



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON DIFERENTE
CAPACIDAD RESOLUTIVA EN LA REGIÓN DE LAMBAYEQUE**

2020-2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**CARLOS ANDRES NOVOA PEREZ
CELSO JHAIR URBINA CESPEDES**

ASESORA

DRA. LILIAN CAMACHO MEJIA

CHICLAYO, PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON DIFERENTE CAPACIDAD
RESOLUTIVA EN LA REGIÓN DE LAMBAYEQUE 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**CARLOS ANDRES NOVOA PEREZ
CELSO JHAIR URBINA CESPEDES**

**ASESORA
DRA. LILIAN CAMACHO MEJIA**

CHICLAYO, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. Gerardo Paul Santana Bazalar

Miembro: M.E. Marianella Haydee Ysla Poemape

Miembro: M.E. Fritz Oliver Vera Rendon

DEDICATORIA

A nuestros padres y hermanos, que siempre estuvieron dispuestos a brindarnos su apoyo incondicional y guiarnos en nuestra formación profesional y ahora nos toca regresarles un poco de todo lo inmenso que nos han otorgado.

Con todo nuestro cariño para ustedes.

AGRADECIMIENTO

Al concluir una etapa maravillosa de nuestras vidas queremos extender un profundo agradecimiento, a quienes hicieron todo esto posible, aquellos que junto a nosotros caminaron y siempre fueron inspiración y apoyo.

Le agradecemos a Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera por ser fortaleza en momentos debilidad, brindarnos salud y así permitirnos llevar una vida llena de aprendizaje, experiencias y felicidad.

Extender un sincero agradecimiento a nuestros padres por su paciencia, disponibilidad, generosidad, por todos los valores inculcados y por habernos dado la oportunidad de tener una excelente educación,

Queremos expresar también nuestro más sincero agradecimiento a todo el personal docente de la facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres- Filial Norte por su importante aporte teórico y práctico a nuestra educación. Debemos destacar, por encima de todo a la doctora Susana Picón por su disponibilidad y paciencia en este 7mo año con toda la promoción de internado.

Y por último agradecer a nuestros amigos, que siempre nos han brindado el apoyo necesario en los momentos difíciles de este trabajo y esta profesión.

INDICE

PORTADA.....	i
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
INDICE.....	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRAC.....	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	21
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.....	26
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	49
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	52
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	53
ANEXOS.....	58

RESUMEN

Objetivo: Abordar diversos aspectos teóricos y prácticos aprendidos en el internado médico 2020-2021 de la región Lambayeque, Métodos: Se hizo una pequeña reseña sobre el internado médico, nuestras expectativas, dificultades, y diferencias de 2 centros nosocomiales de distinta categoría, además describimos nuestra adaptación, en el contexto de la pandemia, en la que participaron todos los autores involucrados en este trabajo. Conclusiones: El internado es una práctica importante e indispensable para los alumnos de medicina permitiendo consolidar los conocimientos aprendidos en toda la carrera, interactuar con el paciente y asumir la responsabilidad que esto implica. La nueva experiencia del internado médico en los servicios de primer nivel de atención, de los que pudimos ser parte, nos ha permitido madurar intelectualmente y poder brindar un adecuado manejo cuando nos enfrentemos al medio profesional. La bioseguridad es una carencia muy notable en nuestro sistema de salud, que se ha hecho aún más evidente en esta pandemia, con los altos índices de morbi-mortalidad en el Perú

ABSTRAC

Objective: To address various theoretical and practical aspects learned in the 2020-2021 medical internship in Lambayeque region. Methods: A small review was made about the medical internship, our expectations, difficulties, and differences of 2 hospital centers of different categorization, we also describe our adaptation, in the context of the pandemic, in which all the authors involved in this work participated. Conclusions: The internship is an important and indispensable practice for medical students, allowing consolidation of the knowledge learned throughout the career, interacting with the patient and assuming the responsibility that this implies. The new experience of the medical internship in first level care services, of which we were able to be part of, has allowed us to mature intellectually and to be able to provide adequate management when we face the professional environment in the future. Biosecurity is a very notable deficiency in our health system, which has become even more evident in this pandemic, with the high rates of morbidity and mortality in Peru.

INTRODUCCION

El Internado Médico, es parte integral del plan de estudios de todas de las escuelas y facultades de medicina del país, se considera como un periodo obligatorio previo al servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS) (1), esta etapa de preparación permite que los alumnos apliquen los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los semestres previos, en un escenario real, en el que se combinan una función educativa, para la adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas (2). Las actividades se desarrollan en el 7mo año de la carrera fundamentalmente en los servicios médicos de las unidades hospitalarias, que en el programa de internado se denominan “áreas de rotación”, las cuales son 4: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecoobstetricia, Pediatría (2)

La reglamentación de la enseñanza en los hospitales se inició al terminar el siglo XIX en Alemania, Australia, Francia e Inglaterra; de ahí pasó a los Estados Unidos de América donde en 1904 se da formalmente el internado y las residencias médicas. (3).

En Latinoamérica: Bolivia, dura 12 meses, se divide en 2 semestres. Nivel I (materias básicas), obligatorio, con rotaciones en Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Pediatría. Nivel II con rotaciones en Anestesia, Cirugía General, Ortopedia, Práctica Rural, Urgencias. En Ecuador: es de 12 meses, y trata de vincular la docencia, asistencia e investigación. Sus rotaciones contemplan: Salud familiar, Medicina Interna, Cirugía, Obstetricia y Ginecología, y Pediatría, en Cuba: tratan

de consolidar las competencias profesionales del médico general y comprende 5 módulos: salud comunitaria y ambiental, salud familiar, salud de la mujer, salud del niño y del adolescente, y salud del adulto. Se cuenta con 2 escenarios para realizarlo: la atención primaria a la salud (APS) y el hospital.(3)

En Perú en 1842, asumió la dirección del colegio médico del Perú el Dr. Cayetano Heredia, quien inició su transformación académica y científica, cuyo punto más notable se alcanzó en 1856, con la fundación de la Facultad de Medicina de San Fernando que desde entonces pasó a formar parte de la reformada Universidad Nacional Mayor de San Marcos.(4) En 108 años (hasta 1964) la facultad tuvo 11 planes curriculares, con un incremento progresivo en el número de cátedras o cursos pasaron de 15, en 1856 a 43 en 2014. Un hecho que destacar fue la introducción del internado médico que permanece hasta nuestros días desde el año 1934, los planes curriculares son de 7 años, excepto en 1887 y 1964, que fueron de 6 años; pero duraron poco. Los planes se renovaron en promedio cada 10 años, pero se mantuvo la estructura curricular macro. (5)

En marzo del 2020, el gobierno peruano tomó medidas para controlar la propagación de la COVID-19, incluida la suspensión de las labores educativas. Así, las universidades y los hospitales suspendieron toda la actividad académica de pregrado, que se mantuvo por cinco meses desde el inicio de la emergencia sanitaria. La Asociación Nacional de Facultades de Medicina (ASPEFAM) siguió las indicaciones de la resolución viceministerial 081-2020-MINEDU y decidió recomendar el retiro de los internos de medicina de los establecimientos de salud, dada su condición de estudiantes de último año y que no contaban con equipos de protección personal (EPP) y seguros. El 15 de

agosto del 2020, se promulgó el Decreto de Urgencia N° 090-2020, el cual estableció la reanudación de actividades del internado como medida para el cierre de brechas de recursos humanos frente a la pandemia, que

establece derechos temporales como un estipendio no menor a la remuneración mínima vital de 930 soles, EPP y seguro de salud y vida, condiciones con las que continúan hasta la fecha. (6)

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Somos alumnos del 7 año de la carrera de medicina humana de la universidad San Martín de Porres- filial norte, llegar a esta etapa de la carrera no fue fácil, logramos completar con mucho esfuerzo los créditos (264) necesarios para empezar el internado médico.

El internado médico es una etapa importante en la formación médica, la que puede definirse como las prácticas pre profesionales que realizamos durante el último año de estudios (7), que permite al interno participar activamente de la supervisión y el manejo de los pacientes asignados, con el fin de conseguir experiencias idóneas en la detección de riesgos, aplicación de medidas preventivas, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los principales problemas de salud, teniendo como meta asegurar que el alumno de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, al finalizar el internado esté en óptimas condiciones para brindar una adecuada atención médica y por lo tanto preparado para obtener el Título de Médico – Cirujano.

ROTACION DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA:

La rotación con la que empezamos el internado médico fue ginecología y obstetricia, rotación muy importante porque aborda la atención de las gestantes desde los cuidados prenatales, la atención del parto y las complicaciones; además de la atención preventiva, diagnóstico-terapéutica ginecológica desde la pubertad

y menarquía hasta la edad adulta, climaterio/menopausia. Dicha rotación consistía en 4 áreas de aprendizaje: Emergencia, centro obstétrico, hospitalización y consultorio externo. En la cual se evidenciaron patologías importantes que serán descritos en los siguientes casos clínicos:

HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE

CASO CLÍNICO N°1: Antecedentes de la enfermedad actual: Paciente de 25 años (G1 P0) que cursa una gestación de 36 semanas diagnosticada por ecografía del primer trimestre, consulta por cefalea de 5 horas y vómitos, en 2 episodios, de tipo alimentario.

Antecedentes Familiares: madre hipertensa. Examen físico: Presión arterial: 170/90 mm Hg. FC: 82 por min. FR:19 por min. T°: 36,8° C Paciente colaboradora, orientada en tiempo y espacio, buena suficiencia cardio-respiratoria, resto del examen físico sin particularidades.

Examen obstétrico: Altura uterina: 32 cm., Dinámica uterina: - /10, Latidos cardiofetales: 145 por minuto, Movimientos fetales activos:+, Tono normal, Maniobras de Leopold: feto único, situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica. Tacto vaginal: consistencia dura, posición posterior, borramiento 50 %, presentación libre, dilatación 0 no ginecorragia.

Exámenes complementarios: Laboratorio: Glóbulos rojos: 3.700.000/mm³. Hematocrito: 30%. Glóbulos blancos: 7.500/mm³. Plaquetas: 160.000/mm³. Creatinina: 0.7 mg/dl. Uricemia:6.8 mg/dl. Glucemia: 87mg/dl. Proteinuria: 5 gr/24horas. Ecodoppler fetal: normal

Diagnósticos:

1. Primigesta de 36 semanas por ecografía del 1er trimestre
2. Preeclampsia con criterios de severidad
3. No trabajo de parto

CASO CLÍNICO N°2: Antecedentes de la enfermedad actual: Mujer de 41 años que en las 24 horas previas a su ingreso presentó dolor abdominal difuso de tipo continuo, con intensidad variable sin náuseas ni vómitos. No refería ningún otro síntoma acompañante, ciclos menstruales regulares y portadora de dispositivo intra-uterino hace 2 semanas, con dos embarazos a término sin ninguna interurrencia.

Examen físico: presión arterial de 125/70 mm Hg y temperatura axilar de 38.5 °C. Estado general estaba afectado y mostraba palidez (+/+++). En la exploración abdominal presentaba un abdomen doloroso, especialmente en hipogastrio sin signos de peritonismo, la puño percusión renal bilateral fue negativa. La exploración del aparato cardiorrespiratorio y respiratorio fue normal, al examen ginecológico dolor a la lateralización del cérvix .

Exámenes complementarios: hemoglobina, 10,5 g/dl; hematocrito, 32%; VCM, 81 fl; leucocitos 20.600/mm³, plaquetas: 578.000/mm³ ; glucemia: 124 mg/dl; creatinina: 0,69 mg/dl; sodio: 130 mEq/l y potasio: 4 mEq/l.

Diagnóstico:

1. Enfermedad pélvica inflamatoria

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE

CASO CLINICO N°1: Paciente mujer de 19 años, casada, procedente de Morrope, de ocupación ama de casa, con escolaridad secundaria completa, cursa con gestación de 34 semanas x FUR, es referida del C.S. de Morrope por presentar desde hace 1 semana presiones arteriales elevadas, en varias ocasiones, no acompañadas de cefalea, acúfenos o epigastralgia. Refiere movimientos fetales activos, niega actividad uterina y niega sangrado por canal vaginal.

Antecedentes personales: Refiere esquema de vacunación completo, niega alergias, transfusiones, cirugías y enfermedades infectocontagiosas.

Antecedentes familiares: madre de 45 años con HTA de 5 años de evolución en actual tratamiento con captopril 1 tab c/8h y AAS 1 tab diaria, resto de familiares sin antecedentes de importancia.

Antecedentes gineco obstétricos: menarquia a los 10 años, IVSA a los 17 años, ciclos menstruales regulares 28x4. G1 P0000, de 34 sem de gestación x FUR, con 2 controles prenatales, el último hace 2 semanas.

Al examen físico: PA: 150/90 mm Hg. FC: 80x' FR: 21x' T°: 36.7°C Peso antes de embarazo: 60kg peso actual: 71 kg talla: 1.65cm, IMC: 26.07 Hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente. Piel y faneras : mucosa oral bien hidratada, llenado capilar <2''.Ap cardiovascular y respiratorio: sin alteraciones. Abdomen: Globuloso, ocupado por útero grávido, con feto único activo. AU: 33 cm, DU: ausente, SPP: LCD, MF: presentes, LCF: 140 lpm. TV: vagina amplia, profunda, cérvix de posición posterior cerrado sin modificaciones, no se evidencia pérdida de líquido, ni sangre por vagina. SNC: LOTEP, EG: 15 pts., ROT normales.

Exámenes complementarios: Hb:12.3gr/dl, Hto:37%, glóbulos rojos: 3,100 000, glóbulos blancos:8000, plaquetas: 350 000, grupo sanguíneo A Rh +. Bioquímica: glucosa 81mg/dl, BUN: 8mg/dl, creatinina: 0.6mg/dl. TGO: 20, TGP:35. Examen de orina: color amarillo, leucocitos: 2 a 4 x campo, hematíes (-), moderadas células epiteliales, proteínas en 24 horas: 340 mg.

Diagnósticos:

1. Primigesta de 34 semanas de gestación
2. Preeclampsia sin criterios de severidad

CASO CLINICO N°2: Paciente mujer de 32 años, procedente de Lambayeque, con estado civil soltera, que acude a emergencia por referir desde hace 7 días dolor de tipo cólico en hemiabdomen inferior a predominio de fosa iliaca izquierda con intensidad según la escala visual analógica del dolor de 6/10, refiere haber acudido a farmacia donde le indicaron “ketorolaco”, cediendo parcialmente el dolor, con el transcurrir de los días se agrega fiebre y dolor se intensifica con escala visual analógica del dolor:8/10 ,no acompañado de nauseas ni vómitos, además refiere leucorrea grisácea, con mal olor de 10 días de evolución, motivo por el cual decide acudir a emergencia del hospital. Antecedentes personales: Niega sufrir de alguna enfermedad. Niega alergia a medicamentos.

Antecedentes ginecológicos: refiere haber tenido una enfermedad pélvica inflamatoria diagnosticada hace aproximadamente 1 año, además refiere que se le realizó un legrado uterino por aborto incompleto hace 6 meses. Presenta un régimen catamenial regular, además de tener una vida sexual activa (3 a 4 parejas en los últimos 9 meses) y no uso de métodos anticonceptivos de barrera(preservativos).

Al examen físico: PA:110/80 mmHg FC: 105x' FR: 18x' T: 38.5 °C,SAT:98%.

PyF: piel caliente, llenado capilar <2'', mucosas orales semihúmedas. Ap resp: tórax simétrico, MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Ap cv: ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Abd: ligeramente distendido, RHA(+), doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca izquierda. Mc burney (-), rovsing(-), . No se palpan masas. Ap genito-urinario: PPL(-), PRU(-), exploración de genitales: se observa secreción grisácea con mal olor. Tacto vaginal: dolor a la movilización del cérvix. SNC: LOTEPE, EG: 15 pts.

Exámenes complementarios: Hemograma: hemoglobina, 12,5 g/dl; hematocrito, 37%; leucocitos 18.200/mm³ segmentados 72%,abastoados 5%; plaquetas 155.000/mm³ ; glucemia, 96 mg/dl; creatinina, 0,42 mg/dl. B-HCG(-). ECO: leucocitos: 3-4/campo, hematíes: 1-2/campo, cel. epiteliales: escasas, nitritos (-), esterasa leucocitaria (-).

Diagnóstico:

1. Enfermedad pélvica inflamatoria

El 15 de marzo del 2020 mediante el decreto supremo hablado anteriormente se suspendió el internado médico y por ende las prácticas en todos los hospitales del país, dando por concluida nuestra rotación de ginecología.

La reanudación del internado en el contexto de la pandemia se dio progresivamente y con una remuneración mensual de 930 soles, además de brindarnos un seguro de salud y de vida, equipo de protección

personal y dividiéndonos en dos grupos de internos trabajando al mes no máximo de 15 días hábiles cada grupo. Muchos de nuestros compañeros no regresaron a sus hospitales establecidos anteriormente por lo que hubo una redistribución en centros de salud de primer nivel de atención, tal como lo especificaba la resolución ministerial, con excepción del Hospital Belén de Lambayeque, quien permitió el reingreso de sus internos. Es así como retomamos el internado en el Centro de Salud Fernando Carbajal Segura - El Bosque (nivel 1-III) y el Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque (nivel 2-I).

ROTACION DE MEDICINA INTERNA:

La rotación con la que retomamos las prácticas fue de medicina interna. La cual, nos permite consolidar un manejo integral del paciente tanto en aspectos de promoción, prevención, procedimientos(diagnósticos y terapéuticos) según la medicina basada en la evidencia, durante esta rotación se realizó atención a pacientes en los servicios de hospitalización y emergencia, elaborando historias clínicas, haciendo visitas diarias y procedimientos bajo supervisión del médico asistente, plasmando en las evoluciones las diversas manifestaciones clínicas que aquejan a los pacientes hospitalizados, además de formular la terapéutica y medidas preventivas para cada caso. Esta rotación fue equivalente a la rotación de tópico de emergencia en C.S. el Bosque.

CENTRO DE SALUD FERNANDO CARBAJAL SEGURA - EL BOSQUE

CASO CLINICO N°1: Paciente masculino de 67 años de edad, nacido y residente en La Victoria, viudo, con grado de instrucción primaria completa, vive solo, acude al centro de

salud “EL BOSQUE” por presentar polidipsia, pérdida de peso desde hace 2 meses además refiere sensación de mareo y acufenos en los últimos 2 días y es la primera vez que presenta esa sintomatología, niega consumo de medicamentos.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial hace 10 años con tratamiento de enalapril c/12 horas, Colectomía electiva por cálculos biliares en el año 2004.

Exploración física: Fc: 68lpm, Fr: 14 rpm, SatO2: 97%, T: 36,4°, Talla: 1.60 m. Peso 98 kg. IMC 38.28 kg/m2. Perímetro de cintura abdominal de 120 cm. Presión arterial 125/94 mm/hg. La auscultación cardiopulmonar era normal. Se palpaban todos los pulsos periféricos. No presentaba alteraciones distales y conservaba la sensibilidad en pies. Es enviado al servicio de daño no transmisibles donde le realizan una glicemia en ayunas de 258 mg/dl.

Diagnósticos:

1. Crisis hiperglicémica
2. Diabetes mellitus
3. Hipertensión arterial
4. Obesidad tipo 2

CASO CLINICO N° 2: Paciente femenino de 23 años de edad nacida y residente en la Victoria, soltera, con grado de instrucción secundaria incompleta, acude al servicio de emergencia del centro de salud EL BOSQUE por presentar dolor y ardor al orinar, niega fiebre, niega náuseas y vómitos , no manifiesta antecedentes de importancia y es la primera vez que presenta esa sintomatología

Exploración física: Fc: 86 lpm, Fr: 17 rpm, SatO2: 99%, T: 36,1°, Talla: 1.66 m. Peso 64 kg. IMC 23.22 kg/m². Presión arterial: 110/70, la auscultación de cardiopulmonar es normal, presenta dolor a la palpación profunda en la zona suprapúbica, puño- percusión lumbar negativa, el resto de exploración física sin alteraciones, por lo que se le solicita un examen de orina

Diagnósticos:

1. Infección del tracto urinario

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE

CASO CLINICO N° 1: Paciente varón de 64 años, agricultor, procedente de Morrope, que ingresa al servicio de emergencia refiriendo una lesión ulcerativa en miembro inferior izquierdo izquierdo, no dolorosa y con escasa secreción purulenta, que apareció aproximadamente hace 30 días a consecuencia de un corte por un vidrio en región plantar, que con los días no le generaba molestias, pero fue incrementado de tamaño hasta formarse una úlcera de aproximadamente 5x6 cm.

Antecedentes personales: Diabetes Mellitus tipo II diagnosticada hace 15 años, en tratamiento regular con metformina 850mg cada 12 horas, fumador crónico (hace más 10 años, 30paquetes/año) y obesidad (IMC 31kg/m²).
Antecedentes familiares: padre diabético, fallecido de cáncer de páncreas.

Examen físico: PA. 120/80 mmHg, FC. 100x', FR. 18x, T° 36.0 ° C.

Piel y mucosas: mucosa oral seca, llenado capilar (<2''), pulso periféricos presentes: pedio y tibial posterior presentes. Extremidades: MMII izquierdo: sobre cara plantar de pie izquierdo, se aprecia solución de continuidad de aproximadamente 5x6 cm en tercio superior, profunda que compromete tejido muscular, secreción purulenta en regular cantidad y algunas zonas de tejido necrótico peri ulceroso, ausencia de 3º y 4º dedos. Pulso pedio presente, temperatura local y llenado capilar en zona perimetral de solución de continuidad conservada, disminución de sensibilidad superficial y sensibilidad profunda conservada. Resto de examen sin datos relevantes.

Pruebas complementarias: hemograma leucocitos: 16600 Ab: 10%. Seg: 72%., GR: 4628000, Plaquetas: 175,000 mm³.Hb 12.8 gr/dl, Hto 39 %, Glucosa: 190 mg/dl. Creatinina: 0.7 mg/dl. AGA: pH 7.42 PO₂: 85 mmHg. PCO₂: 40 mmHg. HCO₃: 23 mmHg.Sat O₂: 97%. Radiografía de MMII izquierdo: radiolucides en tejido blando correspondiente a la profundidad de ulcera, sin evidencia de compromiso óseo.

Diagnóstico:

1. Pie diabético
2. Diabetes Mellitus tipo II
3. Obesidad tipo I

CASO CLINICO N°2: Paciente de sexo femenino, de 25 años, procedente de Lambayeque, sin antecedentes personales y familiares de importancia, soltera, sexualmente activa. Ingresa por emergencia refiriendo disuria, polaquiuria y tenesmo vesical de 6 días de evolución, motivo por el cual acude a farmacia donde le indican “pastillas para el dolor “(no refiere),

niega sensación de alza térmica, niega náuseas y vómitos. Sintomatología mencionada persiste por lo que acude al nosocomio. Refiere haber presentado un cuadro similar hace 3 meses.

Examen físico: PA: 110/90 mmHg FC: 82x' FR:16x' T: 36.5°C SAT: 99%

AREG,AREH,AREN, ventilando espontáneamente. Piel y mucosas: mucosa oral húmeda, llenado capilar < 2 segundos. Aparato CV y respiratorio: sin alteraciones, abdomen: B/D,RHA(+), doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior. Genito-urinario: PPL(-), PRU(superior, medio e inferior negativos), genitales sin alteraciones acordes a edad y sexo, no flujo vaginal.

Pruebas complementarias: analítica y bioquímica dentro de valores normales. Examen de orina completo: leucocitos: 30-40/campo, hematíes : 3-4/campo, nitritos: ++, esterase leucocitaria: +++, cel epiteliales: escasas, bacterias: abundantes, cristales : ausente, urocultivo en proceso.

Diagnóstico

1. Infección de tracto urinario

ROTACION DE CIRUGIA

La tercera rotación fue de cirugía, la cual nos permitió poner en práctica los conocimientos, habilidades y destrezas en el manejo inicial, procedimientos y manejo de emergencia de las principales patologías quirúrgicas. Los cuales pudimos desarrollar en las áreas de consultorio externo, sala de hospitalización, tópicos y observación de emergencia, centros y salas quirúrgicas, además de elaborar

una historia clínica detallada y examen clínico de los pacientes, conocer la correcta y racional prescripción de medicamentos, así como los criterios para referencia de los pacientes. Esta rotación fue equivalente a la rotación de emergencia en el centro de salud el Bosque.

Dentro de los casos clínicos que se veían con mayor frecuencia en nuestro medio pudimos rescatar los siguientes:

CENTRO DE SALUD FERNANDO CARBAJAL SEGURA - EL BOSQUE

CASO CLINICO N°1: Paciente mujer de 38 años acude al servicio de emergencia del Centro de salud el Bosque por presentar hace 1 hora mordedura por el perro de su vecina. Entre los antecedentes personales de la paciente destaca que es, asmática y no ha recibido ninguna vacuna en los últimos 10 años. En cuanto a los antecedentes del animal, este no ha presentado ninguna enfermedad relevante pero no está vacunado. En la anamnesis la paciente únicamente se queja de dolor en la zona de la mordedura con EVA (5/10).

A la exploración física se observan herida de aproximadamente poco profundas de unos 4 mm de diámetro en la cara ventral del muslo derecho. El sangrado por las heridas es escaso. No se observan alteraciones de sensibilidad y movilidad, pulsos, coloración y temperatura de la pierna.

Diagnóstico:

1. Herida por mordedura de canino

CASO CLINICO N°2: Paciente varón de 12 años de edad acude al servicio de emergencias del Centro de Salud el bosque presentar y dolor abdominal de aproximadamente 1 día de evolución, con inicio periumbilical localizándose en fosa iliaca derecha 10 horas posteriores al inicio del cuadro, se asocia fiebre cuantificada por temperatura axilar 38.5 °C, en las últimas 24 horas ha presentado vómitos en 3 oportunidades con contenido alimentarios. Niega diarreas

Exploración física: Fc: 110 lpm, Fr: 20 lpm, Sat o2: 97%
Temperatura: 38.3°, peso: 43kg. Talla: 150 cm . Frecuencia cardiaca: 120 lpm. Frecuencia respiratoria: 25 rpm. TA: 118/66 mmHg. Buen estado general. No se evidencian signos de dificultad respiratoria. Auscultación cardiopulmonar normal. No se palpan masas, Mc burney positivo, Blumberg positivo. El resto de exploración sin alteraciones

Por lo que el medico de turno le pide los siguientes análisis;

Hemograma: hemoglobina: 13,8 g/dl, leucocitos: 27.000/ μ l (neutrófilos: 17.800/ μ l, linfocitos: 2.360/ μ l), plaquetas: 300.000/ μ l. Bioquímica: creatinina: 0,61 mg/dl, , GOT: 12 UI/L, GPT: 15 UI/L. Coagulación: normal, grupo y factor 0+

Por lo que es referido al hospital las Mercedes con los siguientes diagnósticos

1. Apendicitis aguda

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE

CASO CLINICO N°1: Paciente de sexo femenino, de 68 años, procedente de Salas, sin antecedentes personales y familiares de importancia. Ingresa por emergencia por presentar desde hace 2 días, hiporexia y dolor abdominal de tipo cólico en epigastrio de leve a moderada intensidad (EVA:5/10), que con el pasar de las horas se añade náuseas y vómitos de contenido alimentario en 4-5 veces x día. Un día antes del ingreso a emergencia dolor migra a fosa iliaca derecha y aumenta de intensidad. El día del ingreso sintomatología antes mencionada persiste, el dolor se intensifica aún mas y se añade fiebre cuantificada de 39°C. Motivo por el cual decide acudir al servicio de emergencia de este nosocomio.

Al examen físico: PA: 110/60 FC: 110X' FR: 24X' T°: 38.6°C SAT: 97% AREG, AREN, AREH, lucida, ventilando espontáneamente

Piel y mucosas: caliente, mucosas orales semihúmedas, LLC: < 2''. Ap. Respiratorio: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados. Ap. CV: aumentados en frecuencia, de buena intensidad, no soplos. Abd: blando, depresible, RHA(+), doloroso a la palpación superficial y profunda en cuadrante inferior derecho. Mc Burney (+), Blumberg (+), Rovsing(+). Neurológico: LOTEP, EG: 15 pts.

Exámenes complementarios: Hemograma: Leu: 18,460 Ab: 15%; Seg: 63% Hb: 12.1 gr/dl Hcto: 38.6%, plaquetas: 156,000, GS O Rh+ Perfil coagulación: TS: 2'00; TP 11''; INR 1.1; Glicemia 96 Urea:18, Cr 1.02 amilasa sérica 40, lipasa: 21.71. Examen de orina: elementos anormales negativo; Sedimento: leu 10 – 12 /c, esterasa leucocitaria (-), nitritos (-).

Diagnósticos:

Diagnostico preoperatorio: 1. Apendicitis aguda complicada

Diagnostico postoperatorio: 2. Apendicitis aguda perforada con peritonitis localizada

CASO CLINICO N°2: Paciente varón de 22 años, que ingresa por emergencia por presentar hace aproximadamente 45 minutos, solución de continuidad producto de una mordedura de perro de su vecina, en cara interna de antebrazo derecho, cuando se encontraba en el parque paseando a su mascota. Paciente no refiere llevar un control adecuado de sus vacunas y refiere que vecina lleva un correcto control de vacunas del animal. Como antecedentes personales: fumador crónico (desde hace 21 años, 3-4paquetes/mes). Paciente refiere haber limpiado la herida con agua y jabón, y solo refiere dolor en la zona afectada.

Al examen físico: PA: 110/80 mmHg FC: 73X' FR: 22X' T°: 37°C SAT: 99%

AREG, AREH, AREN, ventilando espontáneamente.

Piel y faneras: mucosas orales húmedas, LLC <2''.
Extremidades: MMSS derecho: solución de continuidad de aprox. 6x4 cm en 1/3 medio de cara interna de antebrazo derecho, de forma redondeada u ovalada, de bordes irregulares, sin compromiso de planos profundos, sin alteración de la sensibilidad en zona, no signos de flogosis y escaso sangrado.

Diagnósticos:

1. Herida por mordedura de canino

ROTACION DE PEDIATRIA:

Por último, finalizamos el internado con la rotación de pediatría, la cual nos permitió integrar los conocimientos en la búsqueda de los mejores criterios clínicos para solucionar los problemas más frecuentes en el paciente pediátrico. En dicho proceso se aspira obtener un mínimo de destrezas en el manejo de las enfermedades más frecuentes de la edad pediátrica. Desarrollado en las áreas de alojamiento conjunto del RN, unidad de cuidados intermedios del RN, unidad de cuidados intensivos RN, hospitalización de pediatría y tópico de emergencia, además de la atención inmediata del RN tanto en partos vaginales y de cesáreas programadas o de emergencia. Esta rotación fue equivalente a la rotación de consultorio externo y vacunación en el centro de salud el Bosque.

CENTRO DE SALUD FERNANDO CARBAJAL SEGURA - EL BOSQUE

CASO CLINICO N°1: Lactante de 11 meses es llevado por su madre al Centro de Salud El Bosque , sin antecedentes patológicos ni alergias conocidas, presentando vómitos y diarreas de 17 h de evolución, acompañados de temperatura axilar cuantificada en casa 39 °C refiere la madre . Ha realizado 8 deposiciones líquidas abundantes sin mono ni sangre y 5 vómitos

Exploración física Fc: 102 lpm, Fr: 25rpm, T:38.7°, Peso: 10Kg, Talla: 78 Cm. fascias decaída, llora con lágrimas escasas , tiene la mucosa oral seca. El tiempo de llenado capilar es menos de 2 segundos. Abdomen: algo distendido y doloroso de forma difusa, no se palpan masas ni visceromegalias, no presenta signos de irritación peritoneal.

Se le solicita hemograma: Hemoglobina 12,2 g/dl. HTC 44%.
Plaquetas 256.000/mmcc. Leucocitos 15.600, PCR 34mg/dl.

Se lo cataloga con los diagnósticos:

1. Enfermedad diarreica aguda
2. Deshidratacion Leve
3. Lactante eutrófico

CASO CLINICO N°2: Una de las últimas rotaciones fue la rotación de vacunación, las licenciadas fueron de gran apoyo para nosotros ya que ellas nos supervisaban en todo momento y nos corregían si es que veían algo mal. Llega al servicio de emergencia del Centro de Salud el bosque Madre con lactante de 2 meses, sin antecedentes de importancia, niega fiebre, niega irritabilidad

Colocándose así las vacunas correspondientes para su edad

1. Primera dosis de la vacuna contra poliomielitis
2. Primera dosis de la vacuna contra pentavalente
3. Primera dosis de la vacuna contra rotavirus
4. Primera dosis de la vacuna contra neumococo

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE

CASO CLINICO N°1: Acude al servicio de emergencia madre con lactante varón de 8 meses de edad por presentar desde hace 3 días deposiciones líquidas, 5 cámaras al día que rebasan el pañal, con moco sin sangre, vómitos 2 veces por día y alza térmica no cuantificada.

Funciones biológicas: Orina: normal, apetito: lacta bien, deposición: las descritas, sueño: conservado, peso: no recuerda previo. No recibe medicación previa.

Antecedentes perinatales de importancia: Parto eutócico a término peso al nacer 3,5 kilos. Lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria desde los 6 meses. Inmunizaciones completas para la edad. Desarrollo psicomotor control cefálico a los 3 meses, sonrisa social desde los 2 meses.

Antecedentes patológicos: Niega alergia a medicamentos. Nunca hospitalizado.

Antecedentes epidemiológicos: Acude a guardería desde hace 1 mes. Niega crianza de aves de corral. Niega familiares enfermos.

Al examen físico: FC 110xmin FR 26xmin Temperatura 36,5°C. Peso 9 kilos talla 72 cm. Despierto, irritable, conectado a entorno. Piel y faneras: mucosas secas, Llenado capilar menor de 2 segundos, signo de pliegue negativo. No petequias. Ap. respiratorio: MV pasa bien ambos hemitórax no rales. Ap. Cardiovascular Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad no soplos. Abdomen móvil a la respiración, no distendido, ruidos hidroaéreos aumentados, blando depresible no doloroso a la palpación. Neurológico no irritable no signos focalización.

Exámenes complementarios: Hemograma: leucocitos 10,300 / mm³ abastados 0% segmentados 60% Linfocitos 25% Hb 12,5gr/dl Hto 31% Plaquetas 250,000. Examen de orina: sedimento Leucocitos 0 a 1 por campo, nitritos negativos,

esterasa leucocitaria negativo. Reacción inflamatoria en heces: Negativo

Diagnóstico:

1. Enfermedad Diarreica aguda acuosa
2. Deshidratación moderada
3. Lactante Eutrófico

CASO CLINICO N°2: Recién nacido de sexo masculino de 40 semanas de edad gestacional. Peso al nacer de 3,860 grs. Nace de parto Eutócico sin complicaciones, ni recibe maniobras de RCP. Presenta al minuto frecuencia cardiaca 120 latidos, ligera flexión, acrocianosis y llora, a los 5 minutos coloración de piel rosada, FC 140 latidos, llora y aún persiste ligera.

Antecedentes Pre Natales: Madre de 25 años, CPN 9 G2P1001. Casada Instrucción superior. No presento RPM. Hemograma con Leucocitos 10,520 por mm³ A 0% S 73% Linf 35%. Hb 12.8gr Plaquetas 392,000. Grupo Sanguíneo: O(+). Ex. de Orina con Leucocitos 0-2 por campo, Hematíes 0-1 por campo. Nitritos negativos. VDRL negativo, VHB negativo VIH negativa. Ecografía Prenatal: sin alteraciones.

Al examen físico: FC : 132 x', FR: 40 x', Sat O₂: 98%. T Ax. 36.8°C . Paciente hemodinámicamente estable, ventila espontáneamente reactivo; decúbito dorsal. Piel: fina, tibia, húmeda, mucosas rosadas, llenado capilar <2 segundos, pulsos periféricos presentes, no cianosis, petequias en cara. Cráneo: tumoración parietal izquierda de 8 x 9 cm, fontanela

normotensa, suturas conservadas, cuello móvil. Tórax: MV pasa en ACP, no estertores. RC rítmicos, buen tono, no se auscultan soplos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, RHA presentes. Cordón Umbilical: clampado 2 arterias 1 vena. Miembros Inferiores: Sin edemas, móviles. OB negativo. Genitales masculinos, testes presentes en bolsa escrotal. Neurológico: Despierto, reactivo, Succión (+), Moro (+), Preensión (+).

Exámenes complementarios: hb: 16.9 gr/dl htco: 52% Gs O Rh +, BT: 1.0 BD: 0.6 BI: 0.4

Diagnósticos:

1. Cefalohematoma
2. Recién nacido a término de 40 semanas
3. RN por parto eutócico
4. Adecuado para la edad gestacional
5. recién nacido Eutrófico

Cabe resaltar que, en forma paralela a las actividades asistenciales, pudimos desarrollar actividades académicas a través de la presentación de casos clínicos, exposiciones de temas programados de acuerdo con las patologías más frecuentes, reuniones terapéuticas de forma virtual y mentoría al finalizar el turno con el asistente programado.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

La dirección General de salud de las personas, a través de la dirección ejecutiva de servicios de salud, ha elaborado un documento técnico-normativo de categorías de establecimiento del sector salud con la finalidad de contribuir al proceso de organización de la oferta de servicios de salud público y privado a nivel nacional.

Categoría: Es un tipo de establecimiento de salud que comparten funciones, características y niveles de complejidad comunes, los cuales responden a realidades socio-sanitarias similares y están diseñados para enfrentar demandas equivalentes. (ANEXO 01)

Nivel de complejidad: Es un grado de diferenciación de los servicios de salud alcanzando la especialización y tecnificación de sus recursos. El nivel de complejidad guarda una estrecha conexión con las categorías de establecimientos de la salud. (ANEXO 01)

Nivel de atención: Es el conjunto de establecimientos de salud con niveles de complejidad necesaria para resolver necesidades de salud de diferente magnitud. Constituye una de las formas de organización, de los servicios de salud, en la cual se relacionan la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población con la capacidad resolutive cualitativa y cuantitativa de la oferta. (ANEXO 01)

Las características de los establecimientos en los cuales desarrollamos nuestras prácticas de internado fueron los siguientes:

Hospital Regional de Lambayeque: Nivel de categoría de establecimiento de salud III -1 , Nivel 07° de complejidad, Tercer nivel de atención. (ANEXO 02)

Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque: Nivel de categoría de establecimiento de salud II-1, Nivel 05° de complejidad, Segundo nivel de atención. (ANEXO 02)

Centro de Salud Fernando Carbajal Segura - El Bosque: Nivel de categoría de establecimiento de salud I-3, Nivel 03° de complejidad, Primer nivel de atención. (ANEXO 02)

HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE: Fue inaugurado por El presidente Alan García Pérez en el distrito de Chiclayo, levantado con un área construida de 27,420 metros cuadrados e implementado con una inversión de 208 millones 558 mil nuevos soles para la atención de 2 millones 172 mil pobladores de la región.(8) El hospital de siete pisos al momento de la hospitalización contaba con todos los servicios de atención en las 168 camas de hospitalización, 6 salas de operaciones, 2 salas de parto, 23 camas en el área de Cuidados Intensivos, consultorios externos, unidad de emergencia y unidad de hemodiálisis, entre otros servicios. Tras un año y medio de funcionamiento, el Hospital Regional Lambayeque recibió por parte de la gerencia regional de salud de Lambayeque presidida por el Dr. Carlos Uriarte Núñez, la resolución respectiva donde se certifica la categorización de nivel III-1, es decir un nosocomio de alta complejidad.(8) Este hospital cuenta actualmente con 31 especialidades, equipos de alta tecnología únicos en la región tales como cámara gamma, cineangiografo, tomógrafo de alta resolución, servicio de Hemodiálisis y eximer láser (próximos a inaugurarse), entre otros.(8)

El 18 de marzo del 2020 bajo resolución ministerial N 95-2020-MINSA pasa a ser hospital COVID teniendo como finalidad el reforzamiento de los servicios de salud y contención de la pandemia , asegurando la capacidad de respuesta y contención de los servicios de salud mediante la articulación, coordinación e integración del flujo de atención y el fortalecimiento de la participación ciudadana efectiva para la continuidad de la atención cuidados integrales y seguimientos domiciliarios de pacientes COVID-19.(8) Actualmente, dicho hospital cuenta con 40 camas UCI y 234 camas de hospitalización

CENTRO DE SALUD FERNANDO CARBAJAL SEGURA - EL BOSQUE: El establecimiento la microrred de salud del distrito La Victoria, y está conformado por los establecimientos de salud La Victoria I , La Victoria II, Chosica del Norte y Raymondi, constituyéndose en un C.S.(9) modelo en esta jurisdicción donde los 55 servidores entre profesionales médicos, no médicos, administrativos y técnicos que lo conforman, se encuentran comprometidos con la labor diaria de atender con calidad y calidez a una población asignada de 19 mil 457 habitantes; Así mismo es importante destacar que brinda 24 horas de atención en el Centro Materno Infantil donde se tiene un promedio de 50 partos mensuales; funcionando por primera vez el 17 de octubre de 1986 como un centro de salud nivel 1-IV ANEXO siendo recategorizado el 25 de septiembre del 2006 a centro de salud nivel 1- III, teniendo una cartera de servicios extensa: Medicina general, ginecología, Odontología, Psicología, Laboratorio clínico, Terapia Física y rehabilitación, Nutrición, Atención Pre Natal, Emergencias Médicas y Obstétricas, Atención de Partos , Hospitalización, Seguro Integral de Salud.(9)

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELEN DE LAMBAYEQUE: El Hospital Provincial Docente “Belén” está situado en la ciudad de Lambayeque capital de la provincia del mismo nombre. Su existencia

data desde la época de la Colonia, cuenta con una infraestructura de aproximadamente 84 años de antigüedad, hecha de material rustico en un 70% y de material noble en un 30%; contando con 55 ambientes aproximadamente distribuidos en un 40% (áreas administrativas) y el 60% (áreas asistenciales), con los años se fueron implementando nuevas áreas y servicios. Es un establecimiento de salud de Nivel II-1 Unidad ejecutora 402 que depende de la Dirección Regional de Salud y del Gobierno Regional de Lambayeque. Brinda atención de salud a toda la población de Lambayeque derivados de los centros y puestos de salud, existentes, así como de las provincias de Chiclayo, Ferreñafe y de otras Regiones del Norte y Oriente del País. Cuenta actualmente con 120 camas hospitalarias, brindando atención de hospitalización, consultorio externo y emergencia en los servicios de Medicina General, Ginecoobstetricia, cirugía, pediatría y neonatología, además brinda atención en las especialidades: Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología, Neumología, Urología, Gastroenterología, Dermatología, Cardiología, Ginecología, así como los servicios de Odontología, Psicología, Medicina de Rehabilitación y Nutrición – Dietética. También cuenta con un Centro Quirúrgico (4 salas de operaciones, 1 recuperación y otros), centro obstétrico y de atención inmediata del RN y un area de UCI-neo(4 camas).(10) Actualmente y a causa de la pandemia, solo brinda atención en áreas de hospitalización y emergencia, mas no de consultorio externo, así mismo al ser hospital que no atiende a pacientes COVID-19, todo paciente que es diagnosticado con esta enfermedad en el área de triaje de emergencia, es derivado al Hospital regional de Lambayeque. Existe una alta demanda de pacientes que requieren de atención presencial pero que solo se atienden a través de teleconsulta. Es importante mencionar que desde el mes de setiembre del año 2020 se viene atendiendo a las gestantes de forma presencial en el consultorio de ginecología y obstetricia, a donde llegan para ser evaluadas por el

especialista, se le realizan exámenes prequirúrgicos, y de ser el caso programadas para cirugía y la atención postparto.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

ROTACION DE GINECO-OBSTETRICIA:

HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE

CASO CLÍNICO N° 1:

Preeclampsia con criterios:

1. NPO (nada por vía oral)
2. CFV (control de funciones vitales) + MMF(monitoreo materno fetal) C/6H
3. Control en hoja de presiones c/1hora
4. Posición semifowler
5. NaCl 0.9% 1000 cc xxx gotas por minuto
6. NaCl 0.9% 900CC + SO4Mg 20% 10 amp. 200cc/30 minutos luego 51 microgotas/min
7. Metildopa 500mg VO C/8H
8. Nifedipino 10 mg VO condicional a PA > 160/110
9. Cefazolina 2gr EV
- 10.Sonda foley + diuresis horaria+ balance hidroelectrolítico
- 11.Se solicita: tgo, tgp, ldh, creatinina, plaquetas
- 12.Se programa para cesárea de emergencia

Se diagnostica preeclampsia con criterios de severidad si presenta algunos del conjunto de signos establecidos por la American College of Obstetricians And Gynecologists (ACOG). (11)

-PA Sistólica ≥ 160 mm hg Presión diastólica ≥ 110 mm hg

-Trombocitopenia < 100000/ml

-Compromiso de la función hepática, elevación de transaminasas o dolor en cuadrante superior derecho o epigastrio.

-Creatinina > 1mg/dl

-Trastornos cerebrales o visuales

-Edema pulmonar o cianosis

-Insuficiencia renal progresiva

Se programa para cesárea ya que según la guía de práctica clínica del instituto materno perinatal 2017 recomienda usar el tratamiento intervencionista en lugar del tratamiento expectante en pacientes con preeclampsia con criterio de severidad entre las 34 a 36 + 6 semanas de edad gestacional. (12)(anexo 3)

CASO CLINICO N°2:

1) Ceftriaxona 500 mg en dosis única im

2) Doxiciclina 100 mg c/12 horas vo por 14 días

3) Metronidazol 500 c/12 horas vo por 14 días

4) Reevaluación en 14 días por consultorio externo

Los factores de riesgo según un estudio en el 2016 de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires con un nivel de evidencia 2B son los siguientes: (13)

1. Múltiples parejas sexuales

2. Nuevas parejas sexuales en los últimos 12 meses

3. Edad menor de 20 años

4. Raza negra

5. Nivel educacional menor al universitario

6. Presencia de la siguientes infecciones en el tracto genital inferior Clamidia Trachomatis o Neisseria Gonorreae

7. Presencia de flujo anormal en los últimos seis meses dolor pelviano

8. Dispositivos intrauterinos. Solo tiene relación con la EPI en los 3 meses posteriores a la inserción por la manipulación.

La EPI es una entidad compleja y difícil de diagnosticar debido a la falta de especificidad de sus síntomas y signos. Retrasar el diagnóstico y por ello el tratamiento supone aumentar las secuelas inflamatorias, por lo que se recomienda iniciar tratamiento antibiótico en aquellas pacientes con dolor abdominal en las que está presente en la exploración al menos uno de los siguientes criterios mínimos: (13)(anexo 4)

- Dolor a la movilización del cuello uterino.
- Dolor a la palpación anexial.
- Dolor / sensibilidad uterina.

Para mejorar la especificidad es muy importante obtener al menos uno de los siguientes criterios adicionales:

- Temperatura oral > 38°C.
- Secreción mucopurulenta cervical o vaginal.
- Leucocitosis > de 10,000/ml
- Diagnóstico microbiológico de infección endocervical por Neisseria Gonorrhoeae o Chlamydia Trachomatis. Si el resultado es negativo no descarta EPI
- Absceso pélvico en exploración bimanual o ecografía.

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE

CASO CLÍNICO N° 1:

Preeclampsia sin criterios de severidad:

1. Reposo relativo (decúbito lateral izquierdo) y evitar situaciones estresantes
2. Dieta hiposódica, normo calórica, normoproteica
3. Control de la PA mínimo 2 veces al día

4. Proteinuria cualitativa diaria y en orina de 24 horas una o dos veces por semana.
5. Monitoreo materno-fetal c/72 horas
6. Vigilar síntomas de eclampsia

El American College of Obstetricians And Gynecologists (ACOG) estable los siguientes criterios para el diagnóstico de preeclampsia sin criterios de severidad (14):

Nueva aparición de presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg en al menos 2 ocasiones con intervalo de 4 horas entre las tomas, después de las 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa, Y: Proteinuria (≥ 300 mg por recolección de orina de 24 horas o relación proteína: creatinina ≥ 0.3 , o lectura de tira reactiva de orina $\geq 1+$). O, en ausencia de proteinuria, hipertensión de nueva aparición con la nueva aparición de cualquiera de los siguientes (14):

- Trombocitopenia (recuento de plaquetas < 100.000 / microL)
- Insuficiencia renal (creatinina sérica $> 1,1$ mg / dl [97 micromol / L] o doble de su valor basal en ausencia de enfermedad renal)
- Disfunción hepática (elevación de transaminasas 2 veces su valor normal)
- Edema pulmonar o síntomas cerebrales o visuales persistentes (cefalea, tinnitus, escotomas). (14)

En el caso de la paciente no se recomienda una terapia antihipertensiva. El tratamiento definitivo de la preeclampsia es culminar la gestación. Si la gestante tiene 37 semanas o más, se debe culminar la gestación por vía vaginal o por cesárea. Si la gestante tiene menos de 37 semanas y no hay afectación materna o fetal, se puede tener una conducta expectante, continuando con las medidas generales y una estricta vigilancia materna y fetal. (15)(anexo 3)

CASO CLINICO N°2:

1. Hospitalización
2. Reposo relativo
3. Nacl 0.9% x 1000cc → 400 a chorro luego a 30 gts x min
4. Antibioticoterapia: Clindamicina 900 mg EV c/ 8 horas + gentamicina 2 mg/kg (dosis de carga), luego 1,5 mg/kg c/ 8 horas
5. Metamizol 1 gr EV c/8h
6. Se solicita ECO TV
7. Reevaluación en 24 horas

El dolor abdominal bajo en mujeres puede guardar relación con diferentes entidades, entre ellas: emergencias quirúrgicas como embarazo ectópico, apendicitis, aborto séptico y absceso pélvico, EPI, entre otras. (16)

Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) se define como infección de los órganos reproductivos internos que afecta a mujeres sexualmente activas y que es ocasionada por microorganismos que ascienden desde la vagina o el cérvix hacia el endometrio, trompas de Falopio y/o estructuras contiguas. La clásica visión de la EPI, es la de un síndrome agudo con dolor abdominal bajo y anexos dolorosos. (16)

El diagnóstico de EPI se puede realizar de forma clínica según los criterios de Hager(criterios mayores y menores) o según los criterios propuestos en la Norma técnica de manejo de casos de enfermedades de transmisión sexual-MINSA del año 2000.(16) Además, cabe resaltar que el Gold Standard es la laparoscopia y toma de cultivo de muestra de cérvix, pero en nuestro medio no es tan frecuente su uso, ya que, con la clínica basta para hacer el diagnóstico, pero en caso de que haya duda diagnóstica se puede emplear de forma complementaria.

El tratamiento según la norma técnica y de acuerdo con el estadio de Monif (17) que presenta el paciente que correspondería a un estadio II, sería el siguiente: antibioticoterapia EV: Clindamicina 900 mg EV c/ 8 horas + gentamicina 2 mg/kg en dosis de carga, luego 1,5 mg/kg c/ 8 horas. Reevaluar a la paciente, si muestra mejoría clínica esperar 24 horas mas y cambiar a terapia antibiótica oral con doxiciclina 100 mg VO c/12 horas + clindamicina 450mg VO c/6 horas (o metronidazol 500 mg c/12 horas) hasta completar 14 días en total. Además de terapia complementaria analgésica y antipirética, y estudios complementarios. También es importante brindar información al paciente sobre las 4C(consejería, cumplimiento del tratamiento, contactos y uso de condones o preservativos), iniciándose el tratamiento durante la primera consulta.(16)(anexo 5)

ROTACION DE MEDICINA INTERNA:

CENTRO DE SALUD FERNANDO CARBAJAL SEGURA-EL BOSQUE

CASO CLINICO N°1:

Para tratar la hiperglicemia :

1. iniciar hidratación EV con CNa al 9%500 - 1000 ml por 1 hora
2. Insulina cristalina 0,3 U/ kg.: 50% EV (bolo directo) y 50% IM o SC (DÓISIS ÚNICA)

Las crisis hiperglucémicas se definen como todos aquellos episodios que cursan con elevadas concentraciones plasmáticas de glucosa generalmente mayor de 250 mg/dl (18). El paciente posteriormente a la administración de medicamento logra controlar niveles de glucosa (148mg/dl) permitiéndole llevar un tratamiento en su casa con las siguientes indicaciones (anexo 6)

1. Dieta según según la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención MINSA 2016
 - Ser fraccionada para mejorar la adherencia a la dieta, reduciendo los picos glucémicos postprandiales(18). Los alimentos se distribuirán en cinco comidas o ingestas diarias como máximo: Desayuno, refrigerio media mañana, almuerzo, refrigerio media tarde, cena(18).
 - Preferir el consumo de pescado o carnes blancas (pollo, pavo, etc.).
 - Consumir carnes rojas con moderación preferiblemente carnes magras.
 - Consumir lácteos y derivados bajos en grasa y azúcar. Consumir carbohidratos complejos (cereales integrales, tubérculos y leguminosas).
 - Evitar el consumo de azúcar y productos azucarados (gaseosas, golosinas, bebidas azucaradas, galletas dulces, postres que contengan azúcar).
 - Se recomienda consumir alimentos de bajo índice glucémico. Consumir frutas y verduras al menos cinco porciones al día.
 - La ingesta de grasas debe estar entre el 20% al 35% de la energía diaria consumida.
 - La ingesta de proteínas debe estar entre el 15% al 20% de la ingesta calórica diaria correspondiendo entre 1 a 1,5 gramos por kilo de peso corporal como en la población general.
 - La ingesta de carbohidratos debe ser entre el 45% al 55% .

2. Actividad física: deben dedicar como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de

- intensidad moderada como caminar, bailar, trotar, nadar, etc (18).
3. Metformina 850 mg c/24 horas inmediatamente después del almuerzo
 4. Control de la glicemia diario a partir del día 7 posterior al tratamiento
 5. Reevaluación en 2 meses

Criterios de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 según la guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención MINSA 2016 son los siguientes: (18)(anexo 7)

- a. Glucemia en ayunas en plasma venoso igual o mayor a 126 mg/dl, en dos oportunidades. No debe pasar más de 72 horas entre una y otra medición. El ayuno se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos 8 horas. La persona puede estar asintomática.
- b. Síntomas de hiperglucemia o crisis hiperglucémica y una glucemia casual medida en plasma venoso igual o mayor de 200 mg/dl. Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.
- c. Glucemia medida en plasma venoso igual o mayor a 200 mg/dl dos horas después de una carga oral de 75gr. de glucosa anhidra,

Las mediciones intermedias durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) no se recomiendan en forma rutinaria. Para la realización de la PTOG la persona debe ingerir 75 gramos de glucosa anhidra diluidos en 300 ml de agua con o sin sabor, a temperatura ambiente, en un período no mayor de cinco minutos. Además, debe reunir las siguientes condiciones:

- Ayuno de ocho a 14 horas (se puede tomar agua).

-Evitar restricciones en la dieta durante los tres días previos (seguir dieta habitual, la noche anterior se debe consumir 30-50 gramos de hidratos de carbono) (18).

- Evitar cambios en la actividad física habitual durante los tres días previos.

- Durante la prueba debe mantenerse en reposo y sin fumar.

- Debe interrumpir el consumo de medicamentos que pudieran alterar los valores de la glucemia mínimo 12 horas previas a la realización de la prueba. De lo contrario, deben quedar consignados en el informe de la prueba.

La PTOG no se debe practicar en personas con VIH positivo que estén recibiendo inhibidores de proteasas por el alto número de resultados de glucemia falsamente positivos.

El tratamiento de la Diabetes mellitus en el primer nivel de atención se iniciará con medicamentos orales de primera línea vigente: metformina o glibenclamida (18). Si no existiera contraindicación, empezar con metformina. A toda persona diagnosticada con DM-2, que se encuentre clínicamente estable sin signos de alarma se iniciará el tratamiento en el establecimiento de salud de origen. **(18)**

Terapia farmacológica inicial:

Monoterapia Metformina: La metformina es el fármaco de primera elección Iniciar con dosis bajas de 500mg u 850mg por día, dosis única. Incrementar de 500mg a 850mg cada 1 a 2 semanas de forma progresiva hasta alcanzar el control glucémico y/o la dosis máxima de 2,550mg si fuera necesario. Debe tomarse con o inmediatamente después de las comidas principales. **(18)**

CASO CLINICO N°2:

1. Nitrofurantoína 100 mg VO C/6 horas POR 7 DÍAS

2. Paracetamol 500 mg VO c/8 horas POR 5 DÍAS

La bacteriuria sintomática de las vías urinarias es diagnosticada por cualquiera de los dos siguientes criterios: **(19)**

1. Presencia de uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre >38, tenesmo, polaquiuria, disuria o dolor supra púbico; además de cultivo de orina con 10⁵ UFV con no más de dos especies de organismos

2. Presencia de dos de los siguientes signos o síntomas fiebre mayor > 38, tenesmo, polaquiuria, disuria o dolor supra púbico más cualquiera de los siguientes:

- nitratos o leucocitos-esterasa positivo

- piuria >10 leucocitos/ml

- visualización de microscopio microorganismo en la tinción Gram

- dos urocultivos con más de 10³ UFC del mismo germen

- urocultivo con 10 a las cinco UFC de orina de un solo patógeno en paciente tratado con terapia antimicrobiana apropiada

TRATAMIENTO DE CISTITIS AGUDA NO COMPLICADA: Las alternativas que plantea el Minsa para una cistitis no complicada son nitrofurantoína 50 mg cada seis horas por siete días nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas por siete días(19) (anexo 8)

Segunda línea Fosfomicina te lo meta mol 3 g diluido en agua una sola toma por una sola dosis (19)

Tercera línea si meto pin sulfametoxazol 160 800 mg cada 12 horas por tres días sólo en caso de conocer que la flora prevalente tiene e coli resistente menos el 20% (19)

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE

CASO CLÍNICO N° 1:

1. Hospitalización en cirugía
2. CSV + hemoglucotest c/6 horas
3. Dieta completa normocalórica, hipoglúsida
4. Tratamiento antibiótico: ceftriaxona 2 gr EV cada 24 horas + clindamicina 600mg EV cada 8 horas
5. Escala móvil de insulina(insulina R):
 - 180 - 200 mg → 3 UI
 - 201- 250 mg → 5 UI
 - 251– 300 mg → 7 UI
 - >300 → 9 UI
6. Debridación y limpieza de herida con cloruro de sodio
7. Toma de muestra para cultivo y antibiograma de secreción (antes de iniciar tratamiento antibiótico)
8. Solicitar proteínas totales, albúmina y eco Doppler
9. I/C a endocrinología
10. Coordinar referencia a hospital de mayor complejidad para evaluación por cirugía de tórax y cardiovascular.

El pie diabético se define como cualquier complicación en el pie como consecuencia de la DM-2, y tiene diversas formas de presentación, pero las principales son la neuropatía y la insuficiencia vascular periférica. Esto conlleva a las personas a un mayor riesgo de ulceración y en muchos casos de amputación. (20)

Hay varios sistemas de clasificación para el pie diabético, pero hay dos importantes que ayudan a dar un grado de severidad y predecir la

necesidad de hospitalización así como el pronóstico del pie: La clasificación de PEDIS: fue creado por el grupo de trabajo internacional sobre pie diabético (IWGDF) el que desarrolló un sistema para clasificar las heridas del pie diabético que utiliza el acrónimo “PEDIS”, que significa perfusión, extensión (tamaño), profundidad (pérdida de tejido), infección, sensación (neuropatía). Ofrece un grado semicuantitativo para la severidad de cada una de las categorías. La clasificación de Wagner: Wagner en colaboración con Meggitt, desarrolló quizás el primero, y todavía se encuentra entre los más ampliamente utilizado, esquemas de clasificación para las heridas del pie diabético. Evalúa la profundidad de la úlcera y la presencia de infección y gangrena con grados que van desde 0 (pre o postulcerativo) a 5 (gangrena de todo el pie). (21)

En el caso del paciente correspondería a un pie diabético Wagner grado II y PEDIS grado II.

Según la guía del MINSA, hay que recordar que todo pie diabético con un valor ≥ 2 en Wagner debe ser referido al II o III nivel de atención según disponibilidad de servicios de pie diabético o Servicios de Endocrinología. (20) (anexo 9). En el caso del paciente se encuentra en un hospital con capacidad resolutive para atenderlo, pero sin embargo no cuenta con la especialidad de cirugía de tórax y cardiovascular para evaluar el compromiso circulatorio de la lesión y de acuerdo a eso plantear el diagnóstico definitivo.

El manejo inicial en el caso del paciente es un adecuado control de la glicemia (seriado) y mantenerlos dentro de valores normales, iniciar un tratamiento antibiótico de amplio espectro, con una correcta limpieza y debridación de úlcera siguiendo las recomendaciones de la guía: limpieza solo con solución fisiológica, además de no usar antisépticos tópicos que no permitan la granulación y que retarden la cicatrización,

toma de muestra para cultivo y antibiograma para tratamiento antibiótico más específico, solicitar exámenes auxiliares complementarios al diagnóstico y evaluación por especialidad de cirugía de tórax y cardiovascular, que en el caso del paciente tendrá que referirse a un Hospital de mayor nivel resolutivo que cuente con esta evaluación para el manejo definitivo. (anexo 9)

El manejo antibiótico según la guía IDSA recomienda para las infecciones moderadas a graves, comenzar antibioticoterapia empírica de amplio espectro, pendiente resultados de cultivo y datos de susceptibilidad a antibióticos(21). Dentro de las cuales recomiendan el uso de cefalosporinas de tercera generación en combinación con clindamicina que generalmente es activo contra MRSA asociado a la comunidad.

CASO CLÍNICO N° 2:

1. Tratamiento antibiótico vía oral: cefuroxima 500 mg VO cada 12 horas x 7 días
2. Fenazopiridina 200 mg VO c/ 8 horas
3. Recomendaciones de higiene y cuidado personal
4. Control por consultorio externo con resultados de urocultivo

Según la guía practico clínica de infección de tracto urinario del Hospital Cayetano Heredia-MINSA, define a ITU como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario con o sin presencia de síntomas. El origen bacteriano de la ITU es el más frecuente (90% casos), la definición exacta exige no solo la presencia de gérmenes en la vía urinaria sino también su cuantificación en al menos 10^5 unidades formadoras de colonias.(22)

Las infecciones de tracto urinario se clasifican en bajas (cistitis y/o uretritis) o altas (pielonefritis) y la vez pueden clasificarse en ITU no complicada y ITU complicada.

En el caso del paciente tiene una ITU baja (cistitis) no complicada: ya que esta ocurre en mujeres sanas no gestantes, premenopáusicas, sin anomalía subyacente del tracto urinario con síntomas de vía urinaria baja (cistitis: disuria, polaquiuria, urgencia miccional, dolor suprapúbico y falta de flujo vaginal).(23)

Enfocado en el manejo de la guía antes mencionada las pautas terapéuticas en esta paciente sería un manejo ambulatorio con tratamiento antibiótico empírico y analgésico, además de recomendaciones de higiene y cuidados y reevaluación por consultorio externo de ginecología. (anexo 10)

ROTACION DE CIRUGIA:

CENTRO DE SALUD FERNANDO CARBAJAL SEGURA- EL BOSQUE

CASO CLINICO N°1:

1. Dicloxacilina 500mg c/6horas/7días
2. Naproxeno 550mg c/12horas/5días
3. Vacuna antirrábica y antitetánica
4. Limpieza y curación de herida diario
5. Orientación y consejería de signos de alarma

Clasificación de la Exposición

Para los efectos de determinar el riesgo de rabia, considerando la condición del animal mordedor y las características de la mordedura, las exposiciones se clasifican en: (24)

1. Exposiciones Leves Son mordeduras ocasionadas por perros o gatos que no presentan signos o sospecha de rabia y cuya lesión sea única y superficial localizada en cualquier parte del cuerpo que no sea cara, cabeza, cuello o pulpejo de dedos de mano. La exposición a la sangre, leche, orina y heces no constituyen riesgo de transmisión de rabia. (24)

2.-Exposiciones Graves Cuando se presenta por lo menos una de las siguientes condiciones: - Mordeduras localizadas en cara, cabeza, cuello o pulpejo de dedos de las manos, por animales domésticos con o sin sospecha de rabia. (24)

- Mordeduras profundas o desgarradas.

- Mordeduras múltiples.

- Mordeduras ocasionadas por animales desconocidos.

- Mordeduras por perros y gatos que mueren durante los siguientes 10 días de la exposición.

- Mordeduras por animales con diagnóstico laboratorial de rabia.

- Mordeduras por animales silvestres susceptibles de rabia (murciélagos, monos, zorros, etc).

- Contacto de saliva de animal con diagnóstico laboratorial de rabia con heridas recientes o con las mucosas.

Tratamiento local de las heridas por mordeduras

a. El lavado con abundante agua y jabón o cualquier detergente de uso doméstico, es el paso más importante para reducir la carga viral y la contaminación bacteriana en el lugar de la mordedura, producidas por animales susceptibles de transmitir rabia. (24)

b. La herida no debe ser suturada porque podría provocar la infiltración de mayor cantidad de partículas virales, a excepción de

mordeduras extensas o desgarradas o localizadas en cara cuya lesión requiera sutura. (24)

c.. De ser necesaria la sutura, ésta debe quedar floja y con puntos de afrontamiento, sin suturar el tejido celular subcutáneo (TCSC), para facilitar el drenaje. Si la situación epidemiológica lo requiere se recomienda infiltrar suero antirrábico alrededor y por debajo de la herida, antes de proceder a la sutura (ver administración de suero antirrábico). (24)

d. Se aplicará inmunización antitetánica de acuerdo con los antecedentes de vacunación del paciente. Además, se indicará antibióticos y otros que sean necesarios (24)

El personal de salud del establecimiento registra la denuncia del accidente de mordedura en el Libro de Registro de Denuncias de Mordeduras por Animales, el médico determina el tipo de exposición y el tratamiento a seguir por el paciente de acuerdo a la condición del animal mordedor. El esquema de vacunación prescrito será registrado en el Libro de Pacientes en Vacunación Antirrábica Humana. En este caso utilizamos en esquema post exposición de 5 dosis en el día 0, 3, 7, 14, 21 o 28 por vía intramuscular(24). (anexo 11)

CASO CLINICO N°2:

1. NPO
2. NaCl 0.9% gotas por minuto
3. Metronidazol 500MG C/12 horas
4. Control de signos vitales más balance hidroelectrolítico
5. SS hemograma examen de orina perfil de coagulación grupo y factor
6. Se coordina referencia a hospital de mayor complejidad

Se pensó en el diagnóstico de apendicitis por los siguientes criterios de Alvarado (25)(anexo 12)

1. dolor abdominal de 1 día de evolución, con un inicio periumbilical que se fue localizando en fosa iliaca derecha (2 puntos)
2. fiebre cuantificada 38.5 (1 punto)
3. nauseas vómitos (1 punto)
4. leucocitos: 27.000/ μ l (2 puntos)
5. descompresión dolorosa (1punto)

con un puntaje total de 7 por lo que lo diagnosticamos como una apendicitis probable y es referido al Hospital Regional Docente Las Mercedes, donde se confirma la apendicitis a través de una diagnostico clínico y es programado para una apendicetomía ese mismo día.(anexo 13)

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE

CASO CLÍNICO N° 1:

1. Reposo relativo
2. NPO
3. CSV cada 6 horas
4. Nacl 0.9% x 1000 cc → pasar 500 cc a chorro y luego a 45 gts x min
5. Omeprazol 40 mg EV c/24h
6. Ciprofloxacino 400 mg EV cada 12 horas
7. Metronidazol 500 mg EC cada 8 horas
8. Programación para SOP de emergencia

El diagnóstico de apendicitis aguda se realiza mediante una evaluación clínica, acompañado de las pruebas complementarias tanto laboratoriales como imagenológicas(siendo la TAC, el estudio de mayor precisión), así mismo se puede utilizar ciertas score que ayudan al manejo de esta patología como la escala de Alvarado (25), el cual se puede utilizar para identificar a los pacientes con una probabilidad muy baja de apendicitis aguda con el fin de hacer un triaje a la evaluación de otras causas de dolor abdominal. Los pacientes con una

puntuación alta de Alvarado deben ser evaluados más a fondo con imágenes antes del tratamiento.

El caso del paciente fue manejado según la Guía de procedimientos y protocolos de atención en emergencia-MINSA, la cual nos dice que si tenemos a un paciente con alta sospecha de apendicitis aguda, debemos hidratar al paciente e iniciar tratamiento antibiótico que cobertura tanto para Gram(-) como anaerobios y programar para una intervención quirúrgica (26), que en el caso del paciente se realizó una LE con incisión infraumbilical + apendicetomía + drenaje.(anexo 13)

CASO CLINICO N°2:

1. Lavado de herida por 10 minutos con abundante agua y jabón, yodopovidona u otro antiséptico
2. Colocar apósito en herida
3. Amoxicilina/acido clavulánico 500 mg/125mg 1 tableta cada 8 horas por 10 días
4. Naproxeno 250 mg 1 tableta cada 8 horas por 5 días
5. Vacunación antitetánica e inmunoglobulina antitetánica
6. Notificar caso y vigilancia del animal durante 10 día

Según la norma técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú, con efecto de determinar el riesgo de rabia, según la condición del animal mordedor y las características de la mordedura, las exposiciones se clasifican en: exposición sin riesgo, exposición leve y exposición grave.

En el caso del paciente es una herida por mordedura de perro con exposición leve la que se definió en el caso clínico mencionado anteriormente. (24)

Según las recomendaciones de la guía no se debe suturar la herida a menos que se localice en cara o cabeza y en caso sea necesario sutura, esta debe quedar floja y con puntos de afrontamiento, sin

suturar el TCSC para facilitar el drenaje, aplicación de inmunización antitetánica acorde al estado vacunal del paciente y además se indicara antibioticoterapia y analgésicos, vigilancia del animal y notificación del caso. (24)(anexo 14)

ROTACION DE PEDIATRIA:

CENTRO DE SALUD FERNANDO CARBAJAL SEGURA-EL BOSQUE

CASO CLINICO N°1:

1. Sales de rehidratacion oral 1 en 100 ml de agua, tomar a libre demanda
2. Paracetamol en gotas
3. Se explican signos de alarma
4. Reevaluación en 7 días

Evaluación del estado de hidratación: Independientemente del germen causal, la orientación terapéutica de cada caso de diarrea debe basarse en la evaluación del estado de hidratación del paciente. Para ello se han seleccionado los signos que se presentan en el cuadro de deshidratación. (anexo 15)

Catalogando a nuestro paciente como un Plan A y para su posterior diagnostico debemos explicar las 3 reglas para tratar diarrea en el hogar (27)

1. Dar más líquidos de lo usual para prevenir la deshidratación: Usar líquidos caseros recomendados o suero oral después de cada evacuación. El propósito es lograr que el paciente ingiera una cantidad suficiente de líquido, tan pronto se inicia la diarrea, con el fin de

reponer el agua y las sales y evitar así la deshidratación. Los mejores son los líquidos preparados con alimentos que incluyen las bebidas de cereales cocidos en agua, sopas y el agua de arroz, de trigo, de maíz, de sorgo, avena, cebada. No están indicadas las gaseosas, los jugos industriales, ni bebidas rehidratantes deportivas. Si el niño presenta deposiciones muy frecuentes, abundantes y bebe con mayor avidez, suministrar suero Oral TRO, a libre demanda.

2. Alimentos para prevenir desnutrición: Continuar la lactancia materna. Si no mama, continuar la leche usual. En mayores de 4 meses que reciben alimentos sólidos y en adultos, dar la dieta corriente. Deben evitarse alimentos con mucha azúcar porque empeoran la diarrea. (27)
3. Regresar a control o consultar inmediatamente si no mejora, sigue igual, o si presenta cualquiera de los siguientes signos: Muchas evacuaciones intestinales líquidas: vómitos a repetición, sed intensa, come o bebe poco, fiebre, sangre en la heces. (27)

TRATAMIENTO DE LA REHIDRATACION ORAL:

< de 12 meses: 50 - 100 ml 1-2 sobres por día (anexo 16)

NOTA:

ANTIBIOTICOS: Deben usarse sólo para disentería y Cólera. En otras condiciones son ineficaces y no deben prescribirse.

ANTIPARASITARIOS: Deben usarse sólo para:

- Amebiasis, después que el tratamiento de disentería por Shigella ha fracasado, o en casos en que identifican en los trofozoitos de E. histolytica conteniendo glóbulos rojos en su interior.

- Giardiasis, cuando la diarrea tarda 14 días o más y se identifican quistes o trofozoitos en heces, o aspirado intestinal.

ANTIDIARREIICOS Y ANTIEMETICOS, no deben usarse nunca.

CASO CLINICO 2:

Se vacunó al lactante según el calendario de vacunación correspondiente a los 2 meses edad: (28) (anexo 17)

Primera dosis de la vacuna contra poliomielitis

Primera dosis de la vacuna contra pentavalente

Primera dosis de la vacuna contra rotavirus

Primera dosis de la vacuna contra neumococo

HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE BELÉN DE LAMBAYEQUE

CASO CLÍNICO N° 1:

1. Reposo en cama
2. NPO
3. Control de signos vitales cada 4 horas
4. Solución polielectrolítica 675 cc EV cada 4 horas
5. Sulfato de Zinc(jarabe) 20 mg(5ml) c/24h por 10 días
6. Vigilar y reportar signos de alarma
7. Reevaluación en 8 horas.

El manejo de la diarrea aguda acuosa en este paciente se realizó basándose en la Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de EDA en menores de 5 años-INS 2017 junto con la guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño- MINSa 2017. (29) (30)

Según el caso del paciente, no requiere un tratamiento antibiótico ya que al ser una diarrea acuosa en la cual sus exámenes auxiliares se encuentran sin alteraciones. La causa más frecuente de diarrea acuosa en menores de dos años es de origen viral. Por consiguiente,

el tratamiento solo se basaría en la deshidratación que presenta el menor, y según las guías antes mencionadas que se basan en las recomendaciones establecidas por la OPS/OMS, al tratarse de una deshidratación moderada, aplicaríamos el plan B de rehidratación con sales de rehidratación oral. La vía para emplear primero sería por con solución polielectrolítica 50-100 cc/kg EV en 4 horas, y posterior a reevaluación se prueba tolerancia oral, con SRO a la misma dosis, caso de que exista vómito, hacemos reposar 30 minutos y volvemos a ofrecer SRO por vía oral, y en caso de que sea suficiente la reposición de las pérdidas, ofertamos dieta, y si persiste vómito o diarrea administrar SRO a 10 ml/kg por vomito o diarrea. (30) Por último las guías recomiendan el uso de zinc como adyuvante en el manejo de todas las enfermedades diarreicas agudas en niños de 6-59 meses. (30)(anexo 18)

CASO CLINICO N°2:

1. Atención inmediata del recién nacido
2. CSV c/4 horas
3. Lactancia materna exclusiva
4. Profilaxis ocular con tetraciclina clorhidrato 1% ungüento oftálmico
5. Profilaxis enf. Hemorrágica del RN con fitomenadiona 0.1 ml IM STAT
6. Curación de cordón umbilical con alcohol 70% c/8 horas
7. Somatometría
8. Alojamiento conjunto
9. Observar signos de alarma y reportar
10. Se solicita exámenes auxiliares: hb, hto, GyF

El manejo de la atención inmediata del recién nacido se realiza siguiendo los pasos de la Norma técnica para la atención integral de

salud neonatal-MINSA, en la cual define a la atención del recién nacido normal o vigoroso como: el conjunto sistematizado de actividades, intervenciones y procedimientos que se realizan en todo recién nacido a término vigoroso, con examen físico normal, desde el nacimiento hasta culminar el periodo neonatal. (31)

Los profesionales responsables de la atención inmediata neonatal deben realizar los siguientes procedimientos: (31)(anexo 19)

Procedimientos generales antes del nacimiento: Identificar factores de riesgo perinatal, preparar recursos y equipos para la recepción del recién nacido, prevenir la pérdida de calor. (31)

Procedimientos específicos: Realizar la valoración de la condición de recién nacido inmediatamente después del nacimiento, aspirado de secreciones, secado y estimulación del recién nacido, contacto piel con piel, lactancia precoz y clampaje e identificación de sexo. Evaluación del recién nacido (antropometría, examen físico, calcular EG y PN/EG. Profilaxis ocular, hemorrágica y de cordón umbilical, así como la vacunación. Trasladar al RN junto con su madre al ambiente de puerperio inmediato (alojamiento conjunto). (31) Posterior a eso, se realiza el TNU y evaluaciones a las 12 h y luego cada 24 horas hasta el alta del recién nacido, el cual debe ser si es parto vaginal a las 48 h y si es parto por cesárea 96 h. Por último, se dan las recomendaciones y cuidados a los padres, así como la fecha de próximos controles del RN.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA: Al iniciar el internado médico 2020 emocionados todos, con un poco de temor por el simple hecho de ser algo nuevo y al mismo tiempo, la satisfacción por haber llegado hasta esta etapa que durante la carrera se veía tan lejana y aunque en nuestras rotaciones como estudiantes hayamos convivido con internos no es lo mismo ver qué hacen y como lo hacen a ser tú el interno con toda la responsabilidad es que esto implica.

Creíamos que sería un año como cualquier otro: guardias interdiarias, trasnochadas en sala de cirugía, incontables visitas médicas con el médico asistente de turno y los tan temidos castigos. Los dos primeros meses fueron de adaptación, algunos con más dificultades que otros, pero siempre apoyándonos mutuamente por lograr un solo objetivo terminar el internado y ser médicos. Pero paralelamente nadie era ajeno a la situación que se vivía en el mundo, una pandemia había iniciado y estaría a punto de llegar para cambiarnos la vida.

A mediados de marzo La noticia De la cancelación de todas las prácticas de pregrado por 15 días en los hospitales nos tomó por sorpresa, muchos salíamos de guardia ese día, pero aceptamos la medida del gobierno ya que el principal objetivo era frenar los focos de contagios por COVID 19. En la mente de todos estaba regresar el 1 de abril, pero la cuarentena se fue extendiendo días, semanas y meses que parecía irrisorio volver nuevamente a los hospitales, todos cuidándonos desde nuestras casas y cuidando a los nuestros; hasta que el día tan esperado llegó; un decreto en el que se leía internos vuelven a centros de salud voluntariamente el 1 de octubre nos emocionó mucho porque era el día que tan ansiadamente estábamos esperando. Las especificaciones que hicieron para

este reintegro fueron muchas pero sin duda la que más comentarios tenía fue la redistribución de internos a centros de primer nivel de atención ya que nunca en la historia del internado médico había pasado tomando por sorpresa a todos debido a que ya nos habíamos acoplado a las practicas hospitalarias, pero sabíamos que el diagnóstico oportuno y precoz era muy importante debido a la saturación de todo los hospitales, esto generó mucha incertidumbre y angustia y es así que muchos de nuestros compañeros tuvieron que retirarse del para salvaguardar su integridad, ya que muchos tenían factores de riesgo que los hacían más susceptibles a contraer la enfermedad y sus complicaciones

Al reincorporarnos como internos nos topamos con una realidad a la que éramos ajenos; problemas con los equipos de protección primaria y disponibilidad de medicamento eran las deficiencias más sobresalientes pero el personal trabajando íntegramente siempre buscaba soluciones a los problemas en beneficio de todos los pacientes

Muchos no sabían cómo era el manejo en un centro de salud de atención primaria llenar FUAS, ir a farmacia por los medicamentos, asistir a la licenciada en las campañas de vacunación y tuberculosis, entro otras actividades; pero todo esto se fue aprendiendo con el tiempo y se volvió parte del día a día.

No podemos quejarnos de este internado, somos los “internos COVID” como algunos doctores nos llaman estamos seguros de que todos hemos aprendido y sacado provecho del conocimiento, manejo básico y de emergencia junto con la prevención de las enfermedades más frecuentes e importantes que logramos evidenciar en los distintos ámbitos de especialidades, las cuales nos servirán en nuestra asistencia como médicos.

CONCLUSIONES

El internado es un paso necesario en el camino de nuestra formación como médicos, ya que, durante el mismo, nos ha permitido afinar las destrezas técnicas aprendidas durante la etapa estudiantil, tener un contacto más estrecho con los pacientes y conocer sus distintas culturas e idiosincrasias para de esa forma brindar una atención más integral a la comunidad.

La nueva experiencia en los servicios de primer nivel de atención, de los que pudimos ser parte en esta pandemia, nos ha permitido madurar intelectualmente y poder brindar un adecuado manejo cuando nos enfrentemos al medio profesional e incorporando también los valores y actitudes que caracterizan nuestra profesión.

La bioseguridad es una carencia muy notable en nuestro sistema de salud, que se ha hecho aún más evidente en esta pandemia, con los altos índices de morbimortalidad en el Perú, ubicándonos en el puesto n°17 de países con más contagios por covid-19 en el mundo.

RECOMENDACIONES

Consideramos que es necesario formular un nuevo reglamento de prácticas pre-profesionales de ciencias de la salud adecuándose a la nueva realidad; garantizando nuestra seguridad, derechos y obligaciones como internos.

Paralelamente creemos que es necesario poner más énfasis en la organización, planificación y distribución de recursos a los centros de primer nivel de atención ya que estos ayudan a evitando la saturación de los hospitales con mayor nivel de complejidad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Sanchez, A., 2011. Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. [online] Redalyc.org. Available at: <https://www.redalyc.org/pdf/142/14219995004.pdf> [Accessed 17 April 2021].
2. Valadez, S., et al. Expectativas y sentimientos de los estudiantes de Medicina ante el internado de pregrado.2015 [online] Scielo.org.mx. Available at: <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v3n12/v3n12a4.pdf> [Accessed 14 April 2021].
3. Tapia R, et al. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. Educ Med Super [Internet]. 2007 Dic [citado 2021 Abr 16] ; 21(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005&lng=es.
4. Diaz, C.Educación Médica, El internado medico: de la universidad a la realidad hospitalaria, Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. 2012
5. Penny E. Educación médica en el Perú. 2018 [Internet]. [cited 17 April 2021]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-educacion-medica-el-peru-S1575181318300317>
6. Fitzgerald A. Arroyo R, Bolivar D. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. Acta Med Peru; 2020.
7. Nieto W, et al. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014 [Internet]. Scielo.org.pe. 2014

[cited 17 April 2021]. Available from:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200003

8. Mandatario inauguró nuevo Hospital Regional de Chiclayo, Andina, agencia peruana de noticias, [Internet]. 9 de junio 2011 [13/04/2021], Disponible en: [http:// https://andina.pe/agencia/noticia-mandatario-inauguro-nuevo-hospital-regional-chiclayo-368072.aspx](http://https://andina.pe/agencia/noticia-mandatario-inauguro-nuevo-hospital-regional-chiclayo-368072.aspx)
9. CENTRO SALUD EL BOSQUE CELEBRA XXVII ANIVERSARIO, GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LAMBAYEQUE, [Internet]. 17 de OCTUBRE DEL 2014, Disponible en: [http:// https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/noticia/detalle/16148?pass=NA==](http://https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/noticia/detalle/16148?pass=NA==)
10. Medina V. Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. Noviembre 2019 [Internet] Disponible en: <https://pdfcookie.com/documents/hospital-provincial-docente-belen-lambayequedocx-mly09ngrpp20>
11. La Rosa Mauricio, Ludmir Jack. Manejo de la preeclampsia con elementos de severidad antes de las 34 semanas de gestación: nuevos conceptos. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2014 Oct [citado 2021 Abr 18] ; 60(4): 373-378. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400013&lng=es.
12. GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION Y MANEJO DE PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA 2017, INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL, [Internet]. Bvs.minsa.gob.pe. 2021 [cited 18 April 2021]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf>
13. Farinati A, Galarza P, Orsini A, Vulcano S, Toziano M. CONSENSO DE ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA 2017, SOCIEDAD DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE BUENOS AIRES [Internet].

- Sogiba.org.ar. 2021 [cited 18 April 2021]. Available from: http://www.sogiba.org.ar/images/Consenso_EPI_2017.pdf
14. August P, et al. Preeclampsia: clinical features and diagnosis. ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate.2019 Inc. [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-featuresanddiagnosis?search=preeclampsia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 15. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists. Task Force on Hypertension in Pregnancy. Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2013 Nov;122(5):1122-31. doi: 10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88.
 16. MINSA. Guía nacional de manejo de casos de enfermedades de transmisión sexual. Lima-Perú. 2000 [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2104.pdf>
 17. Schiappacasse F, Gana G, Ríos P, Soffia S. Infección del tracto genital superior femenino: Revisión pictográfica por tomografía computada según clasificación clínica. Revista chilena de radiología. 2014;20(1):31-7.
 18. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención [Internet]. 1st ed. Lima: MINSA; 2021 [cited 18 April 2021]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
 19. SAGASTEGUI C, MARTINEZ H, VELAZQUES A. GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSITCO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCION DEL TRACTO URINARIO EN EL HOSPITAL SANTA ROSA [Internet]. 1st ed. LIMA; 2016 [cited 18 April 2021]. Available from: <http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2020/resoluciones/RD-267-2020-INFECCION-DEL-TRACTO-URINARIO.pdf>

20. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de pie diabético. 2016. [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3971.pdf>
21. Lipsky BA, Berendt AR, Cornia PB, Pile JC, Peters EJG, Armstrong DG, et al. 2012 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections. Journal of the American Podiatric Medical Association. 1 de enero de 2013;103(1):2-7
22. García V, León C, et al. Guía de práctica clínica de infección de tracto urinario. MINSA. 2015 [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2015/rd_104_2015.pdf
23. Hooton T, et al. Acute simple cystitis in women. ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. 2019 Inc. [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-women?search=infection%20de%20tract%20urinary&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
24. MINSA. Norma técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú. 1ra edición. Lima-Perú. 2017 [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>
25. DE QUESADA SUÁREZ LEOPOLDO, IVAL PELAYO MILAGROS, GONZÁLEZ MERIÑO CARIDAD LOURDES. LA ESCALA DE ALVARADO COMO RECURSO CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA. REV CUBANA CIR [INTERNET]. 2015 JUN [CITADO 2021 ABR 18] ; 54(2): 121-128. DISPONIBLE EN: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-74932015000200004&lng=es.

26. MINSA. Guía de procedimientos y protocolos de atención en emergencia. [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/701_MS-PSNB318-7.pdf
27. GUÍA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS 2017 [Internet]. Bvs.minsa.gob.pe. 2021 [cited 18 April 2021]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4221.pdf>
28. ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACION 2016 [Internet]. Bvs.minsa.gob.pe. 2021 [cited 18 April 2021]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2060.pdf>
29. INS. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años. 2017. Lima-Perú. pag. 133 [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/index.php/es/acerca-del-ins/publicaciones/menu-del-dia/guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-y>
30. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. 2017. 1. Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSA [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>
31. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal. DIGESA. 2013. [Internet]. [citado 18 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3281.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

CUADRO N° 1: NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD Y CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD		
NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Primer Nivel de Atención	1° Nivel de Complejidad	I - 1
	2° Nivel de Complejidad	I - 2
	3° Nivel de Complejidad	I - 3
	4° Nivel de Complejidad	I - 4
Segundo Nivel de Atención	5° Nivel de Complejidad	II - 1
	6° Nivel de Complejidad	II - 2
Tercer Nivel de Atención	7° Nivel de Complejidad	III - 1
	8° Nivel de Complejidad	III - 2

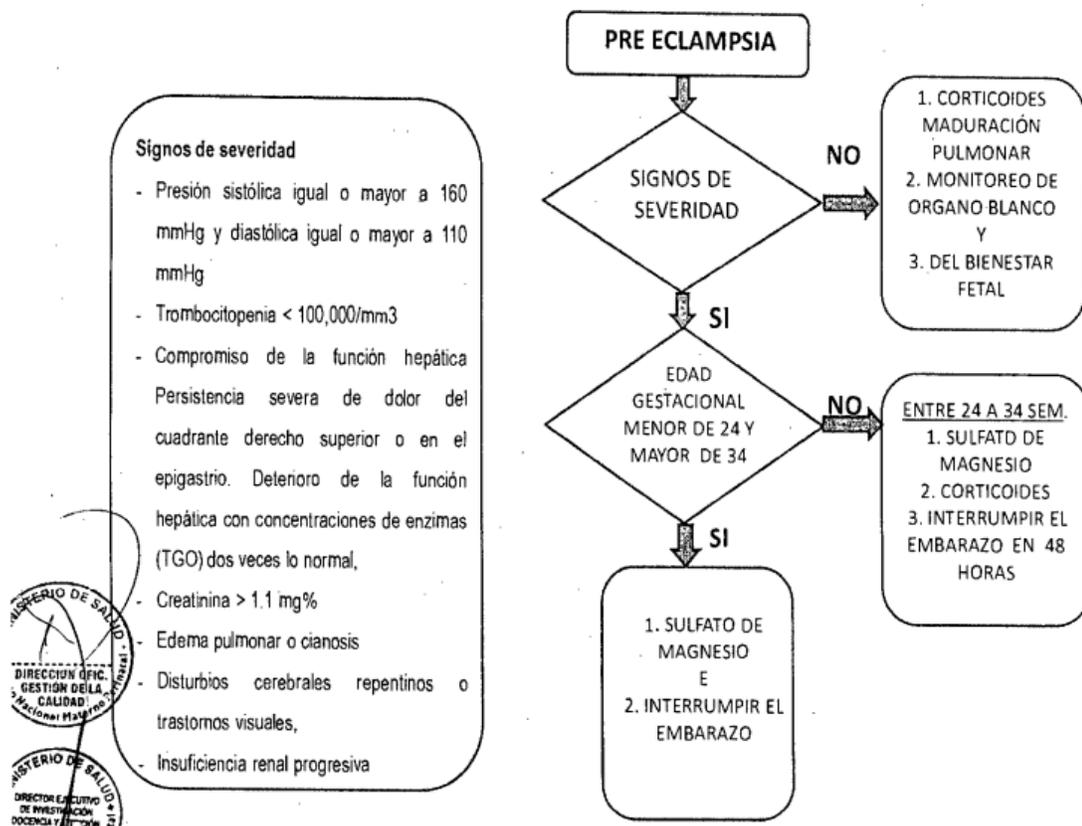
ANEXO 2:

Cuadro Comparativo de las Unidades Productoras según las diferentes categorías								
UNIDADES PRODUCTORAS	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	III-2
SALUD COM. Y AMBIENTAL	SI	SI	SI	SI	SI			
CONSULTA EXTERNA MÉDICA	Itinerante	6 a 12 Hrs.	12 Hrs.	12 Hrs.	12 Hrs.	12 Hrs.	12 Hrs.	12 Hrs.
PATOLOGÍA CLÍNICA (Laboratorio)			SI	SI	SI	SI	SI	SI
ESPECIALIDAD				Medicina General y algunas especialidades (Ginecología y Pediatría prioritariamente)	Medicina General, Medicina interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía General, Anestesiología	TODAS LAS ESPECIALIDADES	Además TODAS LAS SUB ESPECIALIDADES	SOLO ESPECIALIDADES CORRESPONDIENTES INSTITUTO ESPECIALIZADO
CENTRO OBSTÉTRICO				Sala de Parto	SI	SI	SI	SI
HOSPITALIZACIÓN				Internamiento	SI	SI	SI	SI
CENTRO QUIRÚRGICO					SI	SI	SI	CONDICION
EMERGENCIA					SI	SI	SI	CONDICION
DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES					SI	SI	SI	SI
HEMOTERAPIA					SI	SI	SI	
ANATOMÍA PATOLÓGICA					SI	SI	SI	SI
HEMODIALISIS							SI	
U. C. I.						General	ESPECIALIZADA	De acuerdo a Especial
RADIOTERAPIA							SI	
MEDICINA NUCLEAR							SI	
TRANSPLANTE DE ÓRGANOS							SI	
INVESTIGACIÓN DOCENCIA INTERVENCIONES DE SUB ESPECIALIDAD							SI	SI

ANEXO 3:

6.9.2. Flujograma N° 2

Flujograma para el manejo de Preeclampsia



Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia. Instituto Nacional Materno Perinatal. MINSA - 2018

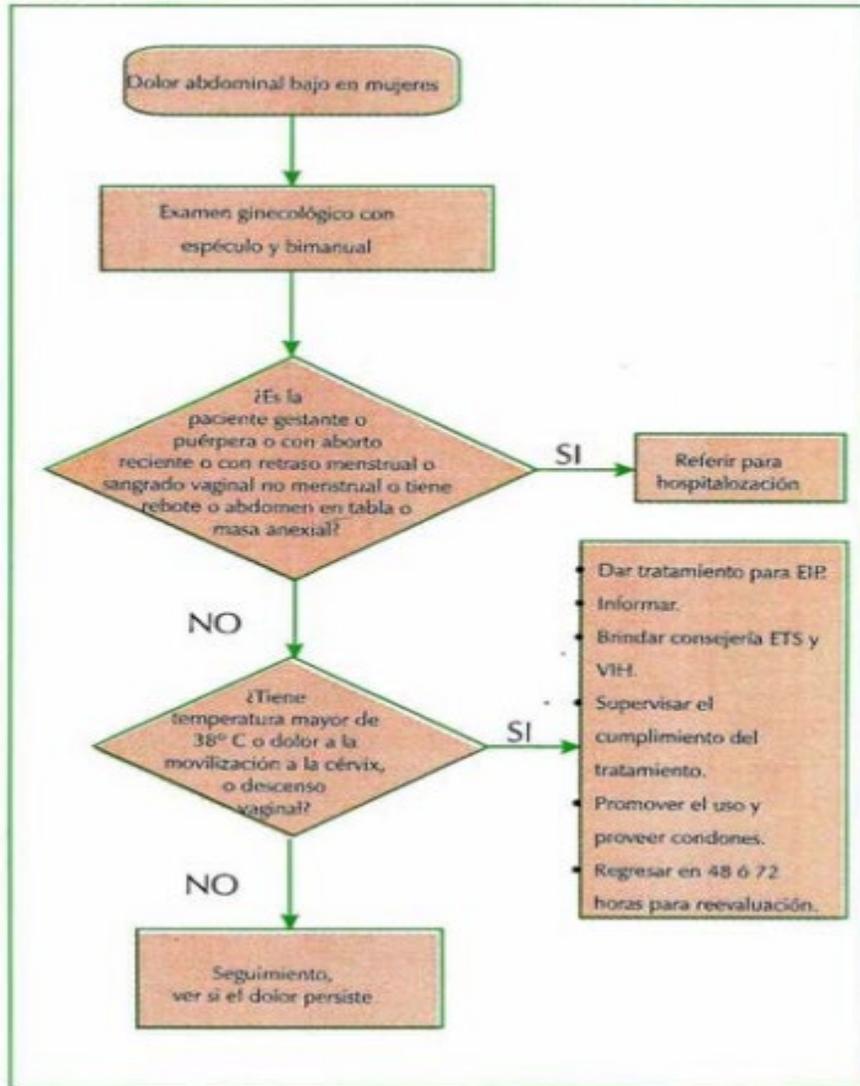
ANEXO 4:

- 1) CEFTRIAXONA 500 mg en dosis única IM + DOXICICLINA 100 mg c/12 horas VO por 10-14 días + METRONIDAZOL 500 c/12 horas VO por 10-14 días (Nivel de evidencia Ia) [22][23]
- 2) AMP/IBL 1 gr cada 12 hs VO + DOXICICLINA 100 mg cada 12 hs VO durante 10-14 días (la doxiciclina puede ser reemplazada por AZITROMICINA 500 mg, luego 250 mg del día 2° al 7° VO) + CEFTRIAXONA 500 mg IM monodosis [24].
- 3) AZITROMICINA 500 mg, luego 250 mg del día 2° al 7° VO + METRONIDAZOL 500 mg c/8 horas VO por 10-14 días (Nivel de evidencia Ib) [23] [24] [25]

Esquema para pacientes ambulatorios con enfermedad pélvica inflamatoria

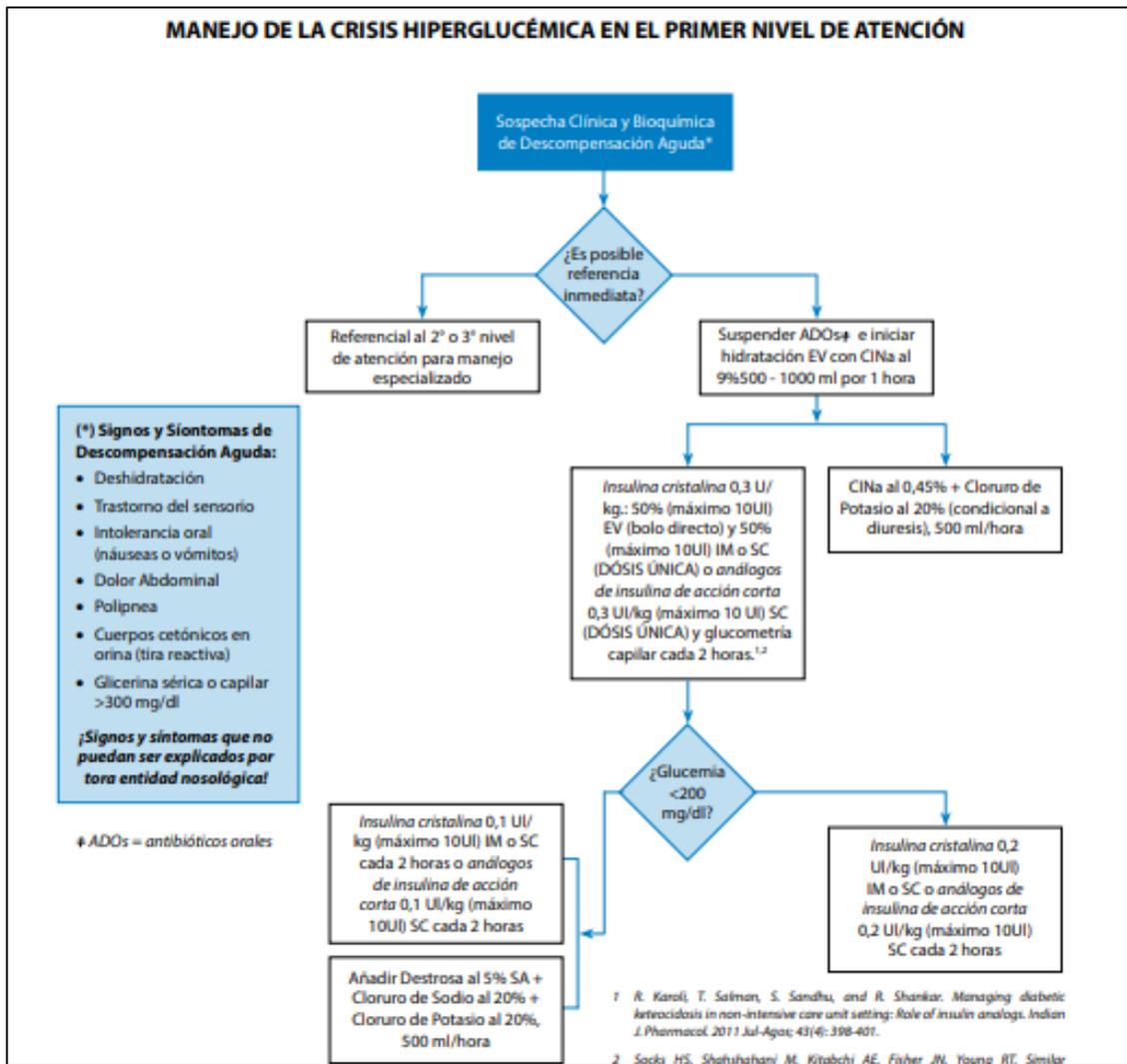
ANEXO 5:

Figura 7: Fluxograma de Manejo del Síndrome de Dolor Abdominal Bajo



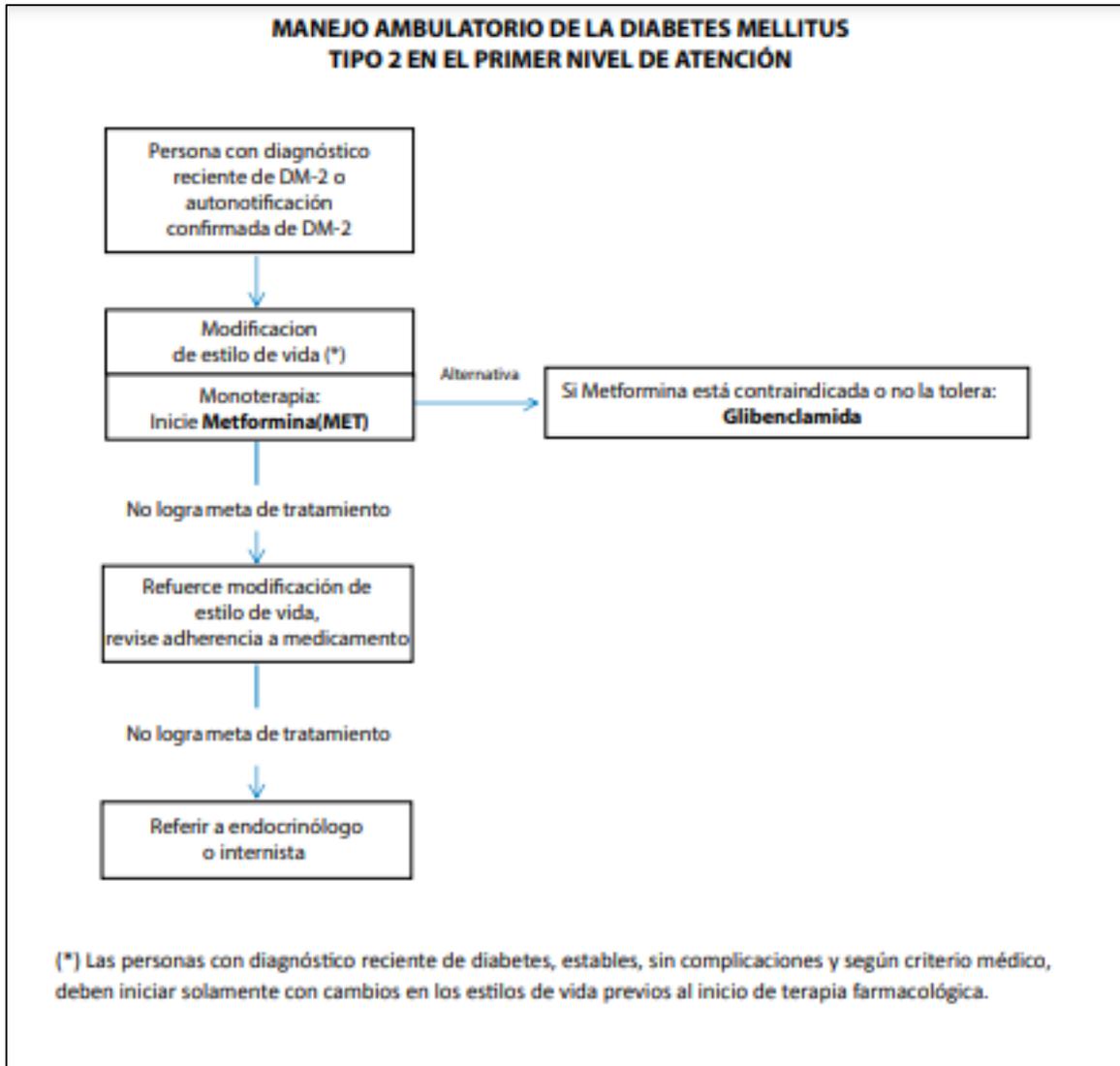
Guía Nacional de manejo de casos de enfermedades de transmisión sexual. MINSA-2000

ANEXO 6:



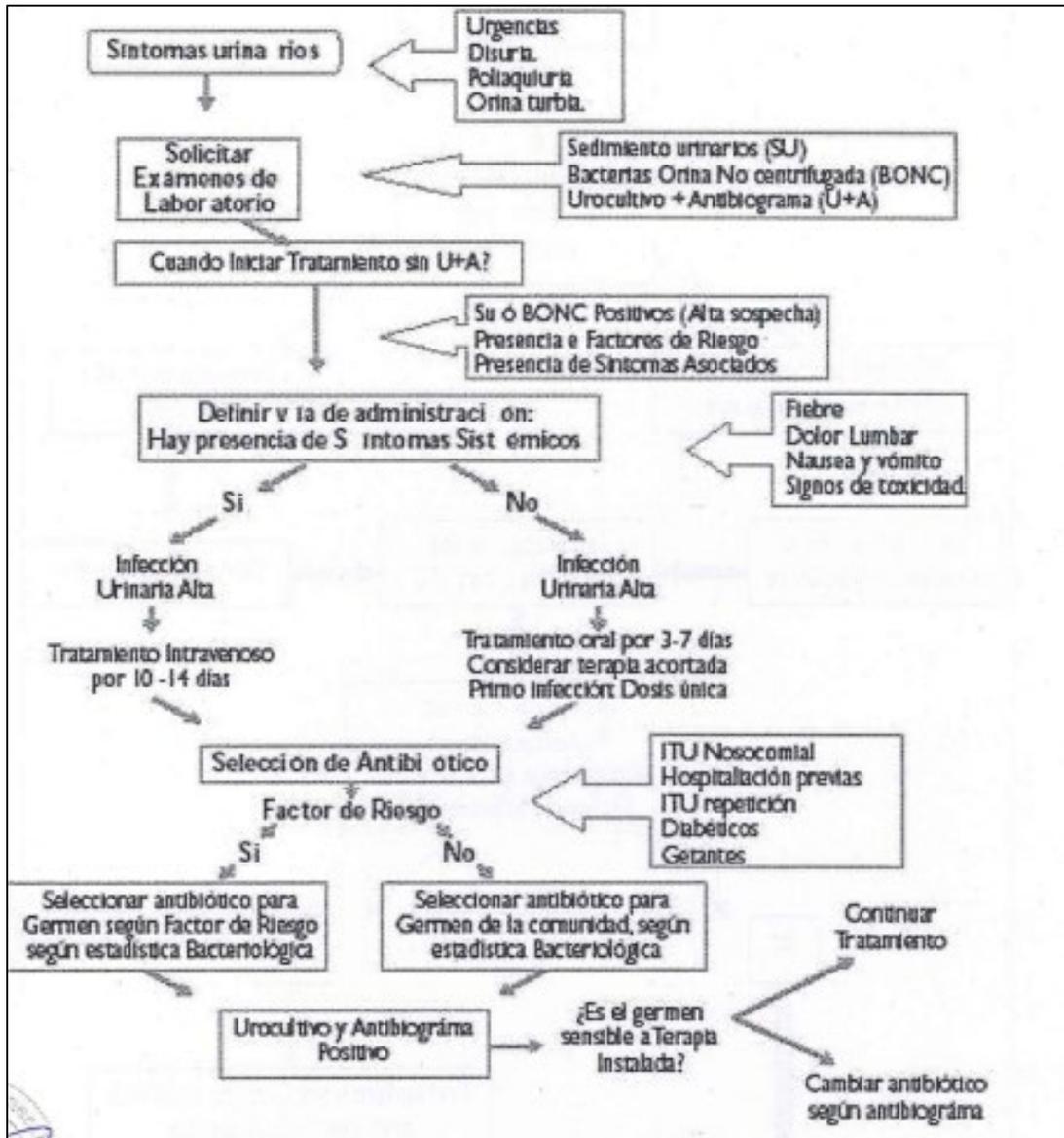
Manejo de crisis hiperglucémicas en el primer nivel de atención

ANEXO 7:



Manejo ambulatorio de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención

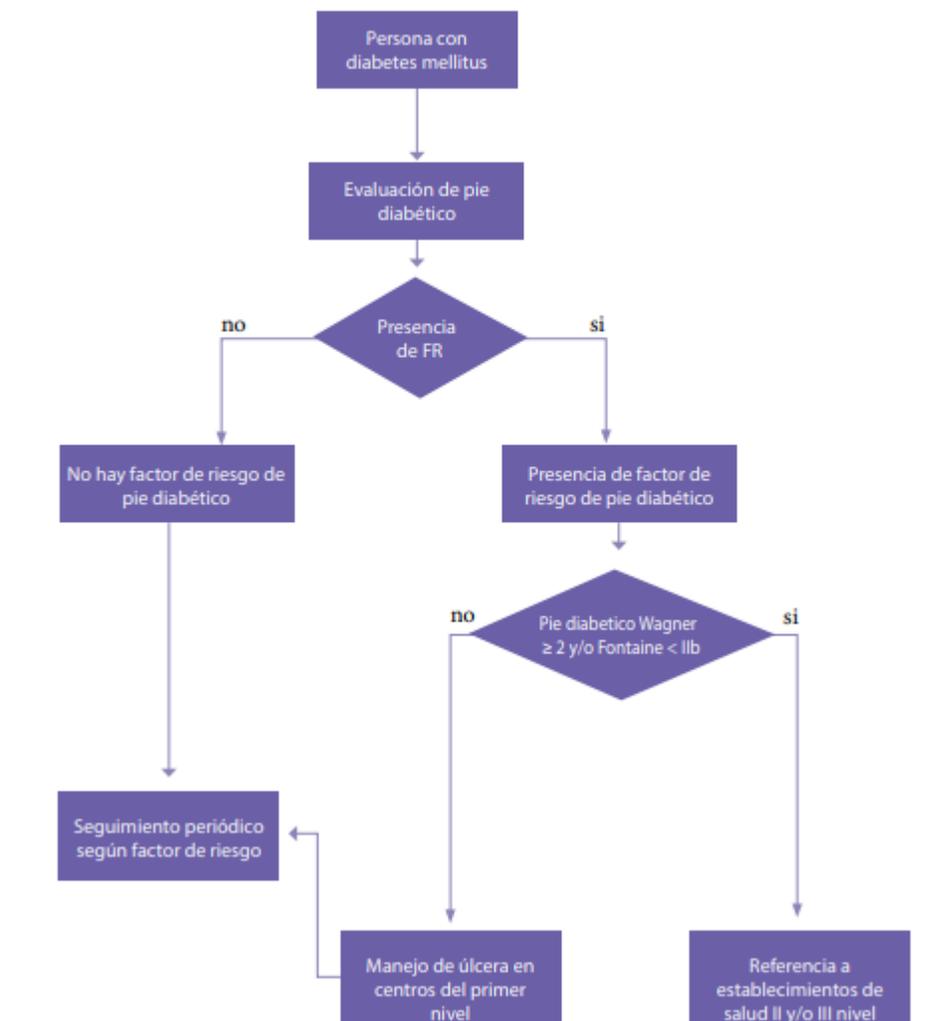
ANEXO 8:



Diagnóstico, tratamiento y conducta final en paciente sospechoso de infección urinaria

ANEXO 9:

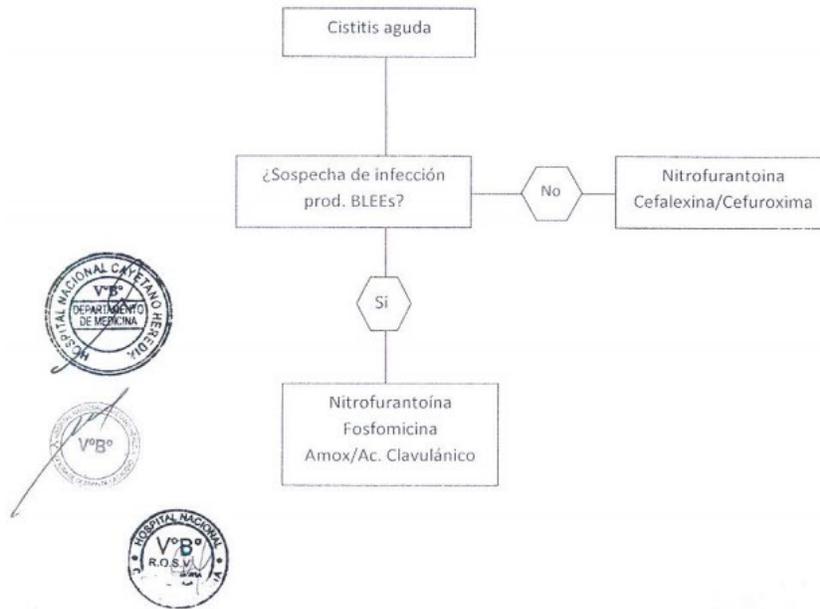
FLUJOGRAMA N° 1: Manejo ambulatorio de pie diabético



Guía práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control del pie diabético. MINSA – 2016

ANEXO 10:

Flujograma 1. Manejo antibiótico empírico para cistitis aguda



Guía de práctica clínica de infección de tracto urinario. HNCH. MINSA – 2015

ANEXO 11:

Dosis aplicadas CRL	N° de dosis de vacunas de Cultivo Celular a aplicar	Días de administración
De 1 a 2 dosis	5 dosis	0 – 3 – 7 – 14 – 28
Con 3 dosis	3 dosis	7 – 14 – 28
De 4 a 6 dosis	2 dosis	14 – 28
De 7 a 14	1 dosis	28
Refuerzos	1 dosis	28

Todas las dosis subsecuentes parten del primer día de inicio de vacunación

Dosis y días de administración de la vacuna contra rabia humana

ANEXO 12:

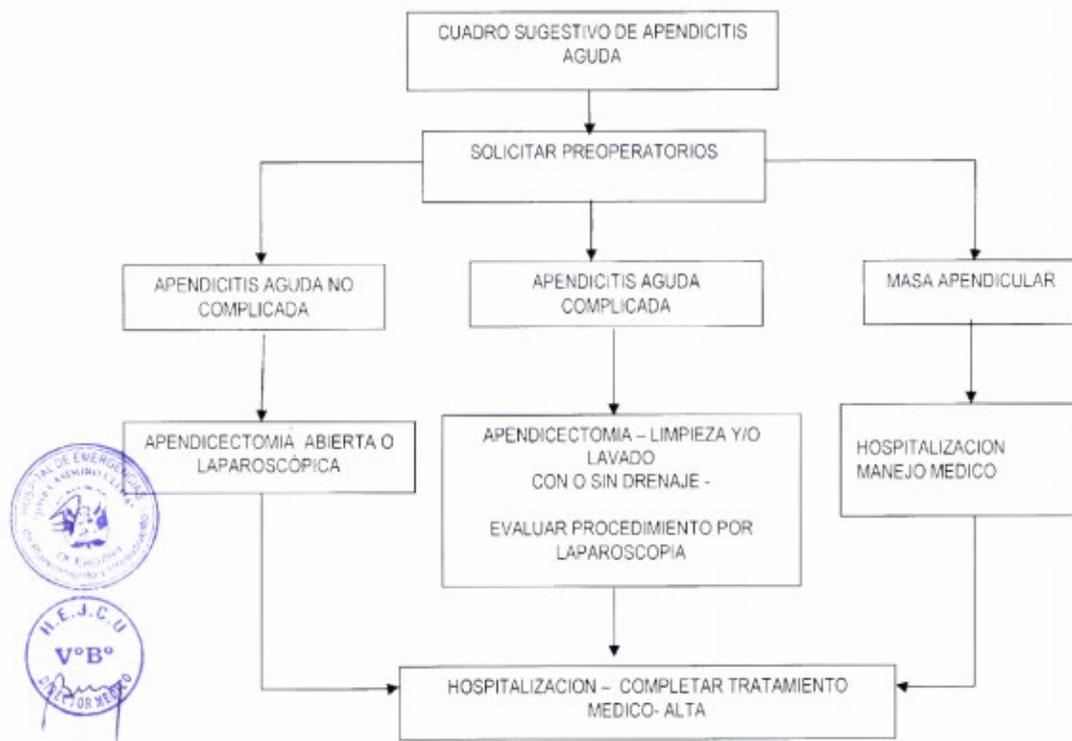
Cuadro. Escala de puntuación para el diagnóstico clínico de la apendicitis aguda según la escala de Alvarado

Aspecto	Manifestaciones clínicas y de laboratorio	Puntuación
Síntomas	Migración del dolor a fosa iliaca derecha	1
	Anorexia	1
	Náuseas y / o vómitos	1
Signos	Dolor en cuadrante inferior derecho	1
	Dolor al rebote o descompresión	2
	Fiebre	1
Laboratorio	Leucocitosis	2
	Desviación izquierda	1
Total de puntos		10

Guía de práctica clínica de procedimientos y protocolos de atención en emergencia – MINSA 2016

ANEXO 13:

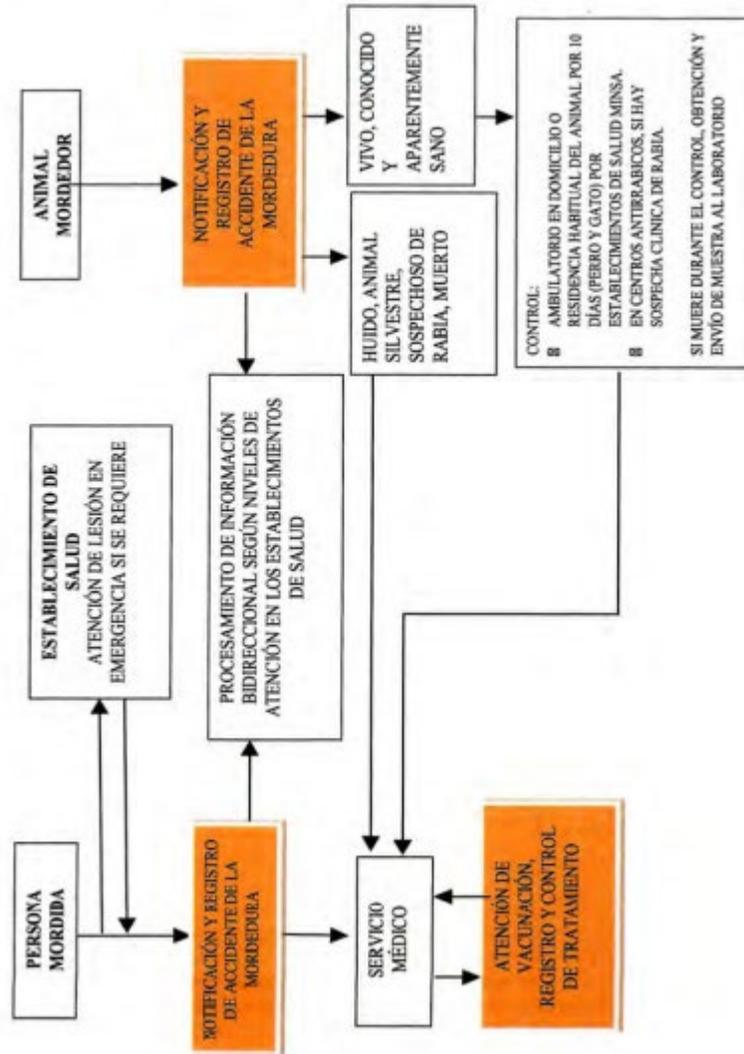
IX.- FLUJOGRAMA



Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda. Hospital de emergencias José Casimiro Ulloa. MINSA – 2011

ANEXO 14:

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE LA PERSONA CON ACCIDENTE DE MORDEDURA Y DEL ANIMAL AGRESOR



Norma técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú.
MINSA – 2017

ANEXO 15:

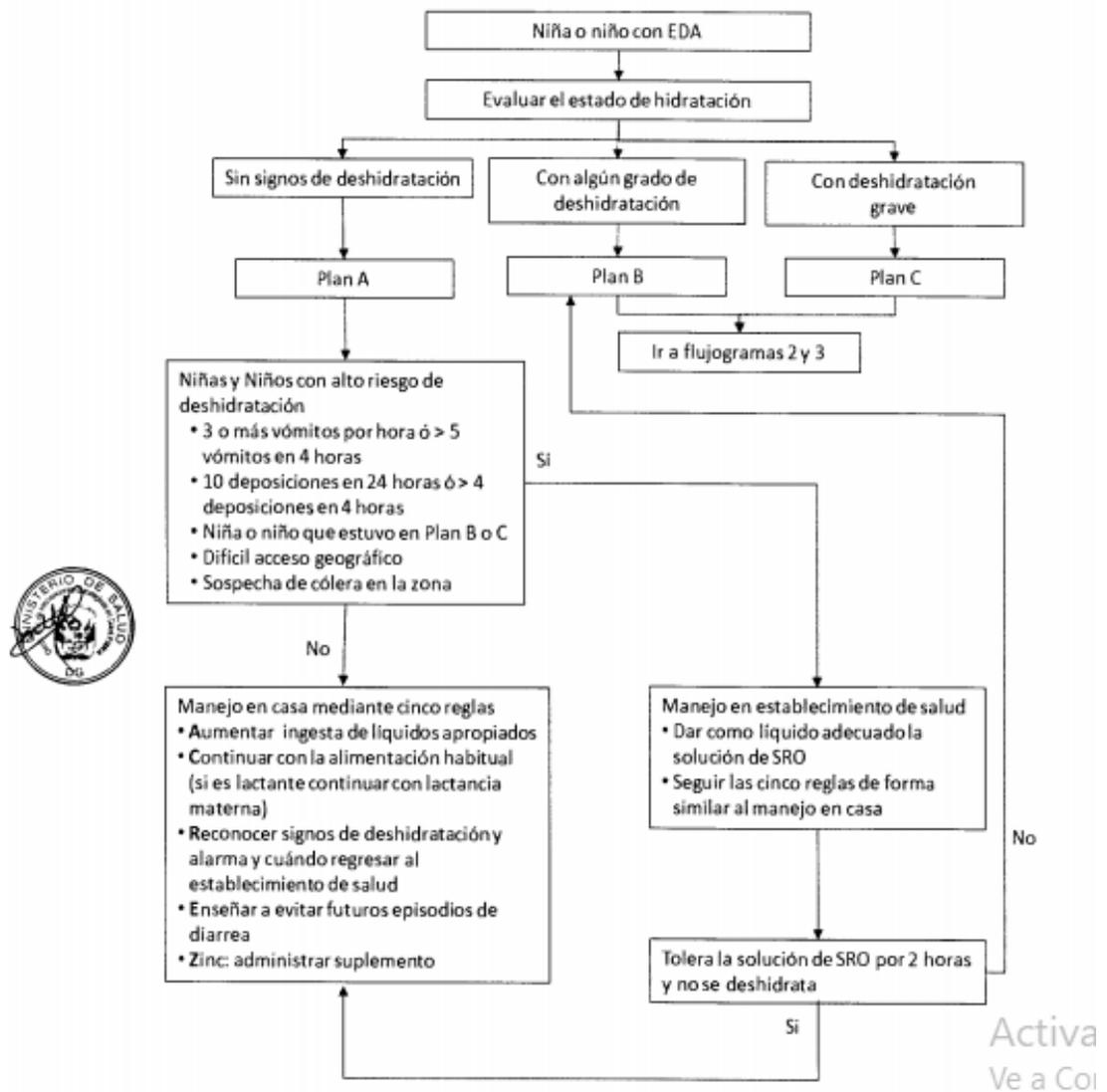
Cuadro de signos y síntomas de deshidratación

	A	B	C
1. OBSERVE Condición Ojos Lagrimas Boca y lengua Sed	Bien alerta Normales Presentes Húmedas Bebe normal sin sed	Intranquilo, irritable Hundidos Escasas Secas Sediento, bebe rápido y ávidamente	Comatoso, hipotónico * Muy hundidos y secos. Ausentes Muy secas Bebe mal o no es capaz de beber *
2. EXPLORE Signo del pliegue	Desaparece Rápidamente	Desaparece Lentamente	Desaparece muy lentamente (> 2 segundos)*
3. DECIDA:	NO TIENE SIGNOS DE DESHIDRATACIÓN	Si presenta dos o más signos, TIENE ALGUN GRADO DE DESHIDRATACIÓN.	Si presenta dos o más signos incluyendo por lo menos un "signo" * tiene DESHIDRATACIÓN GRAVE. ESTADO COMATOSO INDICA SHOCK.

Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. MINSA – 2017.

ANEXO 16:

Flujograma N° 01: Niña o niño con EDA - Plan A



Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. MINSA – 2017.

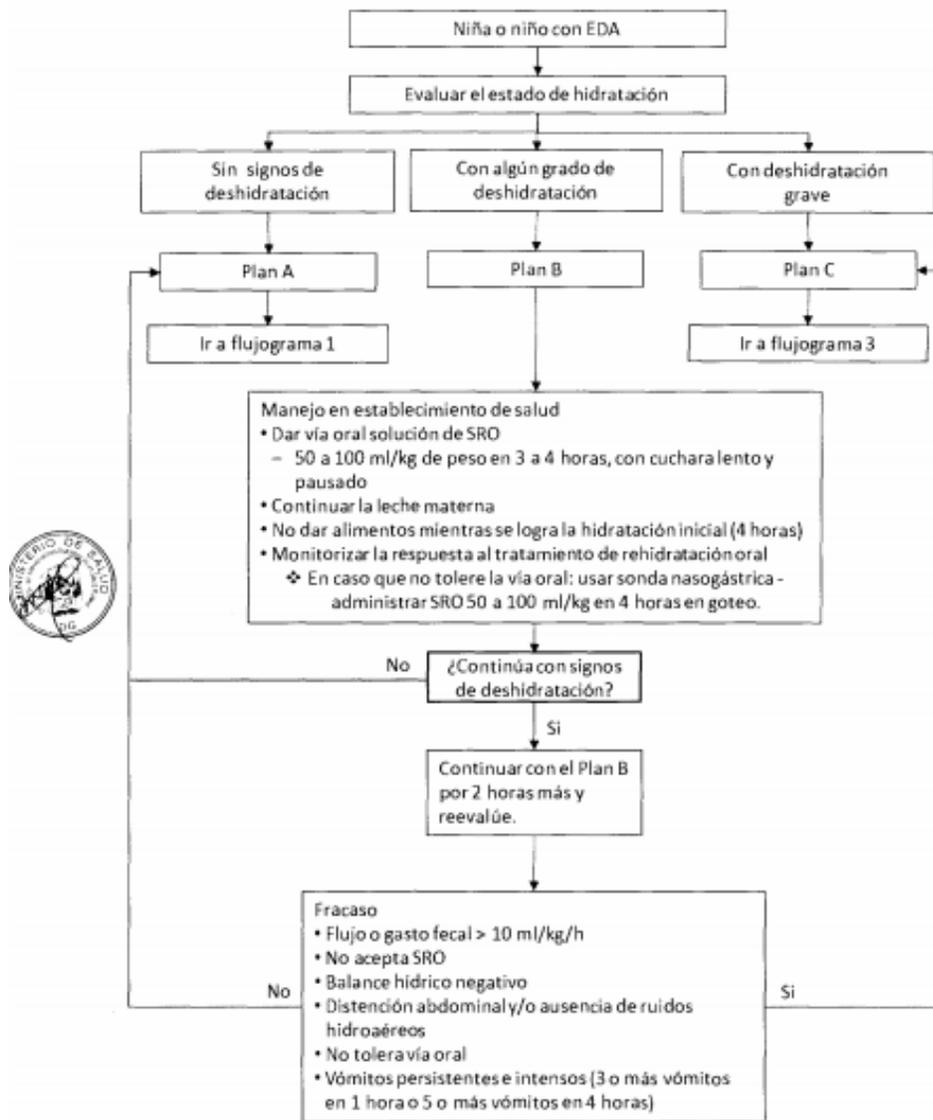
ANEXO 17:

Criterio de programación	Vacunas	Concentración	Factor pérdida	Oportunidad y programación
100 % de la población menor de 1 año (recién nacidos)	BCG (*)	1	2	0 a 28 días
	HVB (**)	1	Monodosis	0 a 12 horas
100 % de la población menor de 1 año	APO (***)	3	1.3	2, 4, 6 meses
	Pentavalente	3	Monodosis	2, 4, 6 meses
	Neumococo	2	Monodosis	3, 5 meses
	Rotavirus	2	Monodosis	2, 4 meses
100 % de los niños menores de 1 año nacidos de madres portadoras de VIH	IPV	3	Monodosis	2, 4, 6 meses

Calendario de vacunación según MINSA- 2016

ANEXO 18:

Flujograma N° 02: Niña o niño con EDA - Plan B



Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño. MINSA – 2017.

ANEXO 19:

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1 COMPONENTE DE PRESTACIÓN

6.1.1 ATENCIÓN INMEDIATA NEONATAL

El equipo responsable de la atención inmediata está conformado por el médico neonatólogo, médico pediatra, médico cirujano o profesional de enfermería especialista en atención neonatal o con competencias para la atención del recién nacido. En casos de emergencia y en ausencia de los profesionales antes mencionados, el recién nacido puede ser atendido por la obstetriz u otro profesional o personal de la salud capacitado.

El profesional responsable de la atención inmediata neonatal debe encontrarse presente en cada nacimiento para realizar la valoración de los factores de riesgo, las condiciones inmediatas al nacimiento del recién nacido/a, decidir y aplicar las intervenciones indicadas para reducir las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad neonatal inmediata; así como reducir el riesgo de complicaciones severas e invalidantes.

La atención inmediata neonatal brinda las condiciones apropiadas que permitan los cambios fisiológicos de la transición del ambiente intrauterino en el periodo inmediato al nacimiento para prevenir posibles daños, identificar y resolver oportunamente las situaciones de emergencia que ponen en riesgo la vida y/o puedan generar complicaciones.

Procedimientos en la atención inmediata del recién nacido

Los profesionales responsables de la atención inmediata neonatal deben realizar lo siguiente:

Procedimientos generales antes del nacimiento:

- **Identificar factores de riesgo perinatal.** Obtener y registrar los datos de la historia clínica materna a la llegada de esta al Centro Obstétrico/Sala de Operaciones, identificando los factores de riesgo (Anexo 1). De ser necesario ampliar la anamnesis con la madre o familiar directo.
- **Preparar recursos y equipos para la recepción del recién nacido.** Verificar la disponibilidad de medicamentos, insumos y material médico; así como el adecuado funcionamiento de los equipos para realizar la atención inmediata neonatal.
- **Prevenir la pérdida de calor.** Asegurar un ambiente térmico neutro en la sala de atención neonatal de 26°C. La temperatura de la sala debe mantenerse estable durante las 24 horas del día y en las diferentes estaciones del año.

Mantener ventanas y puertas cerradas.

Disponer de campos o toallas precalentadas para la recepción y el secado del recién nacido.

Procedimientos específicos luego del nacimiento:

El profesional responsable de la atención inmediata del recién nacido debe:

- **Realizar la valoración de la condición de recién nacido inmediatamente después del nacimiento.** Inmediatamente que se ha producido la salida del bebé del ambiente uterino, el profesional responsable