar las diferentes patologías de una manera integral y adecuado al tratamiento y rehabilitación de cada una de ellas con el fin de salvaguardar la salud de las personas.

La facultad de medicina humana de la Universidad San Martín de Porres tiene como plan de estudios 3 años de ciencias básicas, donde se encuentran los cursos de bioquímica, biofísica, matemáticas, biología, anatomía, inmunología, embriología, microbiología, parasitología, patología clínica, salud pública, epidemiología, fisiología y fisiopatología. Cursos que son fundamentales para sentar las bases de conocimiento en el estudiante de medicina. Seguido a estos tres años, se cursan otros tres años de ciencias clínicas, años en los que los estudiantes de medicina cursan con prácticas intrahospitalarias de semiología, clínica, diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de diferentes patologías haciendo énfasis en las patologías más comunes que se presentan dentro de la población peruana.

El último año de carrera es el internado médico donde el estudiante de medicina realiza sus prácticas pre profesionales en un establecimiento de salud para consolidar los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los 6 años de carrera, es la etapa más importante en la formación de todo médico.

El internado médico realizado en un centro de salud I-3 Centro de salud Todos Los Santos ubicado en Lima-San Borja, estuvo dirigido principalmente a la

atención primaria, prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación de patologías con poca complejidad.

Por ser un centro de primer nivel se realizaban programas de vacunación, tamizaje, Control de crecimiento y desarrollo psicomotor del niño, Tamizaje de Violencia Familiar y Maltrato Infantil, Detección de trastorno de agudeza visual y ceguera, Programa de Planificación Familiar, Control de gestantes en periodo prenatal y puerperio, el centro también cuenta con un Programa de control TBC.

Atención en consulta externa que consta en el Llenado correcto de historias clínicas, ordenes de laboratorio e imágenes, considerando la optimización de controles posteriores, así como la solicitud de exámenes auxiliares o derivación a otros centros según la complejidad de la enfermedad del paciente. Diagnóstico y tratamiento correcto de las enfermedades más frecuentes como son: enfermedades respiratorias, gastrointestinales, urinarias, etc., diferenciando una emergencia de una urgencia, para el correcto y óptimo empleo de los recursos del ministerio de salud. Reconocimiento de la importancia de medidas específicas para disminuir la prevalencia de enfermedades no transmisibles, como, por ejemplo: disminución del consumo de alcohol y tabaco, dieta saludable sustituyendo las grasas trans por grasas poliinsaturadas, promoción y protección de la lactancia materna, promover la actividad física, chequeos periódicos de descarte de cáncer, etc. Trato amable y ético para con los pacientes, así como con el resto de personal que trabaja en el centro de salud, procurando fomentar un ambiente de armonía que facilite la atención integral del paciente.

Debido a la pandemia del COVID-19, el centro de salud Todos Los Santos fue habilitado para la atención primaria, la cual incluía el diagnóstico oportuno de los pacientes COVID positivo, el tratamiento diferenciado de pacientes COVID-19 y seguimiento de los casos leves a moderados. Todo el personal de salud del establecimiento debía tener un Manejo correcto de los equipos de protección personal, fomentando también en la población que acude al Centro de Salud el uso correcto de mascarillas, distanciamiento social y lavado de manos.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Centro de Salud “Todos los Santos” pertenece a la región costa, provincia de Lima, ciudad de Lima, distrito de San Borja, calle Schubert, y pertenece a la Región Lima Centro del Ministerio de Salud.

El horario de Atención en el Centro de Salud es de 8am a 2pm.

La población asignada al centro de salud es de 51160 habitantes con una distribución casi equitativa de hombres (50.5%) y mujeres (49.5%).

El grupo etario más numeroso es el comprendido entre los 15 a 65 años.

Entre los grupos etarios menos numerosos están los menores de 15 años y los mayores de 65 años (según el reporte de epidemiología 2019-Dirección de redes integrales Lima centro).

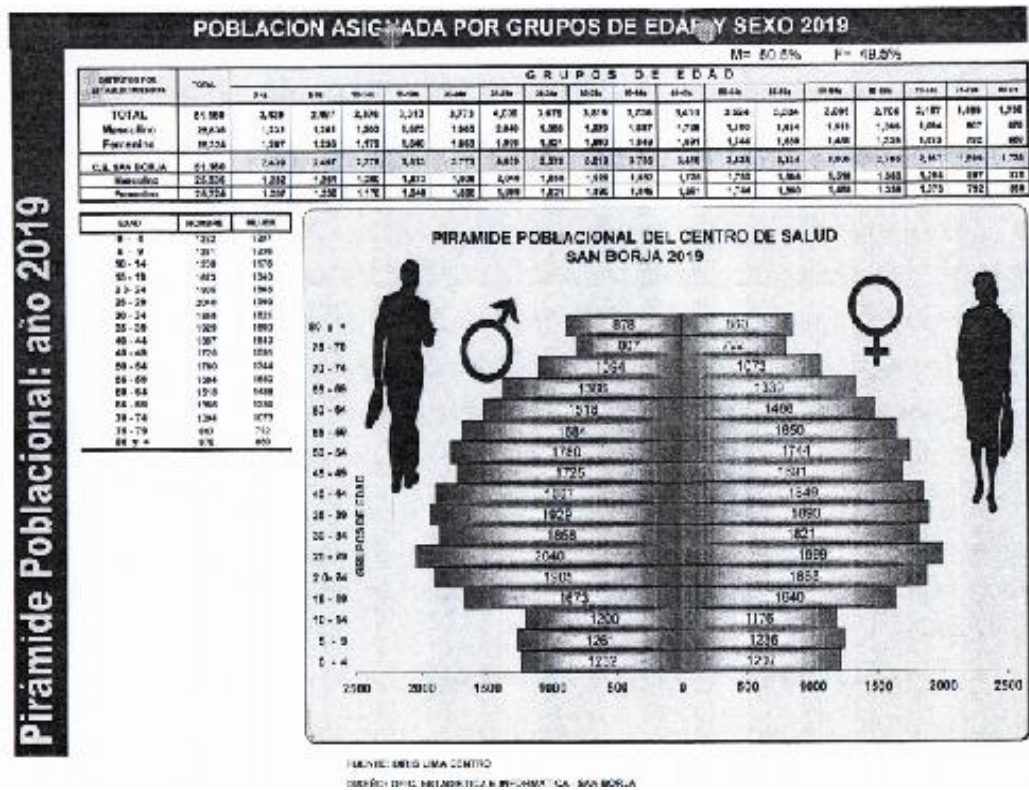


Figura 1: La primera figura muestra la pirámide poblacional asignada por edad y sexo en el centro de salud san Borja en el año 2019

Entre las diez primeras causas de enfermedad por la que acude un paciente al Centro de Salud Todos Los Santos, figuran las enfermedades respiratorias, gastrointestinales, metabólicas, nutricionales, endocrinas e infecciosas y parasitarias.

MORBILIDAD							
10 PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL POR CAPITULOS SEGÚN GRUPO ETAREO Y SEXO							
ESTABLECIMIENTO: C.S. TODOS LOS SANTOS SAN BORJA							
PERIODO: ENERO - SETIEMBRE 2019							
→ Edad Según ETAPAS DE VIDA							
MORBILIDAD	Sexo	TOTAL	0-11A	12-17A	18-29A	30-59A	60A+
TOTAL GENERAL ...	T	13,236	3,558	671	1,615	4,579	2813
	M	4,718	1,789	306	459	1,294	870
	F	8,518	1,769	365	1,156	3,285	1943
CAPITULO X: ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	T	4,129	1,826	211	396	1,054	652
	M	1,658	903	101	162	305	217
	F	2,441	923	110	224	749	435
CAPITULO XI: ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	T	1,870	276	148	332	776	338
	M	616	119	65	61	239	132
	F	1,254	157	83	271	537	206
CAPITULO IV: ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	T	1,726	252	56	194	730	494
	M	559	148	18	42	205	146
	F	1,167	104	38	152	525	348
CAPITULO I: CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	T	994	339	48	152	309	146
	M	347	165	24	40	76	42
	F	647	174	24	112	233	104
CAPITULO XVIII: SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS Y LABORATORIO, NO CLASIFICADOS E	T	802	134	39	116	321	192
	M	247	94	20	23	85	55
	F	555	70	19	93	236	137
CAPITULO V: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	T	671	85	60	97	305	124
	M	228	61	27	37	81	20
	F	445	24	33	60	224	104
CAPITULO XIX: TRAUMATISMOS, ENVENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	T	560	69	35	70	263	123
	M	225	30	17	33	100	45
	F	335	39	18	37	163	78
CAPITULO XIII: ENFERMEDADES DEL SISETMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	T	557	23	7	43	247	237
	M	190	15	4	23	67	81
	F	367	8	3	20	180	156
CAPITULO XII: ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	T	462	163	28	40	128	103
	M	181	72	11	14	49	35
	F	281	91	17	26	79	68
CAPITULO III: ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYITICOS, Y CIERTOS TRASTORNOS QUE A	T	379	270	4	28	39	38
	M	160	141	-	5	5	9
	F	219	129	4	23	34	29
OTRAS ENFERMEDADES	T	1,086	121	35	157	407	366
	M	279	71	19	19	82	88
	F	807	50	16	138	325	278

Fuente: Hisminsa y Sistema Integrado His.
Oficina de Estadística e Informática del C. s. San Borja

Figura 2: La segunda figura muestra las 10 primeras causas de morbilidad general por capítulos según grupo etario y edad en población de centro de salud todos los santos, en el periodo enero-setiembre 2019

El personal asignado al centro de salud está compuesto por 1 medico jefe, 2 médicos asistenciales (2 de ellos son CAS COVID), 1 nutricionista, 1 obstetras, 2 odontólogos, 3 técnicos de laboratorio, 2 psicólogos 23 trabajadores entre enfermeras, técnicos de enfermería, administrativos, vigilancia, mantenimiento y limpieza.

El organigrama estructural del establecimiento tiene como ente rector al Ministerio de Salud, que supervisa a la Red integral de salud Lima Centro y esta a su vez coordina con el Centro de Salud Todos los Santos.

En el Centro De salud se identifica servicios Finales como son Medicina, Odontología, Obstetricia, Psicología

También se dispone de servicios intermedios como son Enfermería, Farmacia, Laboratorio, Tópico, Programa de Control de TBC, Inmunización

Los servicios Generales del Centro de salud son: Caja, Almacén, Estadística, Admisión, Archivo, Mantenimiento y Vigilancia

En la atención del paciente nuevo y continuo se contaba con el siguiente flujograma de atención:

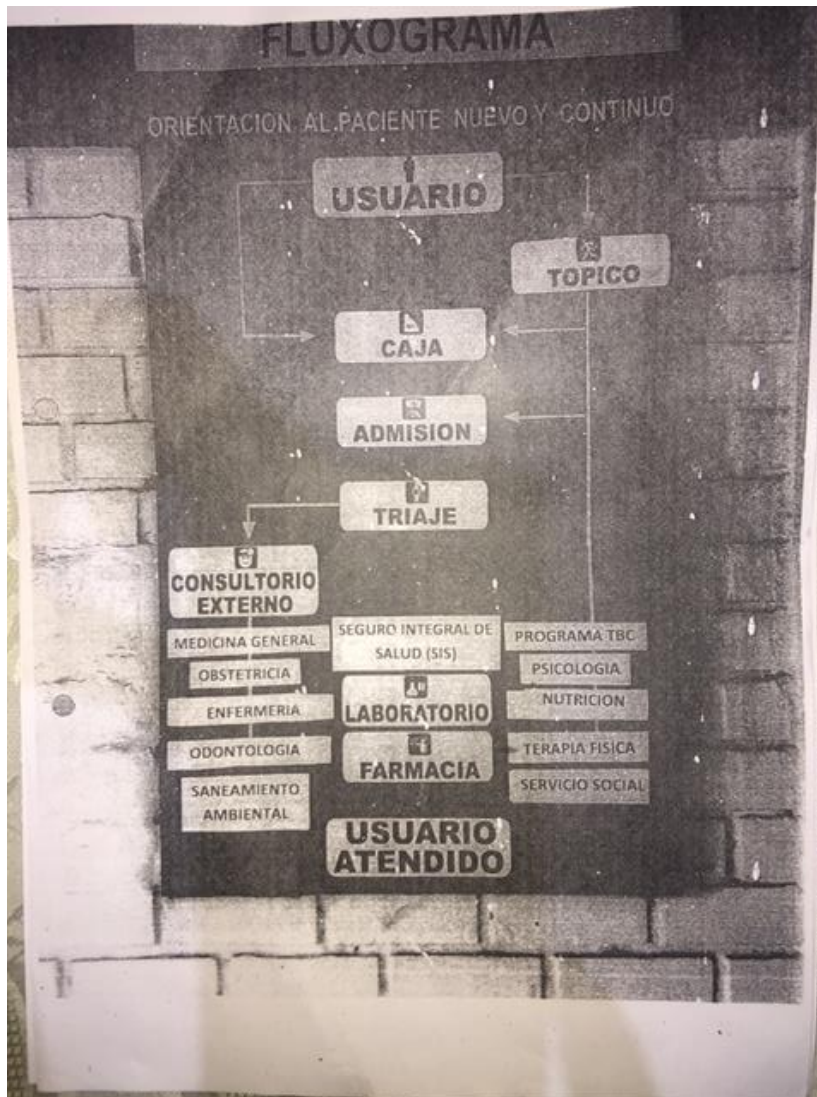


Figura 3: La tercera figura muestra el flujograma de atención al paciente en el centro de salud todos los santos.

Como resultado de las actividades de diagnóstico, manejo y tratamiento de la patología diversa atendidas en el centro de salud, los casos complicados

eran derivados al Hospital Dos De Mayo, previa coordinación con OSEG DIRIS LC Y OSEG EESS.



Figura 4: La siguiente figura muestra el flujograma de referencias y contra referencias del centro de salud todos los santos.

Pero debido a la pandemia del coronavirus, por protocolo de bioseguridad se realiza un tamizaje previo a todo paciente solicitando atención en el centro de salud. Este tamizaje tiene como objetivo identificar pacientes con sintomatología sospechosa de COVID-19.

Por esta razón, se habilitaron 2 carpas en el exterior del Centro de Salud, para disponer de un abordaje diferenciado de los pacientes sospechosos de COVID-19 e impedir así el contagio en el interior del centro de salud con otros pacientes que acuden por patología diversa no COVID.

La carpa número 1 estaba destinado a la atención de pacientes sospechosos de COVID-19. El medico realizaba actividades de diagnóstico, manejo y

tratamiento, según. Se contaba con un Flujograma de atención diferenciada de COVID-19.

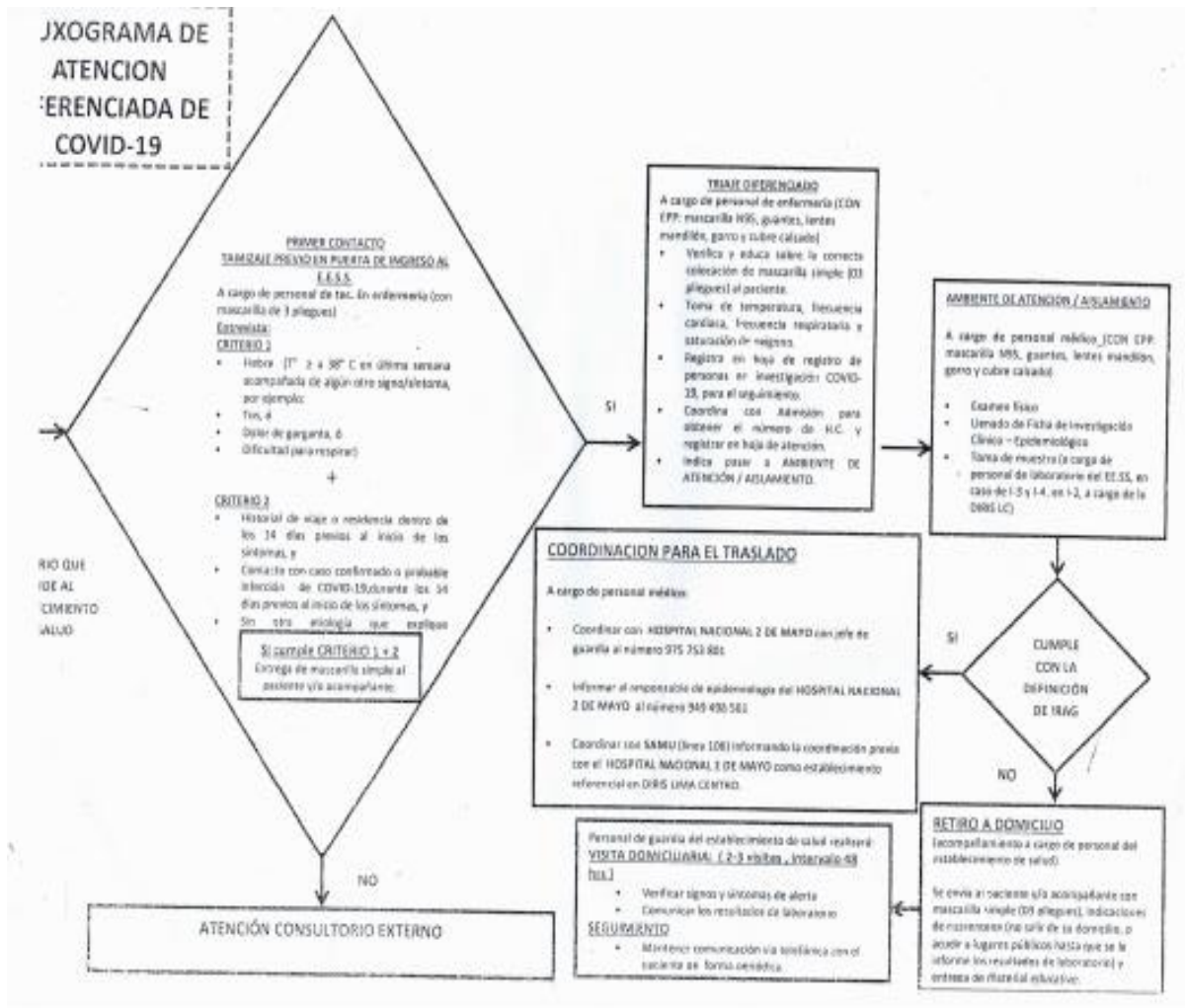


Figura 5: La quinta figura muestra el flujograma de atención diferenciada de COVID-19 en el centro de salud todos los santos.

Se solicitan pruebas diagnósticas de acuerdo al estadio de la enfermedad. Además, se realiza el llenado de la ficha epidemiológica en la cual se registra aspectos del cuadro clínico de presentación del paciente (por tratarse de una enfermedad nueva) investigando los posibles contactos en el trabajo, en el hogar, etc., población que se intenta identificar para realizar también el descarte del COVID-19. Los pacientes con pruebas positivas para el COVID-19, son registrados en el Centro de Salud a fin de hacerles seguimiento no solo en la evolución de su enfermedad incluyendo visitas domiciliarias para detección de posibles contactos.

Como resultado de las actividades de diagnóstico, manejo y tratamiento de pacientes COVID, los casos moderados y severos (principalmente pacientes que tengan saturación de oxígeno menor a 93) eran derivados al Hospital de Dos de Mayo, debido a que el centro de salud no cuenta con Soporte de Oxígeno.

La carpa numero 2 estaba destinado a la toma de muestras de laboratorio realizada por una tecnóloga médica. Los exámenes realizados eran: prueba rápida serológica (solicitada a partir de los 7 días de iniciado los síntomas, destinada a detectar presencia de anticuerpos Ig G y Ig M), prueba rápida antigénica (solicitada a los 3 a 7 días de iniciado los síntomas, destinada a identificar estructuras con propiedades antigénicas del virus), y prueba PCR molecular (solicitada a partir de los 2 días de iniciado los síntomas, destinada a identificar presencia del virus aun en cantidades muy pequeñas).

En el consultorio de medicina se realiza la consulta general de diversas patologías incluyendo población pediátrica, y del adulto mayor.

En el consultorio de odontología, además de la atención de la patología propia, del área se realizaba programas de prevención de enfermedades estomatológicas.

En el consultorio de Obstetricia se realizaba control de gestantes, actividades de planificación familiar, actividades de prevención de cáncer uterino.

El Centro de salud cuenta con in servicio de inmunización principalmente a población pediátrica y del adulto mayor.

Debido a la pandemia en el centro de salud Todos Los Santos ha cambiado su sistema de atención de los diferentes servicios.

Desde el inicio de la pandemia hasta el día de hoy los servicios de medicina general, Obstetricia, nutrición han estado atendiendo por citas con normalidad, con la variación de atenciones por día (15 vs 7).

Los servicios intermedios de: Enfermería, Farmacia, Laboratorio, Tópico, Programa de Control de TBC, Inmunización y fisioterapia. Así como Los servicios Generales: Caja, Almacén, Estadística, Admisión, Archivo, Mantenimiento y Vigilancia también han estado atendiendo con normalidad con nuevo horario de asistencia en el personal (15 días al mes)

el servicio de odontología general solo ha estado haciendo programas de prevención establecido por el MINSA debido a la pandemia de COVID-19

el servicio de psicología atendía por teleconsulta a los pacientes derivados por el servicio de medicina general.

A todos los pacientes antes que ingresan al C.S.. el personal encargado de triaje le hace una pequeña entrevista dirigida a la detección de síntomas respiratorios y/o gastrointestinales, síntomas presentes en pacientes COVID +, con la finalidad de hacer un filtro para prever el contagio al personal de salud.

Los pacientes que no presenten síntomas respiratorios y/o gastrointestinales serán atendidos dentro del C.S. en los consultorios de medicina/ obstetricia / nutrición y por el área de inmunizaciones.

Los pacientes que presenten síntomas respiratorios y/o gastrointestinales serán atendidos por el personal de salud en una carpa localizada en la vereda del centro de salud, con la finalidad de disminuir la probabilidad de contagios de COVID-19.



Figura 6: la sexta figura muestra la carpa COVID del centro de salud Todos Los Santos.

Otra de las funciones principales Del área de triaje a cargo de los técnicos es identificar al paciente, tomar las funciones vitales, pesarlos y tallarlos.

Ellos también se encargan de coordinar las citas de los pacientes con el área de admisión, así como la entrega de las historias clínicas al personal de salud que visitaran los pacientes.

El personal técnico es clave en el C.S. ya que no solamente ayudan al personal de salud encargado de las atenciones médicas sino también a los pacientes durante su estadía en el centro lo que garantiza una mejor atención al paciente.

El servicio de medicina general ha atendido con normalidad con la implementación de EPP y nuevos protocolos de bioseguridad.

Las enfermedades mayormente atendidas son de poca complejidad y enfermedades crónicas controladas. El centro de salud se centra en la atención integral de salud según etapas de la vida (anexo 1), así como tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil (anexo 2), detección de trastorno de agudeza visual y ceguera.

Se realizan estrategias sanitarias como:

- Prevención y control de infecciones de transmisión sexual y VIH- sida
- Salud sexual y reproductiva (Anexo 3)
- Prevención y control de tuberculosis
- Alimentación y nutrición saludable
- Prevención y control de enfermedades metaxénicas y otras transmitidas por vectores (Anexo 4)
- Prevención y control de daños no transmisibles
- Promoción de salud mental y cultura de paz
- Salud bucal
- Salud ocular

Medicina general especializada en COVID-19 está comandada por la DIRIS LIMA CENTRO el cual reubicó tres médicos cas COVID especializadas en detección manejo y seguimiento de COVID-19 (Anexo 5)

Su labor en el centro era atender a todos los pacientes sintomáticos respiratorios y/o digestivos y las urgencias médicas del centro. (Anexo 6). Junto con el personal de laboratorio han sido pieza clave para el diagnóstico de COVID-19.

El centro contaba con pruebas moleculares, pruebas rápida serológica y antigénica para SARS COV 2, indicados por el médico para pacientes sospechosos de COVID-19.

A los pacientes COVID-19+ con sintomatología leve el médico encargado le daba tratamiento sintomático (paracetamol), y como indicaciones: aislamiento domiciliario por 14 días, y medida de saturación de oxígeno con oxímetro cada 6 horas, en caso la saturación < 93% debería acudir a un hospital.

Un médico de este equipo junto con una licenciada en enfermería, se encargaban del seguimiento de los casos positivos para monitorear el tratamiento y evolución del paciente.

En caso se detectará un caso severo de COVID-19 se derivaba inmediatamente al hospital dos de mayo.

También el médico COVID era encargado de atender las urgencias del centro. El servicio de obstetricia tenía como función principal las estrategias sanitarias de: conjuntamente con el servicio de medicina la Prevención y control de infecciones de transmisión sexual y VIH- sida y la Salud sexual y reproductiva (Anexo 3).

El servicio de obstetricia se encarga del:

- control perinatal de gestantes de bajo riesgo (Anexo 7)
- examen cervicouterino y realización de Papanicolaou (Anexo 8)
- detección y derivación de patologías ginecológicas al servicio de medicina general
- tamizaje de VIH y sífilis
- tamizaje, detección y registro de casos de violencia sexual

El servicio de fisioterapia se encargada de la prevención terciaria, dirigida a la recuperación y rehabilitación de los pacientes con enfermedades osteoarticulares derivados por el servicio de medicina general.

El servicio de enfermería está encargado del área de inmunizaciones. Ellos realizan las campañas de vacunación, así como la Inmunización en menores de 5 años según cartilla de vacunación. También se encargan de la colocación de medicamentos intramusculares y vía endovenosa.

El ambiente destinado a la atención de pacientes afectados por la tuberculosis cuenta con adecuada ventilación y con ingreso independiente,

El centro de salud cuenta con la infraestructura aprobada por el Ministerio de Salud, para asegurar las condiciones del control de infecciones y bioseguridad requeridos para la atención diferenciada de las personas afectadas por tuberculosis.

El área de espera de pacientes ambulatorios afectados por la tuberculosis es en un espacio abierto y bien ventilado. El área de laboratorio donde se procesan pruebas de los pacientes con tuberculosis cumple las medidas de bioseguridad indicadas en la Norma Técnica de Salud correspondiente.

El laboratorio del centro de salud cuenta con los exámenes básicos como:
(Anexo 9)

- Hemograma
- Examen de orina
- Glucosa
- Urea
- Creatinina
- Perfil lipídico

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Este trabajo está centrado en la atención primaria al paciente brindado en el centro de salud Todos Los Santos nivel I-3. Aquí se brinda atención a enfermedades crónicas como son la diabetes, hipertensión arterial, se realiza la atención integral de salud que consta en que el paciente pase por los servicios de medicina general, odontología, nutrición, obstetricia, inmunizaciones y psicología. Los internos de medicina próximos a ser profesionales de la salud tienen como fundamental labor velar por la pronta recuperación y mejorar la calidad de vida de los pacientes en la medida de lo posible mediante la aplicación de conocimientos y valores humanos que fueron instruidos durante la formación académica, para brindar una atención optima y tener una buena relación médico-paciente , alcanzar una comunicación efectiva con el paciente y este pueda expresar detalladamente, con franqueza y confianza las dolencias que lo aquejan.

La gran mayoría de las actividades de internado médico han sido llevadas a cabo en el establecimiento de primer nivel, y se desarrollaron en el área de medicina general donde se tuvo la oportunidad de poder participar de las atenciones diarias en las cuales el médico asistente a cargo permitía el libre desenvolvimiento y participación de los internos bajo su supervisión y asesoría.

Ha sido todo un reto el tratar de entender, comprender y poder llegar satisfacer las necesidades del paciente, ya que la población san borjina está acostumbrada a la pronta y eficiente atención, en general pacientes con diferentes personalidades, unos más difíciles de manejar y satisfacer sus estándares que otros pero no imposible, conjuntamente a la experiencia práctica , el tutor asignado desarrolló diversas actividades académicas las

cuales consistieron en exposiciones sobre diversos temas de acuerdo a los casos clínicos vistos durante la atención en el establecimiento, discusiones de los casos más complicados de manejar así como de los más comunes que llegaban para la atención, y también la presentación de revistas médicas que complementan al conocimiento básico ayudando a mantenerse actualizados en cuanto a protocolos de atención, manejo de diferentes enfermedades y otras novedades en medicina, especialmente en esta nueva enfermedad COVID-19, ya que constantemente la información tanto del virus SARS COV 2 como de los síntomas clínicos, el protocolo de diagnóstico, prevención y tratamiento han sido actualizados constantemente por los avances en el conocimiento sobre esta enfermedad.

Las actividades académicas se realizaban dedicándoles un total de 6 horas, 6 días a la semana en las cuales se hacía presentaciones de diferentes temas relacionado con los casos clínicos vistos el día anterior durante las consultas , se discutía el manejo médico y simulaciones de casos clínicos por parte del médico tutor con el fin de preparar a los internos de medicina para el próximo paso a seguir en la carrera médica como es el de realizar el SERUMS, promoviendo el desenvolvimiento con asertividad y seguridad de los próximos médicos, aclarando dudas y reforzando conocimientos.

Las actividades prácticas se desarrollaron en los servicios con los que contaba el establecimiento de salud, para los cuales se debía contar con el conocimiento teórico básico de etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento sobre todo con respecto de los casos más usuales del centro, manejar claramente los recursos, medicamentos y exámenes auxiliares, con los que se cuenta en el establecimiento de acuerdo al nivel. El control y manejo de la entrevista durante la atención medica guiada por el médico responsable, en este caso el interno, hacia el paciente para así lograr una comunicación efectiva con el paciente para que se sienta en confianza, entendido, respetado y pueda también comprender y seguir correctamente las instrucciones que le sean dadas.

En todo momento bajo la supervisión y asesoría del tutor médico encargado, se permitió al interno poder tomar el control de la entrevista médica en la consulta médica, reforzando así el desenvolvimiento del interno con el

paciente, proponer un diagnóstico y dar tratamiento, todo consultado previamente con el tutor.

Todos los pacientes son diferentes en muchos aspectos, no solamente se los puede diferenciar de acuerdo al problema de salud físicos y orgánico que los aqueja sino también de acuerdo a los problemas psicológicos y sociales, así también como la personalidad, capacidad de entender las indicaciones y relacionarse con el personal de salud. Características que los internos, como aún estudiantes en la última fase de formación, tienen que conocer y diferenciar para poder atender integralmente a todos los pacientes, brindando una atención personalizada con el fin de resolver los problemas que estos manifiestan, o responder adecuadamente a las exigencias, esto es una responsabilidad que como futuros médicos se enfrentará incorporando los conocimientos, valores y actitudes que caracterizan a la profesión médica.

Los casos más frecuentes vistos en el centro de salud son casos de leve complejidad, ya que es un centro de nivel I-3, los casos más frecuentes vistos son los siguientes:

CASO CLINICO N°1.

1. Ectoscopía

-paciente con claudicación y apósito en pierna izquierda de aproximadamente 10 centímetros.

2. Anamnesis

2.1. Filiación:

Varón de Edad: 34 años. Raza mestiza. Ocupación: contador. Estado civil: soltero. Lugar de nacimiento: Perú. Grado de instrucción: técnico. Religión: católica. Idioma: español. Forma de ingreso: por urgencia al servicio de medicina general.

2.2. Enfermedad actual:

Síntomas Principales: dolor en miembro inferior izquierdo.

Tiempo de Enfermedad: 36 horas. Forma de Inicio: brusco

RELATO: paciente ingresa al centro de salud por urgencia al servicio de medicina general, al momento de la consulta paciente refiere haber sido mordido en la pantorrilla por el perro de un vecino el día anterior a la consulta, luego del suceso procedió a lavar la herida con agua y jabón, también coloco

agua oxigenada y alcohol sobre la herida, luego la cubrió con una gasa estéril. Al amanecer del día siguiente siente mayor dolor e imposibilidad de pisar con ese pie por el dolor intenso, se percata que la piel cercana a la herida esta roja y caliente por lo que decide acercarse al centro de salud.

3. Funciones biológicas: Apetito: conservado. Sed: conservado. Orina: normal. Deposiciones: normal, diaria. Sueño: imposibilidad de conciliar el sueño por el dolor. Estado de ánimo: preocupado

4. Antecedentes

4.1. Antecedentes personales generales: vivienda: material noble, no cría animales. Vestimenta: adecuada para la estación, Hábitos nocivos: niega. Café: poco. Drogas: niega. Bebidas alcohólicas: ocasionalmente.

4.2. Antecedentes personales fisiológicos: nació en Lima-Perú, no complicaciones. Infancia: en su pueblo natal, Desarrollo psicomotor: aparente normal. Situación económica social: trabajo estable. Residencias anteriores: sólo su ciudad natal. Niega alergias. Inmunizaciones: no precisa. Niega transfusión de sangre. Inicia relaciones sexuales a los 20 años.

4.3. Antecedentes personales patológicos: No precisa enfermedades crónicas. No alergias. Operación: niega. Accidente automovilístico en el 2016.

4.4. Antecedentes familiares patológicos: Papá hipertenso controlado. Madre con tos crónica. 1 hermano: aparentemente sano. No antecedentes de cáncer, Niegan TBC, Niegan Hepatitis, Niegan otras enfermedades infecciosas.

5. Examen físico:

5.1. Examen físico general:

PA de 130/70mmHg, FC: 88 x min FR: 18 x min. SatO₂: 98%, T^o: 37.5°C. Glasgow: 15.

5.2. Examen físico regional:

Cabeza normocéfala, Ojos: pupilas fotorreactivas, movilidad ocular conservada. Nariz: fosas nasales permeables, Puntos paranasales: negativo. Boca con mucosas húmedas. Orofaringe no congestiva. Cuello: no se palpa tiroides, no se palpan adenopatías. Miembros inferiores: pantorrilla izquierda: 2 lesiones con pérdida de continuidad de la piel de 5 y 7 centímetros, poco profunda. Bordes y base eritematosa, secreción sanguino purulenta, dolor al tacto y flogosis.

5.3. Examen tórax

Inspección: Frecuencia respiratoria en el límite superior normal. Tórax simétrico. no tiraje subcostal. No cianosis. No aleteo nasal

Palpación: vibraciones vocales normales.

Percusión: timpánico en ambos campos pulmonares.

Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

5.4. Examen cardiovascular

Inspección: Tórax anterior simétrico. En cuello: no ingurgitación yugular. Llenado capilar < 2".

Palpación: no choque de punta.

Auscultación: no soplos ni ruidos agregados, ruidos cardiacos normales.

5.5. Examen de abdomen

Inspección: abdomen simétrico. No distendido, No cicatrices. No masas.

Palpación: no dolor, no masas palpables. Hígado no sobrepasa reborde costal derecho. Bazo no se palpa.

Percusión: sonoridad: timpanismo en los diferentes cuadrantes.

Auscultación: ruidos hidroaéreos normales 5/minuto.

Resto de examen físico: Semiología normal de acuerdo a edad y sexo.

Miembros superiores: sin alteraciones. Piel y mucosas: hidratadas.

6. Manejo:

Medico asistente encargado del servicio de urgencia luego de evaluar al paciente llega a la conclusión que la herida está infectada, por ser una mordedura de perro al paciente debe de recibir inmunizaciones de tétano y rabia. El perro que lo mordió cuenta con todas sus vacunas y no ha presentado síntoma alguno, el paciente mantiene comunicación constante con el dueño del dan por lo que el can puede ser monitoreado por él. La indicación del médico asistente es la limpieza de la herida con cloruro de sodio y colocación de crema antibiótica mupirocina, amoxicilina con ácido clavulánico de 500/125mg vía oral cada 8 horas por 10 días. El paciente al no acordarse de que vacunas he recibido, se le indico la colocación de la vacuna difteria-tétano. Se le da la recomendación al paciente de estar en vigilancia constante de los signos de alarma. Reevaluación en 5 días.

Opinión: según la norma técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú, la atención inmediata debe de ser el lavado de la herida por 10 minutos aproximadamente con abundante agua y jabón domestico u otro antiséptico con el fin de reducir la carga viral y contaminación bacteriana en el lugar de la mordedura, en el caso de necesitar sutura esta debe ser con puntos de afrontamiento y floja, sin suturar el TCSC, caso que no es el del paciente. Dependiendo del lugar, profundidad y animal causante de la mordedura se cataloga como: exposición sin riesgo, leve o grave. El paciente tubo una explosión leve ya que si hubo perdida de continuidad en la piel mas no fue en una zona de grave explosión (cara, cabeza, cuello, pulpejo de dedos de las manos y pies, genitales). el suero antirrábico está indicado solo en pacientes con exposición grave y suturas, no es el caso del paciente. La inmunización antitetánica se aplicará de acuerdo al estado vacunal del paciente, indicación de antibióticos si es que hay signos de infección en la herida. La inmunización antirrábica de cultivo celular es destinada tanto para la pre y post exposición (caso del paciente), según el esquema de OMS denominado Essen (1-1-1-1-1) se administran 5 dosis en los días (0,3,7,14 y 28) en la región deltoidea, en los niños menores de 2 años en la cara externa del muslo. El paciente no deseo la vacuna antirrábica por lo que firmo un consentimiento indicando que no deseaba recibir la vacuna. El manejo del paciente fue de acorde a la guía peruana.

CASO CLINICO N°2.

1. Ectoscopía

paciente con sangrado en cabeza.

2. Anamnesis

2.1. Filiación:

varón de Edad: 37 años. Raza mestiza. Ocupación: carpintero. Estado civil: divorciado. Lugar de nacimiento: Perú. Grado de instrucción: secundaria completa. Religión: católica. Idioma: español. Forma de ingreso: por urgencia al servicio de medicina general.

2.2. Enfermedad actual:

Síntomas Principales: cefalea

Tiempo de Enfermedad: 1 horas. Forma de Inicio: brusco

Relato: paciente ingresa al centro de salud por urgencia al servicio de medicina general, al momento de la consulta paciente refiere haber sido víctima de robo a mano armada, refiere haber mostrado resistencia por lo que fue golpeado en el tórax y en la cabeza con la culata de la pistola. Refiere no haber habido disparos durante el incidente. Paciente refiere sangrado abundante en la parte frontal de la cabeza, se observa aun sangrado activo en poca cantidad proveniente de una lesión con pérdida de continuidad de 3 centímetros, no muy profunda en el cuero cabelludo en la parte frontal. El paciente niega pérdida de conciencia y convulsiones ni presenta dificultad respiratoria luego del incidente, solo dolor en la zona de la lesión y en el tórax.

3. Funciones biológicas: Apetito: conservado. Sed: conservado. Orina: normal. Deposiciones: normal, diaria. Sueño: normal. Estado de ánimo: preocupado

4. Antecedentes

4.1. Antecedentes personales generales: vivienda: material noble, no cría animales. Vestimenta: adecuada para la estación, Hábitos nocivos: niega. Café: consumo frecuente. Drogas: niega. Bebidas alcohólicas: ocasionalmente.

4.2. Antecedentes personales fisiológicos: nació en Ayacucho-Perú, no complicaciones. Infancia: en su pueblo natal, Desarrollo psicomotor: aparente normal. Situación económica social: negocio propio. Residencias anteriores: sólo su ciudad natal. Niega alergias. Inmunizaciones: no precisa. Niega transfusión de sangre. Inicia relaciones sexuales a los 18 años.

4.3. Antecedentes personales patológicos: No precisa enfermedades crónicas. No alergias. Operación: niega. accidente en lugar de trabajo: incrustación de un clavo en pie derecho en el año 2016, recibió las dos dosis de la vacuna de difteria-tétano.

4.4. Antecedentes familiares patológicos: Papá hipertenso controlado. Madre diabética controlada. 3 hermanos: aparentemente sanos. 1 hermano hipertenso. No antecedentes de cáncer, Niegan TBC, Niegan Hepatitis, Niegan otras enfermedades infecciosas.

5. Examen físico:

5.1. Examen físico general:

PA de 130/80mmHg, FC: 110 x min FR: 18 x min. SatO₂: 97%, T°: 36.8°C.
Glasgow: 15.

5.2. Examen físico regional:

Cabeza normocéfala con lesión con pérdida de continuidad en el cuero cabelludo de 3 centímetros, poco profunda, con poco sangrado activo, sin signos de infección, en proceso de coagulación. Ojos: pupilas fotorreactivas, movilidad ocular conservada. Nariz: fosas nasales permeables, Puntos paranasales: negativo. Boca con mucosas húmedas. Orofaringe no congestiva. Cuello: no se palpa tiroides, no se palpan adenopatías. Miembros inferiores: normales.

5.3. Examen tórax

Inspección: Frecuencia respiratoria en el límite superior normal. Tórax simétrico. no tiraje subcostal. No cianosis. No aleteo nasal, no se evidencia hematomas ni lesiones con pérdida de continuidad en la piel.

Palpación: vibraciones vocales normales.

Percusión: timpánico en ambos campos pulmonares.

Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

5.4. Examen cardiovascular

Inspección: Tórax anterior simétrico. En cuello: no ingurgitación yugular. Llenado capilar < 2".

Palpación: no choque de punta.

Auscultación: no soplos ni ruidos agregados, ruidos cardiacos normales.

5.5. Examen de abdomen

Inspección: abdomen simétrico. no distendido, No cicatrices. No masas. No lesiones.

Palpación: no dolor, no masas palpables. Hígado no sobrepasa reborde costal derecho. Bazo no se palpa.

Percusión: sonoridad: timpanismo en los diferentes cuadrantes.

Auscultación: ruidos hidroaéreos normales 5/minuto.

Resto de examen físico: Semiología normal de acuerdo a edad y sexo.

Miembros superiores: abrasión en el codo derecho de 5 centímetros, sin dolor ni signos de infección. Piel y mucosas: hidratadas.

6. Manejo:

Medico asistente encargado del servicio de urgencia luego de evaluar al paciente procede a la limpieza de la lesión en cuero cabelludo para proceder a la colocación de dos puntos con hilo de nylon 2/0. El medico explica al paciente que debe estar pendiente de los signos de alarma como cefalea muy intensa, alteración de la visión, perdida de la conciencia, convulsiones; de ser así acudir al hospital dos de mayo por emergencia.

Opinión: el paciente fue atendido en un centro de salud de nivel I-3 ya que no presentaba signos de focalización, pérdida de conciencia o convulsión, sugestivos de compromiso de SNC. De haber presentado lo anteriormente mencionado el paciente hubiera sido referido al hospital dos de mayo (hospital de referencia) para la toma de exámenes de imágenes como tomografía o radiografía y un manejo más complejo de acuerdo al diagnóstico dado por los especialistas.

CASO CLINICO N°3.

1. Ectoscopía

Sin dificultad respiratoria, en aparente buen estado general.

2. Anamnesis

2.1. Filiación:

Mujer de Edad: 69 años. Raza mestiza. Ocupación: ama del hogar. Estado civil: viuda. Lugar de nacimiento: Perú-lima. Grado de instrucción: Secundaria completa. Religión: católica. Idioma: español. Persona responsable: hijo. Forma de ingreso: por servicio de urgencia.

2.2. Enfermedad actual:

Síntomas principales: palpitaciones, cefalea, zumbido de oídos, nauseas

Tiempo de enfermedad: 3 horas. Forma de inicio: brusco.

Relato : Paciente ingresa al centro de salud por el servicio de urgencia, al momento de la consulta paciente refiere haber presentado cefalea intensa, zumbido de oídos, palpitaciones y leves nauseas hace 3 horas luego de presenciar una discusión familiar, refiere ser hipertensa hace 14 años tratada con losartan de 50mg una vez al día con lo que maneja presiones de 130/80, refiere haber tomado su medicamento como normalmente lo hace, sin embargo le tomaron la presión arterial en casa teniendo 200/180, motivo por el cual se acercó al centro de salud.

3. Funciones biológicas: Apetito: disminuido. Sed: disminuido. Orina: normal. Deposiciones: normal, interdiaria. Sueño: levemente aumentado, adecuado para edad. Estado de ánimo: nerviosa.

4. Antecedentes:

4.1. Antecedentes personales generales: vivienda: material noble, no cría animales. Vestimenta: adecuada para la estación, Hábitos nocivos: niega. Café: poco. Tabaco: niega. Drogas: niega.

4.2. Antecedentes personales fisiológicos: nació en Perú, no complicaciones. Infancia: en su pueblo natal: Huancayo, Desarrollo psicomotor: aparente normal, de acuerdo a la edad. Situación económica social: recibe una pensión de sus hijos. Residencias anteriores: sólo su ciudad natal. Luego viene a Perú-lima hace 35 años. Niega alergias. Inmunizaciones: no precisa. Niega transfusión de sangre. Inicia relaciones sexuales a los 15 años.

4.3. Antecedentes personales patológicos: Precisa frecuentes resfríos comunes que se resuelven con jarbes naturales. No alergias. Operación: niega Dg. de hipertensión arterial a los 55 años. Refiere ser puntual con la toma de su medicamento, refiere que muy raras veces ha acudido a emergencia por motivo de hipertensión no controlada, ya que lleva una dieta baja en sodio y carbohidratos.

4.4. Antecedentes familiares patológicos: madre era hipertensa, fallecido por accidente cerebrovascular complicación con esta enfermedad. 1 hermano: con hipertensión arterial, 1 fallecido por neumonía, 2 aparentemente sanos. No antecedentes de cáncer, Niegan TBC, Niegan Hepatitis, Niegan otras enfermedades infecciosas.

5. Examen físico:

5.1. Examen físico general:

Paciente con fatiga moderada, no disnea, no cianosis central ni periférica, puede conversar. PA de 220/185 mmHg, FC: 110x min FR: 23 x min. SatO₂: 97%, T°: 36.8°C. Glasgow: 15.

5.2. Examen físico regional:

Cabeza normocéfala, Ojos: pupilas fotorreactivas, movilidad ocular conservada. Nariz: fosas nasales permeables, Puntos paranasales: negativo. Boca con mucosas húmedas, Orofaringe no congestiva. Cuello: no se palpa tiroides, no se palpan adenopatías. Miembros inferiores: no edema, piel poco hidratada, de acuerdo a la edad. No dolor. No limitación funcional.

5.3. Examen tórax

Inspección: Frecuencia respiratoria elevada. Tórax simétrico. no tiraje subcostal. No cianosis. No aleteo nasal

Palpación: vibraciones vocales normales.

Percusión: timpánico en ambos campos pulmonares.

Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

5.4. Examen cardiovascular:

Inspección: Tórax anterior simétrico. En cuello: no ingurgitación yugular. Llenado capilar < 2".

Palpación: no choque de punta, se palpa latidos cardiacos acelerados

Auscultación: no soplos ni ruidos agregados, ruidos cardiacos rítmicos pero acelerados

5.5. Examen de abdomen:

Inspección: abdomen simétrico. Sin distención, No cicatrices. No masas.

Palpación: no dolor, no masas palpables. Hígado no sobrepasa reborde costal derecho. Bazo no se palpa.

Percusión: sonoridad normal en los diferentes cuadrantes.

Auscultación: ruidos hidroaéreos normales 15/minuto.

Resto de examen físico: Semiología normal de acuerdo a edad y sexo.

Miembros superiores: sin alteraciones. Piel y mucosas: hidratadas, piel de acuerdo a la edad.

6. Manejo:

En el caso clínico redactado anteriormente, la paciente cursa con una crisis hipertensiva por lo que fue atendida de manera urgente, el medico asistente indico captopril sub lingual, reposo absoluto de la paciente en el área de tóxico y medición de la presión arterial cada 10 minutos.

A los 10 minutos la paciente tenía una presión de 170/100, a los 20 minutos 140/90, a los 30 minutos 130/80.

Fue reevaluado por el médico asistente luego de la tercera medición, dándole de alta.

CASO CLINICO N°4.

1. Ectoscopia

Sin dificultad respiratoria, en aparente buen estado general.

2. Anamnesis

2.1. Filiación:

Mujer de Edad: 64 años. Raza mestiza. Ocupación: ama del hogar. Estado civil: casada. Lugar de nacimiento: Venezuela. Grado de instrucción: Secundaria completa. Religión: católica. Idioma: español. Persona responsable: Esposo. Forma de ingreso: por consultorio de medicina general.

2.2. Enfermedad actual:

Síntomas Principales: fatiga, somnolencia, náuseas.

Tiempo de Enfermedad: 8 días. Forma de Inicio: Insidioso. Curso: Progresivo

Relato: paciente ingresa al centro de salud con una cita programada para el consultorio de medicina general, al momento de la consulta paciente refiere haber presentado síntomas de fatiga hace 8 días y los últimos 3 días haber estado somnolienta, refiere tener más sed y orinar más de lo normal, paciente refiere no tomar metformina desde hace 3 semanas por imposibilidad económica.

Tiene antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, desde hace 3 años. Toma Metformina de 850mg 1 tableta por día.

3. Funciones biológicas: Apetito: disminuido. Sed: disminuido. Orina: aumentada. Deposiciones: normal, diaria. Sueño: incrementado desde +- 3días. Estado de ánimo: muy decaído.

4. Antecedentes

4.1. Antecedentes personales generales: vivienda: material noble, no cría animales. Vestimenta: adecuada para la estación, Hábitos nocivos: niega. Café: poco. Drogas: niega.

4.2. Antecedentes personales fisiológicos: nació en Venezuela, no complicaciones. Infancia: en su pueblo natal, Desarrollo psicomotor: aparente normal. Situación económica social: recibe una pensión de sus hijos Residencias anteriores: sólo su ciudad natal. Luego viene a Perú-lima hace

un año. Niega alergias. Inmunizaciones: no precisa. Niega transfusión de sangre. Inicia relaciones sexuales a los 19 años.

4.3. Antecedentes personales patológicos: Precisa enfermedad de las amígdalas a repetición en la infancia hasta la adolescencia. Muchos episodios sin tratamiento. No alergias. Operación: niega Dg. de diabetes mellitus 2 a los 61 años. Por +-medio año ha llevado tratamiento irregular, sin tomar su medicamento hace 3 semanas. Toma Metformina 850mg/día.

4.4. Antecedentes familiares patológicos: Papá diabético, fallecido por complicación con esta enfermedad. La madre de 88 años con gonartrosis. 1 hermano: aparentemente sano. No antecedentes de cáncer, Niegan TBC, Niegan Hepatitis, Niegan otras enfermedades infecciosas.

5. Examen físico:

5.1. Examen físico general:

Paciente con fatiga moderada, no disnea, no cianosis central ni periférica, puede conversar. PA de 130/80mmHg, FC: 88x min FR: 18 x min. SatO₂: 97%, T°: 36.8°C. Glasgow: 15.

5.2. Examen físico regional:

Cabeza normocéfala, Ojos: pupilas fotorreactivas, movilidad ocular conservada. Nariz: fosas nasales permeables, Puntos paranasales: negativo. Boca con mucosas poco húmedas, lengua seca. Orofaringe no congestiva. Cuello: no se palpa tiroides, no se palpan adenopatías. Miembros inferiores: no edema, piel seca y agrietada. No dolor. No limitación funcional.

5.3. Examen tórax

Inspección: Frecuencia respiratoria en el límite superior normal. Tórax simétrico. No tiraje subcostal. No cianosis. No aleteo nasal

Palpación: vibraciones vocales normales.

Percusión: timpánico en ambos campos pulmonares.

Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

5.4. Examen cardiovascular

Inspección: Tórax anterior simétrico. En cuello: no ingurgitación yugular. Llenado capilar < 2".

Palpación: no choque de punta.

Auscultación: no soplos ni ruidos agregados, ruidos cardiacos normales.

5.5. Examen de abdomen

Inspección: abdomen simétrico. Levemente distendido, No cicatrices. No masas.

Palpación: no dolor, no masas palpables. Hígado no sobrepasa reborde costal derecho. Bazo no se palpa.

Percusión: sonoridad leve timpanismo en los diferentes cuadrantes.

Auscultación: ruidos hidroaéreos aumentados 10/minuto.

5.6. Resto de examen físico: Semiología normal de acuerdo a edad y sexo.

Miembros superiores: sin alteraciones. Piel y mucosas: moderada deshidratación, piel agrietada en antebrazos, manos, piernas.

6. Examen de laboratorio

6.1. Glucosa: 670mg/dl.

7. Manejo:

En el caso redactado anterior mente, la paciente diabética llega al consultorio en un estado de crisis hiperglucemia causado probablemente por la irregularidad en la toma de metformina. Por ser un centro de salud I-3 cuenta con laboratorio, el medico asistente solicito un examen rápido de glucosa urgente, los resultados se obtuvieron a los 20 minutos, evidenciando una crisis hiperglucemia con una glucosa en 670mg/dl. El medico asistente decide derivar a la paciente al área de emergencia del hospital dos de mayo (hospital de referencia del centro) para que pueda ser tratada la urgencia.

La paciente vuelve al consultorio luego de 2 semanas, en esa consulta la paciente manifiesta haber sido internada por un día en el hospital dos de mayo donde la estabilizaron, el servicio de endocrinología la evaluó, teniendo como diagnostico final diabetes mellitus tipo 2 descompensada- enfermedad hiperosmolar, fue dada de alta con metformina de 850mg una vez al día (le dieron medicamento para dos semanas). El medico asistente le receta metformina de 850 una vez al día por 30 días. La paciente actualmente cuenta con SIS por lo que se le pudo entregar gratuitamente sus medicamentos y será reevaluada en un mes.

CASO CLINICO N°5.

1. Ectoscopía

Paciente gestante que ingresa a consultorio de medicina, caminando, sin limitación alguna.

2. Anamnesis

2.1. Filiación:

Gestante de 23 semanas de gestación, de Edad: 32 años. Raza mestiza. Ocupación: ama del hogar. Estado civil: casada. Lugar de nacimiento: Lima-Perú. Grado de instrucción: universitaria. Religión: católica. Idioma: español. Persona responsable: Esposo. Forma de ingreso: por consultorio de medicina general.

2.2. Enfermedad actual:

Síntomas Principales: ninguno

Relato: gestante de 23 semanas ingresa al centro de salud con una cita programada con el consultorio de obstetricia, al momento de la consulta paciente refiere haber sido trasferida al servicio de medicina general por obstetricia ya que se encontró examen de orina patológico, sin síntomas urinarios.

3. Funciones biológicas:

Apetito: conservado. Sed: conservada. Orina: aumentada. Deposiciones: normal, diaria. Sueño: conservado.

4. Antecedentes:

4.1. Antecedentes Personales: Menarquia: 12 años, Régimen C: 3-4/28, Primera Relación Sexual: 18 años, FUR: 10/08/2020

4.2. Antecedentes obstétricos: Fórmula Obstétrica: G3 P1011

- G1 aborto espontaneo de 10 semanas en el año 2011
- G2: parto eutócico, RN a término varón, 7 años; 2014 y 3550 gr.
- G3 23 semanas confirmado por ecografía en primer trimestre.

• Método Anticonceptivo: Salió del hospital con inyectable de medroxiprogesterona por casi un año, luego paso a método de barrera: condón.

4.3. Antecedentes personales generales: vivienda: material noble, no cría animales. Vestimenta: adecuada para la estación, Hábitos nocivos: niega. Café: poco. Drogas: niega.

4.4. Antecedentes personales fisiológicos: nació en Perú-lima, no complicaciones. Infancia: en su pueblo natal, Desarrollo psicomotor: aparente

normal. Situación económica social: desempleada actualmente. Residencias anteriores: sólo su ciudad natal. Niega alergias. Inmunizaciones: no precisa. Niega transfusión de sangre. Inicia relaciones sexuales a los 18 años.

4.5. Antecedentes personales patológicos: Precisa infecciones urinarias en el anterior embarazo en el tercer trimestre. No alergias. Operación: niega.

4.6. Antecedentes familiares patológicos: Padre y madre vivos, sin antecedentes patológicos. 1 hermano: aparentemente sano. No antecedentes de cáncer, Niegan TBC, Niegan Hepatitis, Niegan otras enfermedades infecciosas.

5. Examen físico:

5.1. Examen físico general:

Gestante de 23 semanas, con ventilación espontánea, no disnea, no cianosis central ni periférica. PA de 110/70mmHg, FC: 66 x min FR: 18 x min. SatO₂: 97%, T°: 37.2°C. Glasgow: 15.

5.2. Examen físico regional:

Cabeza normocéfala, Ojos: pupilas fotorreactivas, movilidad ocular conservada. Nariz: fosas nasales permeables, Puntos paranasales: negativo. Boca con mucosas húmedas. Orofaringe no congestiva. Cuello: no se palpa tiroides, no se palpan adenopatías. Miembros inferiores: leve edema, fóvea +

5.3. Examen tórax

Inspección: Frecuencia respiratoria en el límite superior normal. Tórax simétrico. no tiraje subcostal. No cianosis. No aleteo nasal

Palpación: vibraciones vocales normales.

Percusión: timpánico en ambos campos pulmonares.

Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

5.4. Examen cardiovascular

Inspección: Tórax anterior simétrico. En cuello: no ingurgitación yugular. Llenado capilar < 2".

Palpación: no choque de punta.

Auscultación: no soplos ni ruidos agregados, ruidos cardiacos normales.

5.5. Examen de abdomen

Inspección: abdomen simétrico, distendido, No cicatrices.

Palpación: no dolor, no masas palpables, blando, útero palpable por encima del ombligo con una altura uterina de 21 cm. Se palpan movimientos fetales.

Auscultación: latidos cardiacos fetales en polo inferior izquierdo.

5.6. Resto de examen físico: Semiología normal.

5.7. Miembros superiores: sin alteraciones. Piel y mucosas: hidratadas, miembros inferiores con edema leve, fóvea +

6. Examen de laboratorio:

6.1. Hemograma: normal

6.2. Examen de orina: patológico: recuentos de colonias por sobre 100.000/cc, leucocitos >10/cc, hematíes <10/cc.

7. Manejo:

Paciente ingresa al servicio de medicina por interconsulta de obstetricia, gestante de 23 semanas de gestación, sin sintomatología, pero con examen de orina patológico, sugestivo de infección de vías urinarias, el medico asistente dio tratamiento a la gestante con nitrofurantoina 100mg cada 12 horas por 7 días. Solicito reevaluación luego de acabar con el tratamiento para un examen de orina de control.

Opinión: las gestantes sufren cambios fisiológicos durante el embarazo como dilatación uretral secundaria a la acción de la progesterona y compresión uterina. reflujo vésico-ureteral, estasis vesical, aumento del filtrado glomerular con glucosuria, amnioaciduria con elevación del pH urinario; cambios que favorecen el incremento de colonización bacteriana en el sistema urinario. Por ello el 5-10% de todas las embarazadas presentan una infección urinaria baja. La bacteriuria asintomática en la mayoría de los casos no se trata, con la excepción de las gestantes, debido a que el 30% de las pacientes que presenten bacteriuria asintomática y no reciben tratamiento progresan a una infección más severa, por lo que el tratamiento disminuye significativamente el riesgo de pielonefritis y reduce el riesgo de parto prematuro. La bacteriuria se confirma con un examen de orina con presencia de nitritos +, leucocituria. según las guías clínicas el tratamiento recomendado es la cefalexina por no pasar la barrera placentaria, también está indicado la nitrofurantoina que a pesar ser un quimioterapico y no un antibiótico, es muy eficaz al tratar la bacteriuria, sin embargo, no está indicado en el tercer trimestre debido a debido a la posibilidad de aparición de anemia hemolítica secundaria a falta de maduración de los sistemas enzimáticos. También está indicada la amoxicilina.

CASO CLINICO N°6.

1. Ectoscopía

Paciente gestante que ingresa a consultorio de medicina, caminando, sin limitación alguna.

2. Anamnesis

2.1. Filiación:

Puérpera de 15 días. Edad: 24 años. Raza mestiza. Ocupación: ama del hogar. Estado civil: casada. Lugar de nacimiento: Cajamarca-Perú. Ciudad: Jaén. Grado de instrucción: primaria completa. Religión: católica. Idioma: español. Persona responsable: Esposo. Forma de ingreso: por consultorio de obstetricia.

2.2. Enfermedad actual:

Síntomas Principales: ninguno

Relato: puérpera de 15 días ingresa al centro de salud con una cita programada con el consultorio de obstetricia, puérpera de 24 años de edad de gestación gemelar pretérmino de 35 semanas, parto vaginal, acude a cita de control post parto.

3. Funciones biológicas: Apetito: conservado. Sed: conservada. Orina: aumentada. Deposiciones: normal, diaria. Sueño: aumentado.

4. Antecedentes:

4.1. Antecedentes Personales: Menarquia: 11 años, Régimen C: 3-4/28, Primera Relación Sexual: 13 años, FUR: 02/06/2020

4.2. Antecedentes obstétricos: Fórmula Obstétrica: G4 P1223

- G1 aborto espontaneo de 10 semanas en el año 2013
- G2: parto eutócico, RN a término femenina, 6 años; 2015 y 3250 gr.
- G3 aborto espontaneo en el año 2017.
- G4: gestación gemelar bicorionico biamniótico, parto vaginal por presentación cefálica. RN1: RN pretérmino femenino de 36 semanas según Capurro, peso: 2990, altura: 49cm. RN2: RN pretérmino femenino de 36 semanas según Capurro, peso: 2700, altura: 49cm.

• Método Anticonceptivo: método de barrera: condón.

4.3. Antecedentes personales generales: vivienda: material noble, no cría animales. Vestimenta: adecuada para la estación, Hábitos nocivos: niega. Café: poco. Drogas: niega.

4.4. Antecedentes personales fisiológicos: nació en Jaén - Cajamarca, no complicaciones. Infancia: en su pueblo natal, Desarrollo psicomotor: aparente normal. Situación económica social: desempleada actualmente. Residencias anteriores: sólo su ciudad natal. Niega alergias. Inmunizaciones: no precisa. Niega transfusión de sangre. Inicia relaciones sexuales a los 13 años.

4.5. Antecedentes personales patológicos: Precisa infecciones urinarias a repetición durante el último embarazo en el segundo trimestre tratada con nitrofurantoina. Infecciones vaginales recurrentes tratadas con metronidazol.

4.6. Antecedentes familiares patológicos: Madre sin antecedentes patológicos. Padre fallecido por accidente automovilístico. 5 hermanos: aparentemente sanos. No antecedentes de cáncer, Niegan TBC, Niegan Hepatitis, Niegan otras enfermedades infecciosas.

5. Examen físico:

5.1. Examen físico general:

Puérpera de 15 días, PA de 120/80mmHg, FC: 66 x min FR: 17 x min. SatO₂: 98%, T^o: 37.4°C. Glasgow: 15.

5.2. Examen obstétrico:

- Genitales externos: vulva normal, labios mayores y menores normales, periné: cicatriz de episiotomía medio lateral de aproximadamente 5 centímetros,

- Tacto vaginal: longitud vaginal de aproximadamente 10, cérvix cerrado, de consistencia dura; secreción vaginal clara, transparente con ligeros rasgos sanguinolentos.

- Evacuación de tono uterino: útero descendido, duro, contraído, no doloroso

- Examen de mamas:

Inspección; mamas simétricas, péndulas, pezones normales, no cicatrices ni heridas, secreción láctea espontánea

Palpación: piel con temperatura de acuerdo a la temperatura corporal, no eritema, no dolor, no piel de naranja, secreción láctea abundante a la presión de mamas.

6. Exámenes auxiliares:

6.1. Examen de orina: todos los parámetros dentro de valores normales. Ph 5.3. Densidad: 1,025. Proteínas: ausentes. Glucosa: ausente. Cuerpos cetónicos: ausente. Bilirrubina: ausente. Eritrocitos: tres por campo. Leucocitos: <5 por campo. Bacterias: ausentes. Células epiteliales planas: 3-5. Cilindros: hialinos: <3 por campo. Granulosos: ausentes. Epiteliales: ausentes.

6.2. Examen rápido de hemoglobina: 12.3

7. Manejo:

Puérpera de 15 días ingresa al servicio de obstetricia por control postnatal, al examen físico de mamas y genitales femeninos no se encontró patología alguna, el flujo vaginal con escasos rasgos sanguinolentos puede haber contaminado la muestra de orina y por eso haber hematíes en la muestra, no es indicativo de patología alguna ya que el cérvix está cerrado y el resto del examen de orina está dentro de rangos normales. Puérpera cuenta con buena secreción láctea, no manifiesta incomodidad alguna al lactar. Obstetra del centro da orientación de técnica de lactancia y técnica de masaje uterino.

CASO CLINICO N°7.

1. Ectoscopía

Decaído, pálido, somnoliento.

2. Anamnesis

2.1. Filiación:

Niño de 5 años. Raza mestiza. Lugar de nacimiento: Venezuela. Religión: católica. Idioma: español. Persona responsable: madre. Forma de ingreso: por consultorio de urgencias de medicina general.

2.2. Enfermedad actual:

Síntomas Principales: diarreas, vómitos, fiebre

Tiempo de Enfermedad: 3 días. Forma de Inicio: Insidioso. Curso: Progresivo

Relato: Madre refiere que niño de 5 años hace 3 días presento diarreas (dos cámaras al día) de consistencia liquida, sin moco ni sangre. No presento vómitos ni nauseas por lo que la madre lo alimento con dieta blanda; hace 2

días las diarreas fueron más frecuentes (4 cámaras al día), presento vómitos y fiebre de 38°C, que fue bajada con medios físicos y dos cucharadas de paracetamol en jarabe. Madre refiere que los síntomas persisten, el niño solo tolera líquidos. la mañana del día de la consulta madre refiere haber visto sangre y moco en las heces por lo que decide llevar a su hijo al centro de salud. Madre indica que el niño suele meterse la mano y juguetes a la boca.

3. Funciones biológicas: Apetito: disminuido. Sed: disminuido. Orina: poco disminuida. Deposiciones: líquidas 4 cámaras al día con moco y sangre. Sueño: incrementado. Estado de ánimo: muy decaído.

4. Antecedentes:

4.1. Antecedentes personales generales: vivienda: material noble, no cría animales. Vestimenta: adecuada para la estación.

4.2. Antecedentes personales fisiológicos: nació en Venezuela, no complicaciones. Infancia: en su pueblo natal, Desarrollo psicomotor: aparente normal. Situación económica social: desempleada Residencias anteriores: sólo su ciudad natal. Luego viene a Perú-lima hace un año. Niega alergias. Inmunizaciones: precisa tener todas las vacunas hasta antes de los 4 años en Venezuela, no trae a la consulta carnet de vacunación. Niega transfusión de sangre.

4.3. Antecedentes personales patológicos: Precisa haber presentado diarreas anteriormente que resolvían a los dos días con dieta blanda. No alergias. Operación: niega

4.4. Antecedentes familiares patológicos: Abuelo materno diabético, fallecido por complicación con esta enfermedad. Madre aparentemente sana. 1 hermano: aparentemente sano. No antecedentes de cáncer, Niegan TBC, Niegan Hepatitis, Niegan otras enfermedades infecciosas.

5. Examen físico:

5.1. Examen físico general:

Paciente somnoliento, pálido, de consistencia delgada, peso: 16.3 kg talla: 102cm. FC: 120 x min FR: 30x min. SatO₂: 97%, T°: 37.8°C. Glasgow: 15.

5.2. Examen físico regional:

Cabeza normocéfala, Ojos: pupilas fotorreactivas, movilidad ocular conservada. Nariz: fosas nasales permeables, Puntos paranasales: negativo. Boca con mucosas poco húmedas, lengua seca. Orofaringe no congestiva.

Cuello: simétrico, no se palpan adenopatías. Miembros inferiores: piel seca. No limitación funcional.

5.3. Examen tórax

Inspección: Frecuencia respiratoria en el límite superior normal. Tórax simétrico. no tiraje subcostal. No cianosis. No aleteo nasal

Palpación: vibraciones vocales normales.

Percusión: timpánico en ambos campos pulmonares.

Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

5.4. Examen cardiovascular

Inspección: Tórax anterior simétrico. En cuello: no ingurgitación yugular. Llenado capilar < 2”.

Palpación: no choque de punta.

Auscultación: no soplos ni ruidos agregados, ruidos cardiacos normales.

5.5. Examen de abdomen

Inspección: abdomen simétrico. Levemente distendido, No cicatrices. No masas.

Palpación: dolor en hemiabdomen inferior, no masas palpables. Hígado no sobrepasa reborde costal derecho. Bazo no se palpa.

Percusión: sonoridad timpanismo en los diferentes cuadrantes.

Auscultación: ruidos hidroaéreos aumentados 15/minuto.

5.6. Resto de examen físico: Semiología normal de acuerdo a edad y sexo.

Miembros superiores: sin alteraciones. Piel y mucosas: moderada deshidratación, signo del pliegue negativo.

6. Examen de laboratorio

6.1. Reacción inflamatoria: positiva

6.2. Hemograma: hemoglobina: 10.8 hematocrito: 35 leucocitosis con desviación izquierda. Plaquetas en el rango normal.

6.3. Examen de orina: negativo.

7. Manejo:

Medico asistente encargado del servicio de urgencias solicita exámenes de laboratorio: hemograma, reacción inflamatoria y examen de orina. Luego de analizar los resultados llega a la conclusión de ser una enfermedad diarreica aguda bacteriana y anemia. La indicación para el preescolar fue hidratación con suero de rehidratación oral, dar a demanda o cada 5 minutos una cuchara.

Inicio de sulfametoxazol/trimetoprima una cucharadita cada 12 horas por 5 días. Paracetamol en jarabe 7.5 ml cada 6 horas por 4 días. Reevaluación en 3 días. Se le informan los signos de alarma a la madre de si el niño no tolera el suero oral debe llevarlo de emergencia al hospital.

Opinión: las diarreas agudas acuosas en la mayoría de los casos son autolimitadas, por lo que dar como indicación inicial antibióticos está contraindicado. En el caso de los lactantes se toma en más en cuenta la consistencia en comparación a la frecuencia de las deposiciones, ya que la frecuencia de deposiciones normales varía desde entre cada 2 días a 6 u 8 veces al día. En los niños se cataloga como diarrea a las deposiciones con una frecuencia mayor de 3 veces al día y la consistencia disminuida de estas. Si el menor solo presentase diarreas acuosas y no muestra deshidratación marcada, el tratamiento es con sueros de rehidratación oral acompañado con dieta blanda. En caso se agreguen síntomas sistémicos como fiebre, malestar general, náuseas, vómitos, intolerancia oral, irritabilidad, se solicita reacción inflamatoria en heces, las presencias de leucocitos aumentados indican una probable infección, que pudiera ser bacteriana, viral o parasitaria, dependiendo del tipo de leucocitos que esté predominando en la muestra. En el caso de diarreas disintéricas, con moco y sangre, se puede iniciar el tratamiento empírico con antibióticos ya que la causa principal de diarreas disintéricas en niños es *Shigella flexneri* en menores de dos años y *Campylobacter jejuni* en mayores de dos años. Según el estado de hidratación del menor se puede manejar de manera ambulatoria en el caso de que el menor no presente deshidratación o haya una pérdida de peso < el 5%. Si el paciente presenta deshidratación leve o moderada o pérdida de peso entre el 5-10% se recomienda tratar al paciente bajo supervisión médica, reponer volumen con suero fisiológico con baja osmolaridad hasta la estabilización del paciente, posteriormente tratarlo vía ambulatoria.

En el caso anteriormente mencionado estuvo indicado el tratamiento antibiótico sulfametoxazol/trimetoprima ya que la clínica, hemograma y reacción inflamatoria confirma el diagnóstico de una diarrea disintérica.

CASO CLINICO N°8

Ectoscopia

Preescolar con asimetría de hombros, decaído y adolorido

1. Anamnesis:

1.1. Filiación:

Preescolar de Edad: 5 años. Raza mestiza. Lugar de nacimiento: Lima-Perú. Religión: católica. Idioma: español. Persona responsable: madre. Forma de ingreso: por emergencia pediátrica del hospital de Chosica.

1.2. Enfermedad actual:

Signos y Síntomas Principales: fiebre, dolor, asimetría de hombros.

Tiempo de Enfermedad: 8 días. Forma de Inicio: Insidioso. Curso: Progresivo

Relato: paciente ingresa al hospital José Agurto Tello por emergencia pediátrica. Madre refiere que preescolar se cayó sobre hombro izquierdo mientras corría hace 12 días presentando leve dolor en la zona, que fue incrementando al pasar los días, al séptimo día padres llevan al menor a un "huesero", quien realiza masajes enérgicos con una pomada a base de hiervas en la zona afectada, al sexto día, dos días anteriores a la consulta médica, el menor presento dolor más intenso, rubor, calor y aumento de volumen en el tercio superior del brazo izquierdo que le impedía la movilización, junto con fiebre y falta de apetito.

2. Funciones biológicas: Apetito: disminuido. Sed: disminuido. Orina: normal. Deposiciones: normal, diaria. Sueño: interrumpido por el dolor desde +-3días. Estado de ánimo: muy decaído e irritable.

3. Antecedentes

3.1. Antecedentes personales generales: vivienda: material noble, no cría animales. Vestimenta: adecuada para la estación. Alimentación balanceada.

3.2. Antecedentes personales fisiológicos: nació en Lima-Perú, sin complicaciones durante el parto. Infancia: en su pueblo natal, Desarrollo psicomotor: aparente normal. Situación económica social: padres cuentan con negocio propio. Residencias anteriores: sólo su ciudad natal. Niega alergias. Inmunizaciones: incompletas (hasta los 3 años). Niega transfusión de sangre. Sin antecedente de hospitalización.

3.3. Antecedentes personales patológicos: sin antecedentes patológicos de importancia, resfríos estacionales que se resuelve con tratamientos naturales.

3.4. Antecedentes familiares patológicos: padres aparentemente sanos, abuela materna con hipertensión, hermano mayor: aparentemente sano. No antecedentes de cáncer, Niegan TBC, Niegan Hepatitis, Niegan otras enfermedades infecciosas.

4. Examen físico

4.1. Examen físico general:

Preescolar con ventilación espontánea, febril, taquicárdico, decaído, adolorido, pálido de contextura delgada, FC: 122 x min FR: 30 x min. SatO₂: 97%, T°: 38.2°C. Glasgow: 15.

4.2. Examen físico regional:

Cabeza normocéfala, Ojos: pupilas fotorreactivas, movilidad ocular conservada. Nariz: fosas nasales permeables, Puntos paranasales: negativo. Boca con mucosas moderadamente deshidratadas. Orofaringe no congestiva. Cuello: no se palpan adenopatías. Miembros inferiores: no edema, piel seca. Miembros superiores: brazo derecho conservado, brazo izquierdo con aumento de volumen, flogosis, inflamación y dolor en tercio superior, con limitación funcional.

4.3. Examen tórax

Inspección: Frecuencia respiratoria en el límite superior normal. Tórax simétrico. no tiraje subcostal. No cianosis. No aleteo nasal

Palpación: vibraciones vocales normales.

Percusión: timpánico en ambos campos pulmonares.

Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

4.4. Examen cardiovascular

Inspección: Tórax anterior simétrico. En cuello: no ingurgitación yugular. Llenado capilar < 2".

Palpación: no choque de punta.

Auscultación: no soplos ni ruidos agregados, ruidos cardiacos aumentados en frecuencia.

4.5. Examen de abdomen

Inspección: abdomen simétrico. no distendido, No cicatrices. No masas.

Palpación: no doloroso, no masas palpables. Hígado no sobrepasa reborde costal derecho.

Percusión: sonoridad leve timpanismo en los diferentes cuadrantes.

Auscultación: ruidos hidroaéreos aumentados.

4.6. Resto de examen físico: Semiología normal de acuerdo a edad y sexo. Miembros superiores: brazo derecho conservado, brazo izquierdo con aumento de volumen, flogosis, inflamación y dolor en tercio superior, con limitación funcional, piel sin pérdida de continuidad.

4.7. Piel y mucosas: moderada deshidratación, pálido.

5. Examen de laboratorio

Hemograma: hemoglobina baja: 10.2, hematocrito: 35, VCM disminuido: 70, leucocitosis: $16 \times 10^9/L$, neutrófilos aumentados: 10 000, no segmentados aumentados, linfocitos normales: 4 000

PCR: aumentado

VSG: aumentado

Examen de orina: normal

Rx de hombro plano anteroposterior y lateral de ambos hombros: fractura no desplazada en cuello quirúrgico del humero.

6. Manejo:

Medico asistente encargado del área de emergencia pediátrica solicita internamiento, hemograma, PCR, examen de orina e interconsulta a cirugía. Preescolar es tratado en hospitalización de pediatría con el diagnóstico de celulitis recibiendo de tratamiento; oxacilina, 200mg/kg/día cada 6 horas, vía endovenosa por 7 días; Clindamicina 30mg/kg/día cada 6 horas, vía endovenosa por 7 días; Metamizol 10mg /kg /STAT, vía intramuscular; Paracetamol:15 mg/kg/6 h vía oral por 3 días (inicio a las 12H de hospitalizado). Medico asistente de traumatología solicita radiografía llegando al diagnóstico fractura no desplazada en cuello quirúrgico del humero derecho, tipo tallo verde. Por lo que da la indicación de inmovilizar con cabestrillo y reevaluación en 4 días. Al día 4 de hospitalizado continúan picos de fiebre por lo que se solicita hemocultivo. Al día 5 la junta médica de traumatología y pediatría plantean como posible diagnostico osteomielitis, realizan un cambio de tratamiento antibiótico a vancomicina EV infusión lenta por 30 días, solicitan gammagrafía y radiografía control al día 15 de hospitalizado. La Gammagrafía realizada por interconsulta en el hospital Hipólito Unanue muestra hipercaptación en tercio proximal de humero derecho, no concluyente con osteomielitis. Ya que la gammagrafía es de gran

ayuda diagnóstica dentro de las 48-72 horas de enfermedad, lo cual no se cumplió en el paciente. Al Día 15 el Hemocultivo sale negativo y segunda radiografía muestra secuestros a nivel proximal del humero con alteración del periostio e imágenes de osteólisis. Al día 8 de internamiento se solicita y se realiza una tomografía mostrando presencia de destrucción cortical y de secuestro óseo, llegando al diagnóstico de osteomielitis crónica. El paciente es dado de alta al día 34 con Leucopenia a predominio de neutrófilos y Anemia moderada; una Referencia al hospital del niño para traumatología; los Diagnósticos al alta fueron osteomielitis crónica a descartar neoplasia.

CASO CLINICO N°9.

1. Ectoscopía

Irritable, llanto frecuente

2. Anamnesis

2.1. Filiación:

Niño de 3 años. Raza mestiza. Lugar de nacimiento: Lima-Perú. Religión: católica. Idioma: español. Persona responsable: madre. Forma de ingreso: por consultorio de urgencias de medicina general.

2.2. Enfermedad actual:

Síntomas Principales: llanto constante, inapetente, febril.

Tiempo de Enfermedad: 3 días. Forma de Inicio: Insidioso. Curso: Progresivo
Relato: Madre refiere que niño de 3 años hace 4 días presenta tos, rinorrea clara- transparente y estornudos, hace tres días se encuentra irritable y come poco, hace dos días presenta fiebre de 38.2°C el cual, bajo una cucharada de paracetamol, los síntomas persisten por lo que la madre decide llevarlo a un centro de salud. Madre refiere no haber casos de COVID-19 ni personas con sintomatología respiratoria cerca al menor.

3. Funciones biológicas: Apetito: disminuido. Sed: disminuido. Orina: poco disminuida. Deposiciones: normales. Sueño: incrementado. Estado de ánimo: muy irritable.

4. Antecedentes

4.1. Antecedentes personales generales: vivienda: material noble, no cría animales. Vestimenta: adecuada para la estación.

4.2. Antecedentes personales fisiológicos: nació en Lima-Perú, no complicaciones. Infancia: en su pueblo natal, Desarrollo psicomotor: aparente

normal. Situación económica social: padres casados con trabajo estable. Viajes: no ha viajado. Niega alergias. Inmunizaciones: precisa tener todas las vacunas hasta los 3 años de edad, corroborado en carnet de vacunación. Niega transfusión de sangre.

4.3. Antecedentes personales patológicos: Precisa haber presentado estornudos esporádicos sin mayor complicación. No alergias. Operación: niega

4.4. Antecedentes familiares patológicos: padre con rinitis alérgica controlada con cetirizina. Madre aparentemente sana. 1 hermana: aparentemente sana. No antecedentes de cáncer, Niegan TBC, Niegan Hepatitis, Niegan otras enfermedades infecciosas.

5. Examen físico:

5.1. Examen físico general:

Paciente irritable, peso: 13.3 kg talla: 93cm. FC: 120 x min FR: 30x min. SatO₂: 97%, T^o: 37.1°C. Glasgow: 15.

5.2. Examen físico regional:

Cabeza normocéfala, Ojos: pupilas fotorreactivas, movilidad ocular conservada. Nariz: fosas nasales congestivas, rinorrea, Puntos paranasales: negativo. Boca con mucosas húmedas, Orofaringe congestiva edematosa, sin evidencia de placas de pus. Cuello: simétrico, no se palpan adenopatías. Miembros inferiores: piel seca. No limitación funcional.

5.3. Examen tórax

Inspección: Frecuencia respiratoria en el límite superior normal. Tórax simétrico. no tiraje subcostal. No cianosis. No aleteo nasal

Palpación: vibraciones vocales normales.

Percusión: timpánico en ambos pulmonares.

Auscultación: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

5.4. Examen cardiovascular

Inspección: Tórax anterior simétrico. Llenado capilar < 2".

Palpación: normal.

Auscultación: no soplos ni ruidos agregados, ruidos cardíacos normales.

5.5. Examen de abdomen

Inspección: abdomen simétrico. Levemente distendido, No cicatrices. No masas.

Palpación: no doloroso, no masas palpables. Hígado no sobrepasa reborde costal derecho. Bazo no se palpa.

Percusión: sonoridad timpanismo en los diferentes cuadrantes.

Auscultación: ruidos hidroaéreos normales.

5.6. Resto de examen físico: Semiología normal de acuerdo a edad y sexo.

Miembros superiores: sin alteraciones. Piel y mucosas: hidratadas, signo del pliegue negativo.

6. Examen de laboratorio:

6.1. Hemograma: hemoglobina: 11.2 hematocrito: 35 leucocitos dentro del rango de valor normal. Plaquetas en el rango normal.

6.2. Examen de orina: negativo

7. Manejo:

Medico asistente encargado del área de urgencias examina al paciente y da como diagnóstico definitivo de rinofaringitis aguda viral. El tratamiento es sintomatológico por lo que se le receta paracetamol 5.5cc cada 6 horas por 4 días, reevaluación en 4 días. Si presenta signos de alarma acercarse al centro de salud.

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Por el desarrollo de la Pandemia del COVID-19, la afluencia de pacientes refiriendo otras patologías disminuyó, en parte por temor a contagiarse causando que en la consulta externa la atención de pacientes con enfermedades crónicas que requieren control periódico se interrumpa.

En la atención de los pacientes COVID, se observó que en varias oportunidades pacientes llegaron muy descompensados con varios días de iniciado los síntomas, lo que refleja una falta de orientación a la población en cuanto al desarrollo de los síntomas del COVID-19.

Falta de infraestructura para brindar en el centro de salud (nivel primario de atención) oxigenoterapia a los pacientes con COVID estadios leves y moderados.

La suspensión de atención de consulta externa especializada en centros Hospitalarios de más complejidad, obliga a los pacientes a acudir al centro de salud de nivel primario de atención, recibiendo como es obvio una atención incompleta por el nivel de complejidad que representa.

Capacitación urgente en el manejo de la Telesalud, que permita consultar con médicos especialistas de otros centros de mayor complejidad, para así mejorar la atención del paciente.

Instaurar la discusión de casos clínicos no solo con un enfoque netamente curativo, sino que sea ambicioso en proponer medidas preventivas y de rehabilitación, fomentando de esta forma al personal de salud en comprender que la atención no termina en el centro de Salud.

CONCLUSIONES

Durante la rotación del Internado se participó activamente en la atención integral de los pacientes, adquiriendo experiencia no solo el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías, sino en actividades preventivas y de rehabilitación.

La presentación de casos clínicos permitió al interno reforzar conocimientos adquiridos en ciclos anteriores, así como entender in situ, que el tratamiento del paciente debe ser integral.

El desarrollo de la pandemia COVID-19, hizo de esta rotación de internado una muy particular, comparada con años anteriores, donde se evidenció en la realidad que la capacitación en medicina siempre debe ser actualizada, a tal punto que todo el personal médico, no solo los internos, aprendíamos a nivel mundial, como se modificaba mes a mes los protocolos de diagnóstico y sobre todo de tratamiento del COVID-19.

El apoyo y asistencia del personal médico y administrativo del Centro de Salud Todos Los Santos hacia los internos facilitó significativamente la realización de sus actividades diarias.

RECOMENDACIONES

El internado como etapa final de la capacitación del estudiante de medicina debería ser lo más integral posible, poniendo énfasis no solo en la parte académica y científica sino también en el aspecto humano que asegure la práctica médica con ética.

Proveer al interno de medicina, de una plataforma de tele consulta, de parte de las universidades de origen, que permita un complemento en su capacitación profesional, con médicos de diferentes especialidades.

Capacitar al interno de medicina en mínimas aptitudes de administración de servicios de salud, de tal forma que sintonicen con la realidad que afrontaran en el SERUMS.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Ministerio de salud del Perú. Guía técnica para la atención y tratamiento de 10 condiciones obstétricas en el marco del plan esencial de aseguramiento universal / ministerio de salud. Dirección general de salud de personas. Estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva. lima:2010.
- Ministerio de salud de Colombia. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guías No. 11-15 Bogotá. Colombia 2013 abril.
- Ministerio de salud del Perú. Guía de práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención (R.M. N°491-2009/minsa) / ministerio de salud. Dirección general de salud de personas. Estrategia nacional sanitaria de prevención y control de daños no transmisibles – lima 2011
- Ministerio de salud del Perú. Guía de práctica clínica del diagnóstico y tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención / ministerio de salud. Dirección general de intervenciones. estrategias en salud pública. Dirección de prevención de enfermedades no transmisibles y oncologías. Estrategia sanitaria nacional de prevención y control ENT- lima: ministerio de salud 2016.
- Ministerio de salud del Perú. Documento técnico de prevención diagnóstico y tratamiento de personas afectadas por COVID - 19 en el Perú.
- Oscar Alberto Zúñiga Vargas. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de infección del tracto urinario en el hospital santa rosa.
- Arango A., Alfied A. Seghesso A., Lapalma A., Belá L. (2000). Programa de promoción de la calidad de vida: Tenencia responsable de

animales domésticos (perros y gatos). Resúmenes XI Reunión Internacional sobre

- Ministerio de salud del Perú. Norma técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú. Norma técnica de salud n° 131- minsa/DIGIESP-V.01. (R.M. N° 024-2017/MINSA). Dirección general de intervenciones estratégicas en salud pública. Dirección de prevención y control de zoonosis y enfermedades transmisibles- lima. 2017
- Ministerio de salud del Perú. Dirección Regional de Salud de Ayacucho. Hospital Regional de Salud de Ayacucho, Guía de atención de emergencias obstétricas. Programa para reducir la morbi- mortalidad materna. Ayacucho; Perú. Ministerio de Salud; 3 ed.; Set. 2004. 134 p.
- Ministerio de salud del Perú. Dirección General de las Personas. Dirección del Programa de Salud Materno Perinatal. Guía de monitoreo y supervisión de centros y puestos de salud. Iniciativa: Diez pasos para una maternidad segura. Lima; Perú. Ministerio de Salud; 2000. 45 p.
- Ministerio de salud del Perú. Guía de salud sexual y reproductiva para el promotor de salud. Lima; CARE Perú; Dic., 2000. 144 p.
- Ministerio de salud del Perú. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guía técnica: Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima; Perú. Ministerio de Salud; 2007. 158 p.
- Ministerio de salud del Perú. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud. Guía para la categorización de establecimientos de salud del sector salud. Lima; Ministerio de Salud; 2005. p. 66
- Aycardi E. Sierra A. Vacuna antirrábica humana en células vero-inactivada purificada por cromatografía. Resúmenes XI Reunión Internacional sobre Avances en la Investigación y Control de la Rabia en las Américas:2009.p 47-48.
- Aycardi E., Sierra A., Robin O., Arias E., Restrepo G. Vacuna contra la rabia para uso en animales. Resúmenes XI Reunión Internacional sobre Avances en la Investigación y Control de la Rabia en las Américas: 2000. p.46.

- Ministerio de salud del Perú. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Guía metodológica en IEC - tuberculosis para la formación de agentes comunitarios. Lima; GROBEL; 2001. 309 p.
- Baer G. M. OPS/OMS. Estado actual de la vacuna antirrábica en América Latina. Reunión de Consulta sobre la Atención a Personas Expuestas a la Rabia Transmitida por Vampiros: 199 p.130-35.
- Ministerio de salud del Perú. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Atención Integral de la Salud; Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. Lima; MINSA; 2004. P 209
- Ministerio de salud del Perú. Dirección General de Salud de las Personas. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña: Enfermedades Diarreicas. Lima; MINSA; 2006. p.40

ANEXOS


Anexo N° 1: Hoja de ruta de plan de atención integral

HOJA DE RUTA
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL
C.S. SAN BORJA

ETAPA DE VIDA : H.C. :
 NOMBRE : DNI N° :
 EDAD :

SERVICIO DE ATENCIÓN	PROFESIONAL RESPONSABLE	N° PAJ	Fecha	Hora
MEDICINA GENERAL Y/O PEDIATRÍA Firma y sello			
ENFERMERÍA, CRED E INMUNIZACIONES Firma y sello			
ODONTOLOGÍA Firma y sello			
OBSTETRICIA Firma y sello			
PSICOLOGÍA Firma y sello			
VIF Firma y sello			
NUTRICIÓN Firma y sello			

Anexo N° 2: Ficha de tamizaje – violencia familiar y maltrato

 **PERÚ** **Ministerio de Salud** Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro
CENTRO DE SALUD TODOS LOS SANTOS "SAN BORJA"

Ficha de Tamizaje - Violencia Familiar y Maltrato Infantil

DIRIS L.C.:

SERVICIO: Emergencia Pediatría Ginecología Obstetricia CRED Medicina
 Otros

NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO

EDAD:..... SEXO: Masculino Femenino

DIRECCIÓN:

Lea al Paciente:

Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellos en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:

Pregunte:

Si es adulto (a):

¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?

Sí No

¿Quien?

Si es padre o madre de familia:

¿Su hijo es muy desobediente?

Sí No

¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?

Sí No

Marque con aspa (X), todos los indicadores de maltrato que observe ...

En todos los casos: niña(o), adolescente, adulto(a) anciana(o):

<p style="text-align: center;">Físico</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones Inexplicables. <input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras. <input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables. <input type="checkbox"/> Marca de mordeduras. <input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, recto, etc. <input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc. <input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física: cefalea problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño). <input type="checkbox"/> Problemas con apetito. <input type="checkbox"/> Enuresis. (niños) <p style="text-align: center;">Psicológico</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo. <input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Retraimiento. <input type="checkbox"/> Llanto frecuente <input type="checkbox"/> Exagerada necesidad de ganar, sobresalir. <input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención. <input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños. <input type="checkbox"/> Tartamudeo <input type="checkbox"/> Temor a los padres o de llegar al hogar. <input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad. <input type="checkbox"/> Ausentismo escolar. <input type="checkbox"/> Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde. <input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico. <input type="checkbox"/> Aislamiento de personas. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Uso alcohol, drogas, tranquilizante o analgésicos. <p style="text-align: center;">Sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños) <input type="checkbox"/> Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital. <input type="checkbox"/> Embarazo precoz. <input type="checkbox"/> Abortos o amenaza de aborto. <input type="checkbox"/> Enferm. de transm. sexual. <p style="text-align: center;">Negligencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Falta de pero o pobre patrón de crecimiento. <input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud. <input type="checkbox"/> Acciden. o enf. muy frecuen <input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aliño <input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo. <input type="checkbox"/> Fatiga, sueño, hambre.
--	---	---

FECHA: _____ DERIVADO POR _____ FIRMA: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIÓ EL CASO _____

FORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA FAMILIAR Y EL MALTRATO INFANTIL

Anexo N° 3: Tarjeta de planificación familiar

FECHA DMA	MÉTODO ACTUAL	INSUMOS ENTREGADOS	OBSERVACIONES		FECHA PRÓXIMA CITA
			PESO	PA	

Usa el Método Anticonceptivo de tu Preferencia



TARJETA DE CITAS

Planificación Familiar

**Planifica tu Futuro
Tú decides cuándo y cuántos
hijos tener**

Establecimiento de Salud:

F.F./H.C.

Apellidos y Nombres:

..... D.N.I.

Dirección:

.....

Teléfono:

Usa el Método Anticonceptivo de tu Preferencia

MINISTERIO DE SALUD

FF./H.C.

TARJETA DE USUARIO

Edad: Total de Embarazos: Número de hijos vivos:

Último método anticonceptivo usado:

Examen de mamas:

Año del último PAP:

Peso Inicial:

FECHA DMA	MÉTODO ACTUAL	INSUMOS ENTREGADOS	OBSERVACIONES		FECHA PRÓXIMA CITA
			PESO	PA	

Usa el Método Anticonceptivo de tu Preferencia

FECHA DMA	MÉTODO ACTUAL	INSUMOS ENTREGADOS	OBSERVACIONES		FECHA PRÓXIMA CITA
			PESO	PA	

Usa el Método Anticonceptivo de tu Preferencia

Anexo N° 4: Ficha de investigación epidemiológica par la vigilancia de dengue, chikungunya, zika, fiebre amarilla y otras arbovirosis.

ANEXO N° 01

Ficha de investigación clínico-epidemiológica
para la vigilancia de dengue, chikungunya, zika, fiebre amarilla y otras arbovirosis

CIE 10: dengue sin signos (A97.0) dengue con signos de alarma(A97.1) dengue grave(A97.2) Chikungunya(A92.0) Chikungunya Grave(A92.1) Zika (U08.9), ver otras especificaciones de Zika en Directiva

I. SUBSISTEMA DE VIGILANCIA (elegir la vigilancia que corresponde)

a. Definición de casos * (casos que cumplen criterio clínico y epidemiológico)

b. Vigilancia centinela** (Solo para EESS centinela)

c. Vigilancia de febriles*** (Toma de muestras frente al incremento de febriles en EESS)

II. DATOS GENERALES:

1. Fecha de investigación:

Día	Mes	Año

2. GERESA/DIRESA/DISA: 3. Red: 4. EESS notificante:

5. Institución de salud: Minsa EsSalud Sanidad PNP Sanidad FA Privados Otro

III. DATOS DEL PACIENTE

6. H Clínica N°: 7. Teléfono/Celular del paciente: 8. Fecha de Nacimiento:

9. Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombres:

10. DNI/Passaporte: 11. Edad (años): 12. Género: M F 13. Ocupación:

14. Departamento: 15. Provincia: 16. Distrito: 17. Localidad (AH, Urb. Resid. etc): 18. Dirección:

19. Gestante: Si No 20. Edad gestacional: Semanas

IV. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS (DATO DE IMPORTANCIA PARA ESTABLECER LUGAR DE INFECCIÓN)

21. ¿Dónde estuvo en las últimas dos semanas (14 días) antes de enfermarse?

País	Departamento	Provincia	Distrito	Localidad	Dirección	Fecha de permanencia
						desde: / / hasta: / /
						desde: / / hasta: / /

22. País: 23. Departamento: 24. Provincia: 25. Distrito: 26. Localidad: 27. Dirección: 27.1 Fecha de permanencia:

28. Caso autóctono: Si No 29. Caso importado Nacional: 30. Caso importado Internacional:

31. Tuvo dengue anteriormente: Si No 32. Año:

33. Recibió vacuna anti-mariólica: Si No 34. Año de vacunación:

35. Tiene comorbilidad: Si No 36. Cual:

V. DATOS CLÍNICOS

37. Fecha de inicio de síntomas:

Día	Mes	Año

 38. Fecha de toma primera muestra:

Día	Mes	Año

 39. Fecha de toma segunda muestra:

Día	Mes	Año

40. Signos y síntomas frecuentes

Fiebre: T °C <input type="text"/> Artralgias: a. Manos <input type="checkbox"/> b. Pies <input type="checkbox"/> Migrales <input type="checkbox"/> Cefaleas <input type="checkbox"/> Dolor ocular o retroocular <input type="checkbox"/> Dolor lumbar <input type="checkbox"/> Rash exantema <input type="checkbox"/> Conjuntivitis no purulenta (ojos rojos) <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	Signos de alarma: Dolor abdominal intenso y continuo <input type="checkbox"/> Dolor torácico o disnea <input type="checkbox"/> Derrame seroso al examen clínico y/o por estudio de imágenes (ascitis o derrame pleural o pericárdico) <input type="checkbox"/> Vómitos persistentes <input type="checkbox"/> Disminución brusca de la T° o hipotermia <input type="checkbox"/> Disminución de la diuresis (disminución del volumen urinario) <input type="checkbox"/> Hепatomegalia <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Estado mental alterado (sometimiento, incoherencia, inestabilidad o confusión) <input type="checkbox"/> Incremento del hematocrito <input type="checkbox"/>	Signos de gravedad: Pulso débil e indetectable <input type="checkbox"/> Extremidades frías o cianóticas <input type="checkbox"/> Diferencial de Presión Arterial < 20 mmHg <input type="checkbox"/> Compromiso grave de órganos <input type="checkbox"/> Especifique: <input type="text"/> Sangrado grave <input type="checkbox"/> Especifique: <input type="text"/> Escala de Glasgow: Apertura ocular (1-4) <input type="checkbox"/> Respuesta motora (1-6) <input type="checkbox"/> Respuesta verbal (1-5) <input type="checkbox"/>
---	---	---

VI. EXÁMENES DE LABORATORIO (LLENADO POR EL LABORATORIO REFERENCIAL)

Prueba solicitada	Resultado		Fecha de resultado
	42. Positivo	43. Negativo	
a. ELISA NS1-Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
c. Aislamiento viral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b. qRT-PCR Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
f. qRT-PCR Zika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
d. ELISA IgM (1era muestra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
e. ELISA IgM (2da muestra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
g. Otros: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
h. Muestra de tejido para inmunohistoquímica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

VII. EVOLUCIÓN DE CASOS GRAVES Y EGRESO (SOLO PARA CASOS HOSPITALIZADOS)

45. Hospitalizado: Si No 46. Fecha hospitalización:

Día	Mes	Año

47. Falleció: 48. Fecha defunción:

Día	Mes	Año

49. Fue referido: 50. Fecha referencia:

Día	Mes	Año

 51. Hospital: CS

VII. CLASIFICACIÓN FINAL (LLENADO POR EPIDEMIOLOGO)

	Probable	Confirmado	Descartado
52. Dengue sin signos de alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Dengue con signos de alarma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Dengue grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Chikungunya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Chikungunya grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Otras arbovirosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Zika: Sospecho Confirmado Descartado

59. Fiebre amarilla: Síndrome febril Probable Confirmado Descartado

IX. OBSERVACIONES

X. INVESTIGADOR

Nombre de la persona responsable:

Cargo:

Celular:

Firma y Sello

Anexo N°5: Ficha para investigación epidemiológica del COVID-19

ANEXO 1
Ficha Para Investigación Epidemiológica Del COVID - 19

C.S. TODOS LOS SANTOS - SAN BORJA

PERÚ Ministerio de Salud Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

PERÚ Ministerio de Salud Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

FICHA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA COVID - 19

I. DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN

1. Fecha notificación: ____ / ____ / ____

2. GERESA/DIRESA/DIRIS: _____

3. EESS: _____ 4. Inst. Adm.: MINSA EsSalud Privado

5. Clasificación del caso: Confirmado Probable Sospechoso

6. Detectado en punto de entrada: Si No Desconocido

Si la respuesta es si, fecha: ____ / ____ / ____ Lugar: _____

II. DATOS DEL PACIENTE

7. Apellidos y nombres: _____

8. Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ 9. Edad: ____ Año Mes Día

10. Sexo Masculino Femenino 11. N° DNI: _____ N° Teléfono: _____

LUGAR PROBABLE DE INFECCIÓN

12. Lugar donde el caso fue diagnosticado

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

INFORMACIÓN DEL DOMICILIO DEL PACIENTE

13. Dirección de residencia actual: _____

País: _____ Provincia: _____ Distrito: _____

III. CUADRO CLÍNICO

14. Fecha de inicio de síntomas: ____ / ____ / ____ Asintomático Desconocido

15. Hospitalización Si No Desconocido

Si fue hospitalizado, complete la siguiente información:

16. Fecha de hospitalización: ____ / ____ / ____ 34. Nombre del Hospital: _____

17. Aislamiento: Si No Fecha de aislamiento: ____ / ____ / ____

18. El paciente estuvo en ventilación mecánica: Si No Desconocido

19. Evolución del paciente: Recuperado No recuperado Falleció Desconocido

20. Fecha de defunción, si aplica: ____ / ____ / ____

21. Síntomas:

<input type="checkbox"/> Fiebre/escalofrío	<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Dolor Marque todos los que aplica:
<input type="checkbox"/> Malestar general	<input type="checkbox"/> Diarrea	() Muscular () Pecho
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos	() Abdominal () Articulaciones
<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Cefalea	
<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Irritabilidad/confusión	
<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____		

22. Signos:

Temperatura: ____ °C

<input type="checkbox"/> Exudado faríngeo	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Hallazgos anormales en Rx pulmonar
<input type="checkbox"/> Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/> Disnea/taquipnea	
<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Auscultación pulmonar, anormal	
<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____		



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Seguro en Salud

Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro

C.S. TODOS LOS SANTOS - SAN BORJA

23. Condiciones de comorbilidad:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Embarazo (Trimestre: _____) | <input type="checkbox"/> Pos parto (< 6 semanas) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular (incluye hipertensión) | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia (incluye VIH) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Daño hepático |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica neurológica o neuromuscular | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica |
| <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____ | <input type="checkbox"/> Cáncer |

IV. Información de viaje y exposición en los 14 días anteriores a la fecha de inicio de síntomas (antes de informar si es asintomático)

24. Ocupación

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Trabajador de salud |
| <input type="checkbox"/> Trabaja con animales | <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Trabajador de salud en laboratorio | |

25. ¿Ha viajado el paciente 14 días antes de la fecha de inicio de síntomas? Si No Desconocido

26. Si la respuesta es Si, especifique los lugares a los que el paciente viajó:

País: _____ Ciudad: _____

1 _____

2 _____

3 _____

27. ¿Ha visitado algún establecimiento de salud en los 14 días previos al inicio de síntomas?

Si No Desconocido Si la respuesta es Si, nombre del EESS _____

28. ¿Ha tenido El paciente contacto cercano con una persona con infección respiratoria aguda en los 14 días previos al inicio de síntomas? Si la respuesta es si, marque según corresponda:

<input type="checkbox"/> Entorno de Salud	<input type="checkbox"/> Entorno familiar	<input type="checkbox"/> Lugar de trabajo
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____	

29. ¿Ha tenido contacto con un caso confirmado o probable en los 14 días previos al inicio de síntomas?

Si No Desconocido

Si la respuesta es si, liste los datos de los casos confirmados o probables:

Caso 1: _____

Caso 2: _____

Caso 3: _____

Si la respuesta es si, marque el entorno, según corresponda:

<input type="checkbox"/> Entorno de Salud	<input type="checkbox"/> Entorno familiar	<input type="checkbox"/> Lugar de trabajo
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____	

Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____

30. ¿Ha visitado algún mercado donde se encuentre animales vivos en los 14 días previos al inicio de síntomas?

Si No Desconocido

Si la respuesta es si, registre el país/departamento/localidad de exposición: _____

V. LABORATORIO (Para ser llenado por laboratorio)

31. Fecha de toma de muestra: ____/____/____

32. Tipo de muestra: _____ 33. Tipo de prueba: _____

34. ¿Se realizó secuenciamiento? Si No Desconocido

35. Fecha de resultado de laboratorio: ____/____/____

VI. INVESTIGADOR

54. Persona que llena la ficha: _____

55. Firma y sello: _____

Anexo N° 6: Historia clínica de urgencias



ESTABLECIMIENTO DE SALUD: MICRORED: RED:

HISTORIA CLÍNICA DE EMERGENCIA/URGENCIA

FECHA DE INGRESO: ___/___/___ HORA DE INGRESO: ____:____ N° DE H.C. EMERGENCIA/URGENCIA: _____
 SEXO:

M	F
---	---

 EDAD:

		A	M	D
--	--	---	---	---

APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: _____

NOMBRES:

DOMICILIO: _____

Jirón, avenida, calle, pasaje, otro: N°: Mz.: Lote: Localidad:

Departamento: Provincia: Distrito: Teléfonos:

ACOMPAÑANTE: _____ **Parentesco:** _____ **D.N.I.** _____ **Teléfonos:** _____

MOTIVO DE LA ATENCIÓN: _____

ANAMNESIS/ANTECEDENTES: _____

EXAMEN FÍSICO:

FUNCIONES VITALES AL INGRESO: T°: _____ P/A: _____ RESP: _____ FC: _____ Estado de conciencia: _____

ESTADO GENERAL: _____

DIAGNÓSTICOS: _____ **TIPO DE DIAGNÓSTICO:** _____ **CÓDIGO CIE 10** _____

.....	P	D					
.....	P	D					
.....	P	D					

PLAN DE TRABAJO: _____

EXÁMENES AUXILIARES: (solicitados y resultados) _____

TRATAMIENTO _____

SEGUIMIENTO O EVOLUCIÓN: _____

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO: _____ **TIPO DE DIAGNÓSTICO:** _____ **CÓDIGO CIE 10** _____

.....	P	D					
.....	P	D					
.....	P	D					

CONDICION DE EGRESO: () Consulta Externa
 () Alta () Transferencia
 () Observación () Fuga
 () Sala de Partos () Retiro voluntario
 () Fallecido () Referencia

FECHA DE EGRESO: ___/___/___

HORA DE EGRESO: _____

Firma del acompañante
y Huella Digital

Firma y sello del médico
o profesional responsable

OBSERVACIONES:

EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA:

Firma y Sello de la enfermera

INSTRUCCIONES

La presente Historia Clínica de Emergencia/Urgencia para el primer nivel de atención deberá consignar los datos correspondientes a cada rubro en forma clara evitando el uso de siglas en la medida de lo posible. Para registrarse esta historia primero deberá consignarse en el libro de registro de Emergencias/urgencias los datos básicos con un número de registro correlativo que inicia y termina en el año, que tendrá como sufijo los dos últimos dígitos del año; Ejm.: El paciente cuyo número de registro en el libro o cuaderno de Emergencias/Urgencias es 326-06, porque constituye la atención número 326 por emergencia en el año 2006, tendrá como número de historia clínica de Emergencia/Urgencia el mismo número del libro o cuaderno de registro: 326-06.

APELLIDOS Y NOMBRES: En el rubro de identificación del paciente deberá registrarse los apellidos completos y todos los nombres que tuviere el paciente.

EDAD: consignar la edad en cifras enteras y marcar con check o aspa, A, M, D, según se trate de años, meses o días.

DOMICILIO: marcar con un check sobre los términos: jirón, avenida, calle, pasaje u otro, según corresponda, y después de los dos puntos escribir el nombre del jirón o avenida, etc. En el rubro "LOCALIDAD" consignar el término Urbanización, Barrio, Asentamiento Humano, etc., según corresponda, seguidamente registrar el nombre: Ejemplo: Barrio Médico o Urbanización Túpac Amaru.


MOTIVO DE LA ATENCIÓN: consignar la causa por la que el paciente solicita la atención: por ejemplo: por caída, porque siente cólico, etc.

DIAGNOSTICOS: la descripción del o los diagnósticos debe corresponder a la de la CIE 10, consignando además si se trata de un diagnóstico presuntivo "P" o definitivo "D", deberán ser codificados con CIE 10 hasta nivel de quinto carácter cuando corresponda.


TRATAMIENTO: deberá registrarse el nombre del medicamento, la forma de presentación, la concentración, dosis, frecuencia de administración, duración del tratamiento y la vía de administración.

Anexo N° 7: Carnet de programa de salud materno perinatal

FN: _____ DNI: _____


PERÚ Ministerio de Salud Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro
PUESTO DE SALUD SAN BORJA

T _____ Hb _____
 PP _____ HTO _____



PROGRAMA DE SALUD MATERNO PERINATAL

H.C.

Apellidos y Nombres: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Edad: _____ G.P.: _____ FUR: _____
 1º _____

FPP: _____ PAP: _____ V.A.: 2º _____

FECHA	N° CONTROL	CITA	OBSERVACIONES

PUERPERIO

Tipos de Parto:

Fecha:

Sexo:

Peso:


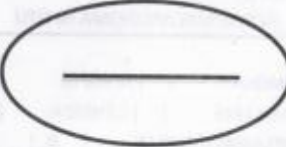
Q y C:

VISITAS DOMICILIARIAS

PSICOPROFILAXIS

SESION	FECHA	CITA
1ra Sesión		
2da Sesión		
3ra Sesión		
4ta Sesión		
5ta Sesión		
6ta Sesión		
Obs:		

Anexo N° 8: Ficha para examen cervicouterino

 PERÚ Ministerio de Salud DIRECCION DE RED DE SALUD LIMA CIUDAD		N° Orden:
RED DE SALUD LIMA CIUDAD / LABORATORIO DE REFERENCIA DE CITOLOGÍA		
HCL.: <input type="text"/>		
EXAMEN CERVICO UTERINO PARA PAP		
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		FECHA:
APELLIDOS Y NOMBRES:		EDAD:
DIRECCIÓN:		
TELÉFONO:	DNI:	TIENE SIS: (SI) (NO)
FUR: / /	GEST: PARA:	GESTANTE (SI) (NO)
ANTICONCEPTIVOS: ORAL() DIU() INYEC() IMPLANTE() OTRO() NINGUNO()		
PAP O BIOPSIA ANTERIOR: NO() SI() Resultado: Negativo() Positivo() N° Registro:		
ASCUS() AGUS() PVH() NIC1() NIC2() NIC3() [DS() CARCINOMA IN SITU()		
SÍNTOMAS: NINGUNO() DOLOR() LEUCORREA() PRURITO() COITORRAGIA() OTRO()		
EXAMEN CERVICO UTERINO (ESPÉCULO)		
() CONGESTIÓN () EROSIÓN () ULCERACIÓN () PÓLIPOS () TUMORACIÓN		
		
DIAGNOSTICO CLÍNICO:		
N° DE REG. LABORATORIO (Solo llena laboratorio)		

FIRMA Y SELLO


 PERÚ Ministerio de Salud DIRECCION DE RED DE SALUD LIMA CIUDAD	
INFORME CITOLÓGICO CÉRVICO UTERINO SISTEMA BETHESDA	
* CALIDAD DE MUESTRA: SATISFACTORIA: Con () ó Sin () Células Endocervicales INSATISFACTORIA: Escasas células(), > 75% Leucocitos PMN(), > 75% Hematies(), Mala fijación ()	
NEGATIVO PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL Y/O MALIGNIDAD ()	
ANORMALIDAD DE CÉLULAS EPITELIALES ESCAMOSAS :	
() Células escamosas atípicas. () ASCUS () ASCH () L.I.E de bajo grado. () NIC 1/DISPLASIA LEVE () L.I.E. de alto grado. () NIC 2/DISPLASIA MODERADA () NIC 3/DISPLASIA SEVERA, CARCINOMA IN SITU () CARCINOMA	
ANORMALIDAD DE CÉLULAS EPITELIALES GLANDULARES:	
() AGUS () ADENOMACARCINOMA IN SITU () ADENOMACARCINOMA	
CAMBIO CELULARES BENIGNOS :	
() METAPLASIA ESCAMOSA () ATROFIA () CAMBIO POR DIU () TRICHOMONAS VAGILANIS () CÁNDIDA () VAGINOSIS () HERPES () INFLAMACIÓN PMN () L () M () S	
OBSERVACIONES:	

FECHA: / /

LIC. T.M.

MÉDICO PATÓLOGO

Anexo N° 9: Orden de laboratorio

 PERÚ Ministerio de Salud		Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro CENTRO DE SALUD TODOS LOS SANTOS "SAN BORJA"		CODIGO	
LABORATORIO CENTRAL DE LA RED DE SALUD LIMA CIUDAD SOLICITUD DE LABORATORIO CLÍNICO PATOLÓGICO					
NOMBRE					
EDAD		HC N°			
HEMATOLOGIA			BIOQUIMICA		
142	Hemograma completo	12,00	170	Glucosa	6,00
143	Hb - Hto	6,00	160	Creatinina	6,00
152	Velocidad de sedimentación	3,00	156	Urea	6,00
147	TC y TS	6,00	155	Colesterol Total	6,00
146	Recuento de Plaquetas	6,00	158	Colesterol HDL	6,00
186	Grupo y Factor Rh	7,00	159	Colesterol LDL	6,00
185	Reticulositos	8,00	157	Trigliceridos	6,00
			161	Transaminasa TGO	7,00
			162	Transaminasa TGP	7,00
			167	Fosfatasa Alcalina	7,00
			163/164	Bilirrubina Total y Fraccionada	14,00
			165/171	Proteina Total y Fraccionada	14,00
			172	Ac. Urico	7,00
			184	Depuración de Creatinina	12,00
			168	Tolerancia a la Glucosa	30,00
			182	Proteinuria	10,00
INMUNOLOGIA			URIANALISIS		
187	Agglutinaciones	10,00	152	Sedimento Urinario	3,00
185	Factor Rematoideo	8,00	153	Orina Completa	6,00
183	Proteina C Reactiva	7,00			
191	RPR Cualitativo	6,00			
190	RPR Cuantitativo	10,00			
195	Rosa de Bengala	6,00			
198	Set de Brucellas	25,00			
196	VHB-Ag de Superficie	15,00			
192	VIH 1 y 2 ELISA	25,00			
192/193	VIH Pba Rapida	30,00			
194	Antiestreptolisina	10,00			
188	HCG Cualitativo	15,00			
216	HCG Cuantitativo	25,00			
			COPROANALISIS		
			203	Parasitologico Seriado	10,00
			204	Parasitologico Simple	4,00
			214	Reacción Inflamatoria	6,00
			205	Thevenon	4,00
			213	Test de Graham	4,00
			211	Parasitologico Concentrado	8,00
NOMBRE				EXAM	
FECHA					
EDAD				CODIGO	

MICROBIOLOGIA

209	Urocultivo y Antibiograma	15,00
208	Coprocultivo y Antibiograma	15,00
210	Cultivo de Secreción (varios)	15,00
202	Ex. Dr. Secre. Vaginal	5,00
205	Coloración Gram	4,00
200	Raspado de piel hongos	6,00
201	Raspado de piel acaros	6,00
210	Cultivo de Hongos	15,00

PRUEBAS ESPECIALES

215	Antígeno Prostático Esp. (psa)	26,00
199	Fosfatasa Acida Prostática	15,00
216	Sub Unidad beta (Cuantitativa)	25,00
	Hepatitis A Ig M	28,00
196	Rotavirus	15,00
168	Hepatitis B core	30,00
189	Hormona testosterona	20,00
189	Hormona progesterona	20,00
217	Hormona estradiol	18,00
218	Hormona TSH	18,00
217	Hormona FSH	18,00
219	Hormona T3	18,00
219	Hormona T4	18,00
218	Hormona prolactina	18,00
219	Hormona LH	18,00
189	TPH sífilis	20,00
	Helicobacter pilori elisa	21,00
189	Cocaina (orina simple)	20,00
189	Marihuana (orina simple)	20,00
215	Test de Coombs directo	26,00
195	Test de Coombs indirecto	6,00
194	Comprobacion Rh (V du)	10,00
184	Amilasa	12,00
147	Calcio sérico	6,00
147	Fosforo sérico	6,00
185	Gamma glutamil transferasa	8,00
192	Hemoglobina glicosilada	25,00
148	Tiempo de protrombina	10,00
148	Tiempo parcial de protrombina	10,00

PERFILES

	Perfil prostático (PSA + PSA libre)	52,00
	Perfil hormonal ginecológico (Proges + Estrad + Prolac + LH + FSH)	90,00
181	Perfil lipídico (Col + HDL + LDL + Tri)	24,00
180	Perfil Hepático (TGO, TGP, BT y F, FA, Pro T y F)	35,00
	Perfil Tiroideo (T3 + T4 + TSH)	54,00
	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO	12,00

ANALISIS GRATUITOS

<input type="checkbox"/>	BK directo
<input type="checkbox"/>	Gota gruesa (descarte de malaria)
<input type="checkbox"/>	Gota gruesa (descarte de Bartonella)
<input type="checkbox"/>	Cultivo de BK y Sensibilidad

INDICACIONES

- * PARA MUESTRAS DE SANGRE
En ayunas, salvo indicación del médico
Perfil lipídico, ayunas de 12 horas
Glucosa, ayunas de 8 horas
- * PARA MUESTRAS DE ORINA
No tomar antibióticos
Colectar la 1ra orina de la mañana
realizar previa higiene
Anotar su nombre y apellido
- * PARA EL PAGO DE EXAMENES
Todo pago se realizara en caja