



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO EN EL PRIMER Y  
TERCER NIVEL DE ATENCION EN SALUD DENTRO DEL  
CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID 19 EN LIMA – PERU EN  
EL AÑO 2021 – 2022**

**PRESENTADO POR**

**SANTIAGO ALONSO MERINO GIRAÓ  
LEANDRO JEDIDIAS PEREZ MURO**

**ASESOR**

**JOSÉ DANIEL FARRO OLANO**

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

**LIMA– PERÚ**

**2022**



**Reconocimiento - No comercial  
CC BY-NC**

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO EN EL PRIMER Y  
TERCER NIVEL DE ATENCION EN SALUD DENTRO DEL  
CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID 19 EN LIMA – PERU  
EN EL AÑO 2021 – 2022**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**SANTIAGO ALONSO MERINO GIRAO**

**LEANDRO JEDIDIAS PEREZ MURO**

**ASESOR**

**M.C. JOSÉ DANIEL FARRO OLANO**

**LIMA – PERÚ**

**2022**

## **JURADO**

**Presidente:** Dra. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

**Miembro:** Dr. Carlos Morales Paitan

**Miembro:** Dra. Graciela Pílares Barco

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por la vida y bendecirme con salud, fuerza y sabiduría.

A mi familia, a mi madre, abuela y a mi tía Gina por todo el apoyo incondicional durante toda mi etapa universitaria.

A mis maestros, que nos transmitieron todos sus conocimientos a lo largo de la carrera universitaria.

**Santiago Alonso Merino Girao**

A Dios, por bendecir mi vida, otorgándome la salud y las fuerzas en todos estos años.

A mis padres, por haberme inspirado y apoyado a seguir esta carrera universitaria.

A mis hermanos, por brindarme apoyo moral.

A todas las personas que me brindaron su tiempo para enseñarme lo necesario para alcanzar este sueño de terminar la carrera de medicina humana.

**Leandro Jedidias Pérez Muro**

## INDICE

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL	I
AGRADECIMIENTO	III
INDICE	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Cirugía	1
1.2 Pediatría	5
1.3 Gineco obstetricia	9
1.4 Medicina interna	13
CAPÍTULO II CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	21
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	24
3.1 Cirugía	24
3.2 Pediatría	27
3.3 Gineco obstetricia	30
3.4 Medicina	33
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	41
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	45
FUENTES DE INFORMACIÓN	46
ANEXOS	53
ANEXO N° 1: Ficha de atención de personas expuestas al virus rábico	53
ANEXO N° 2: Hoja de referencia del Ministerio de Salud	55

## RESUMEN

El internado médico del año 2021 fue diferente al de los años previos, aunque tratando de volver a lo que era los años anteriores, la pandemia por COVID 19 hacía difícil esta posibilidad, dando como resultado un internado de compuesto por 5 meses en un centro de salud y 5 meses en un hospital.

Este trabajo fue realizado por dos internos de medicina que trabajaron los primeros 5 meses en un centro de salud, y los restantes en el hospital María Auxiliadora. Ambos establecimientos dirigidos por el ministerio de Salud del Perú (MINSA), que estableció los lineamientos para el internado en este año

El internado tiene como finalidad poner en práctica todos los conocimientos y habilidades que adquirió en los 6 años anteriores.

En el centro de salud se brindó el primer nivel de atención, y donde el énfasis se encontraba en la promoción, prevención y rehabilitación en salud, dándole a cada una de ellas la misma importancia. En el hospital, el interno participó en los servicios de medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia, donde se encargó de apoyar en todo lo que necesite el paciente, para llegar a un plan de trabajo que, de forma efectiva y eficaz, ayude a la remisión de su cuadro clínico.

## **ABSTRACT**

The medical internship of the year 2021 was different way than previous years, although trying to return to what was the previous years, the COVID 19 pandemic made this possibility difficult, resulting in an internship composed of 5 months in a health center and 5 months in a hospital.

This work was done by two medicine interns, who worked their first 5 months in a health center, and the last 5 months in the María Auxiliadora Hospital. Both places directed by “Ministerio de Salud del Perú (MINSA)”, who provided the guidelines for the medical internship of this year.

The internal had the chance to put into practice all his knowledge and skills that he had acquired in the 6 years of his previous career.

The health center provided the first level of care, where the emphasis was focused on health promotion, prevention and rehabilitation, giving the same importance to each one. In the hospital, the medical intern participated in internal medicine, surgery, pediatrics and obstetrics services, where he took care and gave support to everything that the patient needed in order to achieve the work plan on an effectively and efficiently way that helps the patient to the remission of his clinical picture.



## INTRODUCCIÓN

El internado médico se realiza en el último año de la carrera de medicina humana, con el fin de aplicar todos los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en los 6 años previos. Este internado 2021/2022 está caracterizado por desarrollarse en un contexto de pandemia causada por el SARS CoV 2, que impactó a nivel mundial, especialmente en el sector salud, llegando a declararse al Perú en estado de emergencia sanitaria, y como consecuencia impidió desarrollar un internado regular, de un año completo dentro de un Hospital, por lo cual la primera parte se realizó en un Centro de Salud (Centro de Salud Leonor Saavedra y Centro de Salud Gaudencio Bernasconi) y la segunda mitad en el Hospital María Auxiliadora.

El primero de julio del año 2021 se empezó el internado en el Centro Salud Leonor Saavedra de nivel I – 3 y el Centro de Salud Gaudencio Bernasconi de nivel 1-3, por 5 meses. En este centro se aprendió lo relacionado al primer nivel de atención, enfocado a la persona, familia y comunidad. La función del interno, en compañía y tutela de un médico general, consistía en orientar sobre promoción, prevención y rehabilitación en la salud, con el fin de generar un impacto positivo a la salud de la población.

Dentro del centro de salud, el interno de medicina tenía que desarrollar una historia clínica que comprendía anamnesis, antecedentes y examen físico. Con esta información se puede formar un plan de trabajo que aborde todas las necesidades de manera holística, y no solo enfocado en curar una enfermedad.

Al final, el interno tendría las capacidades para abordar los problemas de la población de manera integral dentro de la jurisdicción del Centro de Salud, y podría aplicar estos conocimientos adquiridos en un futuro, en su servicio rural.

En el hospital María Auxiliadora se realizaron cuatro rotaciones, de 5 semanas cada una: Cirugía General, Pediatría, Ginecología -Obstetricia y Medicina Interna.

En el servicio de Cirugía General, se encargó de emergencias en las guardias diurnas, atendiendo a todo paciente que se presentara, tanto en los servicios de Cirugía General como Traumatología. También tuvo a su cargo el área de hospitalización de Cirugía y Traumatología, donde ayudaba en el desarrollo de la historia clínica y a suplir todas las necesidades que el paciente presentara, para que se recupere lo más pronto posible. También se rotó por los servicios de Cirugía Plástica, Urología, y Neurocirugía.

En la rotación de pediatría, el interno trabajó en emergencias, donde aprendió a identificar los signos de alarmas de todo paciente pediátrico, así como también participó en hospitalización donde se encargó de brindar una atención especializada al paciente y a su apoderado. También dentro de esta rotación, el interno apoyo al área de neonatología, donde aprendió la atención del recién nacido, y se encargó de los cuidados de los pacientes que presentaran prematuridad.

En la rotación de ginecología/obstetricia, se accedió al área de sala de partos, atendiendo a toda gestante que llegaba de emergencia o por consultorio externo. También formó parte en la realización de las historias clínicas de las gestantes, ayudó en emergencias, donde se les enseñó a atender a pacientes que necesitan una atención pronta y rápida. Además, estuvieron en la sala de hospitalizados, donde atendieron a cada paciente y sus necesidades para su pronta recuperación.

En la rotación de medicina interna, se atendió en emergencias durante las guardias diurnas, que este año cambió de ambiente por motivos de la pandemia. El interno accedía a la sala de hospitalización, donde se hacía las historias clínicas, y todo lo que el paciente necesitara para ser dado de alta.

## CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En este internado, caracterizado por realizarse en medio de una pandemia, se estudiaron casos clínicos de 4 rotaciones: Cirugía General, Medicina Interna, Pediatría y Ginecobstetricia, los cuales presentaremos a continuación:

### 1.1 Cirugía

- Caso clínico 1

Paciente varón de 65 años, llega al tópic de cirugía caminando acompañado de un familiar, con tiempo de enfermedad de 4 días de inicio insidioso y curso progresivo, caracterizado por dolor abdominal difuso de 8/10 de intensidad, asociado a náuseas y vómitos y constipación. Refiere que el abdomen fue aumentando de volumen y presentaba dificultad para eliminar deposiciones y flatos, motivo por el cual se automedica con purgantes sin presentar efecto.

Antecedentes de una hernioplastia por una hernia inguinal bilateral y una colonoscopia para una devolvulación por un vólvulo del sigmoidees.

Funciones vitales: FC: 75 lpm, FR: 18 rpm, PA: 150/70 mmHg, saturación: 98%, FiO2: 0.21, temperatura: 36.5

Al examen físico: piel: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos audibles. Abdomen: distendido, RHA aumentados de intensidad con signos de lucha, poco blando, poco depresible, timpánico a la percusión, doloroso a la palpación profunda a predominio de hemiabdomen inferior. Aparato genitourinario: puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos. Sistema nervioso central: localizado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15.

Exámenes auxiliares: Leucocitos 17.86, abastionados: 0%, hemoglobina: 14.8, hematocrito: 42%, bilirrubina total: 0.66, bilirrubina directa: 0.19. Radiografía de abdomen: se observa distensión de asas gruesas.

Se plantea el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, a descartar obstrucción intestinal por vólvulo del sigmoides. Se programa el ingreso a sala de operaciones, se indica NPO, Cefazolina 2gr cada 24 horas endovenoso, Metronidazol cada 8 horas endovenoso, Hioscina 20mg, Dimenhidrinato 50mg y Cloruro de sodio al 0.09% 1000cc endovenoso.

Se realizó una sigmoidectomía con una anastomosis termino terminal. El diagnóstico post operatorio fue obstrucción intestinal por vólvulo del sigmoides, los hallazgos operatorios fueron colon sigmoides redundante y dilatado, sin cambios de coloración y mesenteritis retráctil de colon sigmoides.

El primer día estuvo en reposo gástrico, y se le fue progresando de dieta líquida hasta llegar a una dieta completa. La herida se limpió todos los días.

- Caso clínico 2

Paciente varón de 86 años, acude a tópico de cirugía trasferido del tópico de medicina, con tiempo de enfermedad de 3 días, caracterizado por sensación de alza térmica no cuantificada. Al paso del tiempo se agregó dolor abdominal difuso de 7/10 de intensidad y constipación.

Antecedente de hipertensión arterial con diagnóstico de hace más o menos 10 meses actualmente con tratamiento regular.

Funciones vitales: FC: 86 lpm, FR: 18 rpm, PA: 120/60, saturación: 97%, temperatura: 38°

Al examen físico: piel: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos no signos de cianosis. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares no ruidos agregados, no tirajes. Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos audibles. Abdomen: levemente distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos de intensidad y frecuencia, blando y depresible, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen derecho. En posterior evaluación presentó dolor en fosa iliaca derecha y signo de rebote positivo. Aparato genitourinario: puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativo. Sistema nervioso central: paciente localizado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15 puntos.

Exámenes auxiliares: leucocitos: 12.99, abastados: 0%, hemoglobina: 10.7, hematocrito: 30%

Se plantea el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, a descartar apendicitis aguda complicada. Se programa el ingreso a sala de operaciones para realizar una apendicetomía abierta, se indica: NPO, Cefazolina 2gr cada 24 horas endovenoso, Metronidazol cada 8 horas endovenoso, Hioscina 20mg, Dimenhidrinato 50 mg y Cloruro de sodio al 0.09% 1000cc endovenoso.

El diagnóstico post operatorio fue apendicitis aguda necrosada con peritonitis focal. Los principales hallazgos operatorios fueron apéndice cecal perforada en su 1/3 medio, base y ciego congestivo, secreción purulenta en fosa iliaca derecha (50cc) y múltiples adherencias. Se coloca dren pen rose.

El paciente presentó evolución, se le indicó dieta blanda, pasando luego a dieta normal, se retira dren pen rose y se programa el alta.

- Caso clínico 3

Paciente de 32 años acude a tópico de urgencia del Centro de Salud caminando, con tiempo de enfermedad de media hora, refiere que hace media hora sufrió la mordedura de un perro en brazo derecho, provocando una herida y dolor en zona periférica a la herida.

El paciente no presenta ningún antecedente de importancia.

Funciones vitales: FC: 96 lpm, FR: 18 rpm, PA: 110/60, saturación: 99%, temperatura 37°

Al examen físico: piel: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos. Solución de continuidad en antebrazo derecho de +/- 3cm de longitud, de bordes irregulares eritematoso y doloroso en zonas periféricas a la herida. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes. Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos. Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando y depresible, no doloroso a la palpación. Sistema genitourinario: puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos. Sistema nervioso central: paciente localizado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15 puntos.

El diagnóstico es herida por mordedura de perro. Se hace la asepsia y antisepsia de la herida en el antebrazo con un equipo de curación, gasas limpias, cloruro de sodio y clorhexidina. Luego de la asepsia y antisepsia se cubrió la herida con gasas limpias y secas. También se recetó antibiótico como Amoxicilina con ácido clavulánico de 500 mg, una tableta cada 8 horas por 7 días. Se toman los datos del paciente como lugar de residencia y localización donde se produjo el ataque del animal, para que así, posteriormente el equipo de control de rabia se acerque al lugar para poder hacer las pesquisas correspondientes. Se deja indicaciones y se le enseña como limpiar la herida en su domicilio. Se aplica la primera dosis de la vacuna antirrábica y la primera dosis de la antitetánica.

Una semana después el paciente regresa para su evaluación mostrándose la herida sin signos de flogosis, y disminución del dolor. Niega fiebre. Se suspende antibioticoterapia, y se recomienda Naproxeno vía oral condicional a inflamación de la herida.

- Caso clínico 4

Paciente de 80 años acude al centro de salud caminando acompañado de su familiar con tiempo de enfermedad de 2 horas. Paciente refiere que mientras pintaba una pared de su casa tiene una caída de altura cayendo en decúbito ventral. Al momento de la consulta refiere presentar dolor en hemitórax derecho, a nivel de línea media clavicular con una intensidad de 8/10 en escala EVA.

Funciones vitales: FC: 96 lpm, FR: 20 rpm, saturación: 97%, PA: 130/70, temperatura: 37°

Al examen físico: piel: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor de 2 segundos, no signos de cianosis. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares no ruidos agregados. Doloroso a la palpación a nivel de línea clavicular derecha en hemitórax derecho. Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación. Sistema genitourinario: puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos. Sistema nervioso central:

paciente localizado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15 puntos.

Exámenes auxiliares: en la radiografía de tórax se muestran dos trazos de fracturas, una en el cuarto arco costal tercio medio, y otra en el quinto arco costal tercio medio.

Se diagnosticó fractura de arcos costales. Se aplicó Tramadol subcutáneo para el dolor del paciente. Se llenó la hoja de referencia, y se refirió al servicio de traumatología de emergencia del hospital María Auxiliadora para el tratamiento definitivo.

## 1.2 Pediatría

- Caso clínico 1

Paciente de sexo femenino de 2 días de edad ingresa por tóxico de neonatología en brazos de su madre con tiempo de enfermedad de 1 día. Madre refiere que la paciente se encuentra irritable, nota sensación de alza termina no cuantificada y poca lactancia. Niega otros síntomas.

Al examen físico: FC: 156 lpm, FR: 52 lpm, peso: 3440 gr, talla: 52cm, temperatura: 39.2°. Normocéfalo. Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, ictericia +/+++ llega hasta abdomen. Mucosas húmedas, no edemas, no cianosis. Tórax y pulmones: patrón irregular, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles. Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación. Neurológico: despierto, irritable, activo y reactivo a estímulos externos. Locomotor: moviliza 4 extremidades.

Antecedentes maternos: G7P4034, 8 controles prenatales, grupo y factor: O RH +, VDRL negativo, HIV negativo, rotura prematura de membrana de +/- 12 horas

Antecedentes personales: Parto eutócico cefálico, membranas rotas +/- 12 horas, líquido amniótico claro. APGAR al primer minuto de 9 puntos y APGAR a los 5 minutos de 9 puntos. Grupo y factor: A Rh positivo.

Exámenes auxiliares: hemoglobina: 19.6, leucocitos: 12.77, abastionados 1%, segmentados 53%, bilirrubina total 15.38, bilirrubina directa 0.68, bilirrubina indirecta 14.7, sodio 153.2.

La paciente se hospitaliza y es diagnosticada de sepsis precoz, incompatibilidad OA, ictericia neonatal, deshidratación, e hipernatremia.

Se solicita hemocultivo, PCR y bilirrubinas control además se le indica lactancia materna y formula láctea 45cc cada 3 horas por succión, Ampicilina 105 mg endovenoso cada 12 horas, Amikacina 50mg endovenoso cada 24 horas y Paracetamol 7 gotas vía oral, si la temperatura a aumenta más de 38°.

La paciente tercer día evoluciona, y se plantea el alta, dependiendo del hemocultivo.

- Caso clínico 2

Paciente masculino de 6 años llega al tópico de pediatría, acompañado de su madre con tiempo de enfermedad 2 días. La madre refiere que hace 2 días el paciente presentó fiebre cuantificada de 38.6°, motivo por el cual decide darle 3 cucharaditas de Paracetamol, al ver que no cedía, decide darle a su menor hijo 12.5 centímetros cúbicos de Repriman, asociando a medios físicos y cediendo la fiebre. Un día antes del ingreso se agrega dolor abdominal, diarrea sin sangre y sin moco de consistencia líquida, de coloración amarillo verdoso, y vómito de contenido alimenticio en 6 oportunidades. Una hora después del ingreso el paciente presenta deposiciones líquidas, abundantes con moco y rasgos de sangre.

Al examen físico: FC: 98 lpm, FR: 18 rpm, saturación: 99%, temperatura: 38°, peso: 24 kg, talla: 1.23 m. Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menos de 2 segundos, no signo del pliegue. Tórax y pulmones: amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares no rales. Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad no soplos. Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando,



depresible, doloroso a la palpación en epigastrio. No signos peritoneales. Sistema nervioso central: despierto, reactivo a estímulos externos, moviliza las cuatro extremidades.

Antecedentes: paciente nacido de parto eutócico, APGAR al primer minuto de 10 puntos y APGAR a los 5 minutos de 10 puntos. Ningún antecedente patológico de importancia.

Exámenes auxiliares: leucocitos: 16.49, abastionados: 11%, plaquetas: 263, hemoglobina: 12, hematocrito: 34

Se diagnostica al paciente con enfermedad diarreica aguda, probablemente de etiología bacteriana. Se hospitaliza para antibiótico terapia endovenosa con Ceftriaxona 1gr cada 24 horas, y rehidratación por vía endovenosa. Al día siguiente, el paciente presenta mejoría clínica. Se inicia consumo de líquidos y alimentos por vía oral, tolerándolos de buena manera, y se le da zinc 20mg día por 10 días. Finalmente, se le da de alta con Paracetamol, condicional a una fiebre mayor de 38°, citándolo por consultorio externo con los resultados de coprocultivo.

- Caso clínico 3

Paciente femenino de 3 años, acompañado de su madre, llega al servicio de medicina del centro de salud por una interconsulta de enfermería por tamizaje de hemoglobina 10.8. La madre refiere que la paciente se niega a ingerir sus alimentos. Ninguna otra sintomatología.

Antecedentes: Nacida de parto eutócico con llanto espontaneo al nacer. No hubo intercurrencias al momento del parto. Anemia por deficiencia de hierro con tratamiento completo hace 2 años.

Al examen físico: FC: 87 lpm, FR: 22 rpm, saturación: 99%, temperatura: 37°, peso: 12 kg, altura: 87cm. Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales. Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos. Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la

palpación. Sistema nervioso central: despierto, reactivo a estímulos externos, moviliza las 4 extremidades.

Exámenes auxiliares: hemoglobina 10.8

A la paciente se le diagnostica anemia por deficiencia de hierro en grado leve. Se le receta 12 ml de sulfato ferroso cada 24 horas durante 6 meses. Se le cita para control al siguiente mes. Se solicitan datos de la madre para poder registrarla en el programa de anemia infantil del centro de salud. Se hace interconsulta con nutrición para evaluación.

- Caso clínico 4

Paciente masculino de 13 años acude a centro de salud, caminando acompañado de su padre con tiempo de enfermedad de 3 días, caracterizado por tos seca presente durante todo el día, sensación de alza termina no cuantificada, congestión nasal, estornudos y odinofagia. El padre señala que la mamá está con síntomas similares desde hace una semana.

Antecedentes: paciente nacido de parto eutócico sin interurrencias durante el parto. No antecedentes patológicos. Vacunas completas para su edad. Solo cuenta con una dosis de vacuna COVID 19.

Al examen físico: FC: 112 lpm, FR: 20 rpm, temperatura: 38°, saturación: 98%, peso: 51 kg, talla: 1.58 m. Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis. Tórax y pulmones: amplexación simétrica, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales. Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos. Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos peritoneales.

Exámenes auxiliares: prueba antigénica COVID 19 positivo

El diagnóstico por contacto epidemiológico con su madre es COVID 19 confirmándolo con una prueba antigénica. Al ver que el paciente luce en buen estado general se decide por tratamiento ambulatorio con Paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas por 3 días, Clorfenamina 4mg vía oral cada 12 horas por 5 días. Si se hace muy intenso la odinofagia se recetó Naproxeno 550 mg cada 12 horas. Se toma los datos del familiar para poder hacer tele monitoreo

cada 3 días. Se hizo interconsulta a nutrición cuando este de alta del COVID 19.

### 1.3 Gineco obstetricia

- Caso clínico 1

Paciente femenino de 31 años que llega de referencia de CMI “Julio López Tello” de Sullana, con tiempo de enfermedad de 3 días, refiriendo dolor en el abdomen inferior. En el centro de salud se diagnosticó por ecografía embarazo ectópico cornual, motivo por el cual se hizo referencia al hospital María Auxiliadora.

Antecedentes: Niega hipertensión arterial, reacción adversa medicamentosa, tuberculosis, asma, intervenciones quirúrgicas, y hospitalizaciones previas.

Antecedentes gineco obstétricos: menarquia: 14 años, régimen catamenial: 05/30, inicio de relaciones sexuales: 17 años, número de parejas sexuales: 3, métodos anticonceptivos: niega, PAP: niega, fecha de ultima regla: 29/10/21 (fecha actual 03/02/22), G3P2002.

Antecedentes familiares: niega.

Al examen físico: FC: 56 lpm, FR: 14 rpm, PA: 100/53, temperatura: 36.5°, saturación: 97%.

Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales.

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

Abdomen: simétrico, no globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación en abdomen inferior.

Genito urinario: puño percusión lumbar negativo, puntos reno ureterales negativo.

Sistema nervioso central: localizado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15 puntos.

Exámenes auxiliares: En la ecografía se observa masa corneal sugestiva a embarazo ectópico no complicado

Leucocitos: 5.73, abastionados 0%, segmentados 62%, hemoglobina 12.4, hematocrito: 35%, plaquetas: 239, grupo y factor: O Rh positivo.

Paciente que fue diagnosticada de embarazo ectópico en Sullana por ecografía fue referida al hospital, donde se comprobó con otra ecografía el embarazo ectópico cornual no complicado. Se decide hospitalizarla para tratamiento quirúrgico. Se le receta Cefazolina 2gr cada 24 horas, pre-sala de operaciones, se hace evaluación vesical y se coloca sonda Foley. Se le programa para una histerectomía abdominal. Los hallazgos fueron los siguientes: Útero de +/- 10cm, masa de 5x5 cm de aspecto violáceo en cuerno uterino derecho, anexos sin alteraciones.

Un día después de la cirugía evoluciona, pero aún presenta dolor abdominal en zona perioperatoria. No se observa sangrado vaginal, niega náuseas y vómitos. Se continúa antibioticoterapia y se receta Tramadol, condicional a dolor intenso.

- Caso clínico 2

Paciente femenino de 28 años acude a tópico de gineco obstetricia, caminando con tiempo de enfermedad de 4 horas, con diagnóstico de embarazo doble por ecografía. Refiere movimientos fetales, contracciones cada 10 minutos y dilatación uterina, niega sangrado, pérdida de líquido amniótico y síntomas premonitorios de eclampsia.

Antecedentes: G2P0010, FUR: 1/6/21, niega alergias, hipertensión arterial, asma, tuberculosis, diabetes mellitus, convulsiones, y antecedentes quirúrgicos.

Examen físico: FC: 86 lpm, PA: 110/70, FR: 20 rpm, temperatura 36°, saturación 98%.

Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales.

Sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: globuloso, ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible, no doloroso a la palpación.

Gineco obstétrico: Altura uterina: 40cm, latidos cardiacos fetales: 143/152, movimientos fetales presentes, presentación: cefálico/ podálico, dilatación uterina 1-2/10.

Sistema nervioso central: Localizada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15 puntos.

Exámenes auxiliares: Ecografía transvaginal (19/07/21): embarazo doble de 7 semanas.

El diagnóstico fue embarazo gemelar de 35 semanas 4 días, es el primer parto gemelar de la paciente, y se le programa para cesárea segmentaria. Se realiza cesárea sin interurrencias, la paciente evoluciona, al igual que los dos recién nacidos.

- Caso clínico 3

Paciente femenina de 34 años acude a servicio de medicina del centro de salud referida del servicio de obstetricia con tiempo de enfermedad de 7 días, caracterizado por dolor abdominal inferior de tipo opresivo, que se irradia a las fosas iliacas, y que no cede a los analgésicos. Refiere dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia).

Antecedentes: menarquia: 12 años, régimen catamenial: 03/27, inicio de relaciones sexuales: 16 años, número de parejas sexuales: 3, métodos anticonceptivos: niega, PAP: niega, niega gestaciones previas. Paciente refiere que tiene una pareja sexual nueva hace un mes. Niega cirugías y hospitalizaciones previas.

Al examen físico: FC: 89 lpm, FR: 18 rpm, PA: 110/60, temperatura: 37°, saturación: 98%

Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares no rales.

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

Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio.

Sistema genitourinario: puño percusión lumbar negativo, dolor a la movilización del cérvix.

Sistema nervioso central: paciente localizada en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15 puntos.

Exámenes auxiliares: PAP negativo

En un trabajo conjunto con la obstetra del centro de salud se diagnostica de enfermedad inflamatoria pélvica, y se receta Ciprofloxacino 500 mg vía oral en dosis única + doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días + Metronidazol vía oral cada 12 horas, por 14 días. Se cita a planificación familiar a la paciente para recibir consejería, y también se cita a su pareja para descartar enfermedades de transmisión sexual.

- Caso clínico 4

Paciente femenino de 25 años gestante de 34 semanas acude a centro de salud con tiempo de enfermedad de 2 semanas caracterizado por disuria, polaquiuria, sensación de alza térmica y flujo vaginal blanquecino. No refiere otra sintomatología. Afirma que recibió tratamiento en un centro médico particular con óvulos, no recuerda el nombre.

Antecedentes: G1P0000, no recuerda fecha de última regla, menarquia: 13 años, número de parejas sexuales: 2, métodos anticonceptivos: niega

hospitalizaciones previas, cirugías previas, enfermedades crónicas no transmisibles, y TBC.

Al examen físico: FC: 89 lpm, FR: 18 rpm, PA: 110/60, temperatura: 37.5°, saturación: 98%

Piel: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundos. No cianosis, no ictérica.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

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

Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.

Sistema genitourinario: puño percusión lumbar negativo, se observa flujo blanquecino a la colposcopia.

Sistema nervioso central: paciente localizada en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15 puntos.

Exámenes auxiliares: examen de orina: 75 leucocitos por campo, nitritos positivos, bacterias positivas, 0 hematíes por campo.

Se llego al diagnóstico de una infección urinaria baja (cistitis aguda) con una vaginosis probablemente por *Candida albicans*. Se receto cefalexina 500 mg vía oral cada 6 horas durante 7 días más clotrimazol en óvulos 500 mg vía vaginal cada 24 horas durante 7 días. Se solicitó un hemograma completo y una evaluación al día siguiente con resultados de hemograma.

#### 1.4 Medicina interna

- Caso clínico 1

Paciente femenino de 47 años acude a tópico de medicina del hospital con tiempo de enfermedad de 3 horas, caracterizado por presentar dolor abdominal tipo cólico a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho, con irradiación a región lumbar y torácica de moderada intensidad 8/10, que no calma con analgésicos, asociado a náuseas y vómitos de contenido alimenticio en una oportunidad. Niega otras molestias.

Antecedentes:

Antecedentes personales: adecuado regular estado general, adecuado regular estado de hidratación, adecuado regular estado de nutrición.

Antecedentes gineco obstétricos: menarquia 15 años, régimen catamenial 3/30, fecha de última regla 07/02/22, primera relación sexual 22 años, última relación sexual hace 1 mes, métodos anticonceptivos: niega, último PAP: hace tres años. G1001.

Antecedentes patológicos: artritis reumatoide hace 3 años

Antecedentes familiares: madre con hipertensión arterial, padre con enfermedad renal crónica.

Antecedentes quirúrgicos: apendicetomía hace 6 años.

Al examen físico: FC: 88 lpm, FR: 20 rpm, PA: 120/70, temperatura: 36.8°, saturación: 99%

Piel y anexos: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundo, no edemas, no palidez, no ictericia.

Tejido celular subcutáneo: no edemas en miembros inferiores.

Sistema osteoarticular: rango articular conservado.

Sistema linfático: no se palpan adenopatías cervicales.

Cabeza: cráneo normocéfalo, ojos con movilidad conservada, córnea sin alteración, conjuntiva íntegra, escleras sin ictericia, no eritematosos, pupilas reactivas. Nariz sin alteraciones, oídos sin alteraciones. Boca: sin alteraciones.

Cuello: no se palpan adenopatías.



Tórax y pulmones: respiración toraco abdominal, tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no cicatrices. Doloroso a la palpación profunda y superficial en mesogastrio.

Genitourinario: puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos.

Sistema nervioso: despierto, localizado en tiempo espacio y persona, no signos de focalización y Glasgow de 15 puntos.

Exámenes auxiliares

Bioquímica: amilasa: 111 UI, lipasa 229 UI, glucosa 110 mg/dl, TGO: 150 UI, TGP 53 UI, bilirrubina total: 0.73, bilirrubina directa: 0.29, bilirrubina indirecta: 0.44

Hematología: leucocitos 12.44, hemoglobina 12.6, plaquetas 289, abastionados 0%, segmentados: 87%

Ecografía: Colecistitis crónica litiásica

Al paciente se la diagnostica de: síndrome doloroso abdominal, pancreatitis aguda, colecistitis crónica y artritis reumatoide.

Se indica analgésicos condicionales al dolor, probar tolerancia oral y control de amilasa. Se deja recetado NaCl 0.9% 1000 cc endovenoso y Tramadol 50mg, Dimenhidrinato 50 mg endovenoso, y NaCl 0.0% 100ml endovenoso condicional a dolor. También se deja Dimenhidrinato 50 mg, endovenoso condicional a nauseas. Metamizol 1gr condicional, a temperatura mayor a 38°, y evaluar la glicemia cada 8 horas.

Paciente presenta evolución, se le indica a dieta blanda, y control de monitoreo hemodinámico.

- Caso clínico 2

Paciente femenino de 71 años acude a tópico de medicina del hospital María Auxiliadora con tiempo de enfermedad de 11 días, caracterizado por dolor tipo

opresivo en tórax, asociado a disnea progresiva, malestar general, tos productiva y astenia, motivo por el cual acude a centro de salud donde le diagnostican neumonía adquirida en la comunidad, y se le administra antibioticoterapia y corticoides, presentando mejoría con dicho tratamiento. Sin embargo, un día antes del ingreso presenta empeoramiento de los síntomas, motivo por el que acude al hospital María Auxiliadora.

#### Antecedentes

Fisiológicos: nacida de parto eutócico, desarrollo psicomotor adecuado.

Gineco obstétricos: menarquia a los 9 años, última regla a los 50 años, inicio de relaciones sexuales a los 15 años, métodos anticonceptivos niega, pero antes de la menarquia usaba DIU, último PAP hace 12 años con resultado negativo, G2P2002.

Antecedentes patológicos: niega cirugías y hospitalizaciones previas.

Refiere tener diagnóstico de EPID hace 5 años, niega hipertensión arterial y diabetes.

Al examen físico:

FC: 87 lpm, PA 132/63, temperatura: 37°, FR: 18 rpm, saturación: 95%

Piel: tibia, poco elástica, poco hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, no se observa ictericia, no se observa palidez.

Aparato osteoarticular: no limitación a la movilidad.

Sistema linfático: no se observa adenopatías.

Cabeza: sin alteraciones.

Nariz: sin alteraciones.

Oídos: sin alteraciones.

Boca sin alteraciones.

Cuello: sin alteraciones

Tórax y pulmones: murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho, crépitos basales en base de hemitórax derecho, matidez a la percusión en base de hemitórax derecho.

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

Abdomen: globuloso por panículo adiposo, ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible, no doloroso a la palpación.

Genitourinario: puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos.

Sistema nervioso: paciente orientada en tiempo, espacio y persona.

Exámenes auxiliares:

Laboratorio: PCR: 0.7, glucosa 100, hemoglobina 14.2, Hto: 45%, leucocitos: 6.85, abastionados: 0 %, segmentados: 61.2 %, pH, 7.28, PCO<sub>2</sub>: 93.4, PO<sub>2</sub>: 110, PAFI 289, potasio: 2.44

Tomografía: extensas áreas de consolidación comprometiendo el pulmón derecho e izquierdo. Atelectasia parcial del pulmón derecho, condicionando moderada eventración de la hemidiafragma derecha. Derrame pleural derecho.

De acuerdo con el examen físico y a los exámenes auxiliares se planteó los siguientes diagnósticos: IRA tipo 1 – 2, EPID descompensada, atelectasia de hemitórax derecho, efusión pleural de hemitórax derecho, también se pide descartar tuberculosis y neumonía adquirida en la comunidad.

A la paciente se inició oxigenoterapia, se solicitó procalcitonina, otra tomografía, pero esta vez con contraste y control de funciones vitales. También se recetó Omeprazol 40 mg cada 24 horas, Bromuro de ipratropio 4 puff cada 4 horas, Salbutamol 2 puff cada 2 horas, y Citrato de potasio 1.08 gr vía oral cada 12 horas.

A la semana la paciente presenta evolución, se inicia el destete de la oxigenoterapia y se continúa con la terapia inhalatoria.

- Caso clínico 3

Paciente masculino de 75 años acude a consultorio de medicina del centro de salud con tiempo de enfermedad 2 semanas, caracterizado de vértigo todo el día, principalmente cuando sale a la calle, también refiere tinitus y cefaleas intensas al momento de hacer muchos esfuerzos. Refiere ser diagnosticado de hipertensión arterial hace 3 años, pero que solo toma Enalapril cuando se siente muy mal. Al momento de la consulta refiere mareos y cefalea intensa. El paciente acude con resultados de laboratorio.

Antecedentes: HTA si tratamiento continuo, hospitalización en el hospital María Auxiliadora por neumonía en el 2018. Niega diabetes, TBC, y cirugías previas.

Al examen físico: FC: 97 lpm, FR: 23 rpm, PA: 185/110, saturación: 96 %, temperatura: 37, peso 112kg, talla 1.75, IMC: 36.6

Piel: elástica, hidratada y tibia, llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia, no se observa edema.

Oído: conducto auditivo externo permeable, tímpano intacto.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Sistema cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad no se auscultan soplos.

Abdomen: globuloso por panículo adiposo, no distendido, ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible, no doloroso a la palpación.

Sistema genitourinario: puño percusión lumbar negativo

Sistema nervioso central: paciente localizado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15 puntos.

Exámenes auxiliares: Hemoglobina: 12.5, hematocrito: 37%, glucosa: 98 mg/dl, colesterol: 312 mg/dl, triglicéridos: 134 mg/dl, creatinina: 0.8 mg/dl, urea: 12 mg/dl.

Al paciente se le plantean los siguientes diagnósticos: urgencia hipertensiva, hipertensión arterial no controlada, obesidad tipo 2, hipercolesterolemia. Se le administra Captopril 25mg sublingual en el establecimiento de salud y se pide controlar la presión arterial cada 30 minutos.

11:25 presión arterial 185/110 mmHg

11:55 presión arterial 160/90 mmHg (se administra un segundo captopril 25mg sublingual)

12:25 presión arterial 155/80 mmHg

12:55 presión arterial 140/70 mmHg

Con el último control de presión se le da de alta de observación con las siguientes indicaciones: Enalapril 20 mg vía oral cada 12 horas, Atorvastatina 20 mg vía oral cada 24 horas. Se explica la importancia de tomar su tratamiento diario, se registra sus datos para inscribirlo dentro del programa de daños no transmisibles. Se hace interconsulta con nutrición.

- Caso clínico 4

Paciente masculino de 52 años, acude a consultorio de medicina del centro de salud con tiempo de enfermedad de 1 mes caracterizado por tos seca, sensación de alza térmica en especial al momento de dormir. También refiere dolor en espalda dorsal y baja de peso no cuantificada, deduce que es porque se siente deprimido desde el fallecimiento de su hijo, y por ende tiene poco apetito.

Antecedentes: no refiere enfermedades crónicas, no refiere hospitalizaciones, no refiere cirugías. Hace 2 meses salió de alta de un centro de rehabilitación de drogas, actualmente trabaja en un lavado de autos.

Al examen físico: FC: 85 lpm, FR: 21 rpm, PA: 110/50, temperatura: 37.5°, peso: 54 kg, talla 1.73.

Piel: hidratada, elástica y tibia, llenado capilar menor de 2 segundos, no cianosis, no ictericia.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular disminuido en ápice de hemitórax derecho, crépitos ápice de hemitórax derecho. Hemitórax izquierdo sin alteración.

Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación.

Sistema genitourinario: puño percusión lumbar negativo.

Sistema neurológico: deprimido, localizado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15 puntos

Exámenes auxiliares: hemoglobina: 10.5, hematocrito: 31%, glucosa: 60 mg/dl

Radiografía de tórax AP: se observa una radiopacidad apical en pulmón derecho, correlacionar con clínica y exámenes de laboratorio.

Se planteó los siguientes diagnósticos para el paciente: tuberculosis pulmonar, anemia por deficiencia de hierro en grado moderado, bajo peso y depresión mayor. Se solicitó BK en esputo seriado, se le recetó sulfato ferroso 600mg cada 12 horas durante 6 meses. Se hizo interconsulta con nutrición para consejería, y también para psicología. Se registran sus datos para incluirlo en el programa de tuberculosis, y se le cita con resultados de su examen de esputo.

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

El internado médico de 10 meses de duración, donde los primeros 5 meses se desarrolló en los Centros de Salud Leonor Saavedra, y el Centro de Salud Gaudencio Bernasconi.

El centro de salud Leonor Saavedra es un establecimiento de salud de nivel I-3, ubicado en la ciudad de Lima en el distrito de San Juan de Miraflores, en la Avenida Torres Paz cuadra 1 esquina de la cuadra 4 de la avenida Los Héroes <sup>(1)</sup>.

El centro de salud Leonor Saavedra se ubica dentro de la micro red “Leonor Saavedra – Villa San Luis”, a su vez la micro red pertenece a la Red Integral de Salud (RIS) de San Juan de Miraflores que pertenece a la Dirección integrada de salud Lima sur (DIRIS Lima Sur).

El centro de salud atiende a un aproximado de 16000 pacientes <sup>(2)</sup> por año, donde se encargan cubrir las necesidades en salud de la población dentro de su jurisdicción aplicando los principios de la promoción, prevención y rehabilitación en salud. El establecimiento cuenta con un tópico de urgencias que atiende las 24 horas del día, donde siempre está presente un médico de guardia, también cuenta con servicio de medicina, odontología, Programa de crecimiento y desarrollo (CRED), laboratorio, ecografía, radiografía, obstetricia, farmacia y psicología. También tiene un área especial para la atención de pacientes sospechosos de COVID 19 donde se realizan pruebas antigénicas y moleculares.

Cuenta con los programas de vacunación, CRED, tuberculosis, anemia y rabia. El centro de salud Leonor Saavedra es un centro de referencia para los puestos de salud como Jesús Poderoso y el Brillante. El hospital María Auxiliadora es su principal establecimiento de salud de referencia, donde se refieren las emergencias de alta complejidad. En caso se necesite una

referencia para un parto eutócico se refiere a la paciente al CMI Manuel Barreto.

Durante la tercera ola de contagios por COVID 19 por la alta afluencia de pacientes, la jefa del centro de salud coordinó con la municipalidad del distrito para poder hacer las pruebas antigénicas en la loza deportiva el Brillante.

El Centro salud Gaudencio Bernasconi es un establecimiento de salud I-3 ubicado en la ciudad de Lima, en la Av. Almirante Grau 198, en el distrito de Barranco, con horario de atención de 12 horas. Está a cargo del Ministerio de Salud y forma parte de la DIRIS Lima Sur, que a su vez depende de la RIS correspondiente a los distritos de Barranco-Chorrillos-Surco <sup>3)</sup>.

El establecimiento ofrece los servicios de medicina general, atención de emergencia y urgencias, odontología, nutrición, obstetricia, psicología, laboratorio y farmacia, y dispone de personal capacitado para realizar dicha atención. Cuenta con centros de referencia como el CS. Chorrillos I, Centro Materno Infantil Chorrillos II y el CE. San Pedro, brindando a su población objetivo una atención médica, enfocada en los servicios de promoción prevención y rehabilitación, dando como resultado una atención integral de salud.

En medio de la pandemia este establecimiento se catalogó como “punto COVID”, donde se realizaba la atención de pacientes que padecían sintomatología respiratoria, acompañada a esta atención también se realizaban pruebas moleculares y antigenas para el virus SARS CoV 2.

Los últimos 5 meses del internado se desarrolló en el Hospital María Auxiliadora.

El Hospital María Auxiliadora es un centro de salud III-I ubicado en Av. Miguel Iglesias 968 en el Distrito de San Juan de Miraflores en la ciudad de Lima y es administrado el Ministerio de Salud del Perú. Y tiene como misión “ *prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural*” <sup>(4)</sup>.



Cuenta con los servicios de emergencia, sala de parto, diagnóstico por imágenes, hospitalización, centro quirúrgico, rehabilitación y laboratorio, y con especialidades de Medicina Interna, Oncología, Ginecobstetricia, Pediatría, Cirugía, entre otras <sup>(4)</sup>.

Dentro del contexto de pandemia el hospital sufrió algunas modificaciones, principalmente en el área de medicina, donde el tópico de emergencias de medicina se trasladó a un lugar más ventilado y con mayor capacidad de atención. El módulo C de medicina se convirtió en un área de aislamiento COVID 19. Así mismo, se adaptó una nueva UCI para pacientes con COVID severo.

Se creó un centro de tele consultas donde se atendían a los pacientes referidos de todos los centros de salud pertenecientes a su jurisdicción y pacientes con historia antigua en el hospital. Las citas presenciales solo se solicitaban por llamadas telefónicas, y si era pertinente se citaba al paciente

En las especialidades quirúrgicas y ginecobstetricias para que el paciente pueda ingresar a sala de operaciones era necesario e indispensable que el paciente tenga una prueba molecular negativa a COVID 19, siempre y cuando sea una cirugía electiva. En caso de una cirugía de emergencia se le tomaba al paciente una prueba antigénica y molecular al momento de entrar a sala de operaciones, dependiendo de su condición.

Durante la tercera ola del COVID 19, que afectó más a la población pediátrica el hospital tomó la decisión de adaptar el piso de lactantes en una zona de aislamiento COVID para niños. También se limitó el número de cirugías electivas para la población en general, y se amplió el número de camas para pacientes COVID positivo de grado moderado a severo.

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### 3.1 Cirugía

- Caso clínico 1: Vólvulo del sigmoideas

Paciente de 65 años ingresa a tópico de emergencia del hospital con dolor abdominal difuso, acompañado de náuseas, vómitos y constipación, el paciente mal interpretando sus síntomas pensó que solo se trataba de constipación, así que procedió a automedicarse, sin presentar mejoría.

Gracias a un buen examen físico donde se encontró un abdomen distendido, con ruidos hidroaéreos aumentados de intensidad con signos de lucha, a la percusión se encontró timpanismo y a la palpación se encontró dolor difuso a la palpación profunda predominantemente en abdomen inferior. Todos los signos y síntomas relatados, junto con los datos epidemiológicos, como ser varón, adulto mayor y proceder de un país en vías de desarrollo, nos orienta a diagnosticar una obstrucción intestinal por vólvulo del sigmoideas <sup>(5)</sup>.

Por ello, se planteó una cirugía de emergencia con antibiótico de profilaxis previos, con Cefazolina y Metronidazol, para evitar la infección de la herida operatoria. La combinación de estos antibióticos es la más utilizada para cirugías colónicas, en especial para aquellas producidas por obstrucción intestinal por vólvulos del sigmoideas, aunque también se utilizan otras Cefalosporinas como Ceftriaxona o Cefotaxima. Cabe indicar que algunos cirujanos recetan Cefazolina sola <sup>(6)</sup>.

Se realizó una sigmoidectomía con una anastomosis primaria termino terminal. El motivo de la anastomosis primaria fue porque no se encontró signos de gangrena ni de isquemia intestinal, por lo que no se planteó otro tipo de técnica operatoria como colostomía tipo Hartman <sup>(5)</sup>.

El pronóstico del paciente fue favorable como en el 10% de pacientes que cursan con obstrucción intestinal sin signos de gangrena ni isquemia. No obstante, la patología podría mostrarse recidiva dentro de 60 días <sup>(5)</sup>.

- Caso Clínico 2: Apendicitis aguda

Paciente Varón de 86, ingresa al tópico de medicina con un tiempo de enfermedad de 3 días que se caracteriza por presentar fiebre, dolor abdominal difuso 7/10 y constipación.

Al examen físico se encuentra el abdomen distendido, ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad y frecuencia, blando, depresible, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen derecho, que pasadas las horas migra hacia la fosa iliaca derecha, y signo de rebote positivo<sup>(7)</sup>. Por la sospecha de un abdomen agudo quirúrgico, a descartar apendicitis aguda complicada, es necesario apoyarse en los resultados de un hemograma completo, los cuales fueron Leucocitos; 12.99 abastados: 0%, hemoglobina: 10.7, hematocrito: 30%.

Ante los resultados de todos los exámenes se le aplicó la escala de Alvarado con un resultado de 8 puntos, por lo que es necesario seguir una conducta quirúrgica, y se le programa a sala de operaciones donde se indica NPO, Cefazolina 2gr cada 24 horas endovenoso, Metronidazol cada 8 horas endovenoso, Hioscina 20mg, Dimenhidrinato 50mg y Cloruro de sodio al 0.09% 1000cc endovenoso. El uso de estos antibióticos se justifica en vista que existe una sospecha de estar frente a una apendicitis aguda perforada, y es necesario aplicar una terapia empírica de amplio espectro, con actividad contra bacilos gramnegativos y organismos anaerobios<sup>(8)</sup>.

Se le realizó una apendicetomía abierta, y tuvo como diagnóstico post operatorio, una apendicitis aguda necrosada con peritonitis focal. El hallazgo fue apéndice cecal perforada en su 1/3 medio, base y ciego congestivo, secreción purulenta en fosa iliaca derecha (50cc) y múltiples adherencias. Luego se colocó dren pen rose.

Una las complicaciones que pueden presentar pacientes con una apendicitis perforada después de la cirugía es íleo u obstrucción intestinal, que se manifiesta entre el 3 y 7 % de los pacientes, por lo que la dieta debe avanzar según lo amerite la situación. Es necesario que los pacientes sean dados de alta tolerando una dieta regular. También es recomendable de 3 a 5 días de antibióticos intravenosos.

En este caso clínico el paciente tuvo una evolución, se le indicó dieta blanda, tolerándola luego, pasando a dieta completa, se retira dren pen rose y se programa el alta <sup>(8)</sup>.

- Caso Clínico 3: Mordedura de perro

Paciente de 32 años, llegó al centro de salud al tópico de urgencias hace media hora, por una mordedura de perro en el brazo derecho, la cual generó una herida de +/- 3 cm de longitud. Como medida inicial se procedió a lavar la herida con solución salina estéril y con jabón. Este manejo se aplicó con el objetivo de prevenir la infección de la herida por mordedura de animal que se calificó como exposición leve, según la norma técnica del MINSA. Esta categoría abarca a los pacientes con mordeduras superficiales únicas sin sospecha de rabia que no se localizan en la cara, cuello, genitales, pulpejo de dedos de los pies o manos <sup>(9)</sup>.

Al paciente se le prescribió Amoxicilina con ácido clavulánico, que es un antibiótico que combate los gérmenes que son más frecuentes en la boca de los perros y en la piel de los humanos, como los estafilococos aureus, estreptococos, P. multocida, y anaerobios <sup>(9)</sup>.

Luego de la limpieza de la herida y la prescripción de medicamentos, se inscribió al paciente en el libro de registro de denuncias de mordeduras por animales. Se dejó por escrito el tipo de exposición y el tratamiento que se indicó según el formato (anexo 1), que indica la norma técnica de salud para el control y prevención de rabia humana en el Perú <sup>(10)</sup>.

A la persona se le administró la vacuna antirrábica post exposición, se le entregó el carnet de vacunación, además de darle las indicaciones correspondientes.

La vacuna antirrábica post exposición se aplica de manera intramuscular en el musculo deltoides, y son 5 dosis que se aplican los días 0, 3, 7, 14 y 28.

- Caso Clínico 4: Fractura de arcos costales

Paciente de 80 años acude al centro de salud con un tiempo de enfermedad de 2 horas. Paciente refiere sufrir caída de altura, cayendo en decúbito ventral.

Al momento de la consulta indica presentar dolor en hemitórax derecho a nivel de la línea medio clavicular, con una intensidad 8/10 en escala EVA.

Al examen físico se encontró nivel de tórax dolor a la palpación a nivel de línea clavicular derecha en hemitórax derecho.

Al sospechar de una fractura de arcos costales, es necesario realizarle una radiografía de tórax posterior-anterior (PA) y lateral, pero la sensibilidad en general es deficiente. Para pacientes con inestabilidad hemodinámica o inmovilización espinal solo se recomienda una radiografía AP. Estas radiografías permitirán buscar neumotórax, hemotórax y diferentes signos de lesión intratorácica<sup>(11)</sup>.

La radiografía mostró dos trazos de facturas, una fractura en el cuarto arco costal tercio medio, y otra en el quinto arco costal tercio medio, por lo que se le diagnosticó fractura de arcos costales.

Para el tratamiento inicial de una fractura de arcos costales resulta esencial el alivio temprano del dolor para evitar complicaciones como las atelectasias, principalmente neumonías. Se comienza con el uso de medicamentos no esteroides (AINES), con o sin opioides<sup>(11)</sup>.

Se aplicó Tramadol subcutáneo y se llenó la hoja de referencia (ANEXO 2), para el servicio de traumatología de emergencia del hospital María Auxiliadora para el tratamiento definitivo.

### 3.2 Pediatría

- Caso clínico 1: Sepsis precoz e incompatibilidad OA

Paciente femenino de 2 días de nacida, su madre acude principalmente porque nota a la paciente irritable, con sensación de alza no cuantificada y poca lactancia. Niega otros síntomas.

Al examen físico los hallazgos más importantes fueron temperatura de 39.2 °C e ictericia +/++ que llega hasta el abdomen. Se sospechó de sepsis por la temperatura alta e irritabilidad, incluso en un 35% de pacientes podría

aparecer ictericia como la paciente del caso clínico <sup>(12)</sup>. A pesar de que dicha patología tiene sintomatología muy general y variada. También se sospechó de sepsis por el antecedente materno de una RPM de más de 12 horas que es un factor de riesgo para sepsis temprana <sup>(13)</sup>.

A pesar de que se sospecha que la ictericia era a causa de la sepsis se pide un hemograma completo con bilirrubinas, y en el resultado se demostró que la paciente tenía bilirrubinas totales elevadas a predominio indirecto, se solicitó grupo y factor de la paciente y de la madre, resultado la madre O RH positivo y la paciente A RH positivo.

Gracias a la clínica y a los exámenes auxiliares se incluyó en los diagnósticos ictericia neonatal por incompatibilidad Rh, se llegó al diagnóstico, porque esta patología se presenta en el primer día de nacimiento, y porque la ictericia por incompatibilidad AB es la ictericia patológica sintomática más frecuente y la incompatibilidad de grupo es más frecuente que la incompatibilidad de factor. También es más frecuente por la incompatibilidad con el grupo A, como se presentó en la paciente del actual caso clínico <sup>(14)</sup>.

Para tratar la sepsis se utilizó Ampicilina y Amikacina que es un antibiótico de terapia empírica que se recomienda, según la medicina, basada en evidencias ya que combate los gérmenes más frecuentes de sepsis neonatal temprana como son el estreptococo agalactiae y la E. coli, aunque la combinación antibiótica empírica más utilizada es Ampicilina más Gentamicina <sup>(15)</sup>.

En cuanto al tratamiento de la ictericia, se cataloga como leve. Solo se observa, y se solicita tomar bilirrubinas cada 24 horas y PCR. También se recomienda continuar con la lactancia y agregar fórmula láctea, es importante continuar con la alimentación para prevenir la pérdida de peso, y evitar empeorar el cuadro séptico y de ictericia <sup>(16)</sup>.

- Caso clínico 2: diarrea aguda disentérica

Paciente masculino de 6 años con síntomas principales de diarrea que estuvo de inicio acuosa, y al momento del ingreso al hospital presentó sangre y moco asociado a la diarrea, además de náuseas y vómitos alimentarios. A todo ese cuadro clínico se agregó fiebre cuantificada de 38.6°, que no disminuía con

medicamentos. Se procedió a iniciar hidratación endovenosa, como no había solución poli electrolítica en el hospital, se decidió hidratar al paciente como dice la guía de prácticas clínicas de enfermedad diarreica aguda en el Perú realizada por el MINSA, con Cloruro de sodio al 0.9 (500cc) + Dextrosa 5% (500cc) + KCL 20meq/L y se pasa 100 cc/kg en 3 horas por vía endovenosa ya que no presentaba tolerancia oral <sup>(16)</sup>. Según el cuadro clínico y el grupo etario del paciente se sospechó de Shigella, por tal motivo se le recetó Ceftriaxona 1gr cada 24 horas endovenoso por 3 días. El antibiótico de primera línea para la Shigella es el Ciprofloxacino por vía oral, no se le brindó esa opción al paciente por no tolerar la vía oral <sup>(17)</sup>.

Dentro de los siguientes días el paciente presentó mejoría clínica, y se verificó que tenía tolerancia oral. Por esta razón, se le recetó zinc 20 mg/día, como indica la norma técnica del MINSA <sup>(16)</sup>, y se procedió al alta. Además, se le recetaron fármacos por vía oral.

- Caso clínico 3: Anemia infantil

Paciente de 3 años acude con su madre al programa de CRED para su control rutinario cada 3 meses como lo indica el ministerio de Salud <sup>(19)</sup> donde se le realiza un examen de hemoglobina, dando como resultado 10.8 mg/dl. Por tal motivo, la enfermera del centro de salud realizó una interconsulta a medicina.

En medicina se le realiza el examen físico general, sin presentar ningún síntoma ni signo en ese momento, se le diagnostica anemia leve por deficiencia de hierro, porque según la definición del ministerio de Salud, la anemia moderada es cuando los pacientes presentan un índice de hemoglobina entre 8.0 a 10.9 mg/dl <sup>(20)</sup>.

Como tratamiento se indica a la madre 12 ml de sulfato ferroso (3mg/kg/día), por que se ha demostrado que el sulfato ferroso en pequeñas cantidades ayuda a elevar la hemoglobina de manera más rápida a comparación de otros productos con hierro <sup>(20,21)</sup>.

Se brinda a la madre consejería sobre la anemia, e información sobre el programa de anemia del Centro de Salud. Se le explica que tiene que regresar todos los meses al centro de salud para recibir su medicamento, y que los

controles de hemoglobina son al mes, a los 3 meses, y a los 6 meses de iniciado el tratamiento <sup>(20)</sup>. También se solicita una interconsulta con nutrición como parte del tratamiento integral de anemia infantil.

- Caso clínico 4: COVID 19

Paciente masculino de 13 años acude al centro de salud con síntomas catarrales (tos, fiebre, estornudos y odinofagia), por los síntomas y por el contexto actual que se está viviendo se hizo una historia profundizando en antecedentes epidemiológicos, resultando que la madre también presentaba síntomas similares lo que hace sospechar de un cuadro de COVID 19. Por ese motivo, se solicitó que se hiciera una prueba antigénica para COVID 19. Se sabe que la prueba antigénica tiene una sensibilidad de 64%, que es menor a la sensibilidad que posee la prueba PCR, pero se usó esa prueba por que el resultado es más rápido, y era la única prueba que poseía el centro de salud en ese momento <sup>(22)</sup>.

La prueba antigénica en el caso del paciente salió positiva, por lo que se diagnosticó como un caso confirmado de COVID 19. En el examen físico del paciente no se encontró ningún signo ni síntoma de neumonía, la saturación de oxígeno se encontraba en 99° y no presentaba ningún signo ni síntoma de alarma como falta de aire, temperatura más de 39 °C, o cianosis con todos estos datos se diagnostica, según el ministerio de Salud, clínicamente como COVID 19 leve <sup>(23)</sup>.

El tratamiento de COVID 19 leve en Perú es sintomático motivo por el cual se receto Paracetamol y Clorfenamina. Si tuviera odinofagia intensa se receta un AINE como Naproxeno, como lo recomiendan algunas guías clínicas y la medicina basada en evidencia. Solo se receta antitusígenos cuando afecta las actividades diarias del niño <sup>(24)</sup>.

### 3.3 Gineco obstetricia

- Caso clínico 1: Embarazo ectópico



Paciente de 31 años acude de referencia con sintomatología principalmente de dolor abdominal inferior, y principalmente por tener una ecografía positiva a embarazo ectópico corneal no complicado.

El principal síntoma de un embarazo ectópico no complicado es el dolor pélvico leve sordo y continuo. Una forma de hacer el diagnóstico de embarazo ectópico es con una ecografía transvaginal, donde se puede observar un saco gestacional o un embrión con o sin latidos cardiacos, y este fue el método de diagnóstico en este caso clínico <sup>(25)</sup>.

Antes de entrar a sala de operaciones se realizó la antibioticoprofilaxis con cefazolina 2 gr EV para evitar infecciones del sitio operatorio. Este antibiótico es una cefalosporina de primera generación, y lo que se recomienda para profilaxis en cirugías gineco obstétricas <sup>(26)</sup>.

A causa de los deseos no genésicos de la paciente, se decide hacer una histerectomía abdominal, aunque los diversos estudios demostraron que tiene mejor tasa de éxito la cornuostomía y la resección cornual, siendo la cornuostomía la que tiene menor tiempo operatorio, por lo tanto, se eligió la cornuostomía como tratamiento quirúrgico de elección, generalmente para embarazos ectópicos cornuales <sup>(27)</sup>.

- Caso clínico 2: Embarazo gemelar

Paciente de 28 años, con diagnóstico de embarazo gemelar por ecografía transvaginal acude a nosocomio por presentar contracciones uterinas no cuantificadas cada 10 minutos y dilatación uterina. Se calculó la edad gestacional con un resultado de 35 semanas con 4 días. Se corroboró que la paciente estaba en fase latente de trabajo de parto. En un embarazo gemelar se debe esperar a fase activa de trabajo de parto para luego entrar a sala de partos, siempre y cuando la paciente esté en el ámbito hospitalario y de preferencia si un feto está en podálico <sup>(28)</sup>.

En la “Guía práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento del embarazo múltiple” nos indican cuáles son las condiciones para un parto por cesárea. En un punto nos indica que la paciente debe entrar a sala de partos

cuando un gemelo está en podálico, como ocurrió en el caso de la paciente del caso clínico actual que se decidió por una cesárea segmentaria <sup>(29)</sup>.

- Caso clínico 3: Enfermedad inflamatoria pélvica (EPI)

Paciente femenina de 34 años que acude a consultorio de medicina referida del consultorio de obstetricia con síntoma principal de dolor tipo opresivo que se irradia a fosas iliacas en abdomen inferior que no cede a analgésicos.

Al momento de la anamnesis se sospechó de enfermedad inflamatoria pélvica por ese motivo se le preguntó a la paciente el número de parejas sexuales y si últimamente ha tenido una última pareja sexual nueva, la respuesta fue positiva para una pareja sexual nueva últimamente, lo que reforzó la sospecha de EPI. Presentó dolor a la movilización del cérvix en el examen físico. Con todos estos criterios positivos nos dan el diagnóstico clínico de EPI, según el ministerio de salud del Perú <sup>(30)</sup>.

Los patógenos más comúnmente causantes de EPI son Gonococo, Clamidia Tracomatis y bacterias de la flora vaginal como bacterias anaerobias, *Gardenella vaginalis* y bacilos gram negativo, por ese motivo para el tratamiento antibiótico empírico se tiene que cubrir dichas bacterias con antibióticos consecuente a la teoría, y a lo que nos indica la norma técnica del Perú para enfermedades de trasmisión sexual. Se le recetó Ciprofloxacino 500mg vía oral en dosis única + Doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días + Metronidazol 500 mg vía oral cada 12 horas por 14 días <sup>(30)</sup>.

- Caso clínico 4: Infección del tracto urinario (ITU) y vaginosis durante la gestación

Paciente femenino de 25 años gestante de 34 semanas acude al centro de salud por presentar principalmente diaria, polaquiuria, sensación de alza térmica y flujo vaginal blanquecino con antecedente de haber recibido tratamiento médico con óvulos sin presentar resultado alguno. En el momento de la anamnesis se sospechó de ITU gestacional por los síntomas como disuria y polaquiuria que son los síntomas más comunes en una ITU <sup>(31)</sup>.

Los resultados de sus exámenes de orina fueron 75 leucocitos por campo, nitritos positivos, y bacterias positivas. Esos valores nos dieron el diagnóstico de ITU ya que son resultados patológicos <sup>(32)</sup>.

La paciente también refiere que presentaba secreción blanquecina vaginal, por ese motivo, se sospechó de vaginosis, a pesar de que el 75% de gestantes con vaginosis son asintomáticas, ya que uno de los síntomas más sugestivos de este cuadro es la secreción blanquecina vaginal <sup>(33)</sup>.

La ITU gestacional es una de las principales causas de corioamnionitis y de sepsis neonatal, y la vaginosis es un factor de riesgo importante para parto prematuro, por ese motivo se decide dar tratamiento para las dos patologías <sup>(32,33)</sup>.

Para la ITU los fármacos más recomendables y seguros, por lo tanto, de primera línea son Nitrofurantoina y Cefalexina <sup>(32)</sup>, pero más tolerable y con menos efectos adversos es la Cefalexina. Por tal motivo, se le prescribió 500 mg de Cefalexina cada 6 horas, por vía oral, por una semana. Para la vaginosis se considera el tratamiento de elección el Metronidazol de 500 mg vía oral o Clindamicina 300 mg por vía oral, y si se decide por una vía tópica también se puede ofrecer Metronidazol 0.75% en gel o crema de Clindamicina al 2% ambos intravaginal antes de acostarse, aunque el tratamiento oral es más efectivo <sup>(34)</sup>. Por motivos de escasez de esos medicamentos en el centro de salud en ese momento, se decidió recetarle Clotrimazol en óvulos 500 mg vía vaginal cada 24 horas, durante 7 días, y por último se solicitó reevaluación luego de una semana con examen completo de orina.

### 3.4 Medicina

- Caso clínico 1: Pancreatitis aguda

Paciente femenino de 47 años acude a tópico de medicina del hospital María Auxiliadora con tiempo de enfermedad de 3 horas, caracterizada por presentar dolor abdominal tipo cólico a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho con irradiación a región lumbar y torácica de moderada intensidad 8/10, que no

calma con analgésicos, asociado a náuseas, y vómitos de contenido alimenticio en una oportunidad.

Al examinar el cuadro clínico observamos características clínicas que sugieren una pancreatitis aguda, autores indican que el dolor abdominal se inicia y persiste en el cuadrante superior izquierdo y epigastrio, y en ocasiones en el cuadrante superior derecho <sup>(35)</sup>. Una característica de las pancreatitis causadas por cálculos biliares es que el dolor se encontrará bien localizado, su inicio será rápido alcanzando su máxima intensidad en 10 –20 min. Mientras que, en las pancreatitis causadas por causas hereditarias, metabólicas o alcohólicas, el inicio del dolor es menos brusco y está mal localizado <sup>(35)</sup>.

Al examen físico: FC: 88 lpm, FR: 20 rpm, PA: 120/70, temperatura: 36.8°, saturación: 99%

Piel y anexos: tibia, hidratada y elástica, llenado capilar menor de 2 segundo, no edemas, no palidez, no ictericia.

Tejido celular subcutáneo: no edemas en miembros inferiores.

Tórax y pulmones: respiración toraco abdominal, tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no cicatrices. Doloroso a la palpación profunda y superficial en mesogastrio.

Sistema nervioso: despierto, localizado en tiempo espacio y persona, no signos de focalización y Glasgow de 15 puntos.

En una pancreatitis aguda si estamos frente a un cuadro leve, el epigastrio puede presentarse sensible a la palpación, mientras que en una pancreatitis grave hay sensibilidad significativa a la palpación en todo el abdomen <sup>(35)</sup>.

El paciente puede presentar distensión abdominal y ruidos hidroaéreos disminuidos debido a la inflamación. También puede cursar con una ictericia de escleras si existe una obstrucción por coledocolitiasis. Si estamos frente a

un cuadro de pancreatitis grave pueden observarse fiebre, taquipnea, hipoxemia e hipotensión <sup>(35)</sup>.

#### Exámenes auxiliares

Bioquímica: amilasa: 111 UI, lipasa 229 UI, glucosa 110 mg/dl, TGO: 150 UI, TGP 53 UI, bilirrubina total: 0.73, bilirrubina directa: 0.29, bilirrubina indirecta: 0.44

Hematología: leucocitos 12.44, hemoglobina 12.6, plaquetas 289, abastionados 0%, segmentados: 87%

#### Ecografía: Colecistitis crónica litiásica

La amilasa sérica en una pancreatitis aguda aumenta dentro de las 6 a 12 horas posterior del inicio del cuadro. La amilasa aumenta tres veces el límite superior, aunque es posible que en el 20% de los pacientes con pancreatitis alcohólica no se observe, ni al 50% de los pacientes con hipertrigliceridemia <sup>(35)</sup>.

La lipasa aumenta a las 8 horas posteriores al inicio de los síntomas, alcanza su punto máximo a las 24 horas, pero se restablece dentro de los 8 a 14 días, por lo que es útil en pacientes que tengan más de 24 horas después del inicio del dolor <sup>(35)</sup>.

Al paciente se la diagnostica síndrome doloroso abdominal, pancreatitis aguda, colecistitis crónica y artritis reumatoide.

Para el tratamiento se debe considerar el reemplazo del líquido donde se proporciona hidratación a una velocidad de 5-10 ml/kg por hora de solución cristaloides isotónica, para el control del dolor los opioides son seguros y eficaces para controlar el dolor, y es necesario monitorear los signos vitales al paciente las primeras 24 a 48 horas <sup>(36)</sup>.

En este paciente se indica analgésicos condicionales al dolor, probar tolerancia oral y control de amilasa. Se deja recetado NaCl 0.9% 1000 cc endovenoso y tramadol 50mg, dimenhidrinato 50mg endovenoso y NaCl 0.0% 100ml endovenoso condicional a dolor. También se deja Dimenhidrinato 50

mg endovenoso condicional a nauseas, Metamizol 1gr, condicional a temperatura mayor a 38° y evaluar la glicemia cada 8 horas.

Paciente presenta evolución favorable, se progresa a dieta blanda y se le indica control de monitoreo hemodinámico.

- Caso clínico 2: Neumonía y EPID descompensada

Paciente femenino de 71 años acude a tópico de medicina del hospital María Auxiliadora con tiempo de enfermedad de 11 días, caracterizada por dolor tipo opresivo en tórax, asociado a disnea progresiva, malestar general, tos productiva y astenia, motivo por el cual acude a centro de salud donde le diagnostican neumonía adquirida en la comunidad, y se le administra antibioticoterapia y corticoides, presentando mejoría con dicho tratamiento. Sin embargo, un día antes del ingreso presenta empeoramiento de los síntomas, por lo que acude al hospital María Auxiliadora.

Al examen físico tórax y pulmones: murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho, crépitos basales en base de hemitórax derecho, matidez a la percusión en base de hemitórax derecho

El caso nos presenta una insuficiencia respiratoria aguda hipercapnia que tendrá como síntomas principalmente neurológicos y pulmonares. Estas varían según el nivel, y la tasa de acumulación de dióxido de carbono en sangre <sup>(37)</sup>.

En los cuadros leves a moderados el paciente puede estar ansioso y/o quejarse de disnea leve, cuando los niveles de CO<sub>2</sub> aumentan afectan el sensorio que dará como resultado delirios, paranoia y confusión, que puede llegar a somnolencia y por último al coma <sup>(37)</sup>.

Exámenes auxiliares:

Laboratorio: pH, 7.28, PCO<sub>2</sub>: 93.4, PO<sub>2</sub>: 110, PAFI 289, potasio: 2.44

Para poder diagnosticar una insuficiencia respiratoria hipercapnia aguda, es necesario encontrar una presión parcial de CO<sub>2</sub> elevada (PaCO<sub>2</sub> >45 mmHg). Después de esto se debe clasificar si estamos ante un cuadro agudo o crónico. El cuadro agudo se acompaña siempre de una acidosis respiratoria

(pH <7,35) que es apropiada para la hipercapnia, mientras que el cuadro crónico cursa con un pH bajo-normal <sup>(37)</sup>.

Tomografía: extensas áreas de consolidación comprometiendo el pulmón derecho e izquierdo. Atelectasia parcial del pulmón derecho, condicionando moderada eventración de la hemidiafragma derecha. Derrame pleural derecho.

De acuerdo con el examen físico y a los exámenes auxiliares se planteó los siguientes diagnósticos: IRA tipo 1 – 2, EPID descompensada, atelectasia de hemitórax derecho, efusión pleural de hemitórax derecho, también se pide descartar tuberculosis y neumonía adquirida en la comunidad.

A la paciente se inició oxigenoterapia, se solicitó procalcitonina, otra tomografía, pero esta vez con contraste y control de funciones vitales. También se recetó Omeprazol 40 mg cada 24 horas, bromuro de ipratropio 4 puff cada 4 horas, salbutamol 2 puff cada 2 horas, citrato de potasio 1.08 gr vía oral cada 12 horas.

Cuando encontramos una etiología subyacente, es necesario empezar una terapia empírica, siempre que las vías respiratorias y la circulación del paciente sean estables. En la mayoría de los casos es tratar una exacerbación del EPOC con broncodilatadoras y corticoesteroides, o tratar la neumonía y deshidratación con antibióticos y líquidos en pacientes con trastornos neurológicos <sup>(37)</sup>.

- Caso clínico 3: Hipertensión arterial e hipercolesterolemia

Paciente masculino 75 años que acude al centro de salud por presentar en el momento de la consulta principalmente mareos y cefalea intensa desde hace 2 semanas asociado a tinnitus. Como antecedente patológico de importancia tiene hipertensión mal controlada, por el antecedente anteriormente mencionado, y por la clínica se sospechó de un cuadro hipertensivo. La hipertensión arterial en la mayoría de los casos es asintomática y solo se manifiesta cuando presenta afectación de órganos diana, en algunos casos el principal síntoma es la cefalea que suele ser fronto temporal, y muy rara vez se presenta con vértigos, por eso se tiene que descartar otras patologías <sup>(38)</sup>.

Lo más resaltantes del examen físico fue la presión arterial que se encontraba en 185/110 mmHg por lo cual se catalogó como crisis hipertensiva. La definición de urgencia hipertensiva es una presión arterial 180/110 que puede ocasionar daño de órgano diana, pero que aún no ocasiona el daño <sup>(39)</sup>.

El paciente también presenta obesidad grado 2 ya que tiene un IMC >35, este grado de obesidad se asocia a hipertensión arterial y complicaciones de dicha enfermedad <sup>(40)</sup>.

El paciente acudió con exámenes de laboratorio donde lo más resaltante fue un colesterol elevado, con valores de 312 mg/dl que se clasifica como hipercolesterolemia severo, predispone a unas enfermedades cardiovasculares, incluyendo la hipertensión arterial, además de provocar síntomas como vértigo <sup>(41)</sup>.

En cuanto al tratamiento, se recetó Captopril 25mg sublingual con vigilancia continua de la presión arterial cada 30 minutos, con el fin de bajar la presión arterial. El objetivo para el control de la urgencia hipertensiva es disminuir progresivamente la presión arterial hasta llegar a valores menores de 160/100, y el fármaco de primera línea es Captopril <sup>(42)</sup>. En el paciente del caso clínico se requirió recibir dos veces Captopril, ya que no llegaba al valor de presión arterial óptimo.

Para el tratamiento del hipercolesterolemia se recetó Atorvastatina de 20 mg cada 24 horas vía oral. El tratamiento del colesterol alto depende del grado, en una categoría severa con factores de riesgo y sintomático y se usan de preferencia estatinas <sup>(43)</sup>.

Se recomendó al paciente continuar con su Enalapril si es que no presenta ninguna molestia al tomar la medicación, y se le explicó que debe tomarlo todos los días cada 12 horas, y los peligros que conllevan no seguir el tratamiento.

Se solicitó interconsulta a nutrición para recibir consejería, y se le inscribe dentro del programa de daños no transmisibles del centro de salud para realizarle un seguimiento y darle tratamiento mensual.

- Caso clínico 4: Tuberculosis pulmonar (TBC) y anemia



Paciente masculino de 52 años, acude a consultorio de medicina del centro de salud principalmente con síntomas respiratorios como tos seca desde hace un mes, que se asocia a sensación de alza térmica, y dolor dorsal de tipo sordo.

También refirió haber bajado de peso considerablemente, con estos síntomas subagudos/crónicos se sospechó de tuberculosis pulmonar, ya que el 70% con tuberculosis presentan fiebre no muy elevada aproximadamente de 38 grados, asociada a una tos crónica y un dolor dorsal interescapular de tipo sordo <sup>(44)</sup>. Con todos los síntomas, se definió como un caso sospechoso de TBC, según el ministerio de Salud <sup>(45)</sup>.

Lo más resaltante del examen físico es que se auscultó un murmullo vesicular disminuido en ápices de hemitórax derecho con crépitos. Los hallazgos físicos de la tuberculosis casi no son específicos, no obstante, lo más común son los crepitantes a lo largo de la inspiración <sup>(44)</sup>.

También se encontró un IMC de 18.5 categorizado como bajo peso, siendo éste un factor de riesgo para tuberculosis sintomática <sup>(45)</sup>.

En la radiografía se observó radiopacidad en ápice de pulmón derecho. Este tipo de consolidaciones son los hallazgos más característicos de la tuberculosis <sup>(44)</sup>.

En los exámenes de laboratorio se encontró una hemoglobina de 10.5 mg/dl que se considera anemia moderada.

El plan de trabajo que se planteó fue solicitar un BK en esputo para confirmar la presencia de Mycobacterium tuberculosis, y poder empezar el tratamiento con el esquema sensible que sería con Isoniazida (5mg/kg/día), Rifampicina (10mg/kg/día), Pirazinamida (25mg/kg/día), Etambutol (20mg/kg/día) diario, durante la primera fase que dura 2 meses. En la segunda fase se prescribe Isoniazida (10 mg/kg/día) y Rifampicina (10mg/kg/día) tres veces por semana, como indica el esquema del ministerio de Salud <sup>(45)</sup>.

Para la anemia se recetó 600mg de sulfato ferroso cada 12 horas durante 6 meses, y se solicitó interconsulta con nutrición. Se recomienda hierro por vía oral por ser más económico y efectivo para restaurar el equilibrio de hierro y

reservas de hierro en el organismo. A pesar de que la dieta no ha demostrado suplir el hierro por vía oral, se recomienda una cita con el nutricionista para que pueda ayudar al paciente a cambiar hábitos alimenticios <sup>(46)</sup>.

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

El internado médico 2021/2022 empezó el mes de julio, siendo una de las etapas de mucha importancia para el estudiante, donde pondría en práctica todos los conocimientos que adquirió en los 6 años previos. Anteriormente consistía en 12 meses en un Hospital, pero este año con la pandemia se decidió acortar a 10 meses, por lo que los internos estuvieron 5 meses en un centro de salud y 5 meses en un hospital.

Se aprobaron muchas normas y reglas para proteger al interno del COVID 19, entre ellas el uso de equipos de protección personal que cada centro de salud proporcionaba a sus internos, no atender casos COVID, aunque esto nunca era seguro ya que muchos pacientes al llegar no sabían si eran positivos. Se aplicaron pruebas para COVID 19 a los internos a inicios de mes, o cuando se encontraban con sospechas de contagio. Por último, una de las medidas más importantes y necesarias para la protección de los internos fue la aplicación de 2 dosis de la vacuna contra la enfermedad, antes del inicio del internado, y luego de 6 meses se aplicaría una tercera.

En los centros de salud se aprendió sobre la atención primaria en salud, la importancia que tiene la prevención promoción y rehabilitación, no solo enfocada en curar enfermedades, sino en la prevención y promoción de estilos de vida saludables.

La importancia de estos centros de salud en esta pandemia fue crucial, ya que aligeraron la carga de los hospitales que se encontraban saturados, sin poder brindar la atención necesaria que toda la población requería.

En el Hospital María Auxiliadora se permitió rotar por 4 servicios: Medicina interna, Cirugía, Pediatría y Ginecobstetricia.

En cada rotación se atendió en el piso de hospitalizados, donde el interno de medicina se encargaba de hacer la historia clínica de cada paciente que entraba, que debía ser minuciosa, contar detalles exactos e importantes que ayudarán a llegar a un diagnóstico médico acertado, para así empezar a plantear el plan de trabajo que seguirá cada paciente.

En las áreas de cirugía y ginecología la mayoría de los pacientes requerían una intervención quirúrgica, por lo que era necesario obtener todos los requisitos prequirúrgicos de cada paciente para que su intervención fuera lo más pronta posible y su estadía en el hospital breve, con el fin de evitar complicaciones originadas por largas estadías.

Por último, el interno se encargaba de observar diariamente a cada paciente que se encontraba hospitalizado, informaba sobre su estado, si respondía a los objetivos del plan de trabajo que consistían en intervenciones quirúrgicas, si se les aplicó, y/o al tratamiento médico que se les otorgaba. También la importancia de determinar si se planteaba el alta del paciente, si había remisión de su cuadro clínico, si el plan inicial de trabajo estaba fallando, o era necesario cambiarlo por otro que ayude a la mejoría del cuadro clínico.

Así es como se vivió el internado médico del año 2021 donde todas las experiencias vividas nos llevaron a aprender cómo se desenvuelve un médico en nuestro país, ya sea en un centro de salud o en un hospital de mayor complejidad. Con todos estos conocimientos y los años de carrera previos, el interno está listo para desempeñarse como un médico general, procurando brindar la mejor atención posible a los pacientes.

## CONCLUSIONES

Durante el segundo año de pandemia la forma en la que se llevó el internado cambió, con el fin de disminuir la exposición del interno a aglomeraciones en los hospitales, se ordenó que el interno de ciencias de la salud rotara 5 meses en un centro de salud del primer nivel, y en un hospital de mínimo segundo nivel.

En la rotación en el primer nivel-dispuesto por motivos de pandemia- se aprendió mucho sobre los programas de prevención, promoción y rehabilitación en salud. También sobre cómo abordar a un paciente integralmente (ámbito social, familiar y personal), y se adquirió información acerca de cuáles son las patologías que se deben referir a un nivel de mayor complejidad, y cuáles las que se pueden resolver en el centro de salud.

Los centros de salud de segundo nivel cuentan con un tópico de urgencia en donde se diferenció entre emergencia y urgencia, y cómo actuar cuando se está en frente a cualquiera de las dos. Ante todo, el internado en el centro de salud fue una experiencia previa, similar a las funciones que se van a realizar en el servicio rural urbano.

El hospital María Auxiliadora contaba con todos los servicios principales como cirugía, pediatría, medicina y gineco obstetricia donde se adquirieron conocimientos principalmente sobre las patologías comunes, y se puso en práctica todo lo aprendido en los años previos. Las principales funciones del interno eran abordar al paciente dentro del ámbito hospitalario, apoyar en los diagnósticos de las diferentes patologías, aplicar la medicina basada en evidencia, y asistir en los distintos procedimientos médicos más comunes y accesibles.

Por el contexto en el que vivimos se limitó el ingreso a algunas zonas dentro del hospital como sala de operaciones, algunas zonas de hospitalización

donde había pacientes con distintas patologías, pero agregando aquellas que tenían COVID 19.

## RECOMENDACIONES

A los internos próximos a empezar sus distintas rotaciones se recomienda que aprovechen aprender el manejo de patologías tanto en el primer nivel como en el segundo, y que no subestimen sus rotaciones en el centro de salud, porque es la experiencia más parecida que van a tener antes de empezar el SERUM.

Se sugiere también que se aprovechen las rotaciones dentro del hospital porque el tiempo en cada servicio es corto, y hay demasiado que aprender en cada paciente, y tener siempre en cuenta que cada paciente es distinto.

Por último, se recomienda usar siempre su equipo de protección personal (EPP), no solo por el contexto actual, si no por las diferentes patologías crónicas infecciosas que existen dentro del ámbito hospitalario, y también desechar de manera correcta el EPP y los productos de desecho biológico, no solo para protegerse, si no para proteger a los demás.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. RIS SAN JUAN DE MIRAFLORES [Internet]. DIRIS LIMA SUR. [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.dirislimasur.gob.pe/sjm/>
2. ANALISIS DE OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD [Internet]. Ministerio de salud. [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/14032/PLAN\\_14032\\_2015\\_05\\_-\\_ANALISIS\\_DE\\_OFERTA\\_FOLIOS\\_DEL\\_045\\_AL\\_057.PDF](https://www.peru.gob.pe/docs/PLANES/14032/PLAN_14032_2015_05_-_ANALISIS_DE_OFERTA_FOLIOS_DEL_045_AL_057.PDF)
3. RIS CHORRILLO - BARRANCO - SURCO [Internet]. DIRIS LIMA SUR. [citado 10 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.dirislimasur.gob.pe/ris-cho-barr-surc/>
4. HOSPITAL MARIA AUXILIADORA [Internet]. [citado 11 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.hma.gob.pe/>
5. A Hodin R. Sigmoid volvulus [Internet]. UpToDate. 2020 [citado 11 febrero 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/sigmoid-volvulus?search=volvulo%20del%20sigmoides&source=search\\_result&selectedTitle=1~14&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H2](https://www.uptodate.com/contents/sigmoid-volvulus?search=volvulo%20del%20sigmoides&source=search_result&selectedTitle=1~14&usage_type=default&display_rank=1#H2)
6. Pérez JLE, Pedraza TS, Torres JCE. Manejo del vólvulo de sigmoides en tres hospitales integrales comunitarios de la misión médica cubana en Bolivia. *MediSur*. 2013;11(1):37-43.
7. Ronald F Martin. Apendicitis aguda en adultos: Manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial [Internet]. UpToDate. 2022 [citado 11 febrero 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H5346477](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H5346477)
8. Douglas S. Manejo de la apendicitis aguda en adultos [Internet]. UpToDate. 2022 [citado 11 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute->



- [appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda%20perforada&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H911197363](#)
9. Larry M Baddour. Animal bites (dogs, cats, and other animals): Evaluation and management - UpToDate [Internet]. [citado 11 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/animal-bites-dogs-cats-and-other-animals-evaluation-and-management?search=mordedura%20de%20perro&source=search\\_result&selectedTitle=1~41&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H1280072720](https://www.uptodate.com/contents/animal-bites-dogs-cats-and-other-animals-evaluation-and-management?search=mordedura%20de%20perro&source=search_result&selectedTitle=1~41&usage_type=default&display_rank=1#H1280072720)
  10. Ministerio de salud del Perú. Norma técnica de salud para el control y prevención de rabia humana en el Peru. Lima; 2015. p. 10.
  11. Kristine A. Karlson. Evaluación inicial y manejo de fracturas costales [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 11 febrero 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-rib-fractures?search=fractura%20de%20costilla&source=search\\_result&selectedTitle=1~121&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/initial-evaluation-and-management-of-rib-fractures?search=fractura%20de%20costilla&source=search_result&selectedTitle=1~121&usage_type=default&display_rank=1)
  12. Morven E. Clinical features, evaluation, and diagnosis of sepsis in term and late preterm infants - UpToDate [Internet]. [citado 12 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-evaluation-and-diagnosis-of-sepsis-in-term-and-late-preterm-infants?search=sepsis%20neonatal&source=search\\_result&selectedTitle=1~109&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-evaluation-and-diagnosis-of-sepsis-in-term-and-late-preterm-infants?search=sepsis%20neonatal&source=search_result&selectedTitle=1~109&usage_type=default&display_rank=1)
  13. Dávila Aliaga C, Hinojosa Pérez R, Mendoza Ibáñez E, Gómez Galiano W, Espinoza Vivas Y, Torres Marcos E, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal: Guía de práctica clínica basada en evidencias del Instituto Nacional Materno Perinatal del Perú. Anales de la Facultad de Medicina. septiembre de 2020;81(3):354-64.
  14. Yucra Campos JW. Prevalencia de ictericia neonatal patológica asociada a incompatibilidad de grupo sanguíneo tipo ABO Y RH, en recién nacidos a término del Hospital Regional Guillermo Díaz De La

- Vega Abancay año 2017. Universidad Nacional del Altiplano [Internet]. 28 de marzo de 2018 [citado 12 de febrero de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/6488>
15. Morven E. Management and outcome of sepsis in term and late preterm infants - UpToDate [Internet]. [citado 12 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/management-and-outcome-of-sepsis-in-term-and-late-preterm-infants?search=sepsis%20neonatal&source=search\\_result&selectedTitle=2~109&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H4](https://www.uptodate.com/contents/management-and-outcome-of-sepsis-in-term-and-late-preterm-infants?search=sepsis%20neonatal&source=search_result&selectedTitle=2~109&usage_type=default&display_rank=2#H4)
  16. Ictericia infantil - Diagnóstico y tratamiento - Mayo Clinic [Internet]. [citado 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/infant-jaundice/diagnosis-treatment/drc-20373870>
  - 17.1. Resolución Ministerial N° 755-2017-MINSA - Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en niño y niña [Internet]. [citado 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188666-755-2017-minsa>
  18. Approach to the child with acute diarrhea in resource-limited countries [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 12 enero 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=diarrea%20infantil&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H1159942539](https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=diarrea%20infantil&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1159942539)
  19. CRED: Control de Crecimiento y Desarrollo. Ministerio de salud del Perú [Internet]. [citado 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/campa%C3%B1as/326-cred-control-de-crecimiento-y-desarrollo>
  20. Ministerio de salud del Perú. NORMA TÉCNICA - MANEJO TERAPÉUTICO Y PREVENTIVO DE LA ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS. Lima; 2022. p. 17. Disponible en: <http://bvs.minisa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>

- 21.1. M Powers J. Iron deficiency in infants and children <12 years: Treatment [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 12 enero 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/iron-deficiency-in-infants-and-children-less-than12-years-treatment?search=anemia%20por%20deficiencia%20de%20hierro%20en%20ni%C3%B1os&topicRef=5925&source=see\\_link#H17785797](https://www.uptodate.com/contents/iron-deficiency-in-infants-and-children-less-than12-years-treatment?search=anemia%20por%20deficiencia%20de%20hierro%20en%20ni%C3%B1os&topicRef=5925&source=see_link#H17785797)
22. Deville J. COVID-19: Clinical manifestations and diagnosis in children - UpToDate [Internet]. [citado 12 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-manifestations-and-diagnosis-in-children?search=covid%2019&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3#H260195362](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-manifestations-and-diagnosis-in-children?search=covid%2019&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H260195362)
23. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la prevención y control de la COVID 19 en Perú. Lima; 2021. pp. 1–10.
24. E Pappas D. The common cold in children: Management and prevention [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 12 enero 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/the-common-cold-in-children-management-and-prevention?sectionName=SYMPTOMATIC%20THERAPY&search=covid%2019%20&topicRef=128389&anchor=H199065570&source=see\\_link#H199065570](https://www.uptodate.com/contents/the-common-cold-in-children-management-and-prevention?sectionName=SYMPTOMATIC%20THERAPY&search=covid%2019%20&topicRef=128389&anchor=H199065570&source=see_link#H199065570)
25. Tulandi T. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 14 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=embarazo%20ectopico&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H4151000196](https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=embarazo%20ectopico&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4151000196)
26. Iglesias GR. Los protocolos ERAS en la Ginecología y la Obstetricia. Acciones durante el transoperatorio. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. 30 de septiembre de 2020;30(2):6.
27. Tulandi T. Ectopic pregnancy: Surgical treatment [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 14 enero 2022]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-surgical->

[treatment?search=embarazo%20ectopico%20cornual&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&anchor=H1551137940&source=machineLearning&selectedTitle=2~150&display\\_rank=2#H1551137940](https://www.uptodate.com/contents/twin-pregnancy-labor-and-delivery?search=embarazo%20ectopico%20cornual&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&anchor=H1551137940&source=machineLearning&selectedTitle=2~150&display_rank=2#H1551137940)

28. Chasen S. Twin pregnancy: Labor and delivery - UpToDate [Internet]. [citado 14 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/twin-pregnancy-labor-and-delivery?search=embarazo%20gemelar&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3](https://www.uptodate.com/contents/twin-pregnancy-labor-and-delivery?search=embarazo%20gemelar&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3)
29. Ministerio de salud del Perú. guía práctica clínica para la atención, diagnóstico y tratamiento del embarazo múltiple. Lima; 2010. pp. 3–5.
30. Ministerio de salud del Perú. Norma técnica de salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Peru. Lima; 2009. pp. 25–28.
31. M Hootonr T. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 14 enero 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=infeccion%20urinaria%20gestacion&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=infeccion%20urinaria%20gestacion&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
32. Meyrier A. Sampling and evaluation of voided urine in the diagnosis of urinary tract infection in adults [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 14 enero 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/sampling-and-evaluation-of-voided-urine-in-the-diagnosis-of-urinary-tract-infection-in-adults?sectionName=Interpretation%20of%20pyuria&search=infeccion%20urinaria%20gestacion&topicRef=8065&anchor=H72782293&source=see\\_link#H4](https://www.uptodate.com/contents/sampling-and-evaluation-of-voided-urine-in-the-diagnosis-of-urinary-tract-infection-in-adults?sectionName=Interpretation%20of%20pyuria&search=infeccion%20urinaria%20gestacion&topicRef=8065&anchor=H72782293&source=see_link#H4)
33. D Sobel J. Bacterial vaginosis: Clinical manifestations and diagnosis [Internet]. UpToDate. 2020 [citado 14 enero 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=vaginosis&source=search\\_result&selectedTitle=1~107&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H1208987568](https://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=vaginosis&source=search_result&selectedTitle=1~107&usage_type=default&display_rank=1#H1208987568)
34. Sobel J. Bacterial vaginosis: Treatment - UpToDate [Internet]. [citado 14 de febrero de 2022]. Disponible en:

- [https://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis-treatment?search=vaginosis%20gestante&source=search\\_result&selectedTitle=1~107&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H3043226285](https://www.uptodate.com/contents/bacterial-vaginosis-treatment?search=vaginosis%20gestante&source=search_result&selectedTitle=1~107&usage_type=default&display_rank=1#H3043226285)
35. Swaroop Vege S. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 15 enero 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
36. Swaroop Vege S. Management of acute pancreatitis [Internet]. UpToDate. 2021 [citado 15 enero 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20tratamiento%20&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H22664712](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis%20tratamiento%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H22664712)
37. J Feller-Kopman D. The evaluation, diagnosis, and treatment of the adult patient with acute hypercapnic respiratory failure [Internet]. UpToDate. 2022 [citado 16 enero 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/the-evaluation-diagnosis-and-treatment-of-the-adult-patient-with-acute-hypercapnic-respiratory-failure?search=insuficiencia%20respiratoria%20aguda&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H933408452](https://www.uptodate.com/contents/the-evaluation-diagnosis-and-treatment-of-the-adult-patient-with-acute-hypercapnic-respiratory-failure?search=insuficiencia%20respiratoria%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H933408452)
38. Bescós EC. HIPERTENSIÓN ARTERIAL. :82.
39. Crisis hipertensiva [Internet]. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/web/article/1235>
40. Rodríguez JH. Recomendaciones para el tratamiento médico de la obesidad exógena en el nivel primario de atención. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 9 de enero de 2019 [citado 15 de febrero de 2022];34(3). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/958>
41. Carretero Colomer M. Hipercolesterolemia. Diagnóstico y tratamiento. Offarm. 1 de octubre de 2008;27(9):109-11.

42. Santamaría Olmo R, Redondo Pachón MD, Valle Domínguez C, Aljama García P. Urgencias y emergencias hipertensivas: tratamiento. Nefroplus. 1 de abril de 2009;2(2):25-35.
43. Pignone M. Management of elevated low density lipoprotein-cholesterol (LDL-C) in primary prevention of cardiovascular disease [Internet]. UpToDate. 2022 [citado 15 enero 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-elevated-low-density-lipoprotein-cholesterol-ldl-c-in-primary-prevention-of-cardiovascular-disease?search=hipercolesterolemia&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/management-of-elevated-low-density-lipoprotein-cholesterol-ldl-c-in-primary-prevention-of-cardiovascular-disease?search=hipercolesterolemia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
44. Manifestaciones clínicas y complicaciones de la tuberculosis pulmonar - UpToDate [Internet]. [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-complications-of-pulmonary-tuberculosis?search=tuberculosis%20pulmonar&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H3](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-complications-of-pulmonary-tuberculosis?search=tuberculosis%20pulmonar&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3)
45. Factores de riesgo de la tuberculosis. Datos básicos sobre la tuberculosis | TB | CDC [Internet]. 2020 [citado 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/tb/esp/topic/basics/risk.htm>
46. Auerbach M. Treatment of iron deficiency anemia in adults - UpToDate [Internet]. [citado 16 de febrero de 2022]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-iron-deficiency-anemia-in-adults?search=anemia%20en%20adultos&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H2831633541](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-iron-deficiency-anemia-in-adults?search=anemia%20en%20adultos&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=2#H2831633541)

## ANEXOS

**ANEXO N° 1:** Ficha de atención de personas expuestas al virus rábico

## FICHA N° 1: ATENCIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS AL VIRUS RÁBICO

FICHA DE PERSONA N° ..... FICHA DEL ANIMAL N° .....

Historia Clínica. N° ..... Especie: ..... Raza.....  
 Fecha de la atención ..... Localizado { }  
 Fecha del Accidente de mordedura o exposición..... Huido { }  
 Distrito del Accidente: ..... Muerto { }

**DATOS DE LA PERSONA: POS EXPOSICION ( ) PRE-EXPOSICION ( )**

Nombres y apellidos ..... Peso en Kg: .....

Edad ..... Sexo ..... Grado de instrucción:..... DNI:.....

Domicilio:.....  
 Calle Localidad Distrito Provincia

Referencia de la vivienda ..... Telf. .... E-mail: .....

Nombre persona acompañante: ..... DNI:.....

**CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN Y ATENCIÓN**

Mordedura ( ) arañazo ( ) contacto ( )

Localización: Cara ( ) Cabeza ( ) Cuello ( ) Pulpejo de dedos de manos ( ) Manos ( )

Extremidad superior ( ) Tórax ( ) Abdomen ( ) Pelvis ( ) Genitales ( )

Extremidad inferior ( ) Pulpejo de dedos de pies ( )

Descripción.....

Protección: Cubierta ( ) Descubierta ( ) Número: Única ( ) Múltiple ( )

Tipo: Superficial ( ) Profunda ( ) Estado de la herida: Infeccionada ( ) No infeccionada ( )

Atención de la herida: Inmediata ( ) Tardía ( ) ninguna ( ) Lugar: casa ( ) servicio de salud ( ) otros ( )

Antecedentes de vacunación: Si ( ) No ( ) Fecha..... N° de dosis: .....

Alérgico: Si ( ) No ( ) ignora ( ) Enfermedad actual: Si ( ) No ( ) Descripción: .....

**ESTADO Y UBICACIÓN DEL ANIMAL**

Propio ( ) Fam/amig ( ) Vecino ( ) Comunitario ( ) Vago ( ) Otro ( ).....

Especie de animal agresor: can ( ) felino( ) murciélago( ) simio( ) bovino( ) rata( ) Otro( )

En observación ( ) Aparentemente sano ( ) Síntomas de rabia ( ) Muerto ( ) Desconocido ( )



TIPO DE LA EXPOSICIÓN: Sin exposición ( ) Leve ( ) Grave ( )

PRESCRIPCIÓN MÉDICA	FECHA	FIRMA	SELLO
Curación de herida	( )		
Indicación profilaxis antirrábica humana			
Vacunación antirrábica post exposición esquema estándar de OMS			
- Esen: 5 dosis (1 dosis vía intramuscular los días 0, 3, 7, 14 y 28	( )		
Refuerzos ( ) N° de Dosis ( ) días:.....	( )		
Iniciar con 2 dosis de vacuna de cultivo celular los días 0-3	( )		
Suspender vacunación antirrábica	( )		
Aplicar suero antirrábico heterólogo 40 UI x Kg de peso corporal	( )		
Continuar vacunación antirrábica: N° de dosis ( ) días.....	( )		
Abandono recuperado N° dosis ( ) días.....	( )		
Vacunación pre-exposición: N° de dosis ( ) días.....	( )		
Indicación Vacunación antitetánica : N° de dosis ( ) ( )	( )		

CONTROL DEL TRATAMIENTO VACUNA ANTIRRABICA			
(volumen de la dosis según el laboratorio productor 0.5 o 1 cc)			
Dosis	Fecha	Tipo / lote	Observaciones
1°			
2°			
3°			
4°			
5°			

CONTROL DEL TRATAMIENTO CON SUERO ANTIRRABICO		
Dosis	Fecha	Tipo / lote
Dosis Suero Heterólogo 40 UI/Kg peso		
Peso del paciente:		
Dosis en UI:		
Establecimiento donde se aplicó:		

REFERENCIA: .....

OBSERVACIONES

.....

**COMPROMISO DEL PACIENTE**

Me comprometo a cumplir con las indicaciones médicas, recibir tratamiento antirrábico y acudir al establecimiento de salud en las fechas programadas o si me citan, dejando constancia que mi incumplimiento será de mi entera responsabilidad conforme lo estipula la ley.

Huella Digital



Nombre y Firma del paciente o persona responsable: .....

DNI: .....

Lugar y fecha:..... Cita.....



HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

HOJA DE REFERENCIA

N° [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

1. DATOS GENERALES

Fecha DIA MES AÑO

Hora [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Asegurado: Si No Tipo: .....

PLANES DE ATENCIÓN SIS A B C D E

Establecimiento de Origen de la Referencia [ ]

Establecimiento de Destino de la Referencia [ ]

2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

CODIGO DE AFILIACION AL SIS N° HISTORIA CLINICA

Form with fields for Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres, Sexo (F, M), Edad (Años, Meses, Días), Dirección, Distrito, Departamento.

3. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Form with sections for Anamnesis, Examen Físico (T°, P.A., F.R., F.C.), Exámenes auxiliares, Diagnóstico (1, 2, 3), Tratamiento, and a CIE-10 grid.

4. DATOS DE LA REFERENCIA

Form with fields for Coordinación de Referencia (Emergencia, Consulta Externa, Apoyo al Diagnóstico), Date, Name of provider, Name of coordinator.

Form with field for Especialidad de destino: Pediatría, Medicina, Cirugía, Gineco-Obst, Lab., Dx. Imag, Otros.

Form with field for Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado: Estable, Mal Estado.

Form with table for Responsible of RF, Responsible of establishment, Accompanying staff, and Receiving staff (Name, Profession, Signature, Seal).

Form with field for Condiciones del Paciente a la llega al Establecimiento Destino de la Referencia: Estable, Mal Estado, Fallecido.