



TEMAS ESPECÍFICOS





ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD





| Historia natural y social de la enfermedad y sus niveles de prevención | | | | |
|---|-----------------------|--|---------------------|----------------------|
| Período prepatogénico | | Período patogénico | | |
| interacción de factores de riesgo | | | | |
| AGENTE HUÉSPED AMBIENTE | | | | |
| Prevención primaria | | Prevención secundaria | | Prevención terciaria |
| Promoción de salud | Protección específica | Diagnóstico precoz Tratamiento oportuno | Limitación del daño | Rehabilitación |



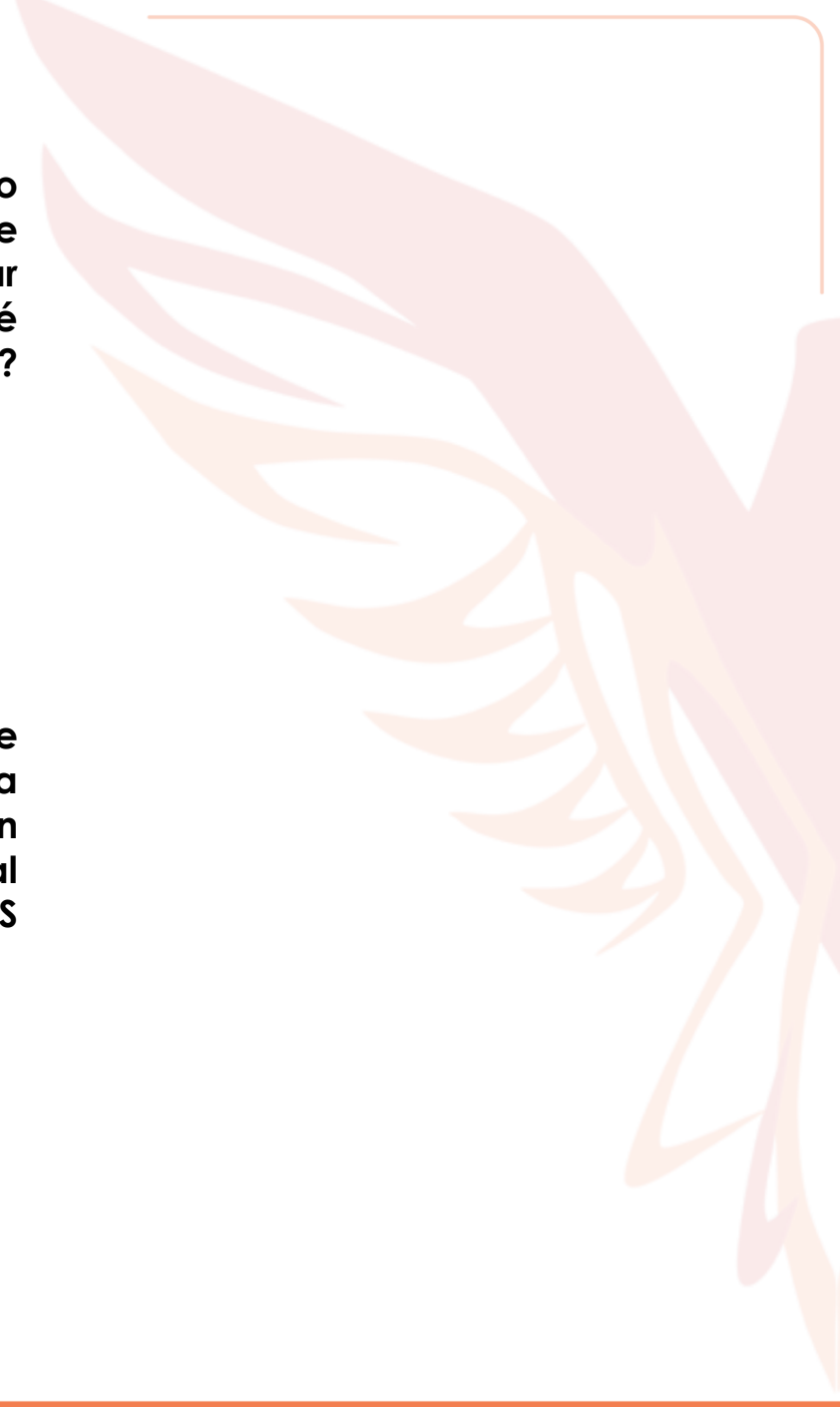
TEMAS ESPECÍFICOS (ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; CUIDADO INTEGRAL)

En su establecimiento de salud usted como médico serumista atiende a un recién nacido de 5 días y le indica la prueba de fenilcetonuria para diagnosticar enfermedades congénitas dentro del MCI. ¿Qué principio básico se está realizando en esta atención? (SERUMS 2025 II)

- A. Promoción
- B. Prevención
- C. Eficiencia
- D. Equidad

Cuando nos referimos a toda acción o actividad que realizan los otros profesionales de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, según corresponda, que se brinda al paciente, familia y comunidad, hablamos de: (SERUMS 2024)

- A. Auditoría
- B. Atención de salud
- C. Acto de salud
- D. Acto médico





¿Cuál es un ámbito que se debe considerar, en un foco ampliado del modelo integral de atención, encargada de las actividades de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno? (SERUMS 2024)

- A. Consulta ambulatoria
- B. Urgencias y observación
- C. Medicina en domicilio y comunidad
- D. Hospitalizaciones

La siguiente definición: “Es la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad”. Corresponde a: (RM – 2015 EXT B)

- A. Servicio de Salud Integral
- B. Modelo de Atención en Salud
- C. Atención orientada a la Comunidad
- D. Atención Integral de Salud
- E. Atención Primaria de Salud



ATENCIÓN CENTRADOS EN LA PERSONA





Se basa en el **enfoque biopsicosocial**, considerando al paciente en su integridad: cuerpo, mente, entorno y valores.

Promueve una atención **longitudinal, integral, coordinada y personalizada**.

Cuidados Centrados en la Persona (CCP): integran aspectos clínicos, emocionales y sociales, fortaleciendo la relación médico-paciente y la toma de decisiones compartida.

Humanizar la práctica médica y entender al paciente más allá de su enfermedad.



A. Método Clínico Centrado en el Paciente (MCCP)

Esencia: El modelo centrado en el paciente es el marco de referencia, y el MCCP es la forma de implementarlo.

Doble tarea del médico: Comprender al paciente y comprender su enfermedad. De ahí surge la capacidad de manejar al "paciente con su enfermedad" y lo que esta representa para él.

Objetivo: Comprender la dolencia y diagnosticar la enfermedad.

Componentes interactivos (cuatro actuales):

1. **Explorar** la salud, la enfermedad y la dolencia.
2. **Comprender** integralmente a la persona.
3. **Encontrar un campo común** en relación con el tratamiento (decisiones mutuas, problemas, objetivos y roles).
4. **Reforzar** la relación médico-paciente.

El paciente transmite la mayor información, incluyendo sentimientos, y el médico la capta con escucha activa y respuesta a indicios verbales y no verbales.



B. Acogimiento

- El escenario de prácticas es multidisciplinario.
- Los cuidados se **construyen en relación** con el otro (trabajador o paciente), requiriendo vínculos entre equipos y población.
- **Características clave:**
 - Responsabilización de trabajadores y equipos con los pacientes.
 - Longitudinalidad: Desde el primer contacto hasta la resolución del problema.
 - Escucha activa del padecimiento, considerando preocupaciones del paciente.
 - Busca garantizar cuidados integrales, resolutivos y continuos.
- Contribuye a la **humanización** y mejora de la calidad, reorientando la demanda, racionalizando recursos y mejorando las relaciones equipo-paciente.

C. Clínica Ampliada

Un cambio radical del énfasis histórico sobre la enfermedad para **centrarlo en el sujeto** (no un caso, sino un portador de enfermedad). Ayuda a lidiar con la complejidad de los sujetos y la multiplicidad de problemas de salud.

- **Trabajo en equipo:** Apoyo en la transdisciplinariedad y articulación con apoyo matricial.
- **Ser comunicativo:** Saber escuchar e indagar en el caso particular.
 - Busca una ampliación (no cambio) del objeto del saber clínico, incluyendo al sujeto y su contexto como objetos de estudio y prácticas asistenciales, e incorporando la dimensión relacional.
 - Reconoce que las enfermedades inciden de forma diferente según la historia, contexto y recursos del sujeto, requiriendo plasticidad de los servicios de salud.



Toma de Decisiones Compartidas (TDC)

Integración de factores:

- Mejor y última evidencia clínica disponible (riesgos y beneficios).
- Pericia o experticia clínica del profesional.
- Preferencias y valores del paciente (creencias, temores, expectativas).
- Consideración del **contexto familiar, socioeconómico, cultural y científico-asistencial**.

Proceso de colaboración:

- El profesional brinda información personalizada (condición, estudios, alternativas terapéuticas, resultados, incertidumbre).
- El paciente **comunica sus valores** y preferencias.
- Se realiza una elección conjunta.

Elementos centrales del proceso:

- **Comunicación de riesgos:** Discusión basada en evidencia de riesgos y beneficios, usando herramientas de apoyo (gráficas, escucha activa, lenguaje claro, información dosificada).
- **Clarificación de valores:** Conversación abierta sobre preocupaciones del paciente y su familia, promoviendo un modelo colaborativo (diferente al paternalista).

Beneficios:

- **Para pacientes:** Mayor involucramiento, satisfacción y confianza.
- **Para profesionales:** Mejora la comunicación y fortalece vínculos.
- **Para sistemas sanitarios:** Reducción de costos, variabilidad y litigiosidad.



Prevención Cuaternaria (P4)

- **Definición (WONCA):** "Acción de identificar a los pacientes en riesgo de **'sobremedicalización'** para protegerlos de nuevas acciones médicas invasivas, y para sugerirles otras acciones éticamente aceptadas".

- **Objetivo:** Evitar o atenuar las consecuencias de actividades **innecesarias o excesivas** del sistema sanitario (preventivas, curativas, diagnósticas, terapéuticas).

- Busca **evitar la medicalización** de la vida diaria ante el abuso de definiciones de salud, factor de riesgo y enfermedad.

- **Abordaje Técnico:** Basado en evidencia científica para **recomendaciones de "no hacer"**, considerando errores en pruebas diagnósticas (falsos positivos), sobrediagnósticos (hallazgos correctos sin desarrollo clínico invasivo), y baja/nula eficacia de ciertas prácticas.



Un paciente de 58 años, acude a su consulta de Medicina Familiar por una lumbalgia crónica que ha durado más de seis meses, limitando considerablemente sus actividades diarias. Ha probado diferentes analgésicos y fisioterapia sin una mejora sustancial. Durante la entrevista, el Sr. le comenta, con un tono de voz bajo y visiblemente afectado: "Doctor, más allá del dolor, lo que me tiene realmente desanimado es que no puedo trabajar en mi jardín, que es mi gran pasión y donde encuentro paz. Mi esposa me dice que he cambiado, que ya no soy el mismo. Esto me está consumiendo." De acuerdo con los principios del Método Clínico Centrado en el Paciente (MCCP), ¿cuál sería la acción más apropiada para el médico en este escenario? (BANCO VILLAMEDIC)

- A. Solicitar de inmediato una resonancia magnética avanzada de la columna lumbar para obtener un diagnóstico preciso de la causa del dolor y así definir el tratamiento más efectivo.
- B. Recomendar una interconsulta con un especialista en dolor crónico para que él se encargue de la gestión del caso, dada la complejidad y cronicidad del cuadro.
- C. Aumentar la dosis del analgésico actual del paciente o cambiarlo por uno más potente, explicando los posibles efectos secundarios, para buscar un alivio rápido del síntoma principal.
- D. Aplicar una escucha activa, indagando profundamente sobre cómo la lumbalgia afecta las actividades significativas y el bienestar emocional del Sr. y explorar sus valores y expectativas, con el fin de definir, en conjunto, un plan de abordaje integral.

- Se debe cumplir la **doble tarea** de "**comprender al paciente y comprender su enfermedad**".
- La "**escucha activa**" es una habilidad crucial para que el médico y todo profesional de la salud "**capte**" la información del paciente, incluyendo la "**expresión de sus sentimientos**", lo que permite "**explorar la salud, la enfermedad y la dolencia**" (la experiencia humana de enfermar). "**manejar al paciente con su enfermedad y lo que esta representa para él**", y así "**comprender integralmente a la persona**".



ATENCIÓN MÉDICA EN SITUACIONES DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y REFERENCIA





Acuden a la emergencia médica, de un hospital de alta complejidad, dos pacientes provenientes de la selva peruana, ambos afiliados al Seguro Integral de Salud; uno de ellos viene con su respectiva referencia y el otro no. ¿Qué le corresponde hacer al médico tratante de la emergencia? (SERUMS 2024 II)

- A. Derivar al paciente que no tiene referencia a su jurisdicción
- B. Deriva a la asistente social para que evalúe el caso
- C. Atender a los dos pacientes por igual
- D. Atender solo al que cuenta con la respectiva referencia del SIS.

La norma técnica establece explícitamente que "todo establecimiento de salud está obligado a brindar atención médico quirúrgica de emergencia a **toda persona que lo necesite**, conforme a lo señalado en la Ley N° 27604".

• **Ingreso sin Obstáculos:** El documento normativo indica de manera taxativa que "todo paciente que llega en situación de emergencia debe ingresar al servicio **sin obstáculos**".

• **Irrelevancia de la Referencia en Emergencias:** Si bien existe un sistema de referencia y contrarreferencia para organizar la atención progresiva, este **no constituye un requisito previo** para la atención de una emergencia médica. El médico tratante debe priorizar la estabilidad del paciente basándose en el **Triaje** (Prioridades I, II, III o IV) y no en su situación administrativa o documental.

• **Afiliación al SIS:** El Seguro Integral de Salud (SIS) garantiza la cobertura de la atención, pero el médico no puede supeditar la atención inicial de emergencia a la presentación de una hoja de referencia o a la verificación de la jurisdicción.

| Aspecto | Descripción |
|--------------------------------------|--|
| Servicios de Emergencia | <ul style="list-style-type: none"> • Unidades hospitalarias de baja complejidad que brindan atención médico-quirúrgica de emergencia 24/7. Deben contar con equipo básico constituido y apoyo de especialistas mediante rotación y retén. |
| Acceso y Triage | <ul style="list-style-type: none"> • Acceso directo, libre de obstáculos y claramente señalizado. El triaje es realizado por personal de salud, con control de funciones vitales y asignación de prioridad según protocolos establecidos. |
| Organización y Funcionamiento | <ul style="list-style-type: none"> • Establecimientos de salud con servicios de emergencia clasificados (I-1, II-1, II-2, III-1, III-2), operativos 24/7. Deben tener un Jefe de Guardia (Medicina Interna o Emergencias y Desastres) y personal médico-quirúrgico y asistencial permanente. |
| Atención al Paciente | <ul style="list-style-type: none"> • Derecho a información oportuna sobre todo procedimiento. En caso de hospitalización o traslado, la familia firma Exoneración de Responsabilidad. Debe garantizarse la permanencia de enfermería para observación continua. |
| Referencia | <ul style="list-style-type: none"> • Se realiza según criterios de oportunidad y capacidad resolutive. Coordinación entre Jefes de Guardia (origen-destino). El paciente debe ser acompañado (médico tratante, personal responsable o seguridad). El transporte debe contar con recursos mínimos. La documentación (Historia Clínica, hoja de referencia, exámenes) debe estar completa. Una copia se envía a la Unidad Funcional de Referencia del destino. |



1. **Ley N° 27604 (Ley de Emergencia):** Graba en sus mentes que **ningún** hospital puede negar la atención de una emergencia real (Prioridad I y II), ni solicitar pagos o documentos (como la referencia) de forma previa a la estabilización.
2. **Prioridades de Triage (NTS 042):**
 - **Prioridad I:** Gravedad súbita extrema (atención inmediata).
 - **Prioridad II:** Urgencia mayor (atención en < 10 min).
 - **Prioridad III:** Urgencia menor.
 - **Prioridad IV:** Patología aguda común.
3. **El SIS en Emergencia:** El médico serumista debe saber que, ante una emergencia, el SIS cubre la atención incluso si el paciente se encuentra fuera de su jurisdicción (establecimiento de origen). La regularización administrativa se hace *a posteriori*.
4. **Referencia vs. Emergencia:** La "Hoja de Referencia" es necesaria para atenciones programadas, interconsultas externas o traslados coordinados entre niveles de menor a mayor complejidad. En la puerta de Emergencia, el único documento válido es la **Ficha de Triage**.
5. **Responsabilidad del Jefe de Guardia:** En hospitales, es el responsable de coordinar la llegada de pacientes referidos y garantizar que se cumplan las normas de bioseguridad y atención inmediata.

→ *Cualquier opción que sugiera "**trámites administrativos**" antes de la "**atención médica**" en un escenario de emergencia es siempre la **respuesta incorrecta**.*



Un paciente adulto de 65 años llega al Servicio de Emergencia presentando un cuadro de dolor torácico opresivo de inicio súbito, irradiado al brazo izquierdo, acompañado de diaforesis profusa y dificultad respiratoria severa. Al triaje, se registran los siguientes signos vitales: FC: 45 lpm, PAS: 80 mmHg, FR: 40 rpm. ¿cómo se clasificaría la prioridad de atención de este paciente, y qué implicaría esta clasificación en términos de su condición general? (BANCO VILLAMEDIC)

- Prioridad I (Gravedad Súbita Extrema), que corresponde a una condición repentina o inesperada con peligro inminente para la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes, requiriendo atención inmediata.
- Prioridad II (Urgencia Mayor), dado que es una condición aguda que, aunque grave, permite un tiempo de espera no mayor a 10 minutos.
- Prioridad III (Urgencia Menor), porque si bien hay síntomas, la atención puede realizarse en el Tópico de Emergencia sin riesgo inmediato de secuelas graves.
- Prioridad IV (Patología Aguda Común), la cual podría ser manejada en consulta externa por no comprometer funciones vitales.

| Prioridad | Definición | Ejemplos | Relación con el paciente |
|-----------------------------------|---|---|---|
| I. Gravedad Súbita Extrema | Alteración súbita y crítica del estado de salud, riesgo inminente de muerte. Requiere atención inmediata en Sala de Reanimación – Shock Trauma. | Dolor torácico cardiogénico con hipotensión, arritmia con compromiso hemodinámico, shock, dificultad respiratoria severa. | Cumple criterios: dolor torácico opresivo irradiado, bradicardia (45 lpm) con hipotensión (PA 80 mmHg) → shock cardiogénico + dificultad respiratoria severa (FR 40 rpm). Riesgo vital inminente. |
| II. Urgencia Mayor | Cuadro súbito y agudo con riesgo de muerte o complicaciones serias, pero puede esperar ≤ 10 min para atención en Consultorio de Emergencia. | FR ≥ 24 rpm, crisis asmática moderada, DM descompensada. | No corresponde: aunque tiene FR 40 rpm, el paciente presenta hipotensión, bradicardia y shock → lo excluyen de esta categoría. |
| III. Urgencia Menor | Sin riesgo de muerte ni secuelas graves. Atención en tópico, priorizando I y II. | Dolor abdominal leve con vómitos y signos vitales estables, heridas leves, intoxicación alimentaria, deshidratación leve. | No corresponde: presenta compromiso vital severo. |
| IV. Patología Aguda Común | Sin compromiso vital ni riesgo de complicación inmediata. Atención en Consulta Externa o consultorios descentralizados. | Faringitis, amigdalitis, resfrío común, fiebre sin síntomas asociados. | No corresponde: cuadro mucho más grave. |



Paciente varón de 70 años, es traído al centro de salud por presentar disnea y alza térmica desde hace 2 días; refiere hospitalización previa por IRA hace 7 días en otro establecimiento. Examen: FC: 110 X', FR: 30 X', T°: 38.5 °C, PA: 120/70 mmHg, SatO₂: 80%; luce decaído y agitado; presenta crepitantes húmedos en la base derecha. Se le coloca una cánula binasal a 4 litros por minuto y la SatO₂ sube a 84% y se agregan tirajes respiratorios. ¿Cuál es la conducta a seguir en este caso? (SERUMS 2025 II)

- A. Observación y monitoreo cercano
- B. Referir al paciente a un centro de mayor nivel
- C. Tomar exámenes de laboratorio
- D. Colocar una máscara de Venturi

- **Identificación de Gravedad:** El paciente presenta un cuadro de **Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA) grave**. Sus parámetros vitales lo clasifican como **Prioridad I** (Gravedad súbita extrema) según la norma de emergencias, debido a la presencia de taquipnea (FR: 30 X'), hipoxemia severa (SatO₂: 80%) y signos de distrés respiratorio (tirajes).

- **Falla del Manejo Inicial:** La norma técnica establece que, ante una dificultad respiratoria, se debe asegurar la oxigenación. Sin embargo, en este paciente, la administración de oxígeno por cánula binasal a 4 L/min es insuficiente (solo sube a 84%) y el esfuerzo respiratorio aumenta (aparecen tirajes), lo que indica que requiere un sistema de **oxigenoterapia de alto flujo o ventilación mecánica**.

- **Capacidad Resolutiva:** Dado que el paciente se encuentra en un "Centro de Salud" (Primer Nivel de Atención), este no cuenta con la capacidad tecnológica (ventiladores, monitoreo invasivo, UCI) para manejar una insuficiencia respiratoria refractaria y una probable neumonía intrahospitalaria (por el antecedente de hospitalización hace 7 días). La conducta obligatoria es la **estabilización y referencia inmediata** coordinada por el médico



- 1. Hipoxemia Refractaria:** Si la SatO₂ no supera el **90-92%** con sistemas de bajo flujo (cánula) o si el paciente empieza a presentar tirajes, es un signo de falla inminente y la referencia debe ser **inmediata**.
- 2. Criterios de qSOFA:** Remarca el uso de esta herramienta para detectar sepsis de forma rápida. En este paciente: **FR ≥ 22** (tiene 30) y **alteración del sensorio** (está agitado) suman 2 puntos, lo que indica un **alto riesgo de mortalidad** y obliga a la referencia.
- 3. Antecedente de Hospitalización:** Un paciente que presenta un cuadro infeccioso respiratorio (fiebre + crepitantes) pocos días después de un alta hospitalaria debe sospecharse de **gérmenes resistentes**. Este riesgo no puede ser manejado en el primer nivel.
- 4. Prioridad I (Shock-Trauma):** Un paciente agitado con SatO₂ < 85% debe ingresar directamente al área de **Reanimación o Shock Trauma** para soporte vital avanzado. Si tu establecimiento no tiene esa área, tu única función es referir.
- 5. Referencia en Emergencia:** Enséñales que en una emergencia **no se espera** a que el paciente tenga seguro activo o papelería completa. Se estabiliza y se traslada con una vía EV segura y oxígeno suplementario durante todo el trayecto.

→ Un paciente con **falla respiratoria que empeora con oxígeno inicial**, la respuesta siempre será subir el nivel de complejidad (**Referir**), ya que se agotó la capacidad resolutoria del establecimiento donde se encuentra.



ATENCIÓN MÉDICA EN SITUACIONES DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y REFERENCIA.



Gestante de 36 años, acude con cefalea intensa y visión borrosa; antecedente: HTA. Al examen: REG, BEN, BEH, LOTEPE, FC: 70X'; FR: 20X'; T°: 36.8° C; PA: 170/110mmHg; edema en miembros inferiores sin fovea. Laboratorio: creatinina 1.2 mg/dl, plaquetas: 150.000/mm3. ¿Cuál es la conducta por seguir? (SERUMS 2025 I)

- A. Sulfato de magnesio intravenoso
- B. Administrar nifedipino vía oral
- C. Transfusión de plaquetas
- D. Finalizar el embarazo

Gestante de 32 semanas, acude a su establecimiento de salud con cefalea frontal, epigastralgia, visión borrosa, fotofobia y alteración del estado de conciencia. Examen: FC: 108 X', FR: 20 X', T°: 36 °C, PA: 170/110 mmHg. ¿Cuál es el diagnóstico? (SERUMS 2025 II)

- A. Emergencia hipertensiva
- B. Eclampsia
- C. Preeclampsia
- D. Hipertensión crónica

En un establecimiento de la comunidad andina acude una gestante de 39.3 semanas con antecedentes de HTA crónica y diabetes gestacional que no cuenta con todos sus controles prenatales y solicita parto vertical. Usted como médico. ¿Qué conducta debe seguir? (SERUMS 2025 II)

- A. Se niega a prestar atención
- B. Retorna al domicilio a la gestante
- C. Atiende el parto vertical
- D. Referir a centro de mayor complejidad

| Paso | Acción | Detalle / Consideraciones | Objetivo |
|------|--|---|--|
| 1 | Activar respuesta inmediata institucional para preeclampsia/eclampsia "CLAVE AZUL" | Ante gestante con PA elevada + al menos un criterio de severidad (cefalea intensa, visión borrosa, dolor epigástrico, convulsiones, oliguria, etc.) | Respuesta inmediata y coordinada |
| 2 | Administrar Sulfato de Magnesio (Tx principal) | <ul style="list-style-type: none"> - EV: 10 g (5 ampollas al 20%) diluidas en 400 ml de CINA 0.9% a chorro, luego 30 gotas/min. - Si no posible EV: 2 g IM en cada nalga (glúteos), repetir cada 4 h hasta referencia. - "Administrar sulfato de magnesio como anticonvulsivante de elección, con esquema de carga y mantenimiento según el protocolo del establecimiento." | Prevenir convulsiones (eclampsia) |
| 3 | Iniciar tratamiento antihipertensivo | Según protocolo institucional (por ejemplo, nifedipino/hidralazina/labetalol según disponibilidad y nivel). | Controlar PA y reducir complicaciones materno-fetales |
| 4 | Asegurar vía aérea y venosa | - Vía aérea permeable - Canalizar vía venosa periférica con CINA 0.9% | Garantizar estabilidad y permitir administración de fármacos |
| 5 | Colocar sonda Foley | Sonda Foley N°14 con bolsa colectora, para monitoreo de diuresis. | Monitoreo de diuresis y función renal |
| 6 | Laboratorios básicos (si disponibles) | Hemograma con plaquetas, creatinina, proteinuria y evaluación hepática según disponibilidad. | Apoyo diagnóstico y manejo posterior |
| 7 | Referencia de emergencia | Referencia inmediata a establecimiento de mayor complejidad una vez iniciada estabilización | Asegurar tratamiento definitivo y vigilancia materno-fetal |

El parto vertical es un derecho, pero ante una gestante de alto riesgo (HTA + DM + sin controles), el establecimiento de primer nivel (donde suele estar el serumista) no tiene capacidad resolutoria para manejar las complicaciones potenciales.



Gestante de 25 años G1P000; EG: 40 semanas por FUR, en período expulsivo hace 2 horas. Examen: FC: 84 X'; FR: 22X'; T°: 36.6 °C; PA: 100/60 mmHg. Examen: AU: 36 cm. Feto: LCD. FCF: 132 X'. MF: ++/++. TV: D:10 cm; I: 100%; AP: -2; M: rotas (LM Fluido); VPPF: OIIA. A la reevaluación: FC: 112 X'; FR: 25 X'; T°: 36.6 °C; PA: 80/50 mmHg. Las contracciones uterinas han cesado y se palpan partes fetales fácilmente. FCF: 86 X'. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (SERUMS 2024 II)

- A. Parto obstruido
- B. Muerte fetal
- C. Trabajo de parto disfuncional
- D. Ruptura uterina

Gestante 26 semanas G2P1001, que acude a su establecimiento de salud por presentar sangrado vaginal, indoloro, rojo rutilante; niega contracciones uterinas. ¿Cuál es el diagnóstico? (SERUMS 2025 II)

- A. Rotura de seno marginal
- B. Desprendimiento prematuro de placenta
- C. Placenta previa
- D. Rotura uterina

Acude mujer de 25 años, refiriendo estar gestando con 10 semanas y haber presentado sangrado vaginal y dolor leve en bajo vientre hace 2 días. Examen: FC: 89 X', FR: 20 X', T°: 36.8 °C, PA:100/70mmHg. Ecografía: útero y anexos normales. ¿Cuál es el diagnóstico? (SERUMS 2025 II)

- A. Aborto completo
- B. Aborto subclínico
- C. Embarazo ectópico
- D. Enfermedad trofoblástica gestacional

1. Sangrado en la 2da Mitad: el diagnóstico es clínico antes que ecográfico. **Dolor = DPP; No dolor = Placenta Previa.** Ante sospecha de Placenta Previa, **prohibido el tacto vaginal.**

2. Activar respuesta inmediata al shock hemorrágico obstétrico: Ante una rotura uterina o sangrado masivo, el serumista debe activar la **Clave Roja** de inmediato. El objetivo es restaurar la volemia en el primer minuto y referir con dos vías EV seguras.

3. Manejo del Aborto: En el primer nivel (I-4), si el aborto es incompleto y el médico está capacitado, puede realizar **AMEU** si la gestación es < 12 semanas, por ser menos traumático que el legrado.

4. Criterio de Viabilidad: Para el MINSA, un aborto es la interrupción antes de las **22 semanas** o peso menor de **500 gr.** Pasado esto, se considera parto pretérmino o hemorragia de la segunda mitad.

5. Parto Obstruido y Rotura: Si el partograma se desvía a la derecha de la **Línea de Alerta**, es un signo de alarma de trabajo de parto prolongado que puede terminar en rotura uterina si se usa oxitocina de forma inadecuada.

La clave para **Ruptura Uterina** es siempre la frase "**partes fetales fácilmente palpables**", lo cual es un signo inequívoco de que el útero se ha roto.



Gestante de 27 semanas, G3P2002, acude al establecimiento de salud refiriendo pérdida de líquido hace 12 horas acompañado de dolor tipo contracciones. Examen: FC: 112 X', FR: 24 X', T°: 38.6 °C, PA: 100/60 mmHg; útero doloroso a la palpación, AU: 24 cm. FCF: 180 X', DU: 2/10/++/15"; TV: D: cuello dehiscente 2 cm largo posterior, I: 50%, AP-3M; LA purulento con mal olor. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (SERUMS 2025 II)

- A. Endometritis
- B. Infección vaginal
- C. Pielonefritis
- D. Corioamnionitis

Anexo .- Inflamación intrauterina, infección o ambas (Triple I).

El NICHD^a Eunice Kennedy Shriver, la Sociedad de Medicina Materno Fetal, el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos y la Academia Estadounidense de Pediatría reunió a un grupo de expertos en obstetricia y neonatología en un taller para abordar numerosas brechas de conocimiento y proporcionar pautas basadas en evidencia para el diagnóstico y manejo de mujeres embarazadas con corioamnionitis y sus recién nacidos.

El panel de expertos estuvo de acuerdo en que la fiebre materna aislada no debe conducir a un diagnóstico de infección (o corioamnionitis) ni a una terapia con antibióticos.

El panel de expertos recomendó usar el término "inflamación o infección intrauterina o ambas" o "Triple I" como se muestra para reemplazar el término corioamnionitis.

| Características de Fiebre materna aislada y Triple I con clasificación | |
|--|--|
| Terminología | Características |
| Fiebre materna aislada | La temperatura oral materna de 39,0 °C o más es fiebre documentada. Si la temperatura oral está entre 38,0 °C y 39,0 °C , repetir la medición en 30 min; si el valor repetido permanece por lo menos en 38,0 °C, es fiebre documentada |
| Sospecha de Triple I | Fiebre sin un origen claro más cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Taquicardia fetal de > 160 latidos/min durante 10 minutos, excluyendo aceleraciones, desaceleraciones y periodos de máxima variabilidad. ▪ Glóbulos blancos maternos superior a 15,000 xmm³ ▪ Líquido amniótico purulento proveniente del orificio cervical |
| Triple I confirmado | Todo lo anterior más: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infección comprobada al verificar tinción de Gram positiva en líquido obtenido por amniocentesis ▪ Glucosa en líquido amniótico < 5 mg/dL y/o ▪ Cultivo positivo en líquido amniótico |

Criterios clásicos (Gibbs) y modernos (Triple I) para el diagnóstico de esta infección:

- **Fiebre materna:** El síntoma cardinal es la elevación térmica (**38.6 °C**), requisito indispensable para sospechar el cuadro.
- **Taquicardia fetal:** Presenta **180 X'** (el criterio es > 160 latidos/minuto durante al menos 10 minutos).
- **Líquido amniótico purulento:** La pérdida de líquido con **mal olor y aspecto purulento** es un signo clínico directo de infección de las membranas y del contenido amniótico.
- **Dolor uterino:** El **útero doloroso a la palpación** refleja la inflamación miometrial producida por la infección ascendente.

De acuerdo con la nueva nomenclatura propuesta por la ACOG y adoptada en las guías nacionales, este cuadro se define actualmente como **"Inflamación y/o Infección Intrauterina" (Triple I)**



1. Diagnóstico Clínico: ante fiebre materna asociada a taquicardia fetal, útero doloroso o líquido amniótico fétido/purulento, iniciar manejo sin retrasarlo por esperar exámenes.

2. Antibioticoterapia de Elección: El esquema estándar es **Ampicilina (2 g EV c/6h) + Gentamicina (5 mg/kg c/24h)**. Si se programa cesárea, se debe añadir cobertura para anaerobios con **Clindamicina o Metronidazol**.

3. Vía de Culminación: La corioamnionitis **no es una indicación absoluta de cesárea**. La norma indica que se prefiere la **vía vaginal** mediante inducción del parto, a menos que exista otra contraindicación obstétrica o signos de sepsis grave.

4. Tiempos de Intervención: En gestaciones > 34 semanas, se debe iniciar la inducción del parto dentro de las **6 horas** de confirmado el diagnóstico. En el caso del paciente (27 semanas), se debe priorizar la estabilización y la maduración pulmonar si el estado materno-fetal lo permite, mejor aún → *Una vez confirmado el cuadro y estabilizada la paciente, no se debe demorar la culminación del embarazo según condición materno-fetal y criterio obstétrico.*

5. Vigilancia de Sepsis (qSOFA): El médico debe monitorear signos de disfunción orgánica. Un **qSOFA ≥ 2** (PA sistólica ≤ 90, FR ≥ 25, Glasgow ≤ 13) indica un alto riesgo de sepsis grave y requiere manejo en **UCI materna**.

Perla de examen: fiebre + taquicardia fetal + líquido fétido/purulento orientan fuertemente a corioamnionitis.



Manejo inicial de las emergencias obstétricas y neonatales diagnóstico, estabilización y referencia (respuesta rápida).





Riesgo Obstétrico







Exámenes auxiliares de apoyo al diagnóstico y tratamiento de principales problemas de salud.



PCI DE SALUD DEL JOVEN - EXÁMENES AUXILIARES -





- Su **finalidad** es contribuir a **mejorar la calidad de vida** de las y los jóvenes mediante una atención integral que promueva el autocuidado y garantice el acceso universal a los servicios de salud.
- La atención integral de salud en esta etapa de vida busca **identificar factores de riesgo y problemas de salud, ofreciendo intervenciones** de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

| Categoría de Salud | Factores de Riesgo | Exámenes Auxiliares Recomendados | Importancia |
|---|--|---|---|
| Nutrición y Anemia | <ul style="list-style-type: none"> - Malnutrición (desnutrición, sobrepeso) - Anemia | <ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina - IMC y Perímetro Abdominal | Evaluar estado nutricional y riesgo de anemia o enfermedad cardiovascular |
| Enfermedades No Transmisibles (ENTs) | <ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión arterial (HTA) - Diabetes mellitus - Dislipidemias | <ul style="list-style-type: none"> - Glucosa - Colesterol y Triglicéridos - Presión arterial | Tamizaje precoz de factores de riesgo cardiovascular en población joven |
| Enfermedades Transmisibles | <ul style="list-style-type: none"> - TBC - ITS - VIH/SIDA - Metaxénicas | <ul style="list-style-type: none"> - BK (baciloscopía) - VDRL, ELISA VIH - EGO | Detección oportuna y prevención de transmisión |
| Salud Sexual y Reproductiva | <ul style="list-style-type: none"> - Disfunciones sexuales - Embarazo no esperado, aborto - Cáncer de cuello uterino - Necesidad de planificación familiar | <ul style="list-style-type: none"> - Prueba de embarazo (si aplica) - Papanicolaou (PAP) - Examen genitourinario y mamario | Identificación de riesgos y promoción de salud sexual integral |



| Categoría de Salud | Factores de Riesgo | Exámenes Auxiliares Recomendados | Importancia |
|-----------------------------------|---|---|--|
| Salud Mental y Psicosocial | <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad, depresión - Conducta suicida - Trastornos de la conducta alimentaria - Violencia, acoso escolar, abuso | <ul style="list-style-type: none"> - Tamizaje clínico - Entrevista psicológica / derivación especializada - PHQ – 9: depresión (últimas 2 sem) - SRQ: ansiedad y depresión - ESP: depresión (últimos 30d) | Atención temprana y prevención de desenlaces graves como suicidio o exclusión social |
| Violencia y Maltrato | <ul style="list-style-type: none"> - Violencia basada en género - Abuso sexual - Bullying, violencia polifónica | <ul style="list-style-type: none"> - Tamizaje de violencia - Entrevista confidencial | Protección y atención integral frente a violencia |
| Lesiones Accidentales | <ul style="list-style-type: none"> - Accidentes de tránsito - Riesgos ocupacionales o deportivos | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación física completa - Signos vitales | Prevención de discapacidad y mortalidad en jóvenes activos |
| Problemas Odontológicos | <ul style="list-style-type: none"> - Caries dental - Edentulismo parcial o total - Higiene bucal deficiente | <ul style="list-style-type: none"> - Examen odontológico - Profilaxis y destartraje si aplica | Prevención de enfermedades bucales que afectan la salud general |
| Evaluación Clínica General | <ul style="list-style-type: none"> - Fiebre prolongada - Tos persistente - Síntomas inespecíficos | <ul style="list-style-type: none"> - Examen físico completo - Radiografía de tórax (si aplica) | Orientar diagnóstico oportuno de condiciones infecciosas u orgánicas |
| Salud Visual y Bucal | <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos de visión - Problemas dentales | <ul style="list-style-type: none"> - Examen visual (Snellen, presión ocular) - Examen bucal: encías, caries, masticación | Detección temprana de déficits sensoriales y prevención de complicaciones |



Un varón de 24 años acude por presentar fatiga, disnea leve y sensación de mareo en los últimos 2 meses. No tiene antecedentes de enfermedades crónicas. Su IMC es 17.8, la presión arterial es de 98/64 mmHg y el examen físico muestra palidez conjuntival. Se le realizó una hemoglobina con resultado de 10.4 g/dL. No consume carnes rojas con frecuencia, y refiere tener bajo presupuesto para su alimentación. No se ha realizado controles en los últimos 4 años. ¿Cuál es la intervención más adecuada según el Paquete de Atención Integral de Salud del Joven? (BANCO VILLAMEDIC)

- A. Realizar prueba rápida de VIH y referir a infectología.
- B. Iniciar terapia con hierro oral y consejería nutricional.
- C. Solicitar ferritina, reticulocitos y examen parasitológico de heces.
- D. Derivar a psiquiatría por probable trastorno depresivo encubierto.

Nutrición y Anemia

FR:

Malnutrición (desnutrición, sobrepeso) - Anemia

EXAM:

Hemoglobina/ferritina/reticulocitos - Parasitológico
IMC y Perímetro Abdominal

Finalidad:

Evaluar estado nutricional y riesgo de anemia o enfermedad cardiovascular



PCI DE SALUD DEL ADULTO - EXAMENES AUXILIARES -





- El Cuidado Integral de Salud de la Persona Adulta (CISPA) **busca mantener y recuperar la salud**, abordando sus necesidades y riesgos sanitarios.
- La atención se enfoca en la **promoción, prevención, recuperación y rehabilitación**, considerando las dimensiones biopsicosociales y aplicando enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad y equidad en salud

| Categoría de Salud | Enfermedades | Tamizajes / Exámenes Clave | Importancia |
|--------------------------------------|--|--|---|
| Enfermedades No Transmisibles (ENTs) | <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes Mellitus - Hipertensión Arterial - Dislipidemias - Obesidad/Sobrepeso | <ul style="list-style-type: none"> - Glucosa en sangre - Colesterol total y fraccionado - Presión arterial - IMC y Perímetro Abdominal | Detección precoz y control de factores de riesgo cardiovascular |
| Cáncer | <ul style="list-style-type: none"> - Cáncer de cuello uterino - Cáncer de mama - Cáncer de próstata - Cáncer de piel | <ul style="list-style-type: none"> - PAP e IVAA (>25 años a 64 años) - Mamografía (≥50 años) - Examen de próstata / PSA (>50 años a 74 años) - Examen de piel (piel clara) | Detección temprana para reducir mortalidad y mejorar pronóstico |
| Infecciones | <ul style="list-style-type: none"> - VIH/SIDA - ITS - Hepatitis virales | <ul style="list-style-type: none"> - Prueba rápida de VIH - Prueba rápida de sífilis - TGO/TGP (función hepática) | Control de transmisión y seguimiento de complicaciones |
| Salud Mental | <ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Ansiedad - Riesgo suicida | <ul style="list-style-type: none"> - PHQ-9 (Depresión) - GAD-7 (Ansiedad) - Mini-C-ES (Riesgo suicida) | Tamizaje oportuno de síntomas psicoemocionales para intervención temprana |



Durante una campaña de salud sobre prevención del cáncer, se identifica a un adulto de 40 años completamente asintomático, pero con antecedente familiar del padre con cáncer colorrectal. ¿Cuál es la recomendación más adecuada en este caso? (SERUMS 2025 II)

- A. Colonoscopia a partir de los 60 años
- B. Colonoscopia cada 5 años
- C. Prueba de sangre oculta en heces cada 5 años
- D. Observación clínica para decidir colonoscopia

| Escenario | Estrategia MINSA |
|------------------------------------|--|
| Riesgo promedio (sin antecedentes) | FIT anual, 50-70 años |
| Familiar de primer grado con CCR | Colonoscopia directa |
| Síntomas de alarma | Colonoscopia diagnóstica urgente |
| FIT positivo | Referencia inmediata para colonoscopia |

| Eje | Contenido clave |
|---|---|
| Evaluación de riesgo (análisis inicial) | Las Guías de Práctica Clínica del MINSA establecen que el tamizaje inicia con identificación de factores de riesgo en la anamnesis. La historia familiar de primer grado (padre) con cáncer colorrectal excluye al paciente del tamizaje estándar. |
| Diferenciación de estrategias de tamizaje | La prueba de sangre oculta en heces por inmunoquímica fecal (FIT) está indicada solo en población de riesgo promedio, asintomática, entre 50-70 años, sin antecedentes familiares. |
| Categoría de riesgo elevado | La presencia de familiar de primer grado con cáncer colorrectal o adenoma avanzado coloca al paciente en riesgo aumentado , donde la colonoscopia es la prueba de elección , no el FIT. |
| Edad y periodicidad | En personas con antecedente familiar, la norma indica adelantar el inicio del tamizaje y modificar la frecuencia , recomendándose colonoscopia periódica (cada 5 años) según riesgo. |
| Derivación especializada | El paciente debe ser referido a gastroenterología para realización de colonoscopia diagnóstica/preventiva, aun siendo asintomático. |



Tamizaje WAST:

- Tensión y resolución
- Impacto emocional
- Violencia física
- Violencia psicológica
- Violencia sexual

| Categoría de Salud | Enfermedades o Problemas | Tamizajes / Exámenes Clave | Objetivo / Importancia |
|-----------------------------|--|---|---|
| Violencia | - Violencia familiar y de pareja | - Tamizaje WAST (8 preguntas: puntaje 3, 2, 1. puntaje total 24 p) | Identificación de situaciones de riesgo para brindar protección y apoyo |
| Consumo de Sustancias | - Consumo problemático de alcohol | - AUDIT-C (3 preguntas, enfoque: Consumo) | Identificación de riesgo por consumo nocivo para intervención oportuna |
| Otras Condiciones Generales | - Anemia - Salud bucal - Salud visual - Función renal | - Hemoglobina - Examen bucal - Agudeza visual (≥ 40 años) - Creatinina - Examen completo de orina | Evaluación general del estado de salud y prevención de complicaciones |

| Eje | AUDIT (Versión Completa) | AUDIT-C (Versión Breve) |
|--------------------------------|---|---|
| Nomenclatura | Alcohol Use Disorders Identification Test. | AUDIT-Consumption (enfocado en Consumo). |
| Estructura | 10 preguntas. | 3 preguntas (las primeras 3 del test original). |
| Áreas de Evaluación | 1. Frecuencia y cantidad.2. Dependencia.3. Problemas psicosociales asociados. | Únicamente frecuencia y cantidad de la ingesta (patrones de consumo). |
| Puntuación Máxima | 0 a 40 puntos. | 0 a 12 puntos. |
| Criterio de Positividad | Varones: ≥ 8 puntos.Mujeres: ≥ 6 puntos. | Varones: ≥ 4 puntos.Mujeres: ≥ 3 puntos. |
| Uso en Normativa | Documento Técnico: Cuidado Integral Joven (2016). | NTS N° 229: Cuidado Integral Adulto (2025). |



Un varón de 52 años acude por un chequeo preventivo. No presenta antecedentes personales relevantes, pero tiene un hermano que falleció por infarto agudo de miocardio a los 49 años. En la consulta refiere vida sedentaria y sobrepeso evidente. No fuma ni bebe alcohol. Al examen: IMC de 30, PA de 142/88 mmHg. ¿Cuál sería la combinación más adecuada de tamizajes según los lineamientos del paquete de atención integral para adultos? (BANCO VILLAMEDIC)

- A. Presión arterial, glucosa en orina, PHQ-2, creatinina
- B. Presión arterial, glucosa en sangre, colesterol total, IMC y perímetro abdominal
- C. Hemoglobina, agudeza visual, PAP, TGP
- D. Examen de próstata, IVAA, prueba rápida de sífilis, examen bucal

Enfermedades No Transmisibles (ENTs)

FR:

Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Dislipidemias, Obesidad/Sobrepeso

Tamizaje:

Glucosa en sangre, Colesterol total y fraccionado, Presión arterial, IMC y Perímetro Abdominal.

Finalidad:

Detección precoz y control de factores de riesgo cardiovascular



PCI DE SALUD DEL ADULTO MAYOR - EXAMENES AUXILIARES -





- Busca establecer las disposiciones técnico-administrativas para su atención, con el objetivo general de contribuir a su capacidad funcional, bienestar, dignidad y calidad de vida. Este cuidado abarca la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, **promoviendo un envejecimiento activo y saludable**
- El pilar fundamental para el diagnóstico y el establecimiento del plan de cuidado integral de la PAM es la **Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM)** y la **Valoración Geriátrica Integral (VGI)**, diseñados para cuantificar las capacidades y problemas físicos, mentales y sociales, definiendo un plan de atención individualizado.
- Se realizan **al menos una vez al año**, o con mayor frecuencia si el caso lo amerita y a criterio del profesional de la salud

| Categoría | Condiciones / Problemas Prioritarios | Exámenes Auxiliares y Herramientas de Evaluación | Objetivo / Finalidad |
|--|--|---|---|
| Enfermedades No Transmisibles (ENTs) y Crónicas | HTA, Diabetes, Dislipidemia, Cáncer, Anemia, ERC, ACV, Demencia, Osteoartritis, Osteoporosis, Parkinson, Alzheimer | <ul style="list-style-type: none"> - Glucosa, Perfil lipídico - Urea, Creatinina, Orina completa - Hemograma completo - Función hepática y tiroidea - Vitamina D, B12, Ác. fólico, Calcio - IMC, PA, PAB - PAP, Mamografía, PSA, Densitometría ósea - ECG, Ecocardiograma, TAC, RMN, Radiografía, Espirometría | Detección temprana, control y seguimiento de enfermedades de alto impacto |
| Síndromes y Problemas Geriátricos | Fragilidad, Caídas, Demencia, Incontinencia, Polifarmacia, Dolor crónico, Insomnio, Delirio, Deterioro sensorial | <ul style="list-style-type: none"> - Barthel, Katz (ABVD) - Lawton y Brody (AIVD) - Pfeiffer, MMSE (cognitivo) - Yesavage (afectivo) - FRAIL (fragilidad) - SPPB (marcha y equilibrio) - MNA-SF, IMC (nutrición) - Gijón (sociofamiliar) - Evaluación oral, visual y auditiva | Valoración Geriátrica Integral para preservar autonomía y funcionalidad |



| Categoría | Condiciones / Problemas Prioritarios | Exámenes Auxiliares y Herramientas de Evaluación | Objetivo / Finalidad |
|--|---|---|---|
| Infecciones | IRAs, Neumonía, VIH/ITS, Hepatitis, TBC, Infecciones intrahospitalarias | <ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo - Urocultivo y antibiograma - Radiografía de tórax - Pruebas rápidas (VIH, sífilis) | Vigilancia epidemiológica y diagnóstico oportuno de enfermedades transmisibles |
| Salud Mental | Depresión, trastornos del ánimo, riesgo suicida | <ul style="list-style-type: none"> - Escala de Yesavage (tamizaje) - Entrevista clínica - Test cognitivos | Identificación temprana de afectación emocional y funcional |
| Violencia / Maltrato en el Adulto Mayor | Violencia física, psicológica, económica o abandono | - Tamizaje de violencia (WAST o formato MINSA) | Protección, intervención oportuna y derivación segura |
| Telesalud (Modalidad de Atención) | Canal de acceso a evaluación médica y seguimiento remoto | <ul style="list-style-type: none"> - Teleconsulta - Teleecografía - Teleapoyo diagnóstico - Combinación de modalidades | Garantiza continuidad de atención, reduce barreras geográficas y favorece el seguimiento integral |



Un varón de 72 años acude a consulta de control por antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia. Refiere fatiga progresiva, pérdida de masa muscular, y leve hinchazón en los tobillos. No tiene antecedentes de diabetes ni enfermedad cardiovascular diagnosticada. En el examen físico: PA 142/86 mmHg, IMC 22 kg/m², y edema leve en miembros inferiores. Se solicita laboratorio. ¿Cuál de los siguientes conjuntos de pruebas auxiliares es más pertinente para evaluar una posible progresión a enfermedad renal crónica y descartar otras causas asociadas? (BANCO VILLAMEDIC)

- A. Perfil lipídico, PSA, radiografía de tórax
- B. Hemograma completo, vitamina B12, densitometría ósea
- C. PAP, orina completa, prueba de función tiroidea
- D. Urea, creatinina, orina completa, ecografía renal

Enfermedades No Transmisibles (ENTs) y Crónicas

Enfermedades

HTA, Diabetes, Dislipidemia, Cáncer, Anemia, ERC, ACV, Demencia, Osteoartritis, Osteoporosis, Parkinson, Alzheimer

Exámenes Auxiliares

Glucosa, Perfil lipídico - **Urea, Creatinina, Orina completa** - Hemograma completo - Función hepática y tiroidea - Vitamina D, B12, Ác. fólico, Calcio - IMC, PA, PAB - PAP, Mamografía, PSA, Densitometría ósea - ECG, Ecocardiograma, TAC, RMN, Radiografía, Espirometría

Finalidad

Detección temprana, control y seguimiento de enfermedades de alto impacto



ASPECTOS LEGALES Y FORENSES EN MEDICINA





La presente Directiva Sanitaria tiene como finalidad **facilitar que los establecimientos de salud a nivel nacional dispongan y usen los kits** para la atención de casos de violencia contra la mujer - violencia sexual. El objetivo es establecer las acciones a seguir en los establecimientos de salud para asegurar el **armado, la disponibilidad y el acceso** de estos kits → gratuito, disponible en EMG o consultorios 1er nivel, "al menos 1 kit", rotulado, fácil acceso y cadena de frío

Existen dos tipos de kits, dependiendo del nivel de atención del establecimiento:

1. Kit Mínimo (para Establecimientos de Salud del primer nivel de atención del I-1 al I-3):

- **LEVONORGESTREL 0.75mg** - Blíster por 02 TAB.: 01 cantidad.
- **PRUEBA RÁPIDA PARA HEPATITIS B:** 01 cantidad
- **PRUEBA RÁPIDA DUALES VIH/SÍFILIS:** 01 cantidad (si no se cuenta con dual, considerar pruebas por separado)
- **VACUNA CONTRA LA DIFTERIA Y TÉTANOS (DT ADULTO):** 01 cantidad (considerar su aplicación dentro de las 24 horas de la atención)
- **JERINGAS DESCARTABLES 3 ml y 10 ml:** 02 cantidades.
- **AZITROMICINA 500 mg - TABLETA:** 02 cantidades (disponibilidad **y uso a partir de establecimientos I-3** y con prescripción del personal de salud competente)
- **PENICILINA G BENZATÍNICA 2400000 UI - INYECTABLE:** 01 cantidad (disponibilidad **y uso a partir de establecimientos I-3** y con prescripción del personal de salud competente)
- **PRUEBA RÁPIDA DE HORMONA GONADOTROPINA CORIÓNICA (HCG):** 01 cantidad (disponibilidad y uso a partir de establecimientos I-3)
- **PRESERVATIVOS SIN NONOXINOL:** 20 unidades.

2. Kit Completo (para Establecimientos I-4 y Hospitales del segundo y tercer nivel):

- Contiene **todos los productos del kit mínimo**, con las siguientes adiciones y modificaciones:
 - **JERINGAS DESCARTABLES 3 ml y 10 ml:** 03 unidades.
 - **CEFIXINA 400MG o CEFTRIAXONA 1g - INYECTABLE:** 01 cantidad.
 - **EMTRICITABINA 200mg + TENOFOVIR 300 mg - TABLETA (2):** 30 cantidades + **LOPINA VIR 200mg + RITONAVIR 50 mg - TABLETA (2):** 120 cantidades. (*iniciada lo antes posible y dentro de 72 horas, por 4 semanas*)

| <i>Esquema p /pte c/ VIH</i> | Dosificación | Observaciones |
|--|---|---|
| Tenofovir 300 mg (TDF) / Lamivudina 300 mg (3TC) / Dolutegravir 50 mg (DTG) | 1 tableta de TDF/3TC/DTG (TLD) cada 24 horas por un período de 4 semanas. PREFERENTE | |
| Tenofovir 300 mg (TDF) / Emtricitabina 200 mg (FTC) + Darunavir 800 mg (DRV) + ritonavir (rtv) 100 mg | 1 tableta de TDF/FTC cada 24 horas + 1 tableta de DRV 800 mg cada 24 horas + 1 tableta de rtv cada 24 horas por un período de 4 semanas. | Se preferirán esquemas con presentación de dosis fija combinada. |
| Tenofovir 300 mg (TDF) / Emtricitabina 200 mg (FTC) + Lopinavir/Ritonavir 200/50 mg (LPV/rtv) | 1 tableta de TDF/FTC cada 24 horas + 2 tabletas de LPV/rtv (DFC) cada 12 horas por un período de 4 semanas. (Se utilizará solo ante la no disponibilidad de los esquemas anteriores). | |



5 Puntos Básicos que un Médico Serumista debe recordar: El conocimiento de esta directiva sanitaria es crucial por su implicancia directa en la práctica clínica y en el cumplimiento de la normativa legal:

1. Carácter Obligatorio y Gratuidad de la Atención

Esta Directiva Sanitaria es de **aplicación y cumplimiento obligatorio** en **todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud**, incluyendo DIRIS, DIREAS y GERESAs. Es fundamental que el médico serumista sepa que la atención de los casos de Violencia contra la Mujer - Violencia Sexual, así como el uso de los kits, **será gratuito para la paciente**. Esto garantiza el acceso a la atención sin barreras económicas para las víctimas.

2. Disponibilidad y Ubicación Estratégica del Kit

El kit debe estar **disponible en todo momento** en el **servicio de emergencia de los hospitales** y en el **tópico o consultorio de los establecimientos de salud de primer nivel**. El médico debe asegurar que, en su turno, haya al menos un kit disponible y en condiciones óptimas, revisando su rotulado y siguiendo las buenas prácticas de almacenamiento (BPA), incluyendo la cadena de frío para vacunas y otros insumos que lo requieran.

3. Conocimiento del Contenido y Nivel de Aplicación:

El serumista debe familiarizarse con la **composición específica de los kits (mínimo y completo)** y entender qué kit corresponde a cada nivel de atención. Es importante saber que algunos componentes (como Azitromicina, Penicilina G Benzatínica y la prueba HCG) tienen disponibilidad y uso específico a partir de establecimientos I-3, y su prescripción debe ser realizada por **personal de salud competente**.



4. Riguroso Registro de Información y Trazabilidad (Aspecto Forense).

El consumo o uso de los productos del kit debe ser **registrado meticulosamente** siguiendo la Directiva Administrativa N° 249-MINSA/2018/DIGEMID (SISMED). Esto significa que los productos deben ser **prescritos por el personal de salud competente utilizando la Receta Única Estandarizada (RUE)** o un formato de solicitud a farmacia, **registrando cada producto y su cantidad utilizada**. Esta documentación precisa es vital no solo para el control de inventario del MINSA, sino también porque la atención de la violencia sexual es un acto médico con **potenciales implicaciones legales y forenses**, donde el registro adecuado de los insumos y acciones es una prueba pericial.

“Complementar el abordaje con la Directiva Sanitaria N.° 153-2023 para atención integral de salud mental”

“El kit es parte del cuidado integral regulado además por la NTS 164-MINSA/2020/DGIESP.”

5. Responsabilidad Local en la Implementación y Control de Stock

Como personal de un establecimiento de salud a nivel local, el médico serumista es **directamente responsable de implementar esta Directiva Sanitaria**. Esto implica contribuir a que la Jefatura de Farmacia (en hospitales) o la Jefatura del Establecimiento de Salud (en primer nivel) establezcan y mantengan **mecanismos internos para garantizar la conservación, evitar la pérdida, deterioro y/o vencimiento de los productos** del kit, realizando revisiones **periódicas** (al menos mensuales). Su rol es activo en asegurar que el kit esté siempre listo y conforme a la normativa.

→ *“control periódico del stock, conservación y vigencia del kit”*



Cuándo un caso deja de ser puramente clínico y se convierte en médico-legal

La diferencia entre una **muerte natural y una sospechosa o violenta es crucial**. Un médico clínico debe saber **identificar los indicios que obligan a notificar a la Fiscalía** para que se disponga una **necropsia médico-legal**, en lugar de emitir un certificado de defunción por su cuenta. Esto es clave para evitar incurrir en responsabilidades legales.

"APÓYATE, INFORMA Y NO LO HAGAS SÓLO"

La base legal de la práctica médica

Conocer las leyes que rigen la medicina (como la Ley General de Salud) y su interacción con los códigos penales y civiles es **esencial para entender las implicaciones legales de sus decisiones y acciones**. Las bases legales citadas en el manual son un punto de partida importante para comprender el marco regulatorio.

La importancia del Certificado de Defunción

Aunque el médico legista lo emite en casos forenses, el **médico general es quien lo hace en muertes naturales**. Conocer su **valor legal y estadístico**, y la precisión requerida en su llenado, es fundamental.

La "cadena de custodia" de evidencias

Si bien el médico clínico no la gestiona en necropsias, en cualquier escenario donde se recolectan muestras con potencial valor legal (ej., en casos de agresiones), la preservación y documentación son vitales. El principio de que es "responsabilidad de todos" aplica a cualquier profesional de la salud que maneje evidencias.



Negligencia

Falta de atención o cuidado que se espera; actuar bajo el estándar exigido (“defecto de atención dirigido a la seguridad ajena”).

“Omisión del cuidado debido”

- No verificar alergias conocidas antes de administrar un medicamento, provocando reacción adversa.
- No monitorizar signos vitales en un paciente crítico, resultando en deterioro grave no detectado.
- Omitir lavado de manos antes de un procedimiento, causando infección nosocomial.
- No solicitar exámenes básicos urgentes en un paciente con dolor torácico, retrasando diagnóstico de infarto.

Imprudencia

Exceso en la conducta (más allá de lo permitido), omitiéndose de las precauciones habituales.

“Actuar asumiendo un riesgo indebido”

- Realizar un procedimiento quirúrgico para el que no se está debidamente capacitado o acreditado.
- Administrar dosis excesivas de un fármaco sin respetar guías o protocolos, causando intoxicación
- Dar de alta a un paciente inestable para liberar cama, sin cumplir criterios clínicos de seguridad
- Realizar una intubación sin monitoreo ni apoyo disponible, generando complicaciones prevenibles.

Impericia

Falta de capacidad técnica o habilidad para el acto que realizas

Inobservancia de reglamentos / reglas de profesión

Incumplir normas, protocolos o reglas del ejercicio profesional.

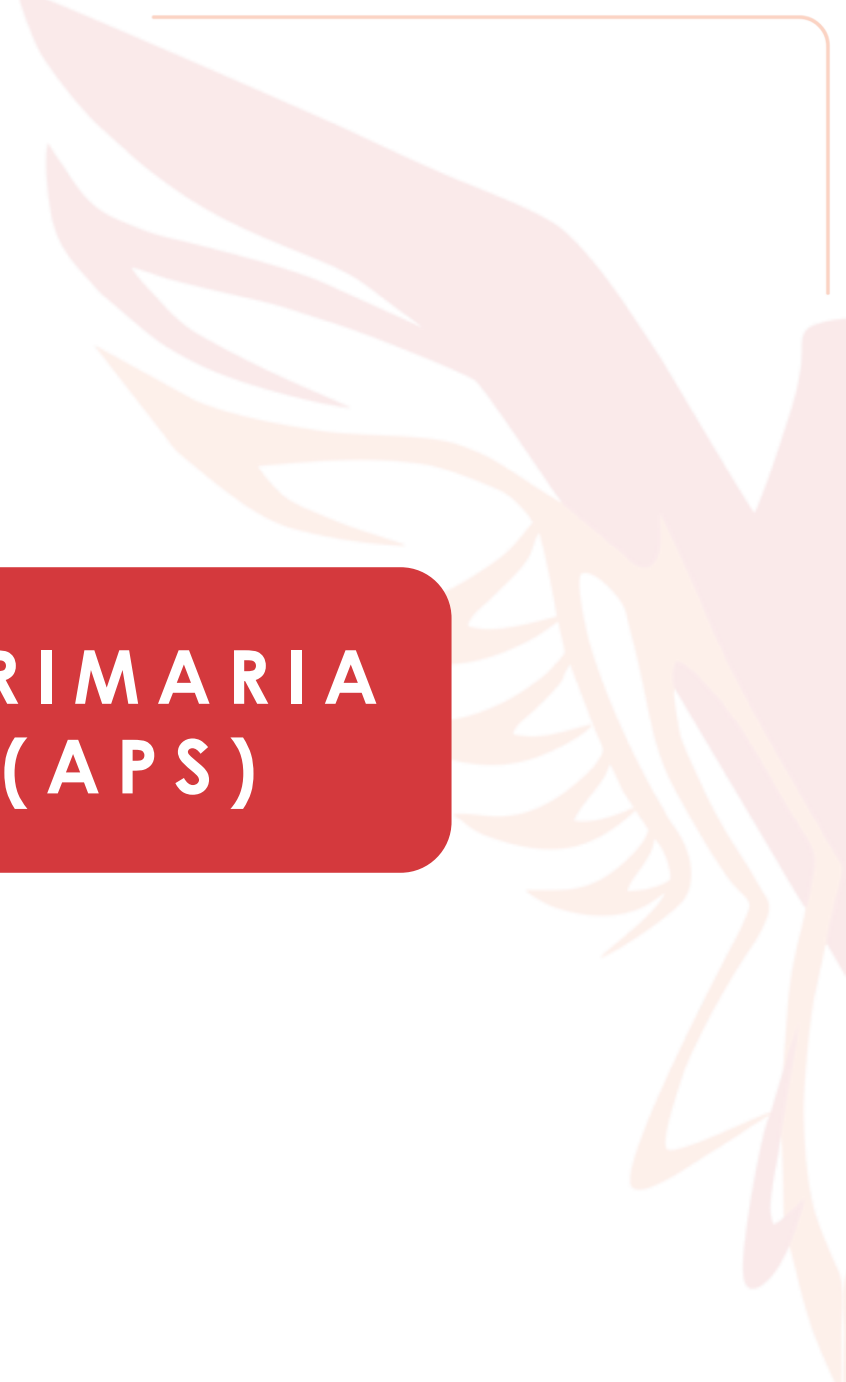


TEMAS TRANSVERSALES





ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)





ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Componentes

- Servicios de salud coordinados
- Políticas multisectoriales - DSS
- Empoderamiento de la población)

Enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad.
Objetivo: garantizar el mayor nivel posible de salud y su distribución equitativa

APS RENOVADA

- Transformación de los sistemas de salud.
- **Sistema de salud basado en APS.**

- Objetivo: mayor nivel de salud posible, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema

VALORES

- Mayor nivel de salud posible.
- Equidad.
- Solidaridad.

PRINCIPIOS

- Necesidades de salud de la población
- Participación
- Intersectorialidad.
- Responsabilidad y rendición de cuentas
- Calidad
- Justicia social
- Sostenibilidad

ELEMENTOS

- Cobertura y el acceso universales.
- Primer contacto
- Atención integral, integrada y continua.
- Orientación familiar y comunitaria.
- Énfasis en la promoción y en la prevención.
- Cuidados apropiados
- Mecanismos de participación activa
- Marco político, legal e institucional sólido
- Políticas y programas pro-equidad
- Organización y gestión óptimas
- Recursos humanos adecuados
- Recursos adecuados y sostenibles
- Acciones intersectoriales

Implementación de RISS

- Red de organizaciones
- Población definida
- Rendición de cuentas

Atributos de las RISS

- Prestación (asistencial)
- Gobernanza y estrategia
- Organización y gestión
- Financiamiento

Lineamientos

- 1: Territorio, población y acceso, centrado en la persona.
- 2: Oferta de fx a necesidades.
- 3: Continuidad (Ref. y contrarref.)
- 4: RHUS eficientes
- 5: TIC
- 6: Soportes logísticos



Corresponde a la definición de Atención Primaria de Salud:

- A. Estrategia de promoción de la salud para mantener la salud de la persona.
- B. Enfoque de la salud que incluye a toda la población para garantizar el mayor nivel posible de salud.
- C. Servicios de salud con enfoque de género y derechos.
- D. Enfoque de la salud para lograr el mayor nivel posible de salud en población vulnerable.

Es un concepto agregado del la atención primaria de salud renovada:

- A. Enfoque de salud para toda la población
- B. Enfoque de derecho
- C. Maximiza la solidaridad del sistema
- D. Empoderamiento de la población

Corresponde a un principio de la Atención Primaria de Salud:

- A. Calidad
- B. Solidaridad
- C. Mayor nivel de salud posible
- D. Primer contacto



Los cuidados vinculados a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación es un principio básico de la Atención Primaria de Salud. ¿A qué principio se refiere? (SERUMS 2025 II)

- A. Universalidad
- B. Equidad en salud
- C. Calidad
- D. Integralidad





CUIDADO INTEGRAL DE SALUDPOR CURSO DE VIDA





Atención integral de salud

- Promoción de salud
- Prevención
- Recuperación
- Rehabilitación

Provisión CONTINUA y de CALIDAD

Persona en contexto de familia y comunidad

4 enfoques

- Curso de vida
- Equidad de género
- Derechos y Deberes
- Interculturalidad

Modelo de cuidado integral por curso de vida (MCI)

Atributos de APS

- Integralidad
- Primercontacto
- Longitudinalidad
- Continuidad

Dimensiones

Prestación

Persona

Familia

Comunidad

Cursos de vida

- Prenatal
- Niño
- Adolescente
- Adulto joven
- Adulto
- Adulto mayor

Organización

Financiamiento

Gestión



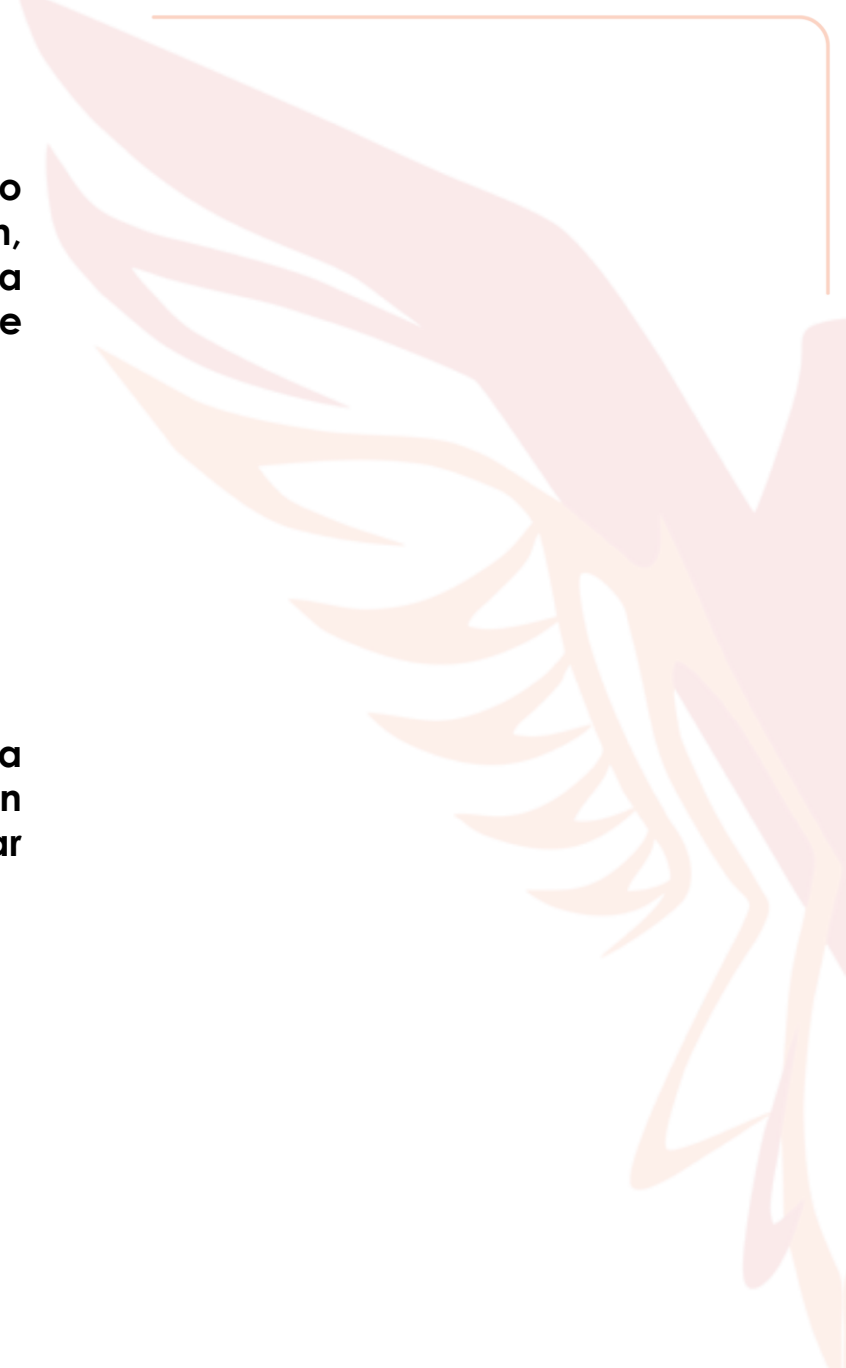
TEMAS ESPECÍFICOS (ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD; CUIDADO INTEGRAL)

Comprende la sucesión de eventos que ocurren a lo largo de la existencia de las personas y la población, los cuales interactúan para influir en su salud desde la preconcepción hasta la muerte. ¿A qué definición se refiere? (ENCAPS 2025-I)

- A. Cuidado integral
- B. Curso de vida
- C. Vías de cuidados
- D. Determinante social

Usted trabaja en un centro de salud y advierte que la población que acude son personas adultas mayores en un 80%. ¿Qué medida inicial puede tomar para mejorar su atención?

- A. Promover la educación en la comunidad
- B. Tener un enfoque de derechos
- C. Favorecer la participación de la familia
- D. Fortalecer su equipo multidisciplinario





PCI DE SALUD DEL NIÑO





ATENCIÓN INTEGRAL RECIÉN NACIDO





PE: ATENCIÓN INTEGRAL RECIÉN NACIDO

Según la Guía de Procedimiento de Atención Inmediata del Recién Nacido, ¿cuáles son las tres características que definen a un recién nacido como vigoroso?

- A. Peso mayor a 2.5 kg, buen reflejo de succión y coloración rosada.
- B. Gestación a término, llanto energético o respiración adecuada, y buen tono muscular.
- C. Frecuencia cardíaca mayor a 100 lpm, respuesta a estímulos y ausencia de meconio.
- D. Nace por parto vaginal, no requiere aspiración de secreciones y tiene reflejos presentes.

VILLAPEPAS:

- DAMOS PROFILAXIS OCULAR CON:
- LA PROFILAXIS DE CORDON SE HACE CON:
- PORQUE DAMOS VITMINA K



HABLAME DE LA ENFERMEDAD HEMORRÁGICA DEL RECIÉN NACIDO

TEM

CLAS

TAR

Toda La Vida (VIDA) vigoroso

T ermino

L lanto

B uen tono muscular

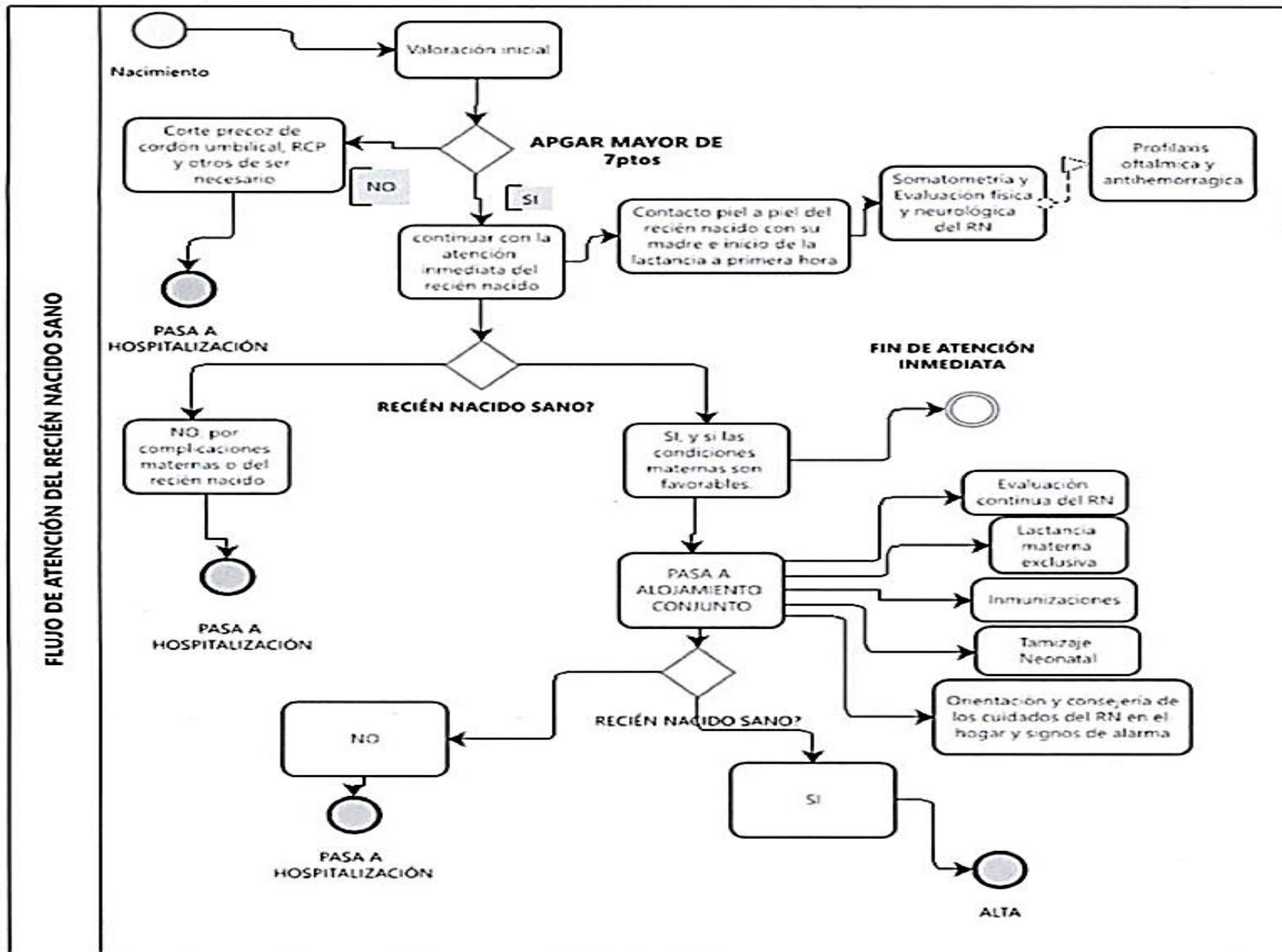
PALON



NEONATÓLOGO



PE: ATENCIÓN INTEGRAL RECIÉN NACIDO





PE: ATENCIÓN INTEGRAL RECIÉN NACIDO

Se atiende un parto en un centro de salud y el profesional de salud se percata que hay líquido amniótico meconial; además, el bebé no está vigoroso. ¿Qué acción debe tomar inmediatamente? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. Cortar el cordón
- B. Observación
- C. Priorizar el secado del recién nacido
- D. Estimular al recién nacido

NO

T
L
B

R
E
A
N
I
M
A
S



3 IDENTIFICAS
PREPARAS AMBIENTE/ PERSONAL
MOVILIZAS CORTAS EL CORDÓN





ATENCIÓN INTEGRAL RECIÉN NACIDO



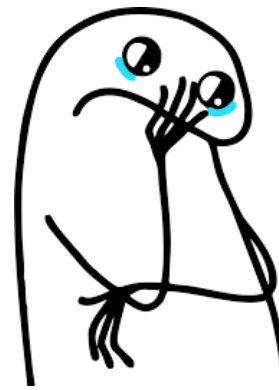


Uno de los paquetes de cuidado integral de salud del niño incluye niños de ... (Banco Villamedic)

- A. Recién nacido a 01 año 11 meses 29 días
- B. De 29 días a 01 año 11 meses 29 días
- C. De 01 a 11 años 11 meses 29 días
- D. De 12 años a 17 años 11 meses 29 días

Las intervenciones y cuidados de la salud en el niño están enfocados en el bienestar físico y mental, desarrollo cognitivo, psicomotor, emocional, afectivo y social así como ... (Banco Villamedic)

- A. Fomentar conductas de autocuidado
- B. Prevención y promoción de comportamientos saludables
- C. Preservar el mayor tiempo la funcionalidad
- D. Reducir la morbilidad y mortalidad



V
A
L
E
S

vacunas

anemia

actancia

elementos



CRED





Peso para la EG

| Punto de corte | Clasificación |
|----------------|---|
| < P10 | Pequeño para la edad gestacional (retraso en el crecimiento intrauterino) |
| P10 a P90 | Adecuado para la edad gestacional |
| >90 | Grande para la edad gestacional (macrosómico) |

Peso al Nacer

| Punto de corte | Clasificación |
|-----------------------|------------------------|
| <1000 gramos | Extremadamente bajo |
| 1000 a 1499 gramos | Muy bajo peso al nacer |
| 1500 a 2499 | Bajo peso al nacer |
| De 2500 a 4000 gramos | Normal |
| >4000 gramos | Macrosómico |

Indicadores Según edad

| Indicador | Definición | Grupo de edad a utilizar |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Peso para la edad (P/E) | Peso global | ≥ a 29 días a < 5 años |
| Peso para la talla (P/T) | Estado nutricional actual | ≥ a 29 días a < 5 años |
| Talla para la edad (T/E) | Crecimiento longitudinal | ≥ a 29 días a < 5 años |
| Perímetro cefálico para edad (PC/E) | Macrocefalia o microcefalia | ≥ a 29 días a < 3 años |

Estado nutricional

| PUNTOS DE CORTE DS | PESO PARA EDAD | PESO PARA TALLA | TALLA PARA EDAD |
|--------------------|------------------|---------------------|-------------------|
| >+ 3 | ----- | Obesidad | Muy alto |
| >+ 2 | Sobrepeso | Sobrepeso | Alto |
| + 2 a - 2 | Normal | Normal | Normal |
| < - 2 a - 3 | Bajo peso | Desnutrición aguda | Talla baja |
| < - 3 | Bajo peso severo | Desnutrición severa | Talla baja severa |



Menor de 4 años, traído por abuelita para evaluación de peso y talla. El resultado evidencia +3 desviación estándar; evaluación desarrollo normal. Se brinda consejería y se planifica el seguimiento domiciliario. ¿En parte del proceso de atención se detecta la alteración? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. Intervención
- B. Diagnóstico
- C. Seguimiento
- D. Valoración



VALORAS



DIAGNOSTICAS



INTERVIENES



SIGUES

D
A
T
O
S

EX. FÍSICO

ENTREV

ELEM US

FACT. RIESG. IND

PAPAS

CONTROL

G. COMPLETA

SALUD

SIN

R/O/V/A/R

RECONOC ORGAN VALORAS REGIST DATOS

EVALUACIÓN PSICOSOCIAL --> 1RA ATENCIÓN RN--> RIESGO MULTIDISCIPLINARIO

ANALIZAS--> IDENTIFICAS PROBLEMAS----> LO HACES CORRECTO PUES ABORDAS CORRECTO

DESNUTRICIÓN

DESARROLLO

INDIVIDUAL

CON ACTIVIDADES

FAMILIAR

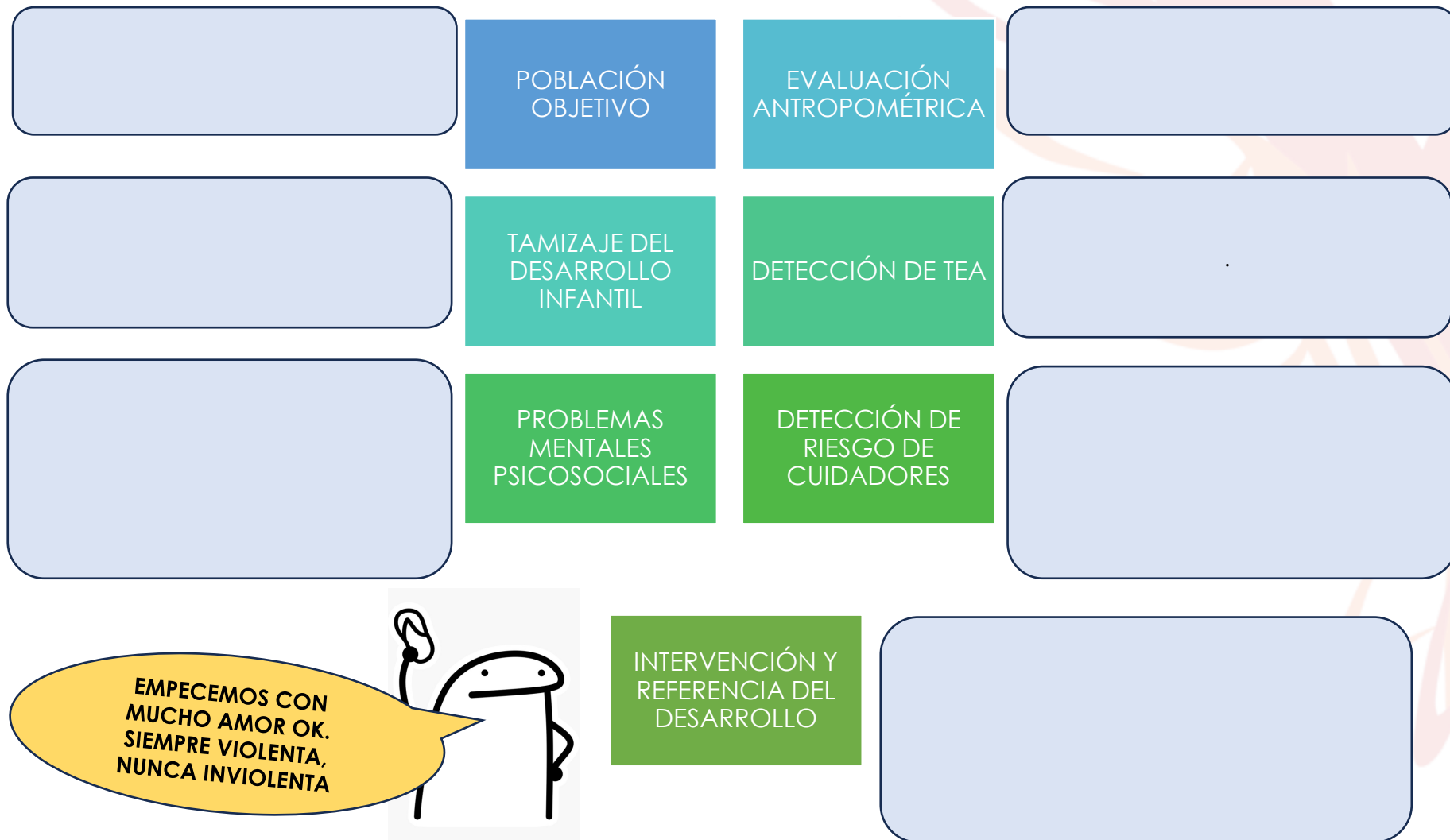
COMUNIDAD

PARA DIAGNÓSTICOS DE RIESGO, LAS INTERVENCIONES VAN DIRIGIDAS A MODIFICAR O ELIMINAR LOS FACTORES DE RIESGO



CRED – CONTROL DEL NIÑO SANO

Cambios y Nuevos Protocolos (NTS N° 238-MINSA/DGIESP-2025)

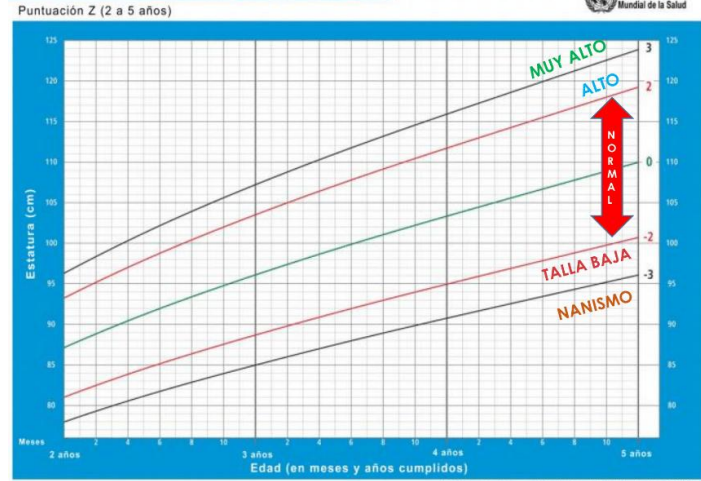




Niño de 3 años de edad, no tiene controles en crecimiento y desarrollo, por lo que el personal de salud acude a su casa para evaluarlo. ¿Cómo demostraría que está en riesgo nutricional? (SERUMS 2025 I)

- A. Curva Peso/Talla de lento crecimiento
- B. Pérdida lenta de peso
- C. Acercamiento a la mediana
- D. Curva Peso/Talla es plana

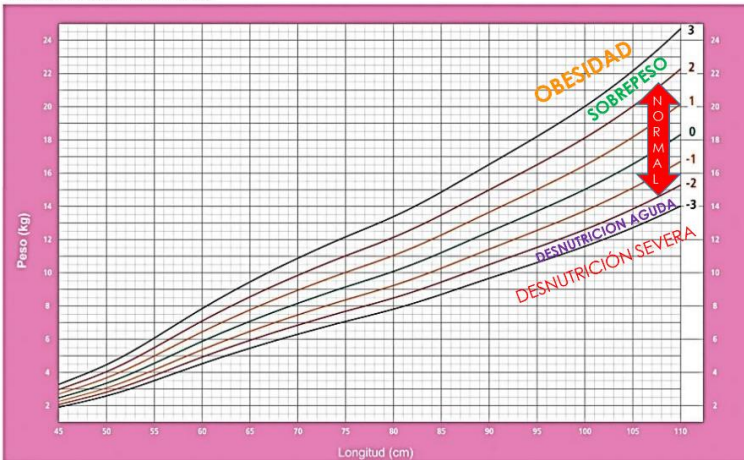
Estatura para la edad Niños



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la longitud Niñas

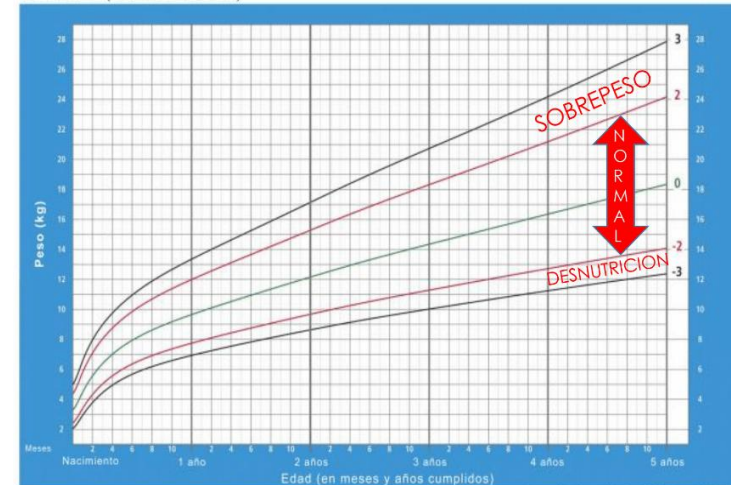
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

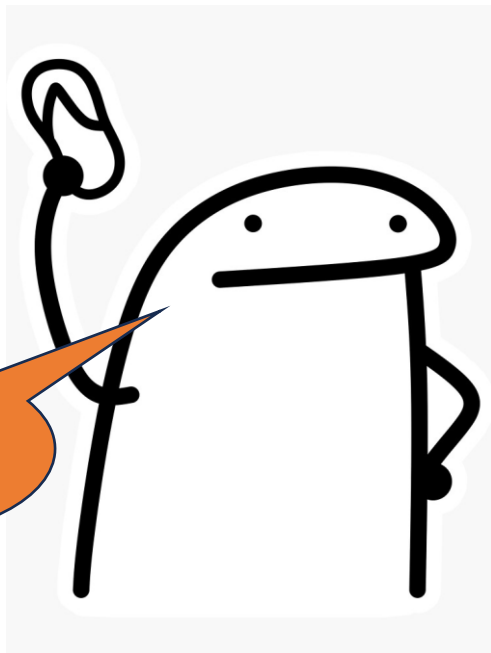


Patrones de crecimiento infantil de la OMS



Madre trae a su hijo de 2 meses para su control de crecimiento y desarrollo; refiere antecedente de bajo peso al nacer. Se le brinda atención durante un tiempo promedio de 45 minutos. ¿En cuánto tiempo lo debe citar para su siguiente control de CRED? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. 30 días
- B. 7 días
- C. 15 días
- D. 2 meses



CONTROLES

| | |
|-------------------------------------|--|
| RN | |
| MENOR 1 AÑO | |
| MENOR DE 2 AÑOS | |
| 2 A MENOS DE 5 AÑOS | |
| 5 AÑOS – 11 AÑOS 11 MESES Y 29 DÍAS | |

¿Y QUÉ PASA CUÁNDO SON BAJO PESO AL NACER O PREMATUROS

Controles del RN: _____
Control en el niño **MENOR** de un año: _____

Controles en el primer año de vida: _____





Niño de 3 años es traído a la consulta por su madre al centro de salud para la evaluación del crecimiento y desarrollo. ¿Qué escala deberá usar? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. Escala de evaluación del desarrollo psicomotriz
- B. Test de evaluación psicomotriz
- C. Evaluación del estado nutricional
- D. Evaluación del crecimiento adecuado

TEPD

EEDP

TEPSI

HUANCA TEST

EDI





DESARROLLO

Adquirir nuevas habilidades. Objetivo: lograr capacidad funcional

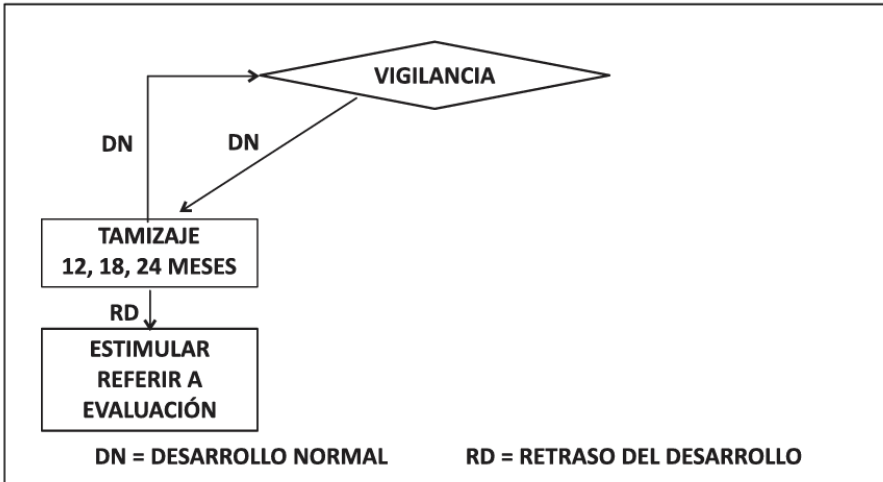
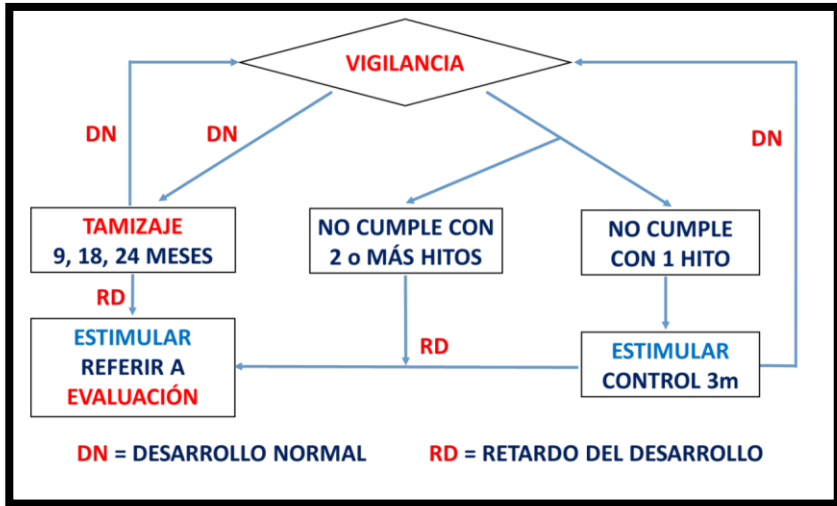


Figura 2. Escenario 1

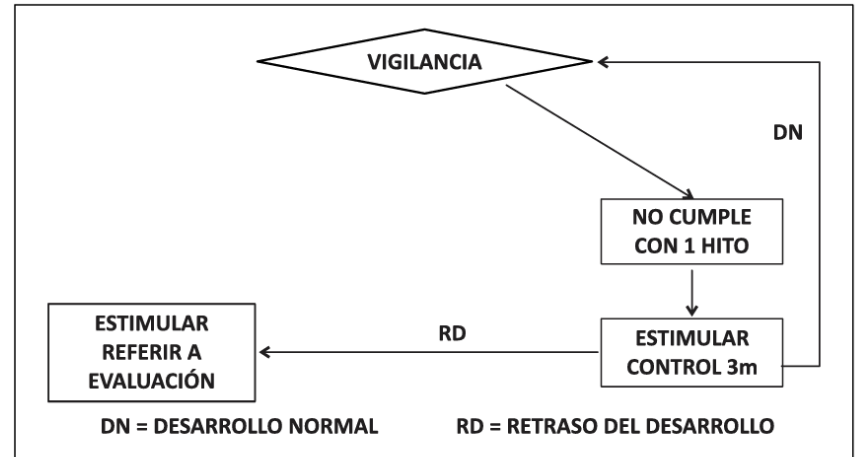


Figura 3. Escenario 2

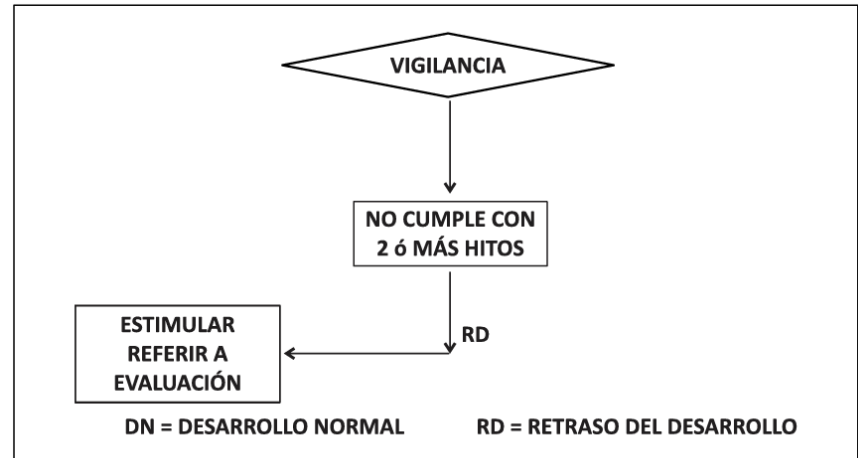

















Figura 4. Escenario 3



| ÁREA \ EDAD | Recién Nacido | 3 meses | 6 meses | 9 meses |
|---------------------|--|---|--|---|
| MOTOR GRUESO |  Postura fetal |  Sostén cefálico |  Se mantiene sentado |  Se sienta |
| MOTOR FINO |  Manos empuñadas |  Manos abiertas |  Transfiere |  Pinza inmadura |
| SOCIAL |  Mira |  Sonríe-ríe |  Abraza |  Imita |
| COGNITIVO |  Mira |  Se interesa |  Examina |  Busca |
| HABLA |  Llora |  Gutorea |  Silabea |  Balbucea |

GUÍA DE VIGILANCIA DEL NEURODESARROLLO



| ÁREA \ EDAD | 12 meses | 18 meses | 24 meses | 30 meses |
|---------------------|------------------|--------------|--------------|---------------|
| MOTOR GRUESO | Camina | Corre | | |
| MOTOR FINO | Pinza madura | | | |
| SOCIAL | Señala | Muestra | Juega | |
| COGNITIVO | Voltea | Reconoce | Recuerda | Obedece |
| HABLA | Palabrea | Parlotea | Frases | Oraciones |



Para evaluar el desarrollo, en el caso de niñas y niños prematuros se debe considerar:
(Banco Villamedic)

- A. La edad cronológica en meses
- B. La edad cronológica corregida
- C. La edad gestacional en semanas
- D. La edad gestacional en meses



Ah bueno

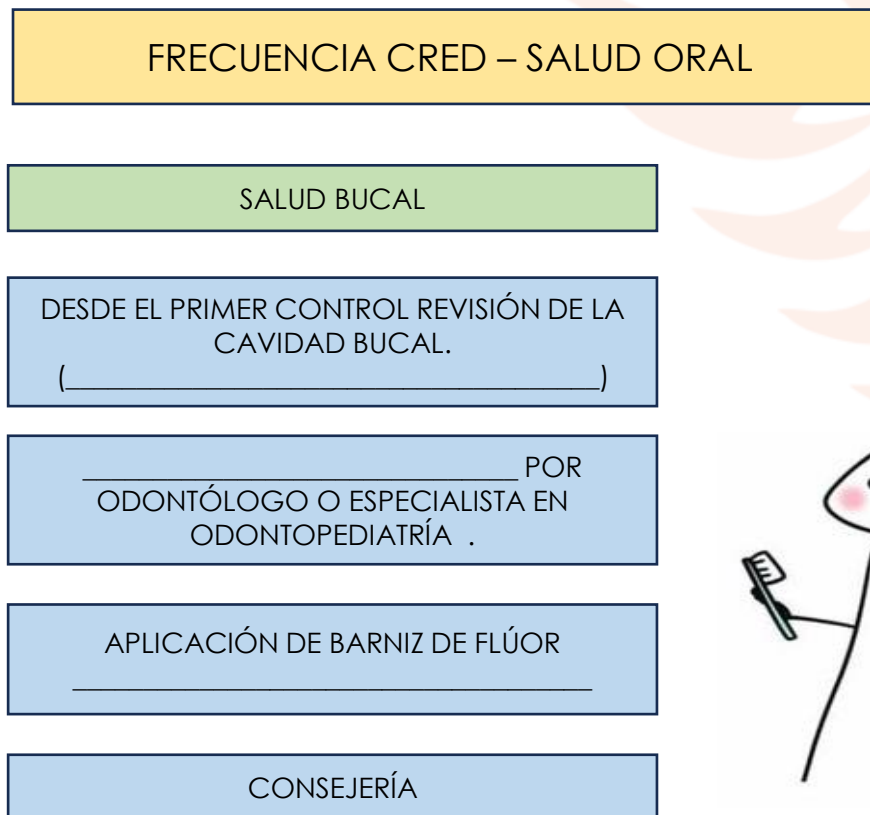


Pa saber



La evaluación bucal es realizada por el profesional de salud responsable de la atención de crecimiento y desarrollo, desde: (Banco Villamedic)

- A. Que aparecen los primeros dientes
- B. El control CRED del 6 mes
- C. El primer control CRED
- D. El año de edad





ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN DEL PERÚ





Es un componente prioritario y esencial de los programas de inmunización y comprende el cumplimiento de un conjunto de procedimientos normalizados, estandarizados o protocolizados que se observan desde la formulación de una vacuna, su producción, transporte, almacenamiento y conservación, distribución, manipulación, reconstitución, administración (inyección segura), eliminación (bioseguridad) y la vigilancia epidemiológica e investigación de los ESAVI: (Banco Villamedic)

- A. Vacunación oportuna
- B. Vacunación eficaz
- C. Vacunación segura
- D. Vacunación de calidad



Vacunación Oportuna:

¡El momento justo es clave!

Vacunación Eficaz:

¡Qué el escudo funcione!

Vacunación Segura:

¡Cuidando cada detalle!

Vacunación de Calidad:

¡Excelencia en todo el proceso!



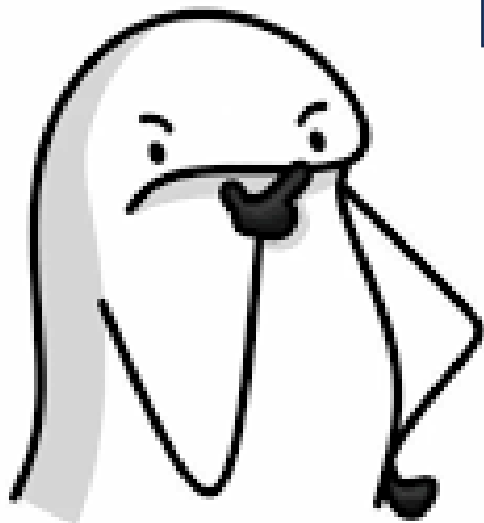
¿Cuál es una causa directa para el riesgo elevado de brote de enfermedades inmunoprevenibles, en menores de cinco años a nivel nacional? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. Acciones de comunicación que son sostenibles en el año
- B. Viáticos insuficientes para desplazamiento de brigadas
- C. Disponibilidad de personal calificado y de recursos en las IPRESS del Ministerio de Salud
- D. Baja cobertura de vacunación, con esquema regular, en los últimos 5 años



Cobertura de
Vacunación:

¡Contando Cuántos Escudos
Hemos Repartido!



%

EJEMPL.

INM. DE
REBAÑO



Vacunación que se realiza ante la notificación de un caso sospechoso de una enfermedad prevenible por vacuna, sujeto a eliminación o control. Para esta actividad se considera el estado vacunal previo de la persona: (Banco Villamedic)

- A. Control de brotes
- B. Bloqueo vacunal
- C. Campaña de vacunación
- D. Barrido



Control de Brotes:

¡Apagando el incendio! 🔥

Bloqueo Vacunal:

¡Creando un escudo alrededor del peligro! 🛡️

Campaña de Vacunación:

¡Un Mega Evento para Subir las Defensas! 🎉

Barrido:

¡Recorriendo cada rincón para que nadie se quede sin proteger! 🧹



Con respecto a la vacunación. ¿Cuál es la definición de susceptible? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. No presenta riesgo de desarrollar una discapacidad
- B. Niño que no va morir por una enfermedad prevenible por la vacuna
- C. No tiene riesgo de enfermarse
- D. Niño o niña que no ha sido vacunado o que no ha completado su esquema de vacunación



Población Vulnerable: Prioridad para vacunación:

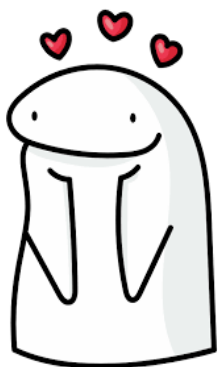
- Gestantes
- Población indígena
- Personas con discapacidad
- Personas privadas de su libertad
- Personal de primera línea (bomberos, serenazgo, policías, limpieza, seguridad, fuerzas armadas).

Población Susceptible:

- No vacunados de alguna enfermedad.
- Niño o niña que no ha sido vacunado o que no ha completado su esquema de vacunación.



PE: INMUNIZACIONES



DRA. DÍGAME POR FAVOR LAS PEPAS SUPREMAS QUE DEBO RECONOCER DE ESTA NUEVA NORMA TÉCNICA.

"6.1.1.19 VACUNA COMBINADA HEXAVALENTE (*) (DPT-HvB-Hib-IPV)

| | |
|------------------------------|---|
| TIPO DE VACUNA | Inactivadas o muertas |
| DESCRIPCIÓN | Vacuna Conjugada (Absorbida), Antidiftérica, Antitetánica y Contra la Tosferina (de célula entera), Hepatitis B (rADN), Poliomielititis (inactivada) y Haemophilus influenzae Tipo b. |
| COMPOSICIÓN | Cada dosis de 0.5 ml contiene: <ul style="list-style-type: none"> Toxoide Diftérico ≥ 30 UI Toxoide Tetánico ≥ 40 UI B. pertussis (de célula entera) ≥ 4 UI HBsAg (rADN) 15 mcg Vacuna inactivada de polio (Cepas Salk crecidas en las células vero) Tipo 1 (40 DU), Tipo 2 (8 DU) y Tipo-3 (32 DU). Hib (PRP) 10 mcg Conjugado TT (proteína portadora) 19 a 33 mcg Absorbido en fosfato de aluminio, Al+++ $\leq 1,25$ mg 2- fenoxietanol 0,5% |
| PRESENTACIÓN | Frasco monodosis de 0.5 ml, líquido color blanquecino, ligeramente opaco. |
| INDICACIONES | Inmunización contra la difteria, tétanos, Tos ferina, hepatitis B, Poliomielititis y enfermedades invasivas causadas por Haemophilus influenzae tipo b. |
| ESQUEMA DE VACUNACIÓN | <ul style="list-style-type: none"> Tres (3) dosis a los 2, 4 y 6 meses antes de cumplir 1 año de edad. Edad de inicio: 2 meses de edad. Intervalo: de 8 semanas entre dosis y dosis, excepcionalmente 4 semanas o más (ámbitos de difícil acceso, situación de riesgo epidemiológico, entre otras). En caso de interrupción de la vacunación, es importante completar el esquema de 3 dosis. |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Se debe administrar una dosis de refuerzo preferiblemente durante el segundo año de vida (≥ 6 meses después de la última dosis primaria). Aquellos niños y niñas que no recibieron las 3 dosis en la edad descrita anteriormente podrán recibirla hasta menores de 7 años. |
| DOSIS | 0.5 ml. |
| CONSERVACIÓN DE LA VACUNA | +2°C a +8°C Frasco abierto: uso inmediato |
| VÍA Y SITIO DE ADMINISTRACIÓN | Intramuscular Menor de 1 año: Tercio medio del músculo vasto externo, en la cara antero lateral de la parte superior externa del muslo. De 2 años a 7 años 0 días: músculo deltoides, cara lateral externa, tercio superior del brazo. |
| JERINGAS A UTILIZAR | 1 cc con aguja 25 G x 1". Auto retráctil. |
| POSIBLES EFECTOS POSTVACUNALES | Reacciones locales: Dolor, enrojecimiento, induración en el lugar de la aplicación. Reacciones sistémicas: Se manifiestan en las 48 horas siguientes a la vacunación con llanto persistente, alza térmica, irritabilidad. Menos frecuentes (convulsiones tipo espasmos o crisis de ausencia). |
| CONTRAINDICACIONES | Reacción alérgica a dosis previas de la vacuna o a uno de sus componentes. |
| USO SIMULTÁNEO CON OTRAS VACUNAS | Puede ser aplicada simultáneamente con cualquier otra vacuna ya sean estas vivas atenuadas e inactivas o muertas |

(*) Se incorporará de manera progresiva desde el año 2026".






LAS PEPILLAS



VACUNAS

By Villamedic

NACIMIENTO: BCG
VHB

|  | 5 Penta | Internos IPV | Rotan Rotavirus | Neumo Neumococo | Infantil Influenza | en San SPR | Vartolo Varicela |
|---|-------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------------|
| 1x2 - 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | |
| 2x2 - 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | |
| 3x2 - 6 | 3 | 3 | | | ✓ | | |
| 7 INFANTE 7 LETRAS | | | | | ✓ | | |
| 12 (1º año) el 1º año vas a neumo infantil en San Bartolo | | | | 3 | ✓ | 1 | ✓ |

|  | Ha Hepatitis A | Na AMA | Siempre SPR | Depende DPT | Apoyo APO | de Influencers influenza |
|--|--------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|---|
| 15 HaNa | ✓ | ✓ | | | | |
| 18 Siempre Depende de Apoyo | | | 2 | 1R | *1R | |
| 24 | | | | | | ✓ |
| 4a (4º año) 2+2 4a | | | | 2R | 2R | INFLUENZA ADULTO también a los 3 años |

* IPV IM (2024)

www.villamedicgroup.com

- Repetir la dosis una vez si vomita _____
- No repetir; se pierde esa dosis. Si vomita _____
- Eficacia de la vacuna de varicela pos-exposición

- En alergia grave a proteína de huevo _____
- Evitar vacunas vivas; aplicar inactivadas (respuesta inmune puede ser menor)

- Meningoencefalitis viral como EA raro COMPONENTE



Niño de un año, es traído al establecimiento de salud para control de CRED. A la evaluación se encuentra clínicamente sano. ¿Cuál es el esquema de vacunación para su edad? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. Antiamarílica, influenza 3ra dosis y SPR 1ra dosis
- B. Neumococo 3ra dosis y SPR 2da dosis
- C. Neumococo 3ra dosis, varicela y SPR 1ra dosis
- D. Varicela 1ra dosis, SPR 1ra dosis, antiamarílica 1ra dosis



VACUNAS VIVAS ATENUADAS

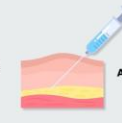
VACUNAS
IVAS
ILLAMEDIC



triple **V**iral (SPR)

Varicela

fie **V**re amarilla



Aplicación subcutánea (45°)

VCG (BCG, TBC)



Aplicación intradérmica (15°)

Rota **V**irus

Sa **V**in (Polio)



Administración oral

www.villamedicgroup.com



| VACUNA | CONSIDERACIÓN |
|-----------------------|---|
| BCG | PUEDE RECUPERARSE HASTA LOS ____ MESES. DE 1 AÑO-5 AÑOS: PREVIO DESCARTE. |
| HVB | SI NO SE ADMINISTRÓ EN LAS PRIMERAS 24 HRS DE NACIDO, PODRÁ RECIBIRLA HASTA ____ DÍAS EN CASO EXCEPCIONALES (PARTOS DOMICILIARIOS). |
| PENTAVALENTE | INICIA DESDE LA CAPTACIÓN Y SE ADMINISTRA CON INTERVALO MÍNIMO DE ____ SEMANAS HASTA LOS MENORES DE ____ AÑOS O DÍAS. |
| IPV | INICIA DESDE LA CAPTACIÓN Y SE ADMINISTRA 3 DOSIS CON INTERVALO MÍNIMO DE 4 SEMANAS HASTA LOS ____ AÑOS O DÍAS. |
| APO | REFUERZOS DE ACUERDO AL CUMPLIMIENTO DE ESQUEMA HASTA MENORES DE 5 AÑOS. |
| ROTAVIRUS | HASTA LOS ____ MESES O DÍAS. INTERVALO MÍNIMO 4 SEMANAS. |
| NEUMOCOCO | MENOR DE 1 AÑO: 2 DOSIS CON INTERVALO DE 1 MES Y TERCERA A LOS 12 MESES. 1-2 AÑOS CON 1 DOSIS: SE LES APLICA UNA SEGUNDA DOSIS |
| SPR | 1 DOSIS A LA CAPTACIÓN Y LA 2DA A LAS 4 SEMANAS HASTA LOS ____ AÑOS O DÍAS. |
| DPT | 1ER REFUERZO A LA CAPTACIÓN Y EL 2DO REFUERZO CON INTERVALO DE ____ MESES. CAPTACIÓN SERÁ HASTA MENOR DE ____ AÑOS. |
| VHA - VARICELA | 1 DOSIS EN MENORES DE 5 AÑOS EN CASO NO HAYAN RECIBIDO. |
| AMA | 1 DOSIS ÚNICA, MÁXIMO ____ AÑOS. |

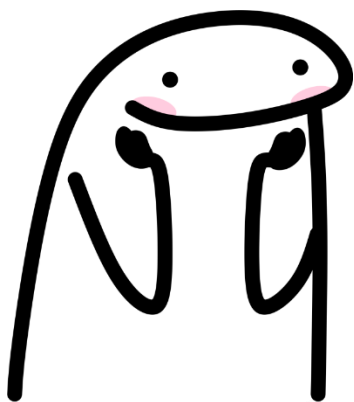
SITUACIONES ESPECIALES

- Alergia a huevo:
- Recuperación de esquemas:
 - Rotavirus
 - BCG
 - Pentavalente
 - VHB hasta



Niña de 10 años portadora de virus de inmunodeficiencia humana (VIH); según el esquema de vacunación de VPH recibirá la primera dosis al contacto. ¿En cuánto tiempo debe aplicar la siguiente dosis? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. 30 días
- B. 2 meses
- C. 6 meses
- D. 3 meses



Vacunas - VIH

- No polio ORAL. Esquema de 3 dosis de IPV y 2 refuerzos de IPV
- Vacunas vivas **BCG, SPR, VARICELA, AMA** solo si tiene CD4 mayor de 200 células o Z 15% es decir NO INMUNODEPRESION SEVERA.
- **ROTAVIRUS: bajo prescripción médica**



Además:

- Varicela: 2da dosis 18 meses
- Hepatitis A: 2da dosis 18 meses
- VPH: 2da dosis a los 6 meses
- *Meningoco: 9 - 12 meses*



Niña de un año, sin antecedente vacunal, es llevada al centro de salud con T°: 38.6 °C y exantema generalizado no vesicular, el personal que lo atiende lo define como caso sospechoso de sarampión y se le toma la muestra de laboratorio mediante hisopado nasofaríngeo. ¿Cuáles son las acciones inmediatas a tomar? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. Toma de muestras a toda la familia y referir al paciente
- B. Notificación inmediata y bloqueo vacunal
- C. Investigación y seguimiento de contactos
- D. Según resultados de laboratorio implementar las medidas de control

1

Vigilancia Epidemiológica Específica

5 MANZ A LA REDO
121

<48 HRS

2

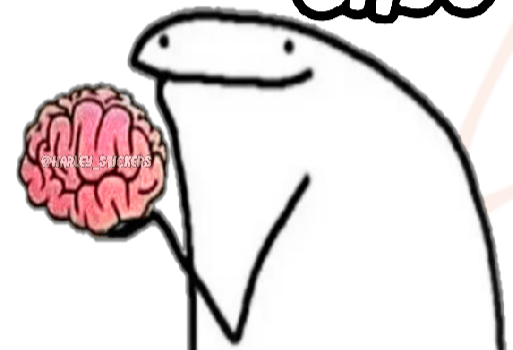
Vacunación de Bloqueo (Blockade Vaccination):

APAR. MÁS
CASOS DE LOS
ESPE
BARRIDO

3

Investigación de Brotes y Acciones Complementarias

**TOMA SE TE
CAYÓ**





Ante la presencia de un caso probable de Tos Ferina. ¿Cuáles son las medidas a implementar? (SERUMS 2025 I)

- A. Jornada de vacunación, quimioprofilaxis, búsqueda de contactos indirectos
- B. Seguimiento de contactos, búsqueda activa comunitaria e institucional, bloqueo vacunal
- C. Búsqueda de casos secundarios, barrido vacunal, inamovilidad del caso
- D. Censo de contactos, barrido vacunal, investigación del caso índice





ESAVI



Mujer de 30 años que, al día siguiente de recibir la vacuna contra la neumonía, refiere fiebre, cefalea y mialgias; dos días después presenta vómitos y diarrea. Sin evidencia de mejora, consulta en un centro de salud y se decide su internamiento.

¿Qué tipo de ESAVI es? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. Grave
- B. Moderado
- C. No grave
- D. Leve

ESAVI LEVE , MODERADO Y SEVERO

LEVE

MODERADO

(AUTOLIMITADO, SIN REPERCUSIÓN)

(INTERFIERE ACTIVIDADES; REQUIERE EVALUACIÓN)

QUÉ:

QUÉ:

VACUNAS TÍPICAS:

VACUNAS TÍPICAS:

MANEJO:

MANEJO:

Sospecha:
NOTIFICABLE

GRAVE: EN 24 HORAS

LEVES-MODERADOS:
HASTA 72 HORAS

Cualquier evento adverso asociado a la vacunación o inmunización, que tiene una asociación temporal y no necesariamente causal.

Severo/Grave:

Es todo ESAVI que incluye uno o más de los siguientes criterios:

- Aborto
- Anomalía congénita
- Discapacidad
- Hospitalización
- Riesgo de muerte
- Fallecimiento



Cuando el evento definitivamente no está relacionado a la vacuna y se identifica una etiología o patología que explica de manera razonable el cuadro clínico (enfermedad producida por otra etiología). ¿A qué tipo de ESAVI corresponde? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. Inmunización
- B. Evento no concluyente
- C. Evento coincidente
- D. RAM

EVENTO RELACIONADO CON LA VACUNA O CUALQUIERA DE SUS COMPONENTES

EVENTO NO CLASIFICABLE

EVENTO COINCIDENTE



EVENTO RELACIONADO CON LA DESVIACIÓN DE LA CALIDAD DEL PRODUCTO

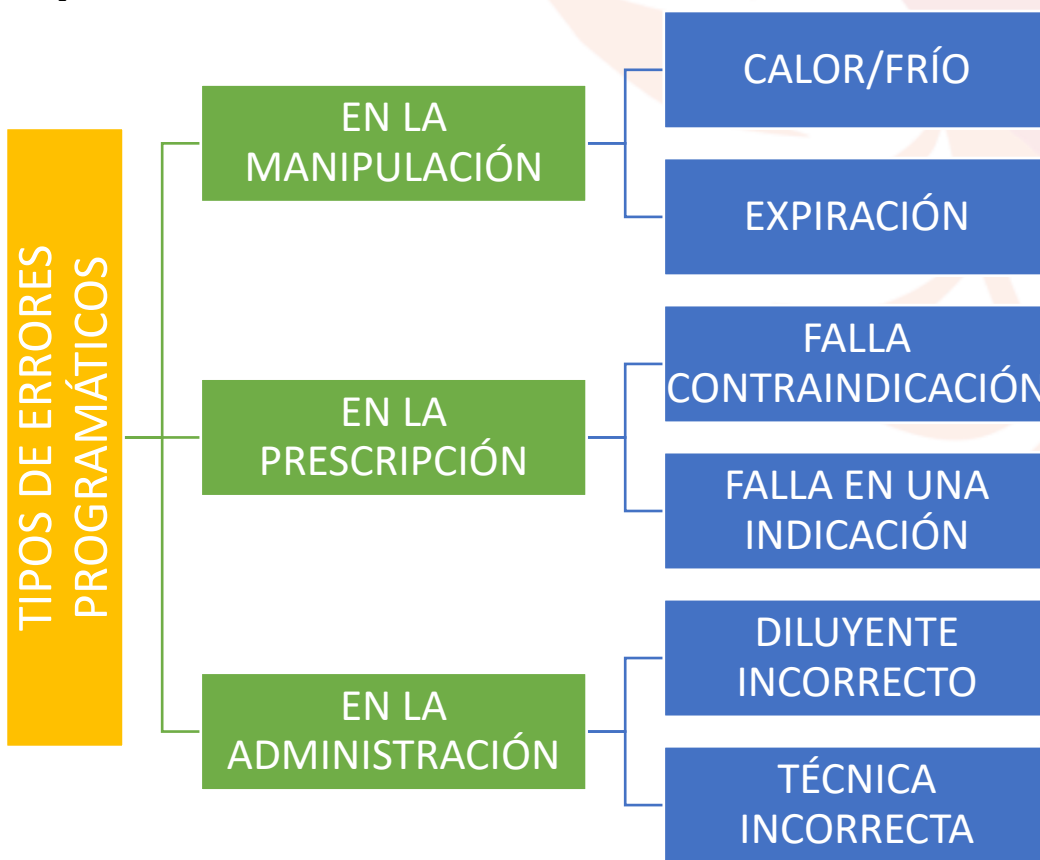
EVENTO RELACIONADO CON UN ERROR PROGRAMÁTICO

EVENTO POR ESTRÉS QUE TUVO LUGAR INMEDIATAMENTE ANTES, DURANTE O DESPUÉS DEL PROCESO DE VACUNACIÓN



Evento debido a error en los procesos de: almacenamiento, conservación, distribución, manipulación, preparación y administración de las vacunas; o relacionado con la consejería: (Banco Villamedic)

- A. ESAVI leve
- B. ESAVI operativo
- C. Error programático
- D. Evento errado





PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA, OTROS PROBLEMAS DE MALNUTRICIÓN



PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA





Un niño de 3 años reside en una comunidad ubicada a 2500 metros sobre el nivel del mar. Al medir su hemoglobina, ¿qué ajuste debe realizar el profesional de salud al valor observado, de acuerdo con la Norma Técnica de Salud del MINSA? (Banco Villamedic)

- A. Disminuir el valor observado en 1.1 g/dL.
- B. Disminuir el valor observado en 1.4 g/dL.
- C. Disminuir el valor observado en 1.8/dL.
- D. Aumentar el valor observado en 1.8 g/dL.

NORMA TÉCNICA ACTUAL, MÁS FÁCIL DE APRENDER, MÁS FÁCIL DE MEMORIZAR



Tabla N° 1
AJUSTES A LA CORRECCIÓN DE HEMOGLOBINA (g/dL)
EN INCREMENTOS DE 500 M DE ELEVACIÓN

| Rangos de elevación (msnm) | Ajustes en la concentración de hemoglobina (g/dL) Disminuir: |
|----------------------------|---|
| 1- 499 | 0 |
| 500 - 999 | 0.4 |
| 1000 - 1499 | 0.8 |
| 1500 - 1999 | 1.1 |
| 2000 - 2499 | 1.4 |
| 2500 - 2999 | 1.8 |
| 3000 - 3499 | 2.1 |
| 3500 - 3999 | 2.5 |
| 4000 - 4499 | 2.9 |
| 4500 - 4999 | 3.3 |

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre los límites de hemoglobina para definir la anemia en individuos y poblaciones. 2024.
Los ajustes son la cantidad restada del nivel de hemoglobina observado de un individuo o agregada al límite de hemoglobina que define la anemia (en g/dL).
Ajustes propuestos por todos los grupos de población basados en la ecuación: Ajuste de hemoglobina (g/dL) = $(0,0056384 \times \text{elevación}) + (0,0000003 \times \text{elevación})$

NTS N° 213-MINSA/DGIESP-2024, NORMA TÉCNICA DE SALUD: PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO EN EL NIÑO Y LA NIÑA, ADOLESCENTES, MUJERES EN EDAD FÉRTIL, GESTANTES Y PUÉRPERAS



Dentro del paquete preventivo de salud del adolescente. ¿Cuántas mediciones al año de hemoglobina debe realizarse? (SERUMS 2025 I)

- A. 2
- B. 6
- C. 4
- D. 1



ENCAPS ALLI TE VOY

| EDAD | N | L | S |
|--------|-------------|-------|----|
| <2 A | ≥ 10.5 | H 9.5 | <7 |
| 2-5 A | ≥ 11 | H 10 | <7 |
| 5-11 A | ≥ 11.5 | H 11 | <8 |
| M>11 | ≥ 12 | H 11 | <8 |
| V12-14 | ≥ 12 | H 11 | <8 |
| V>15 | ≥ 13 | H 11 | <8 |

- Duración de suplementación en <3 años _____
- Duración de suplementación en 3–11 años _____
- Dosis de 30 mg de hierro elemental: ¿para qué edades _____
- Dosis de 60 mg de hierro elemental: ¿para qué edades? _____
- Tratamiento en 6–11 años con anemia _____
- Tratamiento en adolescente con anemia _____
- _____
- ¿Cuándo debe subir la hemoglobina y cuánto? _____
- Controles de Hb en <36 meses con tratamiento _____
- Controles de Hb en 3–11 años con tratamiento _____
- En la gestante puérpera con tratamiento _____



Según la Norma Técnica de Salud del MINSA, ¿a qué edad y por cuánto tiempo debe iniciarse la suplementación preventiva de hierro en un niño o niña nacido a término y con adecuado peso al nacer? (Banco Villamedic)

- A. A los 30 días de nacido, hasta los 5 meses y 29 días.
- B. A los 4 meses de edad, hasta los 6 meses cumplidos.
- C. A los 6 meses de edad, por 6 meses consecutivos.
- D. A los 2 meses de edad, por 3 meses continuos.

Prevención (Fe elemental)

- Pretérmino / BPN:

- Término / peso adecuado: _____

Tratamiento

- Pretérmino / BPN: _____

- Término: _____

Ajustar según Hb y tolerancia; reforzar adherencia y dieta rica en Fe





Durante el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en un niño de 9 meses, ¿cuál es la frecuencia de control de hemoglobina establecida por la Norma Técnica de Salud del MINSA para este grupo de edad? (Banco Villamedic)

- A. Al mes de iniciado el tratamiento, y luego cada 3 meses.
- B. Al mes, al segundo mes, al tercer mes y al sexto mes de iniciado el tratamiento.
- C. Solo al tercer y sexto mes de iniciado el tratamiento.
- D. Cada 4 semanas hasta alcanzar el valor normal de hemoglobina.

Tabla N°20
Control de hemoglobina en el tratamiento de anemia en el niño y la niña, el/la adolescente y mujer en edad fértil y gestante

| Grupo de edad/ Condición | Control de hemoglobina |
|--|--|
| Recién nacido con bajo peso al nacer/Prematuro | Manejo hospitalario |
| Niño < 6 meses nacido a término con adecuado peso al nacer | Al mes de iniciado tratamiento |
| 6 meses a 35 meses | Al segundo, tercer y sexto mes de iniciado tratamiento |
| 36 meses a 11 años | Al mes de iniciado el tratamiento. |
| Adolescente, mujer en edad fértil | Al tercer y sexto mes del tratamiento |
| Gestante | Cada 4 semanas hasta que la hemoglobina alcance el valor normal. |

CUANDO EL PACIENTE ESTÁ CON EL DIAGNÓSTICO DE ANEMIA, Y SU EDAD ESTÁ COMPRENDIDA ENTRE LOS 6 MESES Y 36 MESES EL DOSAJE DE HB DESPUÉS DE INICIADO EL TTO SE HACE AL 1, 2, 3 Y 6TO MES, ES A PARTIR DE LAS 36 SEMANAS EN ADELANTE HASTA LOS 11 AÑOS QUE EL DOSAJE SE HACE EN LAS TEMPORALIDADES QUE TE MENCIONE ES DECIR AL MES, A LOS TRES MESES Y AL SEXTO MES DE INICIADO EL TRATAMIENTO



NTS N° 213-MINSA/DGIESP-2024, NORMA TÉCNICA DE SALUD: PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO EN EL NIÑO Y LA NIÑA, ADOLESCENTES, MUJERES EN EDAD FÉRTIL, GESTANTES Y PUÉRPERAS



NUTRICIÓN





La leche de los primeros días se llama y brinda protección a la mucosa intestinal del recién nacido, con inmunoglobulina A secretoria, impidiendo la colonización de gérmenes. (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. leche madura
- B. leche sucedánea
- C. calostro
- D. leche de transición

CALOSTRO

VITAMINA A
INMUNOGLOBULINA A
LACTOFERRINA

- A
- B
- C
- D
- E

ANTIINFLAMATORIO
 ANTIBACTERICIDA Y BACTERIOSTÁTICA
 ADAPTADORA DE FE
 DEFENSA
 ESTIMULANTE DEL ENTEROCITO

3-5 DÍAS

Figura N° 1
La leche materna en sus diferentes etapas



Fuente: Acompañando tu lactancia-Manual Operativo de Lactancia Materna Chile-Crece Contigo

1HR



Figura N° 4
Características del calostro



Líquido de color amarillento espeso y se produce en pequeñas cantidades

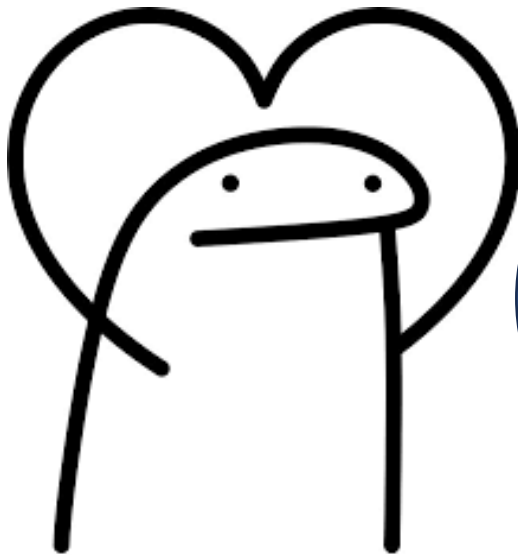
- E
- P
- A
- L
- E

ESPESO
 PEQUEÑA CANTIDAD
 AMARILLO
 AYUDA A ELIMINAR EL MECONIO



¿Cuántos son los pasos para una lactancia materna exitosa? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. 9
- B. 8
- C. 12
- D. 10



LAS
10 C

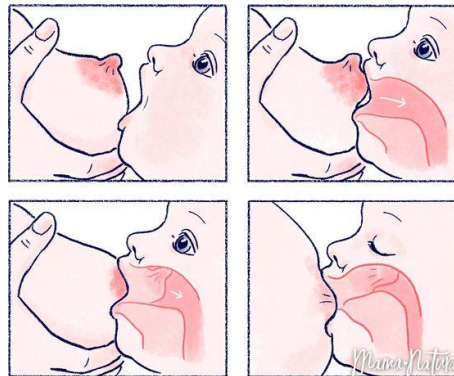
- C ONTACTO
- C ALOSTRO
- C OMODA TÚ
- C OMODA ÉL
- C OLÓCALO
- C ALIFÍCALO
- C ORRIGE TÉCNICAS
- C ONOCE Y RECONOCE
- C UENTA HASTA 6
- C ONTINUA HASTA LOS 2



Puérpera 18 años, acude a su primer control a los 7 días postparto, refiere LME y mucho dolor al lactar a su bebé. Examen: FC: 84 X'; FR: 19 X'; T°: 37 °C; PA: 100/60 mmHg; mamas: turgentes, secretantes, mama derecha con grietas a nivel de pezón y signos inflamatorios, no masas; útero involucionado, palpable a nivel de la sínfisis del pubis; loquios escasos no mal olor. ¿Cuál es la causa probable? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. Inadecuada frecuencia de la lactancia
- B. Mala alineación del bebé
- C. Inadecuada posición de la madre
- D. Mal agarre

TÉCNICA DE AGARRE



NO

NO DEBE DOLER

NO DEBE GENERAR HERIDAS

NO DEBE GENERAR INFLAMACIÓN



Madre acude al consultorio de nutrición con su bebe de 6 meses con su peso y talla normal con hemoglobina de 11.5 mg/dl para inicio de alimentación complementaria. ¿A partir de qué edad en meses se recomienda el consumo de cítricos? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. 9
- B. 8
- C. 12
- D. 6



TEXTURAS DISTINTAS ME PERMITIRAN DESARROLLAR HABILIDADES MOTORAS

NO SE ATRASA EL INICIO

EL INICIO DE CÍTRICOS PUEDE GENERAR IRRITACIÓN EN LA BOCA

INCORPORA UN ALIMENTO A LA VEZ

3 - 5 DÍAS

Figura N° 14



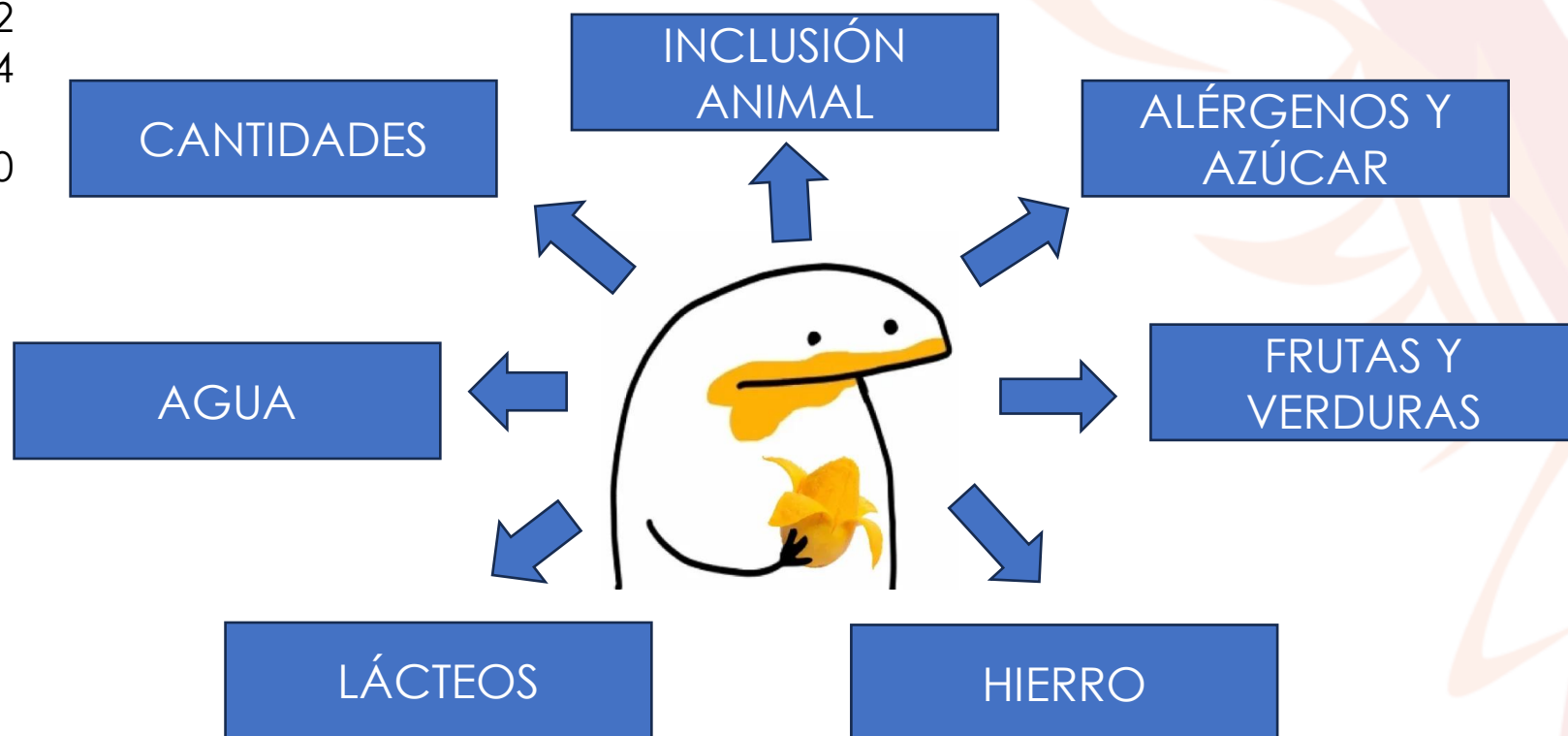
Fuente: Banco de fotos Centro Nacional de Alimentación y Nutrición-Instituto Nacional de Salud

"GUÍAS ALIMENTARIAS PARA NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE EDAD" (R.M. - N° 967 - 2020/MINSA)



En la alimentación complementaria, para reducir el riesgo de dificultades durante la alimentación en el futuro. ¿Hasta qué edad en meses es el periodo de ventana crítica para introducir alimentos sólidos “grumosos”? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. 12
- B. 24
- C. 8
- D. 10





ATENCIÓN INTEGRAL ADOLESCENTE





La evaluación integral debe realizarse ... al año y en ... sesiones. (Banco Villamedic)

- A. 3 veces - 3 sesiones
- B. 1 vez al año - 3 sesiones
- C. 1 vez al año - 2 sesiones
- D. 2 veces al año - 2 sesiones

Enfoques de Atención

La atención no es meramente curativa, sino que debe integrar **múltiples enfoques** para ser verdaderamente integral y efectiva



DERECHOS Y CIUDADANÍA

CURSO DE VIDA

DESARROLLO POSITIVO

GÉNERO, DIVERSIDAD E INTERCULTURALIDAD

PAQUETES DE ATENCIÓN INTEGRAL

1. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES
2. PRUEBAS RÁPIDAS (VIH, SÍFILIS, HEPATITIS B)
3. PROVISIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
4. EVALUACIÓN NUTRICIONAL
5. INMUNIZACIONES
6. CONSEJERÍA INTEGRAL (MENTAL, SEXUAL/REPRODUCTIVA, NUTRICIONAL).



PE: ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

Según el perímetro abdominal para la edad. ¿Qué valor determina riesgo alto para tener enfermedades cardiovasculares y metabólicas en adolescentes? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. Circunferencia abdominal ≥ 75 cm
- B. Percentil ≥ 75 y < 90
- C. Percentil ≥ 90
- D. Circunferencia abdominal > 80 cm



Cuadro 3

Clasificación de riesgo de enfermar según sexo, edad y perímetro abdominal

| Edad (años) | Riesgo de enfermar según perímetro abdominal (cm) | | | | | |
|-------------|---|--------------------|------------------------|----------------------|--------------------|------------------------|
| | Adolescentes varones | | | Adolescentes mujeres | | |
| | Bajo (< P75) | Alto (\geq P75) | Muy alto (\geq P90) | Bajo (< P75) | Alto (\geq P75) | Muy alto (\geq P90) |
| 12 | 74,2 | 74,3 | 84,8 | 73,4 | 73,5 | 82,7 |
| 13 | 76,7 | 76,8 | 88,2 | 76,8 | 76,9 | 85,8 |
| 14 | 79,3 | 79,4 | 91,6 | 78,2 | 78,3 | 88,8 |
| 15 | 81,8 | 81,9 | 95,0 | 80,6 | 80,7 | 91,9 |
| 16 | 84,4 | 84,5 | 98,4 | 83,0 | 83,1 | 94,9 |
| 17 | 86,9 | 87,0 | 101,8 | 85,4 | 85,5 | 98,0 |

Fuente: Adaptado de Fernández J, Redden D, Pietrobelli A, Allison D. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. J Pediatric 2004.



Figura 6
Plano de Frankfurt



Figura 8
Marca del punto de medición. Punto medio entre la última costilla y la cresta iliaca.



Figura 9
Medición del perímetro abdominal, al final de una exhalación.



"GUÍA TÉCNICA PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE LA PERSONA ADOLESCENTE", 283- 2015 MINSA



PE: ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

1. EDAD DE INICIO DE DESARROLLO PUBERAL EN LA MUJER
2. 1ER SIGNO DE DESARROLLO PUBERAL EN LA MUJER
3. CARACTERÍSTICAS DEL TANNER 1 EN LA MUJER
4. CARACTERÍSTICAS DEL TANNER 2 EN LA MUJER
5. CARACTERÍSTICAS DEL TANNER 3 EN LA MUJER
6. CARACTERÍSTICAS DEL TANNER 4 EN LA MUJER
7. CARACTERÍSTICAS DEL TANNER 5 EN LA MUJER
8. EL ESTIRON PUBERAL EN LA MUJER COINCIDE CON EL TANNER
9. ESTADIO DE TANNER EN EL CUAL OCURRE LA MENARQUIA:
10. SECUENCIA DE DESARROLLO PUBERAL EN MUJER:
11. PUBARQUIA 1:
12. PUBARQUIA 2:
13. PUBARQUIA 3:
14. PUBARQUIA 4:
15. PUBARQUIA 5:





PE: ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

1. TIEMPO ENTRE TELARQUIA 2 Y PUBARQUIA 2:
2. TIEMPO ENTRE TELARQUIA 2 Y MENARQUÍA:
3. TIEMPO ENTRE EL ESTIRON DE CRECIMIENTO Y LA MENARQUÍA ES:
4. EDAD DE INICIO DE DESARROLLO PUBERAL EN EL VARÓN
5. 1ER SIGNO DE DESARROLLO PUBERAL EN EL VARÓN
6. CARACTERÍSTICAS DEL TANNER 1 EN EL VARÓN
7. CARACTERÍSTICAS DEL TANNER 2 EN EL VARÓN
8. CARACTERÍSTICAS DEL TANNER 3 EN EL VARÓN
9. CARACTERÍSTICAS DEL TANNER 4 EN EL VARÓN
10. CARACTERÍSTICAS DEL TANNER 5 EN EL VARÓN
11. EL ESTIRON PUBERAL EN EL HOMBRE COINCIDE CON EL TANNER
12. SECUENCIA DE DESARROLLO PUBERAL EN HOMBRE
13. MÁXIMA VELOCIDAD DE CREC EN MUJERES Y VARONES RESPECTIVAMENTE

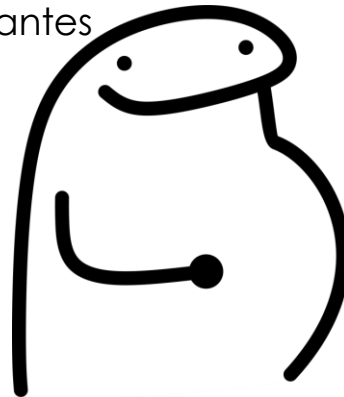




PE: ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

Los resultados de control de peso y talla realizado a 100 estudiantes de la institución educativa A, tiene como resultado que el 50% tiene sobrepeso, 1% obesidad, 20% bajo peso y 29% se encuentra normal. ¿Qué factor tiene mayor influencia en esta situación? (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. Estilos y hábitos de vida
- B. El medio ambiente
- C. Deficiente acceso a los servicios de salud
- D. Condición genética de los estudiantes



La "Guía Técnica para la Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adolescente" del Ministerio de Salud del Perú enfatiza lo siguiente:

Coexistencia de Malnutrición

Aumento Progresivo del Sobrepeso y la Obesidad

Características del Sobrepeso y la Obesidad

Intervenciones Requeridas

"GUÍA TÉCNICA PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICA DE LA PERSONA ADOLESCENTE", 283- 2015 MINSA



PE: ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE

Una adolescente viene a su consulta por presentar una rinofaringitis, se incorpora al plan de atención: evaluación de la agudeza visual, auditiva, odontológica, inmunizaciones, tamizaje de anemia, parásitos, enfermedades no transmisibles, suplementación de hierro y ácido fólico, diagnóstico y educación en habilidades sociales, tamizaje de violencia intrafamiliar, tamizaje de conductas de riesgos. Este plan es parte de... (ENCAPS SERUMS 2024)

- A. Atención integral.
- B. Tamizaje básico integral.
- C. Cuidados individuales por curso de vida.
- D. Atención en comunidad.



Atención Integral de Salud de Adolescentes

Paquete Básico de Atención Integral de Salud para Adolescentes

Paquete Completo de Atención Integral de Salud para Adolescentes

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE ADOLESCENTES" Y FUE APROBADO POR LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 1001-2019/MINSA EN NOVIEMBRE DE 2019



SALUD MENTAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL



Según la "Guía Técnica para el Cuidado Integral de la Salud Mental de Niñas, Niños y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual" del MINSA, la detección de la violencia sexual en NNA debe realizarse en todos los niveles de atención. ¿En cuáles de los siguientes servicios del primer nivel de atención se prioriza este proceso? (Banco Villamedic)

- A. Consulta externa de endocrinología, dermatología y cardiología.
- B. Control del crecimiento y desarrollo (CRED), pediatría, medicina general y salud mental.
- C. Odontología, oftalmología y fisioterapia.
- D. Servicio de hospitalización, unidad de cuidados intensivos y cirugía.





Cuando un profesional de la salud en el primer nivel de atención sospecha que la persona adulta que acompaña a una niña, niño o adolescente (NNA) víctima de violencia sexual es el posible agresor, ¿cuál es la acción inmediata que debe realizar? (Banco Villamedic)

- A. Confrontar directamente a la persona adulta acompañante con la sospecha.
- B. Comunicar inmediatamente a la Policía Nacional del Perú (PNP) y al Ministerio Público (Fiscalía de Familia).
- C. Suspender la atención al NNA hasta que se aclare la situación.
- D. Esperar a que el NNA exprese la agresión de manera espontánea durante la entrevista.





Durante el procedimiento de detección de la violencia sexual en NNA, el personal de salud debe estar atento a signos y síntomas. ¿Cuál de los siguientes es un signo conductual específico que podría indicar probable violencia sexual en una niña o niño de edad escolar? (Banco Villamedic)

- A. Dificultades de aprendizaje o alteraciones bruscas en el rendimiento escolar.
- B. Rechazo de muestras afectivas como caricias o besos.
- C. Masturbación excesiva o conductas y conocimientos sexuales inadecuados para la edad.
- D. Trastornos del sueño como pesadillas o terrores nocturnos.

Específicos:

- Masturbación excesiva.
- Conductas y conocimientos sexuales inadecuados para la edad.
- Conductas seductoras, suele ser indicador más habitual en las adolescentes.
- Relatos indirectos o directos de ser o haber sido víctimas de violencia sexual.
- Excesivo interés en temas sexuales.
- Promiscuidad sexual, prostitución o excesiva inhibición sexual. (indicadores propios de la adolescencia)





Específicos:

- Vulvitis.
- Sangrado por vagina y ano.
- Dolor, golpes, quemaduras o heridas en la zona genital o anal.
- Ropa interior rasgada, manchada y ensangrentada.
- Enfermedades de transmisión sexual e infecciones genitales.
- Embarazos.
- Sentimientos de desesperanza y tristeza.

- Miedo generalizado, miedo a la soledad. Es probablemente, el indicador que con mayor frecuencia se manifiesta.
- Culpabilidad. En algunas ocasiones, las personas menores de edad no son conscientes de sus sentimientos de culpabilidad, por lo cual minimizan las posibles repercusiones.
- Vergüenza, tanto hacia la supuesta victimización sexual, como a la revelación de la misma.
- Hostilidad y agresividad.
- Angustia.
- Baja autoestima y sentimientos de estigmatización.
- Rechazo del propio cuerpo.
- Desconfianza y rechazo hacia las personas adultas o hacia determinadas personas.



DETECCIÓN TEMPRANA EN CÁNCER INFANTIL





Un niño de 5 años es llevado a la consulta de atención primaria con dolor de cabeza persistente y progresivo, de predominio nocturno, que lo despierta y se acompaña de vómitos. Según la guía, ¿cómo debe considerarse este síntoma? (Banco Villamedic)

- A. Un síntoma inespecífico que no requiere acción inmediata.
- B. Un síntoma de "algún riesgo de cáncer" que permite estudios de apoyo en el primer nivel.
- C. Un signo de "posible cáncer o enfermedad muy grave" que requiere referencia en un tiempo no mayor a setenta y dos (72) horas.
- D. Un síntoma común en la infancia que se maneja con analgésicos

Algún riesgo de cáncer: Presencia de uno (1) o más síntomas y signos asociados a una dudosa posibilidad de cáncer en el niño y adolescente, objetivado mediante la anamnesis y exploración clínica (zona amarilla de la clasificación de la AIEPI-OMS).

Posible cáncer o enfermedad muy grave: Presencia de uno (1) o más síntomas y signos asociados a una alta posibilidad de cáncer en el niño y adolescente, objetivado mediante la anamnesis y exploración clínica (zona roja de la clasificación de la AIEPI-OMS).

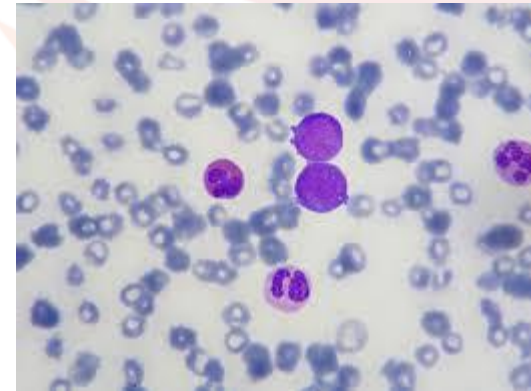
Ningún riesgo de cáncer: No cumple criterios para clasificarse en ninguna de las anteriores.





¿Cuál es la sospecha diagnóstica de cáncer infantil más probable cuando hay un aumento no controlado de glóbulos blancos en la médula ósea? (SERUMS 2025 I)

- A. Neuroblastoma
- B. Tumor de Wilms
- C. Leucemia
- D. Linfoma





En el contexto de la detección temprana de cáncer en niños y adolescentes, ¿cuál de los siguientes síntomas se considera de "algún riesgo de cáncer" según la guía, diferenciándolo de un "posible cáncer o enfermedad muy grave"?

- A. Fiebre de duración mayor a siete (7) días sin causa conocida.
- B. Ganglios mayores de 2.5 cm, no dolorosos, duros, con más de cuatro (4) semanas de evolución y sin signos de inflamación.
- C. Palidez palmar o conjuntival leve.
- D. Petequias, moretones o sangrado anormal.





Según la guía, ¿cuál es una de las responsabilidades clave del médico del primer nivel de atención cuando atiende a un niño o adolescente con posible cáncer o enfermedad muy grave, o algún riesgo de cáncer, respecto a los padres? (Banco Villamedic)

- A. Evitar informar a los padres para no generar preocupación.
- B. Informar a los padres sobre el potencial diagnóstico e importancia de la referencia oportuna.
- C. Solo brindar información una vez que se tenga un diagnóstico definitivo.
- D. Dejar que la IPRESS de tercer nivel se encargue de toda la comunicación.





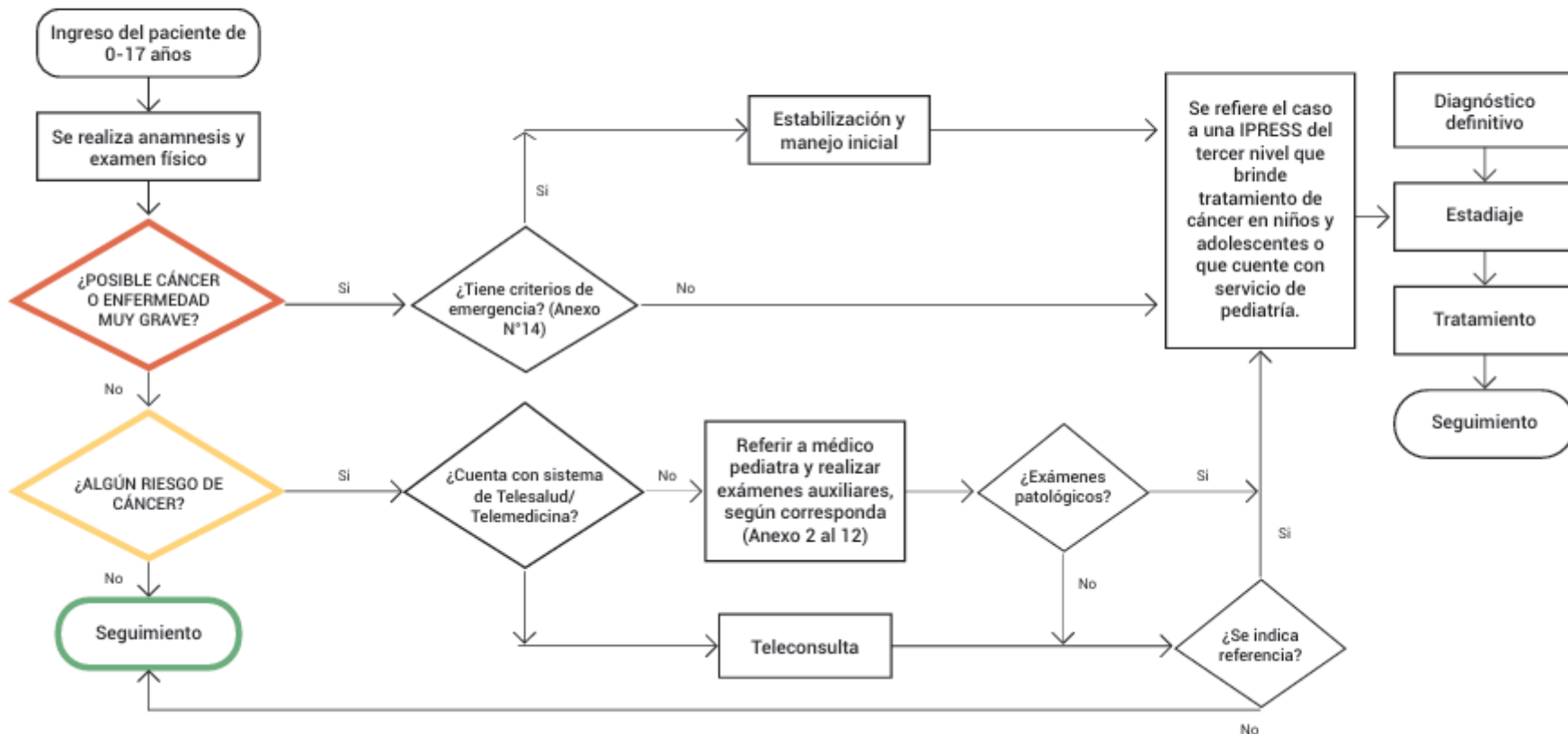
PACIENTES ROBOT

| LEUCEMIA | SARCOMA DE PARTES BLANDAS |
|----------------|-----------------------------|
| LINFOMA | RETINOBLASTOMA |
| TUMOR DEL SNC | TUMOR DE CELULAS GERMINALES |
| TUMOR DE WILMS | TUMOR HEPÁTICO |
| NEUROBLASTOMA | HISTIOCITOSIS |
| TUMOR ÓSEO | |

LA "GUÍA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PERÚ" RM 149- 2020 MINSa



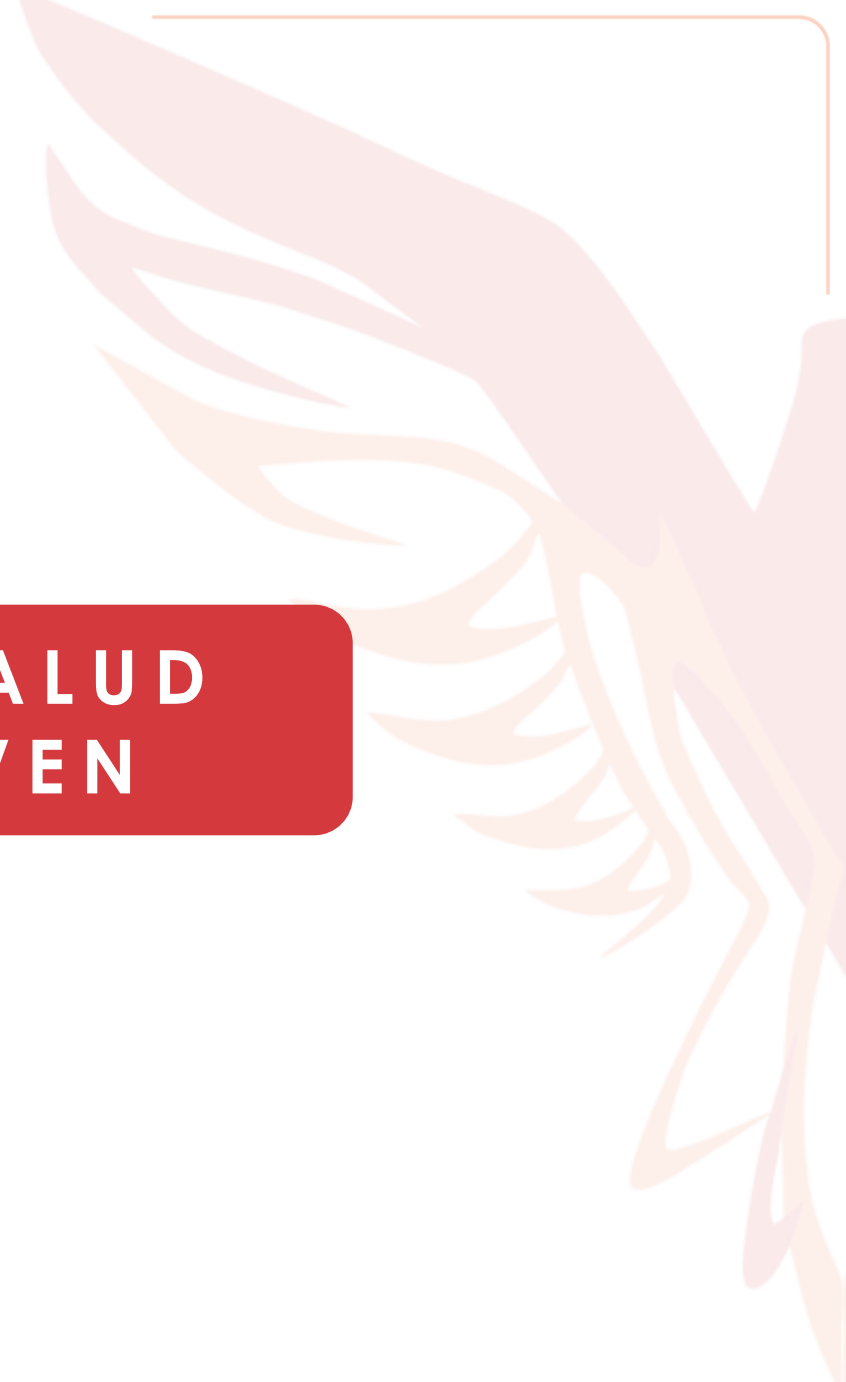
ANEXO N° 13. Flujograma del proceso de atención del niño y adolescente con sospecha de cáncer



LA "GUÍA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN PERÚ" RM 149- 2020 Minsa



PCI DE SALUD DEL JOVEN





Diseñada para mejorar la calidad de vida de los jóvenes de 18 a 29 años, 11 meses y 29 días

1. Evaluación Integral del Joven

- **Nutricional:** IMC, perímetro abdominal
- **Identificación de riesgos:** psicosociales, adicciones, ENT (HTA, **DM**, dislipidemia, cáncer), enfermedades transmisibles (TBC, VIH, ITS), **salud mental**, bucal, problemas odontológicos, renales y violencia basada en género.
- **Tamizajes:** violencia, depresión, ansiedad, adicciones (**alcohol - AUDIT**)
- **Salud sexual y reproductiva.**

En el centro de salud, el serumista, atiende a varón de 20 años y le brinda consejería sobre salud bucal con la técnica del cepillado e hilo dental. ¿Qué desea implementar en la persona? (SERUMS 2025 I)

- A. Autocuidado
- B. Destreza
- C. Motivación
- D. Cambio de dieta

2. Orientación y Consejería

Se centra en brindar **información y apoyo** para el **autocuidado** y la toma de decisiones informadas.

- Sexualidad y **salud reproductiva** (ITS, embarazo no deseado, métodos anticonceptivos, aborto)
- **Salud psicosocial** (ansiedad, depresión, adicciones, suicidio)
- **Enfermedades no transmisibles** (obesidad, dislipidemia, HTA, DM)
- Salud bucal, nutrición
- **Prevención** de violencia y habilidades sociales

3. Intervención Preventiva

Prevenir carga futura de enfermedad. **Promueve** estilos de vida saludables y prevención primaria → fomentar prácticas de **autocuidado** y prevención para la salud

- Inmunizaciones (Td, Fiebre Amarilla, Hepatitis B, Rubéola)
- Despistaje de TBC, VIH, ITS, cáncer de cuello uterino
- Tamizaje de salud mental y enfermedades crónicas
- *Profilaxis dental (prevención de placa microbiana)*
- Talleres sobre violencia, adicciones, ludopatía
- Consejería en PF y sexualidad



4. Educación para la Salud

Desarrollo de programas educativos que promueven el bienestar integral

- Promoción de **estilos de vida saludables**
- **Sexualidad responsable** y derechos sexuales
- Equidad de género, **interculturalidad**
- Educación en salud mental, autocuidado, **prevención de accidentes.**
- Medio ambiente, **primeros auxilios y RCP**

5. Visita Domiciliaria y Seguimiento

Permite un seguimiento más cercano y personalizado de la salud de los jóvenes

- **Seguimiento a jóvenes en riesgo** (psicosocial, adherencia a tratamiento)
- **Refuerzo** de inmunizaciones
- Trabajo con **redes juveniles y comunidades.**

6. Atención según Prioridad Regional

Garantizando una respuesta adaptada a las necesidades locales

- Enfocado en **violencia basada en género, ITS**
- VIH, TBC, **embarazo adolescente, depresión, alcoholismo, problemas odontológicos** y nutricionales, enfermedades **ocupacionales o ambientales**

7. Exámenes de Apoyo al Diagnóstico

Según **factores de riesgo**, priorizando adolescentes sexualmente activos y jóvenes en situación de vulnerabilidad → diagnóstico y seguimiento de diversas condiciones de salud en los jóvenes

- Hemoglobina, glucosa, colesterol, EGO
- Descarte de embarazo, PAP/citología
- Pruebas para ITS y VIH/SIDA



Durante su rotación en un establecimiento de salud de primer nivel en una comunidad rural del oriente peruano, llega un joven de 21 años para su control anual. Al revisar su ficha, identificas antecedentes de consumo ocasional de alcohol, relaciones sexuales sin protección, y antecedentes familiares de DM 2. Nunca ha recibido orientación sobre salud sexual ni ha sido tamizado para ITS. Ante esta situación, ¿Cuál sería el enfoque más adecuado según el Paquete de Atención Integral de Salud del Joven? BANCO VILLAMEDIC

- A. Realizar una evaluación integral anual que incluya consejería en salud sexual, tamizaje de ITS, evaluación nutricional y salud mental, aplicando enfoque de derechos y equidad
- B. Centrar la atención en el control de presión arterial y peso únicamente, ya que aún no presenta enfermedad evidente, dejando la orientación para futuras visitas.
- C. Derivarlo directamente al nivel hospitalario para evaluación especializada, ya que presenta múltiples factores de riesgo y requiere atención especializada inmediata
- D. Administrar suplementos de hierro, vitamina A y citarlo en 6 meses, ya que es la estrategia principal del cuidado del joven en el ámbito rural

ACTIVIDADES

1. Evaluación Integral del Joven
2. Orientación y Consejería
3. Intervención Preventiva
4. Educación para la Salud
5. Visita Domiciliaria y Seguimiento
6. Atención según Prioridad Regional
7. Exámenes de Apoyo al Diagnóstico

Evaluación
completa
anual

Permite identificar riesgos prioritarios para intervención oportuna. Aplica ficha de registro clínico de joven.



En una campaña de salud comunitaria se detectó un joven de 17 años con sospecha de consumo de alcohol, por lo que se le aplicó el test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) con un puntaje de 30 puntos. ¿Cuál es la interpretación de este resultado obtenido? (SERUMS 2025 II)

- A. No problemas de consumo
- B. Bebedor de riesgo
- C. Probable dependencia alcohólica
- D. Bebedor social

Prueba de Identificación de Trastornos derivados del Consumo de Alcohol de la OMS - Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT

- Identificar **consumo de alcohol de riesgo o perjudicial** en entornos de atención primaria.
- Instrumento de tamizaje que **evalúa a aquellos sujetos con probables problemas en su consumo de alcohol.** -
- Indaga sobre situaciones específicas que haya vivido la persona en los **últimos treinta (30) días** e incluso **considerar** frecuencia, dependencia y consecuencias relacionadas al alcohol.

Áreas de medición: Indaga sobre: Frecuencia y cantidad de consumo, Dependencia, Problemas psicosociales asociados.

Edad de aplicación: Se aplica desde los **dieciséis (16) años**.

1. Evaluación Integral del Joven

- **Nutricional:** IMC, perímetro abdominal
- **Identificación de riesgos:** psicosociales, adicciones, ENT (HTA, **DM**, dislipidemia, cáncer), enfermedades transmisibles (TBC, VIH, ITS), **salud mental**, bucal, problemas odontológicos, renales y violencia basada en género.
- **Tamizajes:** violencia, depresión, ansiedad, adicciones (**alcohol - AUDIT**)
- **Salud sexual y reproductiva.**



AUDIT: 10 preguntas (40 puntos)

3 primeros ítems → cantidad y frecuencia de consumo.

ítems 4-6 → síntomas de **dependencia**.

ítems 7-10 → problemas o **consecuencias relacionadas con el alcohol**.

1-8: Puntuación por FRECUENCIA: Cada respuesta tiene una escala de puntuación de cero (0) a cuatro (4).

- 0. Nunca.
- 1. Una o menos veces al mes.
- 2. De 2 a 4 veces al mes.
- 3. De 3 a 4 veces a la semana.
- 4. De 4 a más veces a la semana.

| Interpretación | Hombres | Mujeres |
|---|----------------|----------------|
| No presenta problemas relacionados con el alcohol. | 0 a 7 | 0 a 5 |
| Bebedor de riesgo. | 8 a 12 | 6 - 12 |
| Consumo perjudicial. | 13 - 19 | 13 - 19 |
| Problemas físico - psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica. | 20 - 40 | 40 |

9-10: miden si hubo DAÑO O PREOCUPACIÓN DE OTROS

Se puntúan **0, 2 o 4:**

- 0 puntos = No**
- 2 puntos = Sí, pero no en el último año**
- 4 puntos = Sí, en el último año**

- sea:
- si **nunca pasó** → 0
- si **pasó antes** → 2
- si **pasó recientemente** → 4

- El **consumo de riesgo**, es un patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás. Los patrones de consumo de riesgo son importantes para la salud pública a pesar de que el individuo aún no haya experimentado ningún trastorno.

- El **consumo perjudicial**, se refiere a aquel que conlleva consecuencias para la salud física y mental, aunque algunos también incluyen las consecuencias sociales entre los daños causados por el alcohol.

- La **dependencia**, es un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer **después del consumo repetido de alcohol**. Estos fenómenos típicamente incluyen: deseo intenso de consumir alcohol, dificultad para controlar el consumo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias perjudiciales, mayor prioridad al consumo frente a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia al alcohol y abstinencia física cuando el consumo se interrumpe.



PCI DE SALUD DEL ADULTO





Diseñada para mejorar la calidad de vida de los adultos entre los 30 y los 59 años, 11 meses y 29 días.

El **Cuidado Integral de Salud de la Persona Adulta (CISPA)** abarca las siguientes acciones e intervenciones, brindadas de acuerdo a las **necesidades de salud y riesgos sanitarios** de la persona, en el contexto de su familia y comunidad

1. Prevención de la Enfermedad

2. Promoción de la Salud → Individual o grupal, 2 veces/año (intervalo mínimo 3 meses) en comunidad, hogar, centro laboral, etc.

- Educación en estilos de vida saludable
- Prevención de violencia, alcohol, tabaco y drogas
- Promoción de salud sexual y reproductiva
- Seguridad vial, higiene y ambiente

3. Recuperación de la Salud

- Inmediatamente tras identificación de daño o riesgo
- Diagnóstico y tratamiento según guías y protocolos
- Seguimiento clínico y adherencia terapéutica

4. Rehabilitación

- Según necesidad individual
- Atención rehabilitadora según normativas vigentes



Un paciente varón de 49 años acude a un establecimiento de salud para su control médico rutinario. Refiere buen estado de salud, niega antecedentes patológicos personales, no fuma, no consume alcohol y realiza actividad física moderada. Es su primera evaluación médica en el sistema de salud y nunca se ha realizado exámenes de laboratorio. En el componente de Prevención de la Enfermedad, ¿cuál de los siguientes tamizajes bioquímicos/laboratoriales anuales es obligatorio y prioritario para este paciente en esta consulta? (BANCO VILLAMEDIC)

- A. Tamizaje de creatinina sérica y evaluación de la función hepática.
- B. Tamizaje de glucosa y colesterol sérico total.
- C. Tamizaje de VIH y VDRL para sífilis (en ausencia de factores de riesgo).
- D. Tamizaje de hemoglobina y examen completo de orina.

1. Prevención de la Enfermedad

Según grupo etario y riesgos

Evaluaciones Clínicas / Antropométricas:

- Peso, talla, PA, FC, FR, temperatura, IMC, perímetro abdominal
- Piel, encías, caries, prótesis dental
- Agudeza visual (≥ 40 años)

Tamizajes Bioquímicos/Laboratoriales:

- **Glucosa, colesterol (≥ 40 años) “como tamizajes bioquímicos prioritarios”**
- Hemoglobina, EGO, VDRL, VIH, TBC (SR) – “Según sexo y riesgo”

Cáncer:

- PAP/IVAA (cada 3 años) >25 y <65 años.
- Mamografía (≥ 50 años, cada 2 años)
- Examen clínico de mamas (anual)
- Próstata (≥ 40 años, anual)

“Según sexo y riesgo”



Inmunizaciones

- Td/dTpa, Hepatitis B, Influenza, Neumococo
- Fiebre amarilla (zonas de riesgo)
- SRP/SR (mujeres y varones), VPH para mujeres

Salud Mental (tamizajes)

- **PHQ-9** (ansiedad y depresión) (9 preg, ≥ 10 p, +)
- **WAST** (violencia)
- **AUDIT-C** (alcohol), tamizaje de tabaco y drogas

Salud Sexual y Reproductiva:

- Consejería en planificación familiar, ITS, VIH

Otras intervenciones preventivas:

- Visita familiar integral (4 veces/año)
- Ficha familiar (PAIFAM)

Puntuación: Cada respuesta tiene una escala de puntuación de cero (0) a cuatro (4).

0. Nunca.
1. una o menos veces al mes.
2. de 2 a 4 veces al mes.
3. de 3 a 4 veces a la semana.
4. de 4 a más veces a la semana.

| Interpretación | Hombres | Mujeres |
|---|----------------|----------------|
| No presenta problemas relacionados con el alcohol. | 0 a 7 | 0 a 5 |
| Bebedor de riesgo. | 8 a 12 | 6 - 12 |
| Consumo perjudicial. | 13 - 19 | 13 - 19 |
| Problemas físico - psíquicos con la bebida y probable dependencia alcohólica. | 20 - 40 | 40 |



PCI DE SALUD DEL ADULTO MAYOR





Como médico serumista de un EESS del primer nivel, recibe a una paciente mujer de 70 años quien acude por primera vez refiriendo que desde hace un mes nota una disminución de su fortaleza y velocidad para realizar actividades agrícolas habituales. ¿Cuál formato de evaluación inicial debe aplicar en este caso? (SERUMS 2025 II)

- A. VACAM corta
- B. VACAM breve
- C. VACAM completa
- D. VGI breve

• VACAM Breve:

- ✓ Realizada por el **personal técnico asistencial de salud capacitado**. Ámbito: **1er nivel, categoría I-1**
- ✓ Solo cuando el establecimiento **NO cuenta con un profesional de salud**
- ✓ Valoración Funcional, mental cognitiva (Pfeiffer)
- ✓ Nutricional (IMC), riesgo social.

• VACAM Corta:

Profesional de salud previamente capacitado (médico, enfermera). Ámbito: **1er nivel, categoría (I-2, I-3, I-4)**.

Incluye la VACAM Breve, y además añade:

- ✓ Valoración de fragilidad (Cuestionario FRAIL)
- ✓ Escala cognitiva de Pfeiffer
- ✓ Valoración socio-familiar de Gijón
- ✓ Lista de comorbilidades y una evaluación oral completa que incluye odontograma.

• VACAM Completa

• VGI (Valoración Geriátrica Integral)

1. Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM)

- ✓ Procedimiento de diagnóstico multidimensional e interdisciplinario
- ✓ Objetivo es **definir un paquete de atención integral de salud y elaborar un plan de atención individualizada** basado en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, así como para **definir referencias** según el nivel de atención.

Tipos:



Un paciente varón de 78 años acude al centro de salud, acompañado de su hija, para una evaluación de sus problemas de salud. Refiere antecedentes de hipertensión arterial y una fractura de cadera hace un año. Su hija menciona que en los últimos meses ha notado varios episodios de desorientación, además de presentar dificultades para moverse solo en casa. En la evaluación inicial, el personal de salud identifica pérdida de peso no intencionada, marcha inestable y dependencia parcial para actividades básicas de la vida diaria. Vive con su hija, pero pasa muchas horas solo y no ha participado en actividades sociales en los últimos seis meses. ¿Cuál de las siguientes intervenciones representa el procedimiento diagnóstico inicial y fundamental para determinar el plan de cuidado individualizado de este paciente? (BANCO VILLAMEDIC)

- A. Realizar la inscripción del paciente en el programa del Círculo del Adulto Mayor más cercano para fomentar su interacción social.
- B. Programar sesiones de consejería individual sobre la importancia de la alimentación saludable y la actividad física.
- C. Aplicar la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM completa) o la Valoración Geriátrica Integral (VGI).
- D. Derivar al paciente a servicios de teleconsulta para que aprenda el uso de nuevas tecnologías.

1. Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM)

• VACAM Completa:

Médico **capacitado en cuidado de PAM/geriatra**. Ámbito: **2do nivel de atención (II-1 y II-2)**

Incluye **VACAM Corta**.

- Valoración **mental cognitiva (Mini Mental State Examination - MMSE) → Mini mental de Folstein**.

- **Estado Afectivo**: Se evalúa con la **Escala abreviada de Yesavage** (para detectar síntomas depresivos), fragilidad, comorbilidades, expectativas de vida, funcional, estado nutricional (MNA), sociofamiliar, dental, síndromes y problemas geriátricos.

- ESCALAS BARTHEL, IAWTON Y BRODY

- Minimental de Folstein

- Velocidad de la marcha

- SPPB

- Escalas de expectativas de vida y terminalidad

- Registro de voluntades anticipadas

• VGI (Valoración Geriátrica Integral):

Médico **geriatra**. Ámbito: **Segundo nivel especializado (II-E) y Tercer nivel (III-1, III-2)**

Incluye **VACAM Completa**.

- **Valoración de marcha, equilibrio y riesgo de caída**

• Abordaje de la **esfera espiritual**, además de la clínica, funcional, afectiva, cognitiva y social

• Un **plan de discusión y estructuración de trabajo interdisciplinario como objetivo**.

Resultados se generan de un Plan de Cuidado Integral consensuado.



Dentro del modelo de atención integral en la etapa de vida adulto mayor. ¿Qué test de valoración de deterioro cognitivo puede aplicar en el primer nivel de atención? (SERUMS 2025 I)

- A. De Yesavage
- B. MOCA
- C. Del reloj
- D. De Pfeiffer

Adulto mayor acude a un establecimiento de salud I-1, se le capta para realizar su cuidado integral. ¿Qué tipo de valoración clínica del adulto mayor (VACAM) le corresponde? (SERUMS 2024 II)

- A. Integral
- B. Breve
- C. Completa
- D. Corta

Pfeiffer: deterioro cognitivo (1ro)

MoCa: función cognitiva más amplia (2do)

Yesavage: valoración afectiva (DEPRESIÓN) (4 preg, >=2p +)

Reloj: funciones ejecutivas y visuo-espaciales

Katz: ABVD

FRAIL: fragilidad

Gijón: riesgo social (familiar, económico, vivienda, relaciones sociales)

Test de Valoración de Deterioro Cognitivo en el Primer Nivel de Atención

Inicia: Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM) → VALORACION MENTAL COGNITIVO

1 Punto p/cada ERROR (L,M,S)

- VACAM Breve → Categoría I-1(Pfeiffer)
- VACAM Corta → Categoría I-2, I-3 y I-4

OTROS:

Segundo y tercer nivel de atención

Mini-Mental (Mini-Mental State Examination - MMSE) → Mini mental de Folstein.

dentro de:

- **VACAM Completa : por GERIATRA** o médico de otra especialidad capacitado en el cuidado integral de la PAM

↳ Categorías II-1, II-2, III-1, III-2, III-E

Tercer nivel

- **Valoración Geriátrica Integral (VGI):**

Categorías III-1, III-2, III-E



Diseñada para mejorar la calidad de vida de PAM de 60 o más años de edad

El **Paquete de Cuidado Integral de Salud de la Persona Adulta Mayor (PAM)**: conjunto articulado de cuidados esenciales que la persona, la familia y la comunidad requieren para **satisfacer** sus diversas **necesidades de salud**.

Finalidad → contribuir con el **cuidado integral de salud de las PAM**, así como su capacidad funcional, bienestar, dignidad y **calidad de vida**.

Consejería / Orientación / Sesión Educativa

Educación y empoderamiento de la PAM para un envejecimiento saludable.

- Envejecimiento activo y saludable.
- Estilos de vida saludables: actividad física, alimentación, higiene
- **Prevención de caídas**, deterioro cognitivo, accidentes.
- Autocuidado y responsabilidad compartida.
- Uso racional de medicamentos.
- Manejo del tiempo libre, aislamiento y soledad.
- Fomento de habilidades para la vida.

Cuidado de Salud Preventivo

Prevención de riesgos, mantenimiento de autonomía y funcionalidad.

- **Vacunación** según cronograma.
- Identificación de **riesgos**: dependencia, fragilidad, caídas, riesgo social
- Promoción del **autocuidado**.
- **Tamizajes**: cáncer (cuello uterino, mama, próstata), densitometría
- Higiene corporal y respiratoria.
- Fomento de **actividad física**.



| REGIÓN | PLANTA MEDICINAL | APLICACIÓN CLÍNICA PRINCIPAL | CONTEXTO ESTRATÉGICO SERUMS / REFERENCIA |
|--------------|----------------------|--|--|
| SELVA | Congona | Analgésico / antiinflamatorio: lumbalgias y dolor de oído. | Pregunta SERUMS 2025-II: opción cuando el paciente adulto mayor rechaza el uso de fármacos. |
| SELVA | Matico | Respiratorio / cicatrizante: tos e inflamación de mucosas. | NTS TB 2024: recurso cultural para favorecer la adherencia al tratamiento (DOT) en poblaciones indígenas. |
| SELVA | Uña de gato | Inmunomodulador: artritis y procesos inflamatorios crónicos. | NTS Adulto Mayor 2023: considerada dentro del abordaje cultural en la valoración clínica de pacientes con enfermedades crónicas. |
| SELVA | Sangre de grado | Cicatrizante / digestivo: úlceras gástricas y heridas externas. | Uso tradicional frecuente en el primer nivel para el manejo de lesiones y molestias digestivas. |
| SIERRA | Muña | Digestivo / carminativo: dispepsia, gases y malestar estomacal. | Recurso habitual en zonas rurales altoandinas para síntomas gastrointestinales leves. |
| SIERRA | Hoja de coca | Estimulante: mal de altura (soroche) y fatiga. | Vinculada a la pertinencia cultural en la atención de salud en comunidades campesinas. |
| SIERRA | Maca | Nutritivo / vigorizante: anemia y osteoporosis. | Se integra en recomendaciones nutricionales del paquete de cuidado integral del adulto. |
| SIERRA | Hierba santa | Antipirético: control de fiebre y dolores reumáticos. | NTS Dengue 2024: recurso complementario en el manejo inicial de síndromes febriles en zonas metaxénicas. |
| <u>COSTA</u> | <u>Sábila (Aloe)</u> | <u>Dermatológico: quemaduras e inflamaciones de la piel; uso tradicional como laxante suave.</u> | <u>Uso extendido en el primer nivel para cuidados básicos de piel.</u> |
| <u>COSTA</u> | <u>Paico</u> | <u>Antiparasitario: expulsión de helmintos y cólico abdominal.</u> | <u>Muy común en la consulta de medicina tradicional en ámbitos rurales de costa y sierra.</u> |
| <u>COSTA</u> | <u>Caigua</u> | <u>Hipolipemiente: control de colesterol y triglicéridos.</u> | <u>Asociada al abordaje tradicional complementario en el manejo de enfermedades crónicas (HTA/DM) dentro del cuidado integral.</u> |
| <u>COSTA</u> | <u>Ajo</u> | <u>Cardiovascular: hipotensor leve y antimicrobiano.</u> | <u>Recurso dietético tradicional incluido en recomendaciones generales para hipertensión.</u> |
| <u>COSTA</u> | <u>Tuna</u> | <u>Protector gástrico: gastritis e inflamaciones.</u> | <u>El mucílago se utiliza como protector de mucosa; referida en recomendaciones de alimentación saludable.</u> |



Visita / Atención Domiciliaria

Atención individualizada en el hogar o residencia de la PAM

- **Nivel I:** Visita familiar integral con enfoque educativo. SADAMD: Servicio Domiciliario para PAM Dependientes (I-3, I-4).
- **Nivel II:** Equipos de visita domiciliaria con supervisión clínica y seguimiento.
- **Nivel III:** ADOGE – Atención Domiciliaria Geriátrica (especialidad)

Casos atendidos: dismovilidad, fragilidad, cronicidad, fase terminal, post-alta.

Actividades: Promoción, prevención, rehabilitación, educación al cuidador.

Cuidados de Recuperación y Rehabilitación ante Daño Priorizado

Aborda enfermedades y condiciones que comprometen la funcionalidad, incluyendo rehabilitación especializada.

- **Condiciones priorizadas:** HTA, DM, ECV, osteoartritis, fractura de cadera, demencia, Parkinson.
- **Enfermedades transmisibles:** TBC, ITS, metaxénicas.
- **Problemas sensoriales:** Bucales, visuales, auditivos.
- **Malnutrición.**
- **Unidades Especializadas (III nivel):**
 - Unidad de Caídas.
 - Hospital de Día Geriátrico.
- **Terapias:** Física, ocupacional, cognitiva.



Participación Social en Círculos / Club del Adulto Mayor (CAM)

Promoción de la integración y envejecimiento activo a través de actividades sociales y de salud.

- **CAM:** Agrupaciones voluntarias de PAM.
- **Actividades:** Promoción, prevención, educativas, recreativas, culturales y productivas.
- Fomento del **envejecimiento activo** y uso del tiempo libre.

Cuidados Familiares

Educación y apoyo a familiares y cuidadores para garantizar una atención integral a la PAM.

- **Educación** sobre salud, seguridad alimentaria, higiene.
- **Promoción** de la autonomía y autocuidado.
- **Diálogo intergeneracional** y distribución de tareas.
- Uso de **tecnología** para **prevenir** aislamiento (videollamadas, redes sociales).

Cuidados Comunitarios

Promoción de la integración de la PAM a su comunidad mediante apoyo social y accesibilidad.

- **Redes de apoyo**, agentes comunitarios.
- **CIAM** (Centro Integral), **CAM**, clubes deportivos y sociales.
- Ferias y actividades comunitarias productivas.
- Seguridad vial y accesibilidad para PAM.
- **Inclusión digital:** capacitación en tecnologías.



En los cuidados individuales por curso de vida adulto mayor; en el entorno comunitario contempla: (SERUMS 2024 II)

- A. La prevención de las caídas entre otros
- B. Control de presión arterial
- C. El control glicemia
- D. Control de colesterol en sangre

Se requiere implementar un plan de cuidado integral de salud del adulto mayor para la prevención de caídas. ¿Qué acción de cuidados será recomendable implementar en adultos mayores frágiles? (SERUMS 2025 I)

- A. Descarte de enfermedades crónicas
- B. Implementar visitas domiciliarias periódicas
- C. Completar los esquemas de vacunación
- D. Consejería para realizar ejercicio físico

Cuidados individuales Adulto Mayor

1. **VACAM Y VGI (primer y fundamental paso)**
2. **Consejería/orientación/sesión educativa (promover el envejecimiento activo, productivo y saludable)**
 - Estilos de vida saludable (**actividad física**)
 - Autocuidado - "**Prevención de caídas y accidentes**" → aborda de manera más directa como un tema a enseñar y promover activamente.
 - Higiene del sueño
3. **Preventivos (identificación de la PAM en riesgo (de dependencia, fragilidad, riesgo social, riesgo de caídas → enfoca en la identificación del riesgo), Vacunas, agudeza auditiva y visual)**
4. **Recuperación y Rehabilitación (ACV, Fx cadera): alto riesgo de generar dependencia**
5. **Visita y atención domiciliaria (no vacunados, discapacidad física o mental)**
6. **Cuidados paliativos**



Paciente mujer de 85 años hipertensa, antecedente de caída. Ha estado hospitalizada por insuficiencia respiratoria tipo 2 por EPOC y ha recibido antibióticos por neumonía e ITU por E coli resistente. Tiene glaucoma y tolera la VO. Examen: PA: 120/80, FC: 74 X', FR:16 X', T°: 37 °C; estable, despierta y afebril. Respecto a los cuidados del adulto mayor. ¿Cuál es la conducta inmediata a seguir? (SERUMS 2025 II)

- A. Solo valoración nutricional antropométrica
- B. Tamizaje de enfermedades no transmisibles
- C. Buenas prácticas de higiene y sanitaria
- D. Inmunizaciones para influenza y neumonía

Esquema de vacunación en adultos mayores (según MINSA vigente)

| Vacuna | Indicación en PAM | Esquema |
|-----------|--|--|
| Influenza | ≥ 60 años y/o comorbilidades (EPOC, cardiopatía, DM, etc.) | 1 dosis anual , independientemente de hospitalizaciones previas (0.5 mL, vía IM). |
| Neumococo | ≥ 60 años y/o enfermedad crónica | Esquema secuencial: PCV13 seguida de PPSV23 según intervalo establecido por MINSA. Dosis única → (0.5 mL, vía IM) |

| Eje | Contenido clave |
|--|---|
| Paquete de Cuidado Integral de Salud de la PAM | El cuidado preventivo es componente esencial y prioritario del paquete. Dentro de este, la vacunación según el esquema vigente es la primera intervención para reducir complicaciones y mortalidad. |
| Prevención de daños y riesgos (NTS PAM) | En personas con EPOC y antecedente reciente de neumonía , la prevención específica contra patógenos respiratorios es la conducta inmediata más relevante para evitar rehospitalización y desenlace fatal. |
| Vigilancia epidemiológica | Las neumonías son evento prioritario de vigilancia en PAM; la inmunización es la herramienta directa de salud pública para reducir riesgo. |
| Condición clínica actual | Paciente estable, afebril y tolera VO → no hay contraindicación para vacunación. |
| Priorización vs otras opciones | Tamizajes, higiene y nutrición no desplazan a la vacunación , que es la intervención preventiva inmediata en este contexto. |



CUIDADOS DE LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS





Mujer de 45 años, presenta desde hace más de dos semanas ánimo bajo, poca energía, disminución de la actividad, anhedonia, sueño alterado, apetito disminuido, baja autoestima, estado de ánimo variable y cefalea intensa. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (SERUMS 2025 I)

- A. Depresión mayor
- B. Trastorno bipolar
- C. Distimia
- D. Episodio depresivo

Como médico serumista atiende a una paciente mujer de 40 años, quien refiere que, desde hace un mes, la mayor parte del tiempo presenta: anhedonia, fatigabilidad, insomnio, baja autoestima y no desea ir a trabajar. Refiere haber tenido un cuadro similar en su adolescencia. ¿Cuál es su diagnóstico más probable? (SERUMS 2025 II)

- A. Trastorno bipolar
- B. Trastorno de somatización
- C. Episodio depresivo
- D. Trastorno adaptativo

- Estado del ánimo más prevalente → TDM
- Grupo de trastornos mentales + frec → TA
- **Anhedonia** → falta de PLACER: desinterés de algo que le gustaba

DX: 5 criterios, donde **AL MENOS 1 debe ser** < ANIMO o ANHEDONIA "AMBOS SON CARDINALES":

Y **minimo 2 SEMANAS (o sea >=2 ss)**

1. Hiper o hiposomnía
2. Hiper o hiporexia
3. Fatiga
4. Concentración baja
5. Motricidad **BAJA** o aumentada
6. CONTENIDO DEL PENSAMIENTO: Ideas de muerte (no lo hará) – idea suicida (si lo hará, y temer más a quien SI LO PLANEA)
7. Ideas de culpa o inutilidad (< autoestima)

DIF: Episodio DM (**UNICO** con: 5 crit) vs TDM (varios EPISODIOS: **>=1**) + AUSENCIA de manía (bipolar)

OTROS SÍNTOMAS AÑADIDOS EN PREGUNTAS

- **Irritabilidad** → siempre en exámenes, pero no es criterio en DSM 5 ni CIE 10 "QUIZÁ SOLO DISTRACTOR"
- **Funcionalidad BAJA** (diferente a distimia porque estaría Normal)
- **Somatización**, pero no dirige directamente TDM



- **Tiempo de evolución:** Las fuentes establecen que un cambio sostenido del estado de ánimo que interfiere con el rendimiento habitual, con una duración de **al menos 2 semanas**, es compatible con un **episodio depresivo**.
- **Síntomas Cardinales:** Ambos casos presentan la tríada clásica descrita en los instrumentos oficiales (PHQ-9 y SRQ):
 1. **Anhedonia:** Pérdida del interés o placer en las cosas.
 2. **Astenia/Fatigabilidad:** Poca energía o sentirse cansado la mayor parte del tiempo.
 3. **Ánimo depresivo:** Sentirse triste, decaído o sin esperanza.
- **Síntomas Accesorios:** Se reporta baja autoestima, alteraciones del sueño (insomnio), alteraciones del apetito y cefalea intensa (queja somática común en depresión). Herramientas de Tamizaje Obligatorias
El médico serumista debe conocer los instrumentos de detección temprana exigidos por el MINSA:
 - **PHQ-9 (Patient Health Questionnaire):** Es la escala autoadministrada de elección. Consta de 9 ítems que valoran la severidad de los síntomas en las últimas 2 semanas. Un puntaje **mayor a "10"** significa un **caso probable de depresión** → *Confirmar clínicamente*
 - **SRQ (Symptoms Report Questionnaire):** Cuestionario de 30 preguntas. Las primeras 18 detectan trastornos depresivos y ansiosos; **9 o más respuestas positivas** determinan una **alta probabilidad de enfermedad mental**



- 1. Criterio de Temporalidad:** Para marcar "Episodio Depresivo", los síntomas deben estar presentes por **un mínimo de 2 semanas**.
- 2. Identificación de Emergencias:** La respuesta positiva a la pregunta sobre **ideación suicida** (ítem 9 del PHQ-9 o ítem 17 del SRQ) constituye una **emergencia en salud mental** y requiere intervención inmediata.
- 3. Flujograma de Manejo:** Si el tamizaje (PHQ-9 o SRQ) es positivo, el serumista debe realizar la **consejería por tamizaje** y derivar a la paciente para evaluación por el equipo interdisciplinario (psicología/psiquiatría).
- 4. Comorbilidad y Riesgo:** La depresión es un factor de riesgo para otras patologías y viceversa (Diabetes, Hipertensión, TB, VIH). El serumista debe realizar tamizaje mental en todos estos pacientes.
- 5. Diferencial de "Episodio Depresivo":** *Enséñales que el término "Episodio Depresivo" es el diagnóstico inicial más adecuado en el primer nivel. El **Trastorno Bipolar** requiere el antecedente de un episodio maníaco (euforia, energía excesiva, falta de necesidad de dormir), el cual no se describe en estos casos*



**PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER:
IDENT. DE FACTORES DE RIESGO, PREV.
PRIMARIA Y SECUNDARIA, CON ÉNFASIS
EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO , MAMA**



Mujer de 55 años, señala que su esposo se hizo prueba de papilomavirus y salió positiva. Acude a control al centro materno y le realizan tamizaje con PAP que salió positivo. ¿Qué prueba está en el siguiente paso en el flujograma de atención de cáncer de cuello uterino? (SERUMS 2025 I)

- A. Curetaje endocervical
- B. Tomar biopsias
- C. Colposcopia
- D. Nuevo PAP

| Etapa | Acción / Método | Resultado Negativo | Resultado Positivo | Tiempo Máximo |
|---|---|---|------------------------------------|---|
| 1. Tamizaje Inicial (25–64 años, según riesgo) | <ul style="list-style-type: none"> • PAP: 25–29 y 50–64 años • IVAA: 30–49 años, sobre todo donde no haya DM-VPH • DM-VPH: priorizar 30–49 años donde esté implementado; puede incluir autotoma | <ul style="list-style-type: none"> • DM-VPH: cada 5 años; • IVAA: cada 2 años; • PAP: cada 2 años | Punto 2 | — |
| 2. Manejo de tamizaje positivo (desde ASC-US en adelante) | <ul style="list-style-type: none"> • DM-VPH: - VPH 16/18 → colposcopia o telecolposcopia /biopsia directa - Otros VPH AR → control en 1 año; si persiste positivo → colposcopia/biopsia. • IVAA positiva: colposcopia/biopsia; opción “Ver y Tratar” en casos seleccionados • PAP positivo: colposcopia/biopsia | | | Máx. 4 semanas desde tamizaje positivo |
| 3. Colposcopia | Estudio diagnóstico en mujeres de 25 a 64 años con tamizaje positivo o signo sugestivo de lesión premaligna; permite evaluación ampliada del cuello uterino . Si el hallazgo lo amerita, se toma biopsia | Negativa → control DM-VPH en 1 año | Positiva → realizar biopsia | — |
| 4. Biopsia | Análisis histopatológico | <ul style="list-style-type: none"> - Negativa o NIC 1 → control DM-VPH en 1 año - NIC 2 o 3 → tratamiento ablativo (Crioterapia, Termocoagulación) o escisional (CONO LEEP / FRÍO) - Adenocarcinoma in situ o Carcinoma in situ → derivar a manejo oncológico | | Biopsia: resultado en máx. 1 semana. Manejo definitivo: máx. 4 semanas desde tamizaje positivo |

Derechos y Consentimiento: Antes de realizar una colposcopia o biopsia, es obligatorio obtener el **Consentimiento Informado** firmado, explicando que el procedimiento es sencillo y no requiere anestesia general.

En el escenario del caso y en el flujograma aplicado para este resultado positivo → Si el tamizaje (PAP, IVAA o VPH) sale positivo, el siguiente paso clínico es según el flujograma aplicable es la **Colposcopia** para ver la lesión. La **Biopsia** es el paso confirmatorio que se hace *durante* la colposcopia si se encuentra algo sospechoso.



Mujer de 45 años acude al EE.SS. muy preocupada pidiendo una orden de mamografía pues en tiktok dicen que todas las mujeres deben realizársela para detectar el cáncer de mama y nunca se la ha realizado. Usted la evalúa encontrándola asintomática y con bajo riesgo de cáncer de mama. De acuerdo a la evidencia actual ¿Cuál es la mejor recomendación para ella respecto a su deseo de realizarse la mamografía? (SERUMS 2025 II)

- A. Debe esperar 2 años para realizarla
- B. No hacerla por riesgo de radiación
- C. Sí desea puede hacerla
- D. No debe hacerla

- **Población objetivo para tamizaje:** La norma define el tamizaje como el proceso que se realiza a las mujeres de **40 a 69 años** de edad, asintomáticas y aparentemente sanas. La paciente, al tener 45 años, se encuentra dentro de este rango prioritario.

- **Recomendación de Mamografía:** En mujeres de 40 a 69 años con riesgo promedio (bajo riesgo), el tamizaje incluye la realización de una **mamografía cada dos años**.

- **Análisis del caso:** Dado que la paciente tiene 45 años y **nunca se ha realizado una**, ella es una candidata idónea para el procedimiento según el protocolo nacional.

La opción correcta es “Sí desea puede hacerla”, pero doctrinariamente el mensaje que debes enseñar es que **sí está indicada como tamizaje** en su grupo etario → “Puede indicarse como tamizaje tras decisión compartida en mujer de 40–49 años con bajo riesgo”, porque para MINSA no es solo algo permitido, sino parte del tamizaje programático en la población objetivo.



1. Población objetivo programática: mujeres de 40 a 69 años para tamizaje poblacional con ECM y mamografía. En alto riesgo, el estudio puede individualizarse con otras estrategias.

2. Periodicidad Diferenciada:

- **Examen Clínico de Mamas (ECM):** Se debe realizar de forma **anual** por un profesional capacitado.
- **Mamografía:** Se debe realizar **cada 2 años**.

3. Conducta ante "Alto Riesgo": Si una mujer tiene antecedentes familiares de primer grado (mutación genética), radioterapia en tórax antes de los 30 años o riesgo estimado >30% (Modelo Gail), se debe referir para **Resonancia Magnética con contraste anual**, adicional a la mamografía.

4. Categoría BI-RADS (Interpretación):

- **BI-RADS 0:** evaluación adicional.
- **BI-RADS 1:** negativa.
- **BI-RADS 2:** benigna.
- **BI-RADS 3:** probablemente benigna.
- **BI-RADS 4:** anormalidad sospechosa.
- **BI-RADS 5:** altamente sugestiva de malignidad.
- **BI-RADS 6:** malignidad conocida.

los resultados **BI-RADS 1 y 2** pueden entregarse presencialmente o por telemedicina, mientras que **BI-RADS 0, 3, 4, 5 y 6** se manejan presencialmente.

Conducta práctica

- **BI-RADS 1–2:** continuar tamizaje rutinario.
- **BI-RADS 0:** completar evaluación diagnóstica.
- **BI-RADS 3:** seguimiento según indicación especializada.
- **BI-RADS 4–5:** requieren confirmación diagnóstica histológica.
- **BI-RADS 6:** malignidad ya conocida, continuar manejo oncológico.

5. Factores de Riesgo Modificables: Enséñales a enfatizar en la consejería el abandono del **tabaquismo**, la reducción del consumo de **alcohol**, el control del **sobrepeso/obesidad** y la promoción de la **actividad física** (30 min 5-7 días a la semana) como medidas preventivas.

Si la paciente tiene 40 a 69 años y está asintomática, la mamografía bilateral de tamizaje sí corresponde dentro del tamizaje poblacional según la norma técnica vigente



PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO, PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA, CON ÉNFASIS EN CÁNCER DE COLON Y RECTO





PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER: IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO, PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA, CON ÉNFASIS EN CÁNCER DE PIEL





PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS: BÚSQUEDA ACTIVA DE CASOS, DIAGNÓSTICO



Búsqueda Activa de Casos (Detección de Casos de TB)

- Continua y permanente (pte SR)
- Prioriza la detección (pte vulnerables)

Recolección

- 2 muestras seriadas (1.ª muestra al identificar al paciente y 2.ª muestra al día siguiente al despertar; solo en situaciones especiales el intervalo puede ser 30 min)/ área ventilada
- Procesar muestra mismo día o refrigerar 2-8 grados no más de 72 h.
- Resultados EMG: 8 horas y A. AMBULAT: en 24 h

Diagnóstico

- Responsabilidad del médico tratante
- Prueba bacteriológica - PDRm si disponible (baciloscopia si no hay PDRm)(**TB activa**)
- **Clínico (P y EXTRA P)**
- **Radiológico**

- **PPD** o la **prueba de sangre IGRA (TB latente)**



Un hombre de 65 años acude al servicio de emergencia de un hospital por disnea súbita. Durante la evaluación inicial, el personal de salud observa que también presenta tos persistente con expectoración desde hace más de tres semanas y ha perdido peso recientemente. Sospechan de tuberculosis. Considerando la Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de la Persona Afectada por Tuberculosis, ¿qué tipo de muestra se debe solicitar inicialmente para el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis en este caso probable? (BANCO VILLAMEDIC)

- A. Aspirado gástrico (AG).
- B. Esputo inducido (EI).
- C. Dos muestras de esputo seriadas.
- D. Lavado bronquial.

Búsqueda Activa de Casos (Detección de Casos de TB)

- Continua y permanente (pte SR)
- Prioriza la detección (pte vulnerables)

Recolección

- **2 muestras seriadas** (1ra E.S y 2da en domicilio en ayunas al día siguiente o mismo E.S con 30 min intervalo) / área ventilada
- Procesar muestra mismo día o refrigerar 2-8 grados no más de 72 h.
- Resultados EMG: 8 horas y A. AMBULAT: en 24 h



¿Qué grupo de pacientes tienen indicación de terapia preventiva para la tuberculosis? (SERUMS 2025 I)

- A. Sin diagnóstico de ITBL que pertenecen a grupos con corticoterapia e inmunosupresores
- B. Adultos que son contactos de caso índice-TB pulmonar y pacientes con VIH
- C. Pacientes con tuberculosis sensible
- D. Personas que no tienen diagnóstico de infección tuberculosa latente

Definiciones operativas:

Conversión reciente ➔ < 2 años

PVV ➔ Persona que vive con VIH

ITBL ➔ infección TB latente

El PPD no es barrera: La no disponibilidad de pruebas inmunológicas (PPD o IGRA) **no es un obstáculo** para iniciar TPT en los contactos indicados ➔ aplica **a los contactos y personas con indicación de TPT**, luego de descartar TB activa.

Terapia brindada a personas con riesgo de enfermarse de TB después de haber **descartado enfermedad activa**

Terapia preventiva

1. **Contacto** c/ caso índice (TBC) c/s R.Bact (+), si es (-) debe ser altamente sospechoso
 - En < 5 años: aún PPD/IGRA (-)
 - En >= 5 años **PPD/IGRA (+)**

>= 10 mm (todos)
>= 5 mm (inmunosuprim.)

2. VIH, aún C/ PPD/IGRA (-) o que nunca recibieron TPT, infección reciente mayor a 12 m, o aquellos que abandonaron el TAR más de 1 año

3. Pte c/ ITBL c/ Tratamiento Inmunosupresor o comorbilidades (ERC)

4. Personal Salud expuesto c/ conversión reciente (<2 a)

5. >=5 años c/ conversión reciente (<2 a)



TPTB

6H sola diaria - 6m: Si no hay HP o HR
>2 a elección 3HP
<2 a elección 3HR

- N <10a: 10 / A: 5 mg/kg/día (máx 300 mg) + B6 50 mg/día

3H + R diaria – 3m (elección: niños <2a)

- H → N: 10 / A: 5 mg/kg/día (máx 300 mg) + B6 50 mg/día
- R → N: 15 / A: 10 mg/kg/día (máx 600 mg)
- *Nota: En niños de 2 a 14 años como alternativa, la dosis de H sube a 15 mg/kg y R baja a 10 mg/kg*

3H + P – sem – 3m (12 dosis)(elección >2 a/VIH S/TAR/inmunosup)

- H: 2-11 años: 25 mg/kg/X (máximo 900mg) + B6
- H: ≥11 años: 15 mg/kg/X (máximo 900mg) + B6
- P: ≥50kg: 900mg/d

R sola diaria – 4m (RAM la H.

- R → N: 15 / A: 10 mg/kg/día (máx 600 mg)

TPT: Debe realizarse bajo la modalidad de **Tratamiento Directamente Observado (DOT)**, administrándose de **lunes a domingo, incluyendo feriados.**

Todo esquema que incluya Isoniacida (H) debe recibir **Piridoxina (Vitamina B6)** para prevenir neuropatías

- **Contacto de un caso de TB rH (resistente a Isoniacida)**

TPTB en Contactos de Casos con TB Resistente

- **R sola** diaria durante **4 meses**
- **Mayores de 14 años:** Si pesan ≥ 50 kg son **600 mg** (2 tabletas de 300 mg); si pesan < 50 kg es **300 mg** (1 tableta).
- **Menores o igual a 14 años:** La dosis es de **15 mg/kg/día** (con un máximo de 600 mg/día)

- **Contacto de un caso de TB RR/MDR**

- **LEVO por 6 meses.** Dosis: ≥15 años: según peso corporal (ej. ≤45 kg: 750mg/día, >45 kg: 1gr/día); menores de 15 años: 15-20 mg/kg/día.
- Dosis máxima: ≥15 años: 1gr, menores de 15 años: 750 mg



Como médico usted atiende a un paciente de 20 años con diagnóstico de VIH hace 07 días, asintomático. Tiene 2 Gene X expert en esputo negativos y Rx de tórax: normal, CD4 sérico: 450 cel/ml. Serología: HBsAg negativo VDRL negativo. Ha pasado evaluación por la psicóloga. ¿Cuál es la conducta terapéutica a seguir? (SERUMS 2025 II)

- A. Evaluación por oftalmología
- B. Iniciar terapia antirretroviral+ iniciar terapia de prevención de TB
- C. Consejería de soporte sobre el VIH
- D. Iniciar profilaxis con cotrimoxazol

| Eje | Contenido clave |
|--------------------------------------|---|
| Inicio de TAR (VIH) | Toda persona con VIH debe iniciar TAR lo más pronto posible, independientemente del estadio clínico y del recuento de CD4, según la NTS N.º 169-MINSA/2020. |
| Condición clínica del paciente | Paciente asintomático, CD4 450 cél/ml, sin datos de infección oportunista: no hay contraindicación para TAR inmediata . Esto es una aplicación clínica del caso. |
| Terapia preventiva de TB (TPT) | La NTS N.º 221-MINSA/DGIESP-2024 indica que las personas con VIH están dentro de los grupos con indicación de TPT, especialmente si nunca la recibieron o si abandonaron TAR por más de 1 año, luego de descartar TB activa. |
| Criterio obligatorio para TPT | La TPT solo se inicia después de descartar TB activa. Un PPD/IGRA no reemplaza el descarte de enfermedad activa. |
| Descarte de TB activa (caso clínico) | Paciente asintomático, con PDRm negativas y radiografía de tórax normal : cumple criterio clínico-programático para descartar TB activa e iniciar TPT. En la NTS 2024, para TB activa se prioriza prueba bacteriológica, especialmente PDRm si está disponible. |
| Jerarquización de conductas | En este escenario, la conducta prioritaria es iniciar TAR + TPT tras descartar TB activa. La consejería y otras evaluaciones complementarias no deben retrasar esa conducta. Esto es una inferencia clínica coherente con ambas normas. |
| Profilaxis con cotrimoxazol | No es la conducta prioritaria en este caso. Su indicación depende de escenarios específicos de VIH avanzado u otras condiciones oportunistas; no desplaza el inicio de TAR + TPT en este paciente. La prioridad aquí se infiere del cuadro clínico y del mandato de iniciar TAR y TPT. |



Paciente joven de 30 años con tratamiento anti-TB, que no mejora al tratamiento al tercer mes, no presenta deterioro clínico-radiológico. Ampliando la historia tiene antecedente de padre con diagnóstico de TBC-DR. ¿Cuál debe ser la conducta inicial del personal de salud? (SERUMS 2025 II)

- A. Tomar una muestra de esputo para prueba de sensibilidad rápida
- B. Debe hacerse la historia al padre
- C. Debe iniciar tratamiento anti-TBC DR en este momento
- D. Debe referirse al médico consultor

| Eje | Contenido clave |
|--|---|
| Falla de respuesta / sospecha de resistencia | La norma establece que ante persistencia de mala evolución clínica o bacteriológica durante el tratamiento, se debe sospechar resistencia y priorizar confirmación diagnóstica . |
| Factor de riesgo para TB-DR | El paciente es contacto directo de un caso confirmado de TB-DR (padre) , lo que constituye factor de riesgo crítico según normativa nacional. |
| Prioridad del diagnóstico rápido | El flujo diagnóstico prioriza el uso de PDRm (Pruebas de Diagnóstico Rápido Molecular) para detectar resistencia a H y R de forma inmediata. |
| Conducta inicial obligatoria | En todo paciente con riesgo de TB-DR , la norma indica tomar muestra de esputo para prueba de sensibilidad rápida antes de modificar esquemas terapéuticos. |
| Inicio de esquema TB-DR | No se inicia tratamiento TB-DR sin confirmación bacteriológica de resistencia. |
| Referencia al médico consultor | La referencia se realiza posterior al resultado de la prueba de sensibilidad; no es la conducta inicial . |
| Plazo normativo | Toda persona con riesgo para TB-DR debe contar con prueba de sensibilidad en un plazo ≤ 7 días calendario para definir tratamiento. |

**TB Sensible:**

- Dentro de las 24 horas posteriores al diagnóstico
- **S/VIH** ➔ **2(HREZ) diario + 4(HR) diario, completando un total de 150 dosis**
Entonces: **2 m (HREZ) d + 4 m (H3R3) 3 v/sem** (la 2.^a fase puede ser 3 veces/semana **solo donde se garantice DOT +.** monitoreo clínico, bacteriológico y control de contactos)
- **C/ VIH** **2 m (HREZ) d + 4 m (HR) diario**, completando 150 dosis programadas
- TB miliar o extrapulmonar con compromiso del SNC u osteoarticular ➔ **2 m (HREZ) d + 10 m (HR) diario, total: 250 dosis** (En meningitis, pericarditis y formas miliares, se añade **corticoterapia sistémica**) ➔ **Prednisona a dosis de 1 a 1.5 mg/kg/día** (o su equivalente) p/2-4 sem.
- Todo esquema que incluye H debe recibir **Piridoxina 50 mg/día**
- Si la baciloscopía es **positiva** al **segundo mes**, se solicita **PS rápida (H y R) y cultivo líquido**, prolongando la primera fase (si el paciente no contaba con una prueba de sensibilidad al inicio)

*El tratamiento de TB-DS se realiza con **Dosis Fijas Combinadas (DFC)** y la administración es de lunes a sábado, excepto domingos e incluyendo feriados*



TB Resistente (TB DR):

- **Grupo A** (Bedaquilina, Moxifloxacin/Levofloxacin, Linezolid) “**BML**”
- **Grupo B** (Clofazimina, Cicloserina) “**GC**”
- **Grupo C** (Pirazinamida, Imipenem-Cilastatina/Meropenem, Etambutol, Amikacina, Etionamida, *Delamanid*) “**PYMEETA**”

Lunes a sábado, incluidos feriados, 1 sola toma diaria una hora antes o después de alimentos. Etionamida y Cicloserina en dos tomas fraccionadas. Se administra Piridoxina (Vitamina B6) si reciben Linezolid y/o Cicloserina → **en todos los grupos**

- **Esquemas para TB rH** → **TB-Hr: 6 meses (R-E-Z-Lfx), 180 dosis diarias; puede extenderse a 9 meses** según evolución.
- **“TB RR/MDR”** → *El esquema oral de elección si cumple criterios para TB-RR/MDR es: **BPaLM: 6 meses (Bdq-Pa-Lzd-Mfx)**. el **BLC** (para quienes **no cumplen criterios para BPaLM**), compuesto por Bdq-Lzd-Cfz-Lfx-Z durante **9 meses** (270 dosis).
La norma permite ampliarlo a **12 meses** (sin Bdq) si hay cultivos positivos entre el 4.º y 6.º mes, o hasta **18 meses** en casos de compromiso del SNC, miliar u osteoarticular, previa evaluación del CNER.*
- **“TB PRE - XDR”** → **BPaL: 6 meses**
BLCC (esquema alternativo para TB pre-XDR cuando no cumple criterios para BPaL; duración según evaluación especializada)
- TB-XDR / casos complejos: → Esquema parenteral individualizado, 18–24 meses, guiado por perfil de resistencia y conversión de cultivos; manejo por UNET/CNER.

Farmacovigilancia intensiva: obligatoria especialmente en establecimientos que administran **BPaLM**.

BPaL = bedaquilina + pretomanid + linezolid.

BLCC = bedaquilina + linezolid + clofazimina + cicloserina.



En la actividad de entrega de producto e información, dentro del proceso de dispensación farmacéutica de medicamentos de primera línea para la tuberculosis. ¿Cuál es una reacción adversa que debería de advertirse al paciente? (SERUMS 2024 II)

- A. Nefrotoxicidad por rifampicina
- B. Trombocitopenia por Linezolid
- C. Neuritis óptica por pirazinamida
- D. Neuritis periférica por isoniazida

EFFECTOS ADVERSOS

| | |
|-----------|-----------|
| RIP | E |
| +Potente | - Potente |

R: H. **colestásica**, influenza like, **Induct P450**
 H: Hepatitis, **déficit VB6**, Neuropatía (NO), **Inh P450**
 Z: hepatotóxica, **Hiperuricemia** (artralgias)
 E: **neuritis óptica (NO retrobulbar)**, hiperuricemia

RifaPentina (P): influenza like, **trombocitopenia**
Ciclocerina (Cs): **CsiquiatricS**
Ethionamida (Eto): hepatitis, **Hipotiroidismo**
Bedaquilina (Bdq): **Prologn QT**, hepatotóxica
Aminoglucosidos (Amg): nefro (**rev**) -ototoxicidad
 vestíbulo coclear (**irrev**)
FQ: **Prologn QT**, Alt GI
Clofazimina: **coloración oscura piel** y mucosas
Lzd: **mielosupresión**, neuropatía, ac láctica
 Carbap: **convulsiones**, colitis psudomembranosa

Ante la presencia de una RAM, se debe suspender el tratamiento según evaluación médica y, para su reinicio, se busca identificar el medicamento causante a través de un "reto", reintroduciendo progresivamente cada medicamento. Sin embargo, el reto está contraindicado en situaciones graves como shock, insuficiencia renal aguda, hemólisis, trombocitopenia, agranulocitosis, neuritis óptica retrobulbar, trastornos auditivos y vestibulares, falla cutánea aguda (Stevens-Johnson), o Síndrome DRESS



Un paciente de 30 años con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar sensible ha iniciado su tratamiento. Ha completado los primeros dos meses de la fase intensiva y en su baciloscopía de control mensual, el resultado es positivo. Según la Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de la Persona Afectada por Tuberculosis, ¿qué se debe hacer con este paciente que presenta baciloscopía positiva al finalizar la primera fase de tratamiento? (BANCO VILLAMEDIC)

- A. Suspender el tratamiento y dar de alta al paciente.
- B. Continuar con la segunda fase del tratamiento sin modificaciones.
- C. Solicitar una prueba de sensibilidad rápida a Isoniacida y Rifampicina, y un cultivo de esputo.
- D. Iniciar tratamiento para TB resistente inmediatamente, sin pruebas adicionales.

Seguimiento y Monitoreo del Tratamiento de la TB Sensible:

- Baciloscopía mensual obligatoria, hasta tener **2 NEGATIVOS**
- **Teleconsulta, telemonitoreo y teleorientación**
- La **ECOST (Educación comunitaria y seguimiento del Tto) o el consejero par** pueden fortalecer la adherencia



Seguimiento y Monitoreo del Tratamiento de la TB Resistente:

- **Baciloscopía y cultivo de esputo:** monitoreo mensual durante todo el esquema, junto con evaluación clínica y exámenes auxiliares.
- **Control médico:** el médico tratante evalúa al paciente cada mes; el médico consultor lo hace cada 3 meses. TB-DR el seguimiento depende del **esquema**, la **fase**, la **respuesta clínica** y la **farmacovigilancia** en pacientes con esquemas de TB-DR, especialmente en BPaLM, según anexo vigente.
- **Esquemas BPaLM, BLC, BPaL, BLCC, parenteral y modificados:** médico consultor evalúa mensualmente en la fase intensiva y al menos cada 3 meses en fase de continuación.
- **Visitas domiciliarias:** para verificar domicilio, educar a la familia, organizar examen de contactos y administrar dosis si el paciente pierde una programada.
- **Adherencia:** se fomenta mediante educación y se identifican factores de riesgo de abandono (conflictos familiares, consumo de alcohol o drogas, pobreza, problemas de salud mental).

- **Atención Social:** Se evalúa la situación socioeconómica y cultural de la PAT (Persona Afectada por TB), identificando factores de riesgo social y gestionando apoyo

- **Atención Nutricional:** Evaluación mensual del estado nutricional, valoración de requerimientos y consejería

- **Atención de Salud Mental:** Tamizaje para depresión, violencia y consumo de alcohol. Derivación a servicios especializados si es necesario. Se incluye el seguimiento de problemas de salud mental durante las visitas domiciliarias

- **Derivación y Transferencia:** Proceso para trasladar a pacientes a otros E.S. cercanos a su domicilio (derivación) o a otra jurisdicción (transferencia) para continuar el tratamiento



Canasta PAN TB

La Norma Técnica de Salud hace referencia al **Programa de Alimentación y Nutrición para la Persona Afectada por TB (PCA-PAN TBC) → Paquete de cuidado Ambulatorio en Programa de Alimentación y Nutrición**

Los profesionales de **nutrición** en los E.S. son **responsables de elaborar y remitir la relación mensual de las PAT a los gobiernos locales para el acceso a este programa** de complementación alimentaria, de acuerdo con la normatividad vigente. Esto forma parte del apoyo integral para los pacientes con TB, considerando que la desnutrición es un **factor de riesgo importante**



ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ITS





CONSEJERÍA

- **Manejo integral en la primera consulta:** diagnóstico, tratamiento, consejería, provisión de condones y referencia de contactos
- **Promover las actividades de consejería como estrategia prioritaria**
- **Identificar y tratar los factores de riesgo** de las ITS
- **Mejorar el acceso** de los pacientes a los E.S
- **Disponer de información, educación y promoción de la prevención** a través de la consejería y la promoción del uso de condones
- **Confidencial y profesional**
- Se deben usar **habilidades verbales y no verbales** para establecer una buena comunicación
- Se enfatiza el **consentimiento informado** para la profilaxis antirretroviral post-exposición al VIH

Síndromes de ITS a considerar en el diagnóstico

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| Flujo vaginal (descenso vaginal) | Úlcera genital en varones y mujeres | Inflamación escrotal |
| Descarga uretral en varones. | Dolor abdominal bajo | Bubón inguinal |



Procedimientos de diagnóstico

• Historia clínica

Recopilación de información sobre edad, estado marital, número de hijos, antecedentes de ITS, enfermedades actuales, y prácticas sexuales

• Examen físico

Incluye la evaluación de genitales masculinos (meato uretral, surco balano prepucial, bubones, úlceras, descargas) y femeninos (púlpitos, vulva, ano, perineo, bubones, úlceras, descargas vaginales, examen bimanual)

• Pruebas serológicas para Sífilis

Se clasifican en no treponémicas (RPR, VDRL) y treponémicas (FTA-ABS, MHA-TP). Las no treponémicas son útiles para tamizaje y seguimiento, mientras que las treponémicas confirman el diagnóstico

• Diagnóstico de VIH

Se debe realizar tamizaje de VIH en personas afectadas por ITS, ya que las ITS aumentan el riesgo de transmisión del VIH

• Diagnóstico de Herpes Genital

Clínico, aunque puede confirmarse por pruebas virológicas o serológicas

• Diagnóstico de Oftalmia Neonatal

Examen directo de exudados por tinción de Gram para buscar Diplococos Gram negativos intracelulares y cultivos de muestras obtenidas de la oro faringe y conjuntiva

Búsqueda y manejo en poblaciones de baja prevalencia de ITS

Evaluación de la historia clínica, examen físico completo y bimanual, y pruebas como RPR y/o PAP

• Atención médica periódica a trabajadores(as) sexuales:

Evaluación clínica, exámenes de laboratorio (Gram, frotis para Trichomonas, cultivo de N. gonorrhoeae, serología para Sífilis y ELISA para VIH, PAP test para VPH)



Varón de 20 años, señala haber tenido RS con pareja desconocida hace un mes y no acude al EESS para ser evaluado. Trae resultado de VDRL: 16 diluciones. FTA- ABS (+). Examen Físico: PA: 110/70 mmHg, FC: 85 X', FR: 14X', afebril; en REG, con úlcera genital, no presenta ronchas en manos y plantas de pies. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (SERUMS 2025 I)

- A. Infección por clamydia
- B. Gonorrea
- C. Herpes genital
- D. Sífilis primaria

Úlcera genital

Suele aparecer entre 2 a 6 semanas después de la infección

VDRL de 16 diluciones (prueba no treponémica) indica una infección activa

FTA-ABS (+) (prueba treponémica) confirma la presencia de anticuerpos específicos contra el *Treponema pallidum*

Atención Integral



Fortalecer la atención de las ITS (prevención y promoción) como manejo Síndromico

La norma 2026 enfatiza que la no disponibilidad de pruebas moleculares o de laboratorio **no debe retrasar** el inicio del tratamiento bajo el esquema de flujo de úlcera genital. En el SERUMS, si te dan una clínica de úlcera, la prioridad es tratar de inmediato

CONSEJERÍA 4 C

1. Consejería (promover cambio de comportamiento).
2. Contactos (identificación y tratamiento).
3. Condones (educación y entrega).
4. Cumplimiento del tratamiento

TAMIZAJE de ITS

Parte VDRL/RPR y FTA- ABS

DIAGNÓSTICO

Clínica + Serología (si NO tiene, la conducta es tratar SÍ O SÍ para Sífilis y Herpes en la primera consulta)
→ Microscopía Campo oscuro

TRATAMIENTO

De elección para **Sífilis primaria, secundaria y latente temprana** (< 1 año):

Penicilina G Benzatínica 2.4 MUI IM DU

Alternativa: Doxicilina 100 mg VO 2v/día por 14 d

SEGUIMIENTO

Monitoreo basado en la CONSEJERÍA
Control serológico → **VDRL/RPR** a los **3, 6 y 12 meses después del tratamiento < títulos** (ej. de 1:16 a 1:4) "4 v el título" es indicativo de una respuesta exitosa al tratamiento.
Deben ser evaluados todos los contactos de los últimos **90 días** previos al inicio de los síntomas



Puérpera con diagnóstico confirmatorio de sífilis; tratamiento incompleto; al recién nacido se considera neonato con sífilis congénita. ¿Cuál es la acción a seguir? (SERUMS 2024 II)

- A. Tratamiento alternativo
- B. Derivar a establecimiento resolutivo
- C. Tratamiento farmacológico inmediato
- D. Evaluación diagnóstica confirmatoria

| Eje | Contenido clave |
|---|--|
| Tratamiento inadecuado en la madre | Se considera tratamiento inadecuado si la madre: 1) recibió tratamiento < 30 días antes del parto , 2) recibió esquema distinto a Penicilina Benzatínica , 3) no completó dosis según estadio clínico, o 4) no presentó descenso adecuado de títulos RPR/VDRL posterior al tratamiento. |
| Clasificación del recién nacido | Ante tratamiento materno incompleto, el neonato se clasifica automáticamente como caso sospechoso/confirmado de sífilis congénita por criterio epidemiológico , independientemente de la clínica inicial. |
| Rol del serumista (1.er nivel) | El serumista debe realizar identificación proactiva y NO resolver el caso en el primer nivel , ya que excede su capacidad resolutiva. |
| Acción prioritaria | El manejo del RN con sífilis congénita requiere hospitalización, penicilina sódica EV , estudios como LCR, radiografías de huesos largos y serologías seriadas , procedimientos no disponibles en el primer nivel . |
| Referencia obligatoria | La norma establece que los establecimientos del primer nivel deben coordinar referencia inmediata a un establecimiento resolutivo para asegurar continuidad y tratamiento adecuado. |
| Marco normativo | Manejo del binomio madre-niño regido por la NTS N.º 159-MINSA/2019/DGIESP (PTMI) , que refuerza la necesidad de atención hospitalaria del neonato afectado. |



Paciente de 20 años, HSH, presenta fiebre y rash hace una semana. Antecedente de secreción uretral amarillenta hace 2 semanas, le diagnosticaron descarga uretral y no tomó el tratamiento; luego tuvo RS. Examen: PA: 120/70 mmHg, FC: 90 X', T°: 38.5 °C; rash en el cuerpo; AR: MV pasa en ACP; CV: RC regulares y rítmicos; hígado: 13 cm de span hepático. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? SERUMS 2024 II

- A. Sífilis secundaria
- B. Meningococemia
- C. Gonococemia
- D. VIH aguda

"span hepático de 13 cm" (hepatomegalia). La norma señala explícitamente que la infección por *N. gonorrhoeae* puede causar **perihepatitis**

Atención Integral



Fortalecer la atención de las ITS (prevención y promoción) como manejo Sindrómico

CONSEJERÍA

Información y comunicación: abierta y empática
Comportamientos de riesgo : uso consistente y correcto del condón

Adherencia al tratamiento: *prevenir complicaciones y recurrencias*

Notificación a contactos: referir a sus parejas sexuales

Prevención de VIH: historia de HSH

TAMIZAJE de ITS

Parte integral del manejo sindrómico

DIAGNÓSTICO

Clínica (Sd. descarga uretral) + **T. Gram** o cultivo *Neisseria gonorrhoeae* (+FREC) la infección gonocócica puede diseminarse y causar una **erupción cutánea petequeal o pustulosa (rash)**, además de fiebre

TRATAMIENTO

Elección: Ceftriaxona 1 gr IM DU + Doxicilina 100 mg VO 2v/día por 7d *Manejo sindrómico"

Para el Caso: Ceftriaxona 1 gr EV c/24 h (Gonococemia)

(Cefixima o Ceftriaxona están presentes en el Kit de Violencia Sexual)

SEGUIMIENTO

Monitoreo basado en la CONSEJERÍA: una ITS no tratada (descarga uretral) no se resuelve sola, sino que puede evolucionar a cuadros sistémicos graves como la **gonococemia**, que incluye artritis séptica, tenosinovitis y la mencionada perihepatitis

- La norma obliga a tratar a todos los contactos sexuales de los últimos **60 días** previos al inicio de los síntomas en casos de descarga uretral.

- Si el paciente tuvo relaciones sexuales (RS) después de los síntomas y sin tratamiento, es un foco de transmisión activa en la comunidad



Joven de 24 años, G2P1011, acude por presentar secreción vaginal líquida, grisácea, pegajosa, abundante y con mal olor; no uso de MAC. AMEU hace un año. Examen: FC: 72 X'; FR: 17 X'; T°: 36.5 °C; PA: 110/60 mmHg. Especuloscopia: hallazgos congruentes con los descritos. Prueba de aminas con KOH presente (a pescado). ¿Cuál es el diagnóstico? (SERUMS 2024)

- A. Uretritis
- B. Vaginosis bacteriana
- C. Tricomoniasis
- D. Candidiasis

Atención Integral



Fortalecer la atención de las ITS (prevención y promoción) como manejo Sindrómico

CONSEJERÍA

Información y comunicación: abierta y empática
Comportamientos de riesgo : uso consistente y correcto del condón :
Adherencia al tratamiento: prevenir complicaciones y recurrencias
Notificación a contactos: referir a sus parejas sexuales

TAMIZAJE de ITS

Parte integral del manejo sindrómico

DIAGNÓSTICO

Aplicar el **Abordaje Sindrómico; Sd. de Flujo Vaginal** → significa que, ante un flujo vaginal anormal, se debe iniciar tratamiento farmacológico inmediatamente después de identificar el síndrome.

(Aumento flujo)

1. Prueba de aminas (Pescado) Mal olor (**trimetilamina**) – *Putrescina* y *Cadaverina*.

- Células clave

- PH > 4.5

→ Examen microscópico

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección para el síndrome de flujo vaginal anormal incluye cobertura para las causas más frecuentes

Esquema de Tratamiento

- **Metronidazol:** 500 mg, 4 tabletas, vía oral, **dosis única.** + **Fluconazol:** 150 mg, 1 tableta, vía oral, **dosis única.** (Sindrómico)

- **Tratamiento Alternativo (en sospecha de Gardnerella):** Metronidazol 500 mg, 1 tableta vía oral cada 12 horas por 7 días (Tratamiento fijo)

SEGUIMIENTO

Monitoreo basado en la CONSEJERÍA



Tratamiento

El tratamiento debe ser **inmediato y oportuno**. Es fundamental el **tratamiento de la(s) pareja(s) sexual(es)** para prevenir la reinfección y la retransmisión

Tratamientos específicos por síndrome:

• Descarga Uretral (DU):

- Elección: **Ceftriaxona 1gr IM DU** para Gonorrea+ **Doxiciclina 100 mg c/12 p/7 días VO** para clamidia.
- Alternativas: **Ceftriaxona IM 1gr DU + Azitromicina 1 g vía oral** (dosis única) para Gonorrea y Clamidia.

• Úlcera Genital (UG):

- **Penicilina G Benzatinica 2.4 millones UI intramuscular (dosis única)/Doxiciclina** + para Sífilis y **Aciclovir 400 mg: 2 tabletas (800 mg total), VO, cada 12 horas por 5 días para Herpes.**
- Alternativas para alérgicos a Penicilina: **Doxiciclina 100 mg: 1 tableta, VO, cada 12 horas por 14 días.**
- Alternativas para Herpes Genital: Famciclovir, Valaciclovir

• Flujo Vaginal (FV):

- **Metronidazol 2 g vía oral (dosis única)** para Vaginosis Bacteriana y Tricomoniasis. +
- **Fluconazol 150 mg vía oral (dosis única)** para Candidiasis.

• Dolor Abdominal Bajo (DAB) / Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EPI):

- **Ambulatorio:** Ceftriaxona 1gr IM DU + Doxiciclina 100 mg c/12 h VO por **14 días** + Metronidazol 500 mg C/12 h VOI por **14 días.**
- **Hospitalario:** (Guías internac.)
- **Ceftriaxona:** 1 g, EV, 1 ampolla **cada 24 horas por 14 días**
- **Doxiciclina:** 100 mg, 1 tableta, VO, **cada 12 horas por 14 días**
- **Metronidazol:** 500 mg, EV, 1 ampolla **cada 12 horas por 14 días**



Tratamientos
específicos
por
síndrome:

• **Bubón Inguinal (BI):**

- **Tratamiento de Elección:** Doxiciclina 100 mg, VO, cada 12 horas por 21 días.
- **Tratamiento Alternativo 1:** Eritromicina 500 mg, VO, cada 6 horas por 21 días.
- **Tratamiento Alternativo 2:** Azitromicina 1 gr VO una vez a la semana por 3 semanas

• **Sífilis Adquirida:**

TEMPRANA

Elección: Bencilpenicilina Benzatínica 2'400,000 UI, vía intramuscular, en dosis única

Alternativa (alergia): Doxiciclina 100 mg cada 12 horas vía oral por 15 días

LATENTE TARDÍA, INDETERMINADA Y TERCIARIA

• **Elección:** Bencilpenicilina Benzatínica 2'400,000 UI, vía intramuscular, una vez por semana por 3 semanas (3 dosis totales)

• **Alternativa (alergia):** Doxiciclina 100 mg cada 12 horas vía oral por 30 días

NEUROSÍFILIS

Elección: Bencilpenicilina Sódica de 3 a 4 millones UI, vía endovenosa, cada 4 horas por 14 días

Alternativa (alergia): Si no es posible la desensibilización, se indica Ceftriaxona 2 g IV cada 24 horas por 14 días

• **Sífilis Congénita**

➤ **Escenario 1: Confirmado o Altamente Sospechoso**

Penicilina G Sódica 50,000 UI/kg/dosis EV, por 10 días

Recién nacidos de 0 a 7 días de vida: Cada 12 horas

Recién nacidos de 8 a 28 días de vida: Cada 8 horas.

➤ **Escenario 2: Sospechoso (Madre con Tratamiento Inadecuado)**

• **Tratamiento si la evaluación es NORMAL de PL, Rx huesos y hemograma:**

• **Opción A: Penicilina G Procaínica.** Dosis: 50,000 UI/kg IM en dosis única diaria por 10 días.

• **Opción B: Penicilina G Sódica** (misma dosis y frecuencia que el Escenario 1) por 10 días.

• **Tratamiento si la evaluación es ANORMAL (o no se puede realizar):** igual que el Escenario 1 con Penicilina G Sódica EV por 10 días.

➤ **Escenario 3: Riesgo Epidemiológico (Madre con Tratamiento Adecuado)**

Penicilina G Benzatínica 50,000 UI/kg IM en dosis única.

• **Infección por VPH:**

◦ El tratamiento **busca reducir las lesiones y síntomas**, no curar la infección. Incluye crioterapia NITRÓGENO LÍQUIDO, podofilina (contraindicada en gestación), escisión quirúrgica, electrocauterización.

• **Profilaxis Post-Exposición al VIH (PEP):**

◦ Se utilizan combinaciones de antirretrovirales como Los esquemas y duración varían según el tipo de exposición (ocupacional o sexual). El de elección en todos:

• **Tenofovir (TDF) 300 mg + Lamivudina (3TC) 300 mg + Dolutegravir (DTG) 50 mg.**

• **Posología:** Una tableta en dosis fija combinada (DFC) cada 24 horas.



Seguimiento de casos

Crucial para asegurar la efectividad del tratamiento y prevenir complicaciones.

- **General:** Retornar para un control posterior. Supervisar el cumplimiento del tratamiento
- **Descarga Uretral** La cita de control para evaluar persistencia es a los **7 días**.
- **Úlcera Genital:** Control clínico obligatorio a los **7 días**
La curación completa puede tardar varias semanas.
- **Flujo Vaginal:** La mejoría sintomática debe ocurrir antes de 7 días. Si no hay mejora, se debe reevaluar
- **Dolor Abdominal Bajo:** Si el dolor persiste después de 48-72 horas, reevaluar.
- **Bubón Inguinal:** Durante el tratamiento, se deben programar controles necesarios para aspirar la pus y **NO observar drenaje**. Se debe realizar **aspiración por piel sana** para evitar fístulas
- **Sífilis:** Se recomienda seguimiento serológico con pruebas no treponémicas (RPR/VDRL) a los 3, 6 y 12 meses después de finalizado el tratamiento para evaluar la respuesta. En caso de sífilis congénita, el seguimiento serológico se realiza a los 3, 6, 12 meses, y anualmente hasta la negativización.
- **Profilaxis Post-Exposición al VIH:** Se realiza un seguimiento para verificar la seroconversión y los efectos adversos de los antirretrovirales



Varón de 20 años HSH, que acude a la consulta por presentar erupciones genitales y orales, además dolor ano-rectal y sangrado leve. Ha tenido dolor de cabeza, fiebre, mialgias y adenopatías cervicales hace 2 días. ¿Cuál es el tipo de diagnóstico de viruela del mono? (SERUMS 2025 I)

- A. Sospechoso
- B. Contacto directo
- C. Caso secundario
- D. Confirmado

| Eje | Contenido clave |
|--|--|
| Clínica compatible (criterio clínico) | La norma describe la tríada clásica: erupciones cutáneas (piel, genitales y orales), fiebre y adenopatías (principalmente cervicales). Se asocian síntomas prodrómicos como cefalea y mialgias , los cuales coinciden plenamente con la descripción de la enfermedad. |
| Factor epidemiológico | HSH es identificado por la norma como "población clave" , con mayor probabilidad de exposición al virus . Este criterio incrementa la sospecha , pero no confirma el diagnóstico . |
| Confirmación diagnóstica | Para que un caso sea CONFIRMADO , la norma exige de forma estricta una prueba de laboratorio positiva mediante PCR en tiempo real . |
| Situación del caso clínico | El caso presenta hallazgos físicos y síntomas compatibles , pero no cuenta con resultado de PCR , por lo que no puede clasificarse como confirmado . |
| Otras categorías (no diagnósticas) | Contacto directo: condición de exposición usada para vacunación post-exposición , no es diagnóstico clínico . Caso secundario: término epidemiológico , no utilizado como categoría diagnóstica inicial . |
| Clasificación correcta | Con clínica compatible + factor epidemiológico + sin PCR positiva , el caso se clasifica como CASO SOSPECHOSO de viruela del mono . |

Poblaciones de riesgo para la viruela del mono se superponen significativamente con aquellas más vulnerables a las ITS y el VIH

CONSEJERÍA

Información Clara y Completa: contacto directo con las lesiones, fluidos corporales, objetos contaminados

- **Aislamiento y Prevención: prevenir la propagación**
- **Manejo de Contactos: últimos 21 días** anteriores al inicio de los síntomas (PI): *contacto/riesgo epidemiológico*
- **Comportamientos de riesgo : uso consistente y correcto del condón :**
- **Adherencia al tratamiento:** prevenir complicaciones y recurrencias
- **Prevención "Esquema Nacional de Vacunación" contra la viruela del mono (pre-exposición) y posible ESAVI**

TAMIZAJE de ITS

- **Presencia de los síntomas:** erupciones cutáneas y los síntomas sistémicos asociados - La **linfadenopatía** (ganglios inflamados) es el *signo diferencial "Clásico"* de la viruela del mono frente a otras enfermedades exantemáticas
- **"Criterios de elegibilidad para el personal de salud para aplicación de la vacuna"**
- **Antecedentes Epidemiológicos: contactos con personas con diagnóstico confirmado de viruela del mono (Mpox)** o que hayan estado en áreas con brotes
- Combinación de lesiones cutáneas características y síntomas sistémicos lo clasifica como un **"Caso Sospechoso"**



DIAGNÓSTICO

Laboratorio (Caso Confirmado) → prueba molecular (PCR en tiempo real): muestras de las lesiones (líquido vesicular, costras)

SEGUIMIENTO

- Monitoreo basado en la CONSEJERÍA
- **Confirmación de Curación:** se prolongará hasta la curación completa de las lesiones para confirmar que el paciente ya no es infeccioso
- **Vigilancia Epidemiológica:** → notificados a la autoridad de salud (*hay que hacer seguimiento y control de contactos*)
- **Gestión de riesgos en las vacunas y ESAVI**
- No se describen los protocolos específicos

TRATAMIENTO

Caso Sintomático → *soporte + aislamiento/notificación + toma de muestra + estudio de contactos*

Caso No sintomático → **Vacunación post-exposición + contactos/expuestos <4 días de la exposición, hasta <14 días si no hay síntomas para < severidad.**

Sospechoso = *clínica (exantema agudo inexplicable o lesiones en piel/mucosas (incluidas anogenitales, orales o anorrectales), con o sin síntomas sistémicos como fiebre, cefalea, mialgias, dolor lumbar, astenia o adenopatías)*

Probable = *clínica + nexo epidemiológico/riesgo (contacto con caso probable/confirmado, contacto sexual/intimo de riesgo, exposición a materiales contaminados, o pertenecer a red/grupo con mayor transmisión)*

Confirmado = *laboratorio positivo.*

Vacunación PRE-EXPOSICIÓN: Se prioriza a **PVV** (con $CD4 \leq 200$ cel/ μ l o sin TAR), **HSH**, *trabajadoras sexuales, personas con VIH/SIDA, mujeres transgénero y personal de salud que manipula muestras del virus (personal de laboratorio/equipos de respuesta o personas con riesgos específicos)*

- **Vacunación POST-EXPOSICIÓN:** Debe administrarse como máximo hasta los **4 días** después del contacto con un caso confirmado para prevenir la enfermedad, o hasta los 14 días para reducir la gravedad de los síntomas.
- **Esquema de Vacunación:** Se utilizan **02 dosis** con un intervalo de **28 días** (4 semanas). La vacuna puede aplicarse por vía **subcutánea (0.5 ml)** o **intradérmica (0.1 ml)**.
- **Notificación de ESAVI:** Cualquier evento adverso tras la vacuna debe notificarse. Los **ESAVI graves** deben reportarse en un plazo máximo de **24 horas** de conocido el evento.



En el centro de salud, al colocar un inyectable intramuscular a un paciente, el personal se pincha el dedo pulgar. El status VIH del paciente es desconocido. ¿Qué acciones debe realizarse inmediatamente? (SERUMS 2025 I)

- A. Se valora la severidad del accidente ocupacional
- B. Realizarse serologías para VIH basal, a las 6 semanas y a los 3 meses
- C. Lavarse la herida con agua y tomar los antirretrovirales lo antes posible
- D. Se debe iniciar los ARV a las 72 horas post-exposición

TRATAMIENTO

Lavado de manos: medida universalmente aceptada como primera acción de primeros auxilios en caso de exposición a fluidos corporales con riesgo de transmisión de patógenos, antes de proceder con el tratamiento farmacológico. Es una práctica de control de infecciones estándar.

Para el caso → *lavado de la herida/zona expuesta*

PPE:

PREFERENTE: Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG) en una tableta diaria.

ALTERNATIVA: Emtricitabina 200mg + Tenofovir 300 mg y Lopinavir 200mg + Ritonavir 50 mg

CONSEJERÍA

Información: "los riesgos de la infección y los efectos secundarios de la profilaxis".

La "Hoja de Consentimiento Informado para el Inicio de Profilaxis Antirretroviral Post-Exposición al VIH"

→ **Explicar "con todo detalle" el programa de PPE**

TAMIZAJE de ITS

Acción inmediata: iniciar la PPE , hasta <72 h (maximizar su eficacia)

Simultáneo: tamizaje VIH/sífilis (dual) → "PRUEBA RÁPIDA DUALES VIH/SIFILIS"

"Ficha de Notificación de Exposición a Infección por VIH", contempla registro "Condición ELISA - VIH"

Para el caso → **"Tamizaje basal VIH y evaluación de la fuente por accidente ocupacional"**

SEGUIMIENTO

- Mantener por **cuatro semanas**
- Seguimiento clínico y serológico posterior para determinar la eficacia de la PPE y descartar una seroconversión.



| Eje | Contenido clave |
|---|--|
| Acciones inmediatas (primeros auxilios) | Ante lesión percutánea (pinchazo) con exposición a sangre: lavado inmediato con agua y jabón , permitiendo sangrado libre 2–3 minutos ; si es mucosa, irrigación con agua limpia o solución salina . Constituye la primera barrera física para disminuir la carga viral en el sitio de entrada. → BIOSEGURIDAD (EPP): “En toda atención con riesgo de exposición a sangre o fluidos corporales” |
| Inicio oportuno de PPE | La Profilaxis Post-Exposición (PPE) debe iniciarse lo antes posible , idealmente en las primeras horas y siempre dentro de las 72 horas posteriores al accidente. |
| Fuente desconocida | Si el estatus de la fuente es desconocido , la norma indica evaluar la severidad del accidente para decidir la indicación de PPE. |
| Criterios de severidad | Se considera accidente severo si: lesión por aguja hueca, herida profunda o sangre visible en el dispositivo . Un inyectable intramuscular implica aguja hueca y potencialmente profunda , por lo que califica para inicio inmediato de ARV . |
| Esquema de tratamiento (PPE) | En fuentes desconocidas + accidente severo , se prefiere esquema triple por 4 semanas . Esquema de elección: Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Dolutegravir (DTG) en una tableta diaria. |
| Principio tiempo-dependiente | Después de 72 horas la eficacia de la PPE disminuye drásticamente ; en el examen, “inmediato” apunta siempre a lavado + inicio de fármacos . |
| Seguimiento serológico | No basta con iniciar PPE: realizar serologías basales y controles a las 6 semanas, 3 meses y 6 meses post-exposición. |
| Notificación obligatoria | Todo accidente laboral debe reportarse al responsable de epidemiología del EESS en un plazo ≤ 48 horas . |
| Flujo resumido | Lavado profuso → Evaluación de severidad → Inicio de ARV triple antes de 72 h. |



Prevención combinada del VIH: consejería, tamizaje, seguimiento de casos





Prevención de la transmisión materno infantil del VIH, sífilis y hepatitis B





PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES





PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: HTA



CUIDADO INTEGRAL DE SALUD

Un médico del primer nivel de atención recibe a un paciente de 48 años con lecturas elevadas de presión arterial en mediciones repetidas. El médico se dispone a iniciar el proceso diagnóstico según las guías nacionales, con el objetivo de confirmar la hipertensión y evaluar el riesgo cardiovascular global del paciente. ¿cuáles son los objetivos principales del procedimiento diagnóstico de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención? (BANCO VILLAMEDIC)

- A. Determinar los niveles de presión arterial, buscar potenciales causas secundarias y determinar el riesgo cardiovascular global (estratificar riesgo)
- B. Iniciar directamente el tratamiento farmacológico y referir al especialista.
- C. Realizar solo la medición de la presión arterial y controlarla semanalmente.
- D. Excluir únicamente el daño de órgano blanco asintomático.

ECV
ERC
DM

COL

EVENTO 10a

Estratificación de RCV (1v/año: 40 – 75 a)

B RIESGO CARDIOVASCULAR
DESCUBRA EL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y COMO MODIFICARLO

CALCULADORA DE RIESGO CARDIOVASCULAR
Utilice la aplicación de HEARTS para evaluar su riesgo cardiovascular



Escanea el código para acceder a la Calculadora de Riesgo Cardiovascular



Esta aplicación no reemplaza el juicio clínico

<5 %

5-10 %

10-20 %

20-30 %

>30%

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: HTA

Promoción de la Salud y Prevención Primaria

Modificaciones en los Estilos de Vida: Piedra angular

Entorno Saludable: Reducir la

exposición FR (T) (<peso >impacto)



Detección Temprana y Cribado Sistemático

Tamizaje **PA (Método primario)** en toda la población de > = 18 años

Periodicidad del TAMIZAJE:

- Cada 5 años si la PA es normal y no FR.
- Anualmente si existe al menos un FRCV o pre-hipertensión (PAS 120-139 mmHg o PAD 80-89 mmHg).

El diagnóstico y la estratificación del riesgo (riesgo global) cardiovascular deben realizarse en el primer nivel de atención, lo que subraya el rol crucial de este nivel en la salud pública → El procedimiento diagnóstico en el 1er nivel busca: **confirmar la elevación de la PA, identificar causas secundarias, evaluar daño de órgano blanco y estratificar el riesgo cardiovascular global.**

- **Riesgo bajo:** HTA grado 1 sin FR adicionales (OB)
- **Riesgo moderado:** HTA grado 1 con ≥1 factor de riesgo o HTA grado 2 sin otros factores (sano, no DOB, no ECV)
- **Riesgo alto:** HTA grado 2 con FR, o presencia de DOB (HVI "Latido cardiaco fuera LMC", microalb.), DM, ERC moderada, ECV (IMA, ACV)
- **Riesgo muy alto:** HTA grado 3, o HTA de cualquier grado con ECV establecida, ERC grave, DM c/DOB



¿Cuáles son factores de riesgo de enfermedad hipertensiva no modificables? (SERUMS 2024 II)

- A. Tabaquismo, sedentarismo
- B. Consumo excesivo de sal
- C. Sexo masculino, edad ≥ 55 años
- D. Persona adulta ≥ 30 Kg/m²

Mayor potencial de intervención en salud pública →

Estratificación de RCV (1v/año: 40 – 75 a)

B **RIESGO CARDIOVASCULAR**
DESCUBRA EL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y CÓMO MODIFICARLO

CALCULADORA DE RIESGO CARDIOVASCULAR
Utilice la aplicación de HEARTS para evaluar su riesgo cardiovascular



Escanea el código para acceder a la calculadora de Riesgo Cardiovascular

Esta aplicación no reemplaza el juicio clínico



Renal
Endocrino
Coartación
Insomnio "apnea"
Estrógenos (ACO)
Neurológico
Tratamiento (cortic)

Factores Modificables:

- Fumar
- Inactividad (sedentarismo)
- Otros factores modificables incluyen dislipidemias, hiperglucemia, intolerancia a la glucosa, Diabetes mellitus, Estrés, Dieta >sodio, Excesivo de café (en tto farmacológico), Alcohol.
- Obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) "IMPORTANCIA" <1kg <1 mmHg.
- Exposición a factores de riesgo medioambientales (polución) y ocupacionales.

F I D E D O

15%

85%: Idiopáticas

<35 - >50

35-50

Factores No Modificables

- Sexo masculino / ANoso (≥ 55 años para varones y ≥ 65 años para mujeres) / ANtecedente ECV prematuras (1er grado)
- EtNia

N



Paciente mujer de 50 años, afroamericana, últimamente ha presentado zumbido de oído y visión borrosa, niega antecedentes personales patológicos. Examen: LOTEPE, BEG, BEN, BEH; FC: 80X'; FR: 20X'; T°: 37°C; PA: 140/90mmHg, IMC: 32. ¿Cuál es la conducta ideal a seguir? (SERUMS 2025 I)

- A. Realizar una nueva toma de PA
- B. Iniciar tratamiento farmacológico
- C. Confirmar presunción diagnóstica con AMPA
- D. Confirmar presunción diagnóstica con MAPA

| Categoría | Presión Sistólica (mmHg) | Presión Diastólica (mmHg) |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Normal | < 120 | < 80 |
| Prehipertensión | 120 – 139 | 80 – 89 |
| Hipertensión – Estadio 1 | 140 – 159 | 90 – 99 |
| Hipertensión – Estadio 2 | ≥ 160 | ≥ 100 |

A MEDICIÓN PRECISA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

MIDA LA PRESIÓN ARTERIAL A TODOS LOS ADULTOS Y EN TODAS LAS CONSULTAS



DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
Valores de presión arterial sistólica ≥140 mmHg y/o diastólica ≥90 mmHg en al menos 2 visitas al establecimiento de salud

Primero realizar una nueva toma de PA y confirmar con mediciones repetidas en consulta, y estratificación posterior...
AMPA? - MAPA (No en 1er Nivel)

| Escenario clínico | Conducta recomendada (enfoque mejorado) |
|--|--|
| PA ≥160/100 mmHg (en 2 controles distintos en consultorio) | Iniciar tratamiento farmacológico inmediato + cambios en estilo de vida. <i>No requiere MAPA para confirmar.</i> |
| PA 140–159/90–99 mmHg con daño de órgano blanco o comorbilidades (DM, ERC, ECV, proteinuria, etc.) | Iniciar tratamiento farmacológico directo + medidas no farmacológicas. <i>Confirmación con MAPA opcional.</i> |
| PA 140–159/90–99 mmHg sin comorbilidad ni daño de órgano blanco | Confirmar diagnóstico con MAPA (GS) o múltiples tomas en consultorio. Si se confirma, iniciar fármacos + cambios de estilo de vida. |
| PA 130–139/85–89 mmHg en paciente con alto riesgo cardiovascular (ej. DM2, ECV, ERC, ≥3 FR mayores) | Confirmar con MAPA. Si el promedio es ≥130/80 mmHg, iniciar tratamiento farmacológico precoz + estilo de vida. |
| Sospecha de hipertensión de BATA BLANCA (PA elevada solo en consultorio) | Indicar MAPA para descartar antes de iniciar fármacos. |
| Sospecha de hipertensión ENMASCARADA (PA normal en consultorio pero con riesgo alto o síntomas sugestivos) | Indicar MAPA. Si se confirma HTA, iniciar tratamiento. |
| HTA ya diagnosticada y en tratamiento, pero con sospecha de falta de control real o adherencia dudosa | Usar MAPA para evaluar control real de la PA y ajustar tratamiento según resultados. |

(ACC/AHA 2025 clasifica HTA desde 130/80 mmHg y usa PREVENT para decidir inicio de tratamiento en HTA estadio 1; para SERUMS se prioriza GPC MINSA 2015 + HEARTS Perú)



Un médico de un centro de salud del primer nivel atiende a un paciente de 55 años con diagnóstico reciente de Hipertensión Arterial (HTA). Tras la estratificación del riesgo, se determina que el paciente tiene un riesgo cardiovascular alto y presenta microalbuminuria (80 mg/24h), un indicador de daño de órgano blanco. El médico debe decidir si el paciente requiere una referencia a un nivel de atención de mayor complejidad. Según la Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva del MINSA, ¿cuál de las siguientes condiciones es un criterio de referencia del primer al segundo nivel de atención para un paciente con HTA? (BANCO VILLAMEDIC)

- A. Hipertensión arterial sin daño de órgano blanco.
- B. Hipertensión arterial con riesgo cardiovascular bajo según la herramienta de estratificación.
- C. Hipertensión arterial que presenta daño de órgano blanco asintomático o riesgo cardiovascular alto.
- D. Pacientes con HTA que solo requieren ajuste de dosis de un fármaco.

Tercer Nivel de Atención → Riesgo cardiovascular muy alto. Los criterios de referencia son específicos y buscan asegurar la atención especializada en casos complejos o con daño de órgano blanco

Manejo por Niveles de Complejidad

La guía establece un sistema de referencia y contrarreferencia claro para garantizar la atención adecuada:

Primer Nivel de Atención → Riesgo cardiovascular bajo y moderado, y aquellos hipertensos de riesgo alto una vez que están controlados.

Segundo Nivel de Atención → Riesgo cardiovascular alto, y de muy alto riesgo si no hay tercer nivel. También sigue a los controlados de muy alto riesgo.

Criterios de referencia del primer al segundo nivel:

- Riesgo cardiovascular alto
- DOB asintomático, (incluyendo microalbuminuria 30-300 mg/24h o relación albúmina/creatinina 30-300 mg/g)



En adultos de 18 años a más con HTA esencial, sin otras comorbilidades. ¿Qué grupo farmacológico se debe prescribir como primera elección? (SERUMS 2025 I)

- A. Inhibidores de aldosterona
- B. Diuréticos de asa
- C. Betabloqueadores
- D. Diuréticos tiazídicos

C

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO

INICIAR EL TRATAMIENTO INMEDIATAMENTE LUEGO DE CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Presión Arterial $\geq 140/90$ mmHg en todos los HIPERTENSOS

Presión Sistólica ≥ 130 mmHg en HIPERTENSOS DE ALTO RIESGO (enfermedad cardiovascular establecida, diabetes, enfermedad renal crónica, puntaje de riesgo $\geq 10\%$)

1

Losartán 50 mg /día + Amlodipino 5 mg/día
Alternativa: Enalapril 10 mg c/12 h + Amlodipino 5 mg/día

1 MES

2

Paciente fuera de meta luego de repetir medicación: Losartán 100 mg/día + Amlodipino 10 mg/día
Alternativa: Enalapril 20 mg c/12 h + Amlodipino 10 mg/día

1 MES

3

Paciente fuera de meta luego de repetir medicación: Losartán 100 mg/día + Amlodipino 10 mg/día + Hidroclorotiazida 25 mg/día
Alternativa: Enalapril 20 mg c/12 h + Amlodipino 10 mg/día + Hidroclorotiazida 25 mg/día

1 MES

Paciente fuera de meta:
Derivar al paciente a un especialista en Medicina Interna o Cardiología

| Condición del paciente | Fármaco(s) de primera elección | Justificación (según MINSA 2015) |
|--|--|--|
| HTA esencial sin comorbilidades | CATI (1ra línea) – BB (2da línea) <ul style="list-style-type: none"> • BB (no en > 60 años) Si BB en> IC O Post IAM | Recomendación fuerte basándose en buena relación beneficio-daño, eficacia y efectos en desenlaces clínicos |
| Presencia de comorbilidades | CATI - BB (según perfil del paciente) | Indicados especialmente cuando hay DM2, cardiopatía isquémica, ERC (orinas espumosas), ICC. |

Anciano + HTA → C
 Raza N + HTA → C
 DM2 + Cardio: IECA
 DM2 + Renal: ARA II

La guía indica explícitamente que el médico general del primer nivel de atención puede iniciar la monoterapia utilizando **Hidroclorotiazida** en dosis de 12.5 a 25 mg una vez al día Son especialmente favorecidos en adultos mayores y en casos de **hipertensión sistólica aislada**
 En el contexto de salud pública (MINSA), son medicamentos de amplia disponibilidad y bajo costo que han demostrado reducir efectivamente la presión arteria

Terapia Combinada: Si el paciente tiene una PA inicial $\geq 160/100$ mmHg, se recomienda iniciar directamente con **terapia combinada** (dos fármacos) en lugar de monoterapia



Control y Seguimiento Continuo

Paciente controlado: persona con tratamiento instaurado que reporta sus **últimos 3 controles** dentro de la meta terapéutica.

Seguimiento especializado: no corresponde a todos los pacientes con HTA. Se indica en casos con **daño de órgano diana**, HTA resistente o riesgo cardiovascular alto/muy alto con complicaciones.

Paciente no controlado: requiere **prescripción y control mensual**, o en un tiempo menor, hasta lograr el control de la enfermedad.

En segundo y tercer nivel, la consulta médica especializada debe realizarse **al menos cada 3 meses**, según evolución clínica y complicaciones.

Metas terapéuticas

• **Población general:** PA < 140/90 mmHg

• **Riesgo cardiovascular alto o más:** meta individualizada según comorbilidades y riesgo; mantener como mensaje programático el control de PA según evaluación clínica, usualmente < 130/80 mmHg

| Pacientes bajo control | Seguimiento mínimo cada 3 MESES | Visita domiciliaria ANUAL | Suministro de medicación para 3 MESES | VACUNACIÓN | |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|------------|---|
| | | | | Influenza | Todos los hipertensos (dosis anual) |
| Todos los Hipertensos | ✓ | ✓ | ✓ | Neumococo | Toda persona ≥60 años (dosis única) |
| Hipertensos de ALTO RIESGO | ✓ | ✓ | ✓ | COVID-19 | Todos los hipertensos (según esquema vigente) |

EVALÚE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN CADA VISITA

SE RECOMIENDA AGRUPAR LA MEDICACIÓN EN UNA SOLA TOMA AL DÍA

| Riesgo cardiovascular | Todos los hipertensos | Hipertensos de ALTO RIESGO | |
|--|-----------------------|--|--|
| | | CON enfermedad cardiovascular establecida* | SIN enfermedad cardiovascular establecida* |
| META de presión arterial <140/90 mmHg | ✓ | | |
| META de presión arterial sistólica <130 mmHg | | ✓ | ✓ |



Mujer de 75 años con diagnóstico de insuficiencia cardiaca y diabetes mellitus 2, recibiendo el siguiente tratamiento farmacológico: losartán 50 mg c/24 h, espironolactona 25 mg c/24 h, bisoprolol 5 mg c/24 h, metformina 850 mg c/24 h. Resultados de control de laboratorio: Na: 140 mEq/L, K: 6.3 mEq/L, glucosa: 90 mg/dL. ¿Cuáles son los fármacos responsables del problema electrolítico? (SERUMS 2024 II)

- A. Losartán - espironolactona
- B. Bisoprolol - espironolactona
- C. Metformina - espironolactona
- D. Losartán - metformina

| Eje | Contenido clave |
|---------------------------------------|--|
| Riesgo farmacológico (alerta clínica) | Reconocer la "tríada de la muerte" renal: IECA o ARA II + diurético ahorrador de potasio + AINEs (o condiciones equivalentes como edad avanzada o deshidratación), combinación que incrementa el riesgo de insuficiencia renal aguda e hiperpotasemia . |
| Población vulnerable | En adultos mayores (ej. paciente de 75 años), la TFG disminuye fisiológicamente , lo que los hace más susceptibles a toxicidad farmacológica y trastornos hidroelectrolíticos , aun con dosis habituales. |
| Monitoreo de laboratorio | Se establece que todo paciente con diabetes debe contar con controles periódicos de laboratorio , incluyendo creatinina sérica , para evaluar función renal antes de ajustar esquemas terapéuticos complejos . |

PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: HTA

| Grupo Farmacológico | Efectos Adversos Comunes / Relevantes |
|------------------------------|---|
| Diuréticos tiazídicos | TIA GLU (Metabólico) |
| IECA (enalapril, captopril) | Tos seca irritativa (hasta 15 %), hiperpotasemia , deterioro de función renal. Angioedema |
| ARA-II (losartán, valsartán) | Mareos, Hiperpotasemia (<ald y TCD excreta <K.(, insuficiencia renal. |
| Betabloqueadores | Fatiga, bradicardia, broncoespasmo (no cardioselectivos), frialdad en extremidades, disfunción sexual, alteraciones del sueño, depresión. |
| Calcioantagonistas DHP | Edema maleolar, cefalea, rubor facial, palpitaciones, gingivorragia/hiperplasia gingival. |
| Calcioantagonistas no DHP | Estreñimiento (verapamilo), bradicardia, bloqueo AV, empeoramiento de insuficiencia cardíaca en FEVI reducida. |
| Espironolactona | Hiperpotasemia , insuficiencia renal, ginecomastia, mastodinia, alteraciones menstruales, fatiga. |



Paciente de 68 años hipertenso mal controlado, presenta cefalea progresiva, es llevado al centro de salud por deterioro del estado de conciencia progresivo. Tiene antecedentes de cefaleas vasculares hace 2 semanas. Examen: PA: 180/95 mmHg, FC: 90 X', FR: 22 X', T°: 37 °C; sonmoliente con hemiparesia en hemicuerpo derecho, Glasgow: 9. ¿Cuál es la conducta a seguir? (SERUMS 2025 II)

- A. Realizar pruebas de laboratorio
- B. Observación y monitoreo
- C. Referir a centro hospitalario
- D. Control gasométrico

| Eje | Contenido clave |
|---------------------------------------|---|
| Contexto clínico de alarma | La combinación de HTA + focalización neurológica + alteración de conciencia constituye emergencia hipertensiva hasta demostrar lo contrario. |
| Criterio de severidad (órgano blanco) | La diferencia entre urgencia y emergencia no es solo la cifra tensional, sino el daño de órgano blanco . En este caso: cerebro (déficit motor y Glasgow < 15). |
| Umbral de alarma tensional | Según la NTS, una PAS ≥ 180 mmHg es signo de alarma que exige evaluación inmediata por complicaciones de órgano blanco. |
| <u>Conducta en el primer nivel</u> | En un EESS de primer nivel , no se debe perder tiempo solicitando laboratorios o gasometría cuando hay Glasgow 9 y focalización neurológica. La prioridad es estabilización y traslado inmediato . |
| Principio de manejo de PA | No “normalizar” la PA abruptamente en HTA crónica. La autorregulación cerebral está desplazada a la derecha; bajar de golpe puede causar hipoperfusión y mayor daño cerebral . |
| Objetivo inicial de descenso | El objetivo inicial ES la PA se reduce de forma controlada , usualmente cerca de 20–25% en la primera hora , excepto en escenarios como ACV agudo , donde la meta depende del subtipo y del tratamiento de reperfusión. |
| Jerarquización de opciones | Observación, laboratorios o control gasométrico no son conductas iniciales ante emergencia hipertensiva con compromiso neurológico. |



PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: DM2





La pre diabetes se puede identificar a través de la glicemia en ayunas con un valor entre ... mg/dl. (SERUMS 2024 II)

- A. 130-200
- B. 60-80
- C. 200-250
- D. 100-125

Varón de 50 años obeso acude refiriendo decaimiento general y mayor somnolencia por lo que no puede desempeñarse bien en el trabajo. Examen: PA: 130/70 mmHg, FC: 72 X'; IMC: 32. Glicemia plasmática en ayunas: 120 mg/dL. ¿Cuál es el siguiente paso más adecuado para el diagnóstico en este caso? (SERUMS 2025 II)

- A. Realizar un dosaje de hemoglobina glicosilada
- B. Realizar un test de tolerancia a la glucosa
- C. Repetir el examen de glicemia plasmática
- D. Realizar un dosaje de insulina plasmática

Crterios para identificar condiciones que preceden a la diabetes, que son fundamentales para una **potencial intervención preventiva:**

A DIAGNÓSTICO

• Persona asintomática con glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dl con una prueba confirmatoria*

• Persona sintomática con glucemia aleatoria >200 mg/dl

*Indicar la 2.ª toma dentro de las primeras 72 horas

Glucosa en Ayunas 100-125 mg/dl: intervenir en estilos de vida y nuevo control de glucosa en **1 año** como máximo.

En pacientes nuevos, medir HbA1c en un máximo de 30 días luego del diagnóstico.

Test de Tolerancia Oral a la Glucosa: Valorar uso según sospecha clínica.

¿A quiénes realizar la prueba?

- Todos los adultos de 40 años o más
- Adultos menores de 40 años según valoración de riesgo
- En toda persona con síntomas de diabetes mellitus - 2(DM-2)



Para valorar riesgo de DM-2: usar Test de FINDRISK(QR) o presencia de al menos 1 FR

***Factores de riesgo(FR):** Familiar de 1.º grado con diabetes mellitus-2 (DM-2), antecedentes de DM gestacional, prediabetes, sobrepeso u obesidad, sedentarismo, enfermedad cardiovascular (ECV), hipertensión arterial (HTA).

Factores de Riesgo Asociados

Edad **>45 años.**

- Si es **<45 años:** sedentarismo, antecedente familiar de primer grado, HTA, dislipidemia, sobrepeso/obesidad.
- Resistencia a la insulina o condiciones asociadas: **acantosis nigricans, SOP.**
- Antecedente de **diabetes gestacional** o hijos macrosómicos.
- Alteración glucémica previa: HbA1c **5.7–6.4%**, **glucosa en ayunas 100–125 mg/dL o PTOG 140–199 mg/dL.**
- Perímetro abdominal de riesgo: **riesgo alto:** varón ≥ 94 , mujer ≥ 80 **riesgo muy alto:** varón ≥ 102 , mujer ≥ 88

Prediabetes

Glucosa en ayunas alterada (GAA):

100–125 mg/dL (ayunas) → Si la PTOG sale NORMAL

Intolerancia a la glucosa (PTGO):

Glucosa plasmática **140–199 mg/dL a las 2 h** después de carga oral de 75 g de glucosa anhidra.

HbA1c: 5.7–6.4%

Diabetes mellitus

- Glucosa en ayunas ≥ 126 mg/dL (en **dos ocasiones**).
- Glucosa casual ≥ 200 mg/dL + 5P
- Glucosa a las 2 h post PTOG ≥ 200 mg/dL, después de carga oral de 75 g de glucosa anhidra.
- HbA1c $\geq 6.5\%$

“HEARTS DM2 = tamizaje + diagnóstico + manejo integral + prevención cardiovascular en primer nivel.”



| Eje | Enfoque normativo y clínico clave |
|-------------------------------|---|
| Identificación de Prediabetes | La prediabetes se identifica por glucosa en ayunas 100–125 mg/dL, PTOG 2 h 140–199 mg/dL o HbA1c 5.7–6.4% . Su detección es clave para intervención preventiva temprana |
| Conducta ante GAA | Ante una glucosa en ayunas 100–125 mg/dL , corresponde realizar PTOG / TIGO para confirmar o descartar diabetes y reforzar cambios intensivos en estilo de vida. |
| Cribado y detección temprana | Se prioriza tamizaje en toda persona >40 años y en menores de 40 años si presentan factores de riesgo como sedentarismo, antecedente familiar, HTA, dislipidemia, sobrepeso/obesidad o resistencia a la insulina. |
| Vigilancia epidemiológica | Registrar tipo de caso, tratamiento, comorbilidades y complicaciones. En vigilancia, caso nuevo o incidente es la persona diagnosticada por primera vez, sin antecedente previo de tratamiento. |

REFERIR:

Valorar referencia o manejo especializado si presenta:

- **Retinopatía diabética** o necesidad de evaluación oftalmológica especializada.
- **Nefropatía diabética** o deterioro de función renal.
- **Pie diabético** o lesión activa.
- Complicaciones cardiovasculares o necesidad de manejo en mayor complejidad.
- En el seguimiento, valorar al menos una vez al año **función renal, fondo de ojo y pies.**

1. Educación y cambios en estilo de vida (pilar fundamental):

1. Alimentación saludable, con mayor consumo de verduras y frutas.
2. Actividad física aeróbica moderada **≥150 min/semana.**
3. Reducción de peso en sobrepeso/obesidad.
4. Evitar tabaco y alcohol.
5. Educación en diabetes y adherencia al tratamiento.

Tratamiento

- **Tratamiento farmacológico**
Primera línea general en primer nivel: Metformina, salvo contraindicación o intolerancia.
- Base normativa terapéutica: GPC DM2 en primer nivel y Vía de Abordaje HEARTS DM2 registra como grupos de tratamiento: Primera línea general en primer nivel: metformina, salvo contraindicación o intolerancia
- **Actualización:** se incorporó **empagliflozina y dapagliflozina** en lista complementaria para DM2 con **enfermedad cardiovascular, falla cardíaca o nefropatía diabética establecida.** En **alto riesgo cardiovascular elevado**, su uso se realiza según documento técnico vigente y **por indicación de especialista**



En la atención de una paciente de 50 años con diabetes mellitus tipo 2, usted le explica que el perímetro de cintura refleja la presencia de obesidad abdominal e indirectamente el nivel de riesgo cardiovascular. En mujeres con diabetes. ¿Cuál es límite en cm del perímetro de cintura? (SERUMS 2025 II)

- A. 99
- B. 78
- C. 87
- D. 94

En la atención de un paciente varón de 50 años con diabetes mellitus tipo 2 usted le explica que el perímetro de cintura refleja la presencia de obesidad abdominal e indirectamente el nivel de riesgo cardiovascular. En varones con diabetes. ¿Cuál es el valor límite en cm del perímetro de cintura? (SERUMS 2025 II)

- A. 78
- B. 87
- C. 99
- D. 93

| META ANTROPOMÉTRICA | Categoría / Punto de corte | Valor de referencia |
|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Índice de Masa Corporal (IMC) | Sobrepeso | 25.0 – 29.9 kg/m ² |
| | Obesidad | ≥ 30.0 kg/m ² |
| Perímetro de cintura NT 2024 | Hombres (ideal) | < 94 cm |
| | Mujeres (ideal) | < 88 cm |

CLASIFICACIÓN GENERAL DE RIESGO ABDOMINAL

- **Varón:** bajo <94 cm, alto ≥94 cm, muy alto ≥102 cm
- **Mujer:** bajo <80 cm, alto ≥80 cm, muy alto ≥88 cm



Paciente que acude a su establecimiento de salud, con una glicemia en ayudas de 201 mg/dl, baja de peso, polidipsia y polifagia; el médico diagnostica diabetes mellitus tipo 2, indicando glimepirida. ¿A qué familia de drogas antidiabéticas pertenece? (SERUMS 2024 II)

- A. Glitazonas
- B. Glifozinas
- C. Sulfonilureas
- D. Metformina

- **Definición de Caso Nuevo (Incidente):** Se refiere a la persona diagnosticada por primera vez, que antes desconocía su condición y no tiene antecedente previo de tratamiento.

- **Periodicidad del Seguimiento:** Registrar seguimiento clínico y terapéutico en cada control.
- Valorar al menos una vez al año complicaciones y comorbilidades.

- **Complicaciones a Vigilar:**

- ✓ Nefropatía diabética
- ✓ Retinopatía diabética
- ✓ Pie diabético
- ✓ Dislipidemia y complicaciones cardiovasculares

La NTS 210-2024 registra tratamiento con una o más familias de hipoglicemiantes y que algunos pacientes pueden llegar a ser **insulino-requ coastantes**.

| Familia | Ejemplos | Mecanismo de acción | Efectos / Riesgos principales |
|---|---|--|--|
| Biguanidas | Metformina | ↓ Producción hepática de glucosa, ↑ sensibilidad a la insulina | No causa hipoglicemia, favorece pérdida de peso |
| Sulfonilureas | Glibenclamida, Glimepirida, Gliclazida | Estimulan secreción de insulina (células β) | Riesgo: hipoglicemia, ganancia de peso |
| Meglitinidas | Repaglinida, Nateglinida | Similar a sulfonilureas, acción corta (postprandial) | Riesgo de hipoglicemia leve, útil en control postcomida |
| Tiazolidinedionas (Glitazonas) | Pioglitazona, rosiglitazona | Agonista PPAR-γ → ↑ sensibilidad a la insulina en músculo e hígado | Retención de líquidos, ↑ peso, contraindicado en ICC |
| Inhibidores de α-glucosidasa | Acarbosa | Retarda absorción intestinal de carbohidratos | Flatulencia, molestias digestivas |
| Inhibidores de DPP-4 (Gliptinas) | Sitagliptina, Saxagliptina, vildagliptina, linagliptina | ↑ Incretinas → ↑ secreción de insulina dependiente de glucosa | Bajo riesgo de hipoglicemia |
| Agonistas GLP-1 (inyectables) | Liraglutida, Semaglutida, exenatida, albiglutida, dulaglutida | Imitan incretinas: ↑ insulina dependiente de glucosa, ↓ apetito | Favorecen saciedad y pérdida de peso |
| Inhibidores de SGLT-2 (Glifozinas) | Dapaglifozina, Empaglifozina, canaglifozina, ertuglifozina | ↑ Excreción renal de glucosa | Beneficios CV y renales; riesgo de infecciones urinarias/genitales |



En el manejo integral de una paciente de 50 años con diabetes mellitus tipo II. ¿Qué valor de hemoglobina glicosilada indica un control metabólico óptimo? (SERUMS 2025 I)

- A. < 7%
- B. < 6.5%
- C. < 6%
- D. < 7.5%

Objetivos Terapéuticos

- Lograr el control de los síntomas
- Lograr el control glucémico para prevenir complicaciones agudas y crónicas
- Mejorar la calidad de vida de las personas con DM2
- Reducir la morbilidad y mortalidad

Metas de Control

| Parámetro | Meta *NT 2024 |
|---|---|
| Glicemia en ayunas | 70–120 |
| Glicemia postprandial (2 horas) | < 140 |
| Hemoglobina glicosilada (HbA1c) | < 7 % |
| Colesterol LDL | < 100 mg/dL s/RCV / < 70 mg/dl c/RCV / c/MARCV < 55 mg/dl |
| Colesterol HDL | > 50 mg/dL mujeres/> 40 mg/dL hombres |
| Triglicéridos | < 150 mg/dL |
| Presión arterial | ≤130/80 mm Hg |
| Microalbuminuria "RAC" o Microalbuminuria 24 h) | RAC < 30 mg/g creatinina o albuminuria < 30 mg/24 h |
| Índice de masa corporal (IMC) | >19 y < 25 kg/m ² |
| Perímetro de cintura | < 94 cm en hombres; < 88 cm en mujeres |

CONTROL DE LA DM2

- Educación en diabetes
 - Alimentación saludable y actividad física
 - Metformina como base farmacológica general
 - Monitoreo clínico y metabólico
 - Detección y seguimiento de complicaciones
 - Evaluación renal, ocular y de pies



ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS







METALES PESADOS Y SUSTANCIAS QUÍMICAS





Factores de riesgo

- **Vivir** donde se **usan plaguicidas** → Exposición accidental.
- Depresión con **riesgo suicida**, ya que la intoxicación puede ser **accidental o suicida** → Exposición intencional.
- Ocupaciones relacionadas con la **manipulación** de organofosforados y/o carbamatos, como:
 - Fabricantes.
 - Formuladores.
 - Transportistas.
 - Personas que laboran en empresas de depósito.
 - Aplicadores (como el paciente en el sector agrícola).
 - Agricultores.
 - Empresas de limpieza

Manifestaciones clínicas

1. Síntomas Muscarínicos: Son los **más frecuentes** y los que llevan al paciente a la consulta.

- Cefalea, náuseas, mareos, visión borrosa/pérdida de la visión, miosis (pupilas puntiformes).
- Lagrimeo, rinorrea, broncorrea (aumento de secreciones bronquiales), sibilancias.
 - Vómito, diarrea, incontinencia urinaria (relajación de esfínteres).
 - Bradicardia, hipotensión.
 - Cólicos abdominales, confusión.

2. Síntomas Nicotínicos:

- Fasciculaciones musculares, movimientos musculares involuntarios.
- Hiperreflexia, fatiga muscular.
- Convulsiones, coma.

3. Síntomas Centrales:

- Ansiedad, irritabilidad, cefalea, temblor, déficit neurocognitivo.
- Desorientación.

Además, puede haber **compromiso respiratorio** debido a insuficiencia respiratoria (bronco-constricción, efecto en el diafragma y músculos intercostales, edema pulmonar) y miocardiopatía tóxica. El paciente en el caso presenta varios de estos síntomas muscarínicos y centrales

Prioridad clínica: compromiso respiratorio, broncorrea y broncoespasmo



DIAGNÓSTICO

Se basa **fundamentalmente** en el **cuadro clínico** de síndrome colinérgico y el **antecedente** de exposición a plaguicidas. Se pueden realizar exámenes auxiliares y especializados:

- **Exámenes de laboratorio:** Hemograma, creatinina, glucosa (puede haber hiperglucemia), gases arteriales (hipoxemia, insuficiencia respiratoria), amilasa (elevada).
- **Exámenes especializados complementarios:**
 - Electrocardiograma (puede mostrar taquicardia sinusal, prolongación del QT).
 - Toxicología (para confirmar la exposición si la historia clínica no es clara)
 - Nivel de **actividad de la acetilcolinesterasa en plasma y glóbulos rojos** (se encontrará disminuida) → apoyan, pero no deben retrasar el tratamiento

MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS

1. **Manejo de la vía aérea:** Asegurar que esté despejada y aspirar secreciones → ABC
 - **Oxigenoterapia** si es necesaria.
 - Si hay **depresión respiratoria**, se debe **intubar al paciente y proporcionar ventilación manual** (AMBU). En la intubación de secuencia rápida, se debe evitar la succinilcolina por el riesgo de prolongación de la relajación muscular; se **prefiere atracurio**.
 - Permeabilizar una vía endovenosa para la **fluidoterapia**.
 - Si hay **convulsiones**, tratar con **benzodiazepinas**.
2. **Descontaminación:**
 - **Del personal:** Usar guantes, **evitar el contacto directo** con la ropa y el vómito del paciente.
 - **Dérmica:** Quitar la ropa contaminada, desecharla adecuadamente, y **bañar al paciente** lavando el cabello con abundante agua y jabón → **No retrasar la atropinización por la descontaminación**
 - **Gastrointestinal:** Si la exposición oral fue reciente (<2 horas) o el tiempo es desconocido, considerar lavado gástrico según condiciones del paciente (**No retrasar el tratamiento específico por realizar lavado gástrico**). Administrar carbón activado (1 gr/kg o 50 gr diluido en 300 cc de H₂O) por vía oral o sonda nasogástrica

Atropinización → corresponde a la idea de **no retrasar el tratamiento específico**



Paciente varón de 35 años que trabaja habitualmente en el sector agrícola, acude junto a su familiar al centro de salud donde realiza su SERUMS, manifestando desorientación, mareos, bradicardia, dificultad respiratoria y relajación de esfínteres. El familiar manifiesta que el paciente estaba manipulando plaguicidas y parte de este se derramó en gran parte de su vestimenta. ¿Cuál es el tratamiento de primera línea? (SERUMS 2024 II)

- A. Atropina
- B. Flumazenil
- C. Adrenalina
- D. Naloxona

Pilares fundamentales

Pilar 1. Soporte vital inicial

“ABC, oxígeno, monitorización, acceso venoso y fluidoterapia.”

Pilar 2. Descontaminación

“Retiro de ropa contaminada, lavado de piel/cabello con agua y jabón, y descontaminación digestiva según vía de ingreso y evaluación clínica.”

Pilar 3. Tratamiento específico

“Atropina como tratamiento principal del síndrome colinérgico.”

Pilar 4. Vigilancia y referencia

“Observación estrecha, identificación de complicaciones y referencia según gravedad.”

Terapéutica Específica (Tratamiento de Primera Línea):

◦ **Atropina:** Es el antídoto de primera línea para la intoxicación por organofosforados y/o carbamatos.

▪ **Mecanismo de acción:** Antagonista competitivo de los receptores muscarínicos.

▪ **Indicación:** ante síndrome colinérgico con broncorrea, sialorrea, broncoespasmo, bradicardia o hipotensión

▪ **Dosis:** La dosis inicial es de 2 a 6 mg EV o C, administrados cada 5 a 10 minutos. Puede administrarse IM, SC o por vía endotraqueal si no hay acceso intravenoso. → Administrar en bolos titulados según respuesta clínica y gravedad, con reevaluación continua

▪ **Objetivo:** El objetivo terapéutico es la atropinización, la cual se alcanza al conseguir la **sequedad de mucosas** y la desaparición de las secreciones respiratorias (broncorrea), lo cual previene la neumonía por aspiración → mejoría respiratoria, disminución de secreciones y estabilización hemodinámica.



INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD





| Aspecto clave | Descripción | Relación con la higiene de manos |
|---|---|--|
| Definición y origen de las IAAS | Infección sistémica o localizada adquirida durante la atención en salud , no presente ni en incubación al ingreso. | La higiene de manos previene que los pacientes adquieran infecciones en el hospital o atención ambulatoria. |
| Mecanismos de transmisión de patógenos | Principal vía: contacto de manos del personal con piel del paciente o superficies contaminadas. Los microorganismos sobreviven minutos en las manos. | Lavarse las manos corta la cadena de transmisión entre pacientes, objetos y áreas hospitalarias. |
| Flora transitoria y riesgo de IAAS | Incluye gérmenes como Staphylococcus aureus, E. coli, Pseudomonas , adquiridos de pacientes o entorno. Pueden persistir minutos a días. | La higiene elimina la flora transitoria, reduciendo la diseminación de patógenos. |
| Características de los agentes infecciosos | Alta resistencia a ambientes hospitalarios, capacidad de adherencia, virulencia y resistencia antimicrobiana. | La higiene eficaz de manos reduce la carga de patógenos resistentes y protege a pacientes y personal. |



Paciente que acude a su área de salud con lesiones en piel, secreción verde grisácea después de estar hospitalizado 21 días, en el examen físico debes usar las medidas de protección adecuadas, lentes protectores, mascarillas, batas y guantes para evitar o disminuir tanto el riesgo de contaminación del paciente como del operador. ¿Qué tipo de guantes debes usar? (SERUMS 2025 II)

- A. Amianto
- B. Caucho natural
- C. Algodón
- D. Látex

Paciente de 30 años señala presentar fiebre, escalofríos, secreción nasal abundante y tos hace 4 días y se ha empeorado y señala que en su pueblo que está a 4 horas, hay varias personas afectadas y otras con sospecha de neumonía. ¿Qué medidas de protección se debe implementar para los trabajadores del establecimiento? (SERUMS 2025 II)

- A. Llamar a la DIRIS
- B. Aislamiento de cohorte de personas de la comunidad y llamar a DIRIS
- C. Evitar exposición de personas susceptibles y usar batas de protección.
- D. Uso de EPP

En su centro de salud usted se encuentra realizando un procedimiento a paciente con VIH donde su objetivo es: evitar riesgo de accidentes, protección y seguridad al personal y al paciente. ¿A qué definición corresponde? (SERUMS 2025 II)

- A. Desinfección
- B. Bioseguridad
- C. Contaminación
- D. Medidas de bioseguridad

1. **EPP es Prioridad:** En cualquier pregunta de examen donde el médico deba atender a un paciente con enfermedad contagiosa (TBC, VIH, Peste, Influenza), la primera acción es siempre **Bioseguridad/EPP** antes de realizar el examen físico.

2. **Higiene de Manos:** Enséñales que el uso de guantes **NUNCA reemplaza** el lavado de manos. El lavado debe durar entre **40 a 60 segundos**.

3. **Mascarilla N95 vs. Quirúrgica:**

- **Gotas** (Peste neumónica inicial): *Mascarilla quirúrgica.*
- **Aerosoles** (TBC, procedimientos invasivos, COVID-19): *Respirador N95.*

4. **Accidente Laboral con VIH:** Ante un accidente (pinchazo: sangre, fluidos), se debe iniciar la **Profilaxis Post-Exposición (PPE)** idealmente antes de las **2 horas** y máximo hasta las **72 horas**.

5. **Aislamiento por Cohorte:** Si no hay habitaciones individuales para brotes respiratorios, la norma permite agrupar pacientes con la misma enfermedad (cohorte) manteniendo una separación mínima de **2 metros** entre camas.

La **Bioseguridad** es el concepto general, mientras que el **EPP** es la herramienta operativa.

→ En el examen, si preguntan por el "objetivo" de protección, marca **Bioseguridad**. Si preguntan por la "medida a implementar", marca **EPP**.



Una enfermera está realizando sus actividades diarias en un centro de salud. Ella se acerca al paciente para saludarlo y evaluar sus signos vitales, luego procede a insertar una vía periférica para la administración de fluidos. Después de la inserción, el paciente presenta un pequeño reflujo de sangre en el catéter que la enfermera maneja rápidamente. Finalmente, antes de salir de la habitación, ella toca la barandilla de la camilla del paciente para acomodarla. Basándose en los "5 momentos para la higiene de manos" establecidos en la Guía Técnica, ¿cuántas veces, como mínimo, la enfermera debió realizar higiene de manos durante esta secuencia de atención? (BANCO VILLAMEDIC)

- A. 3 veces
- B. 4 veces
- C. 5 veces
- D. 2 veces

| Momentos | ¿Cuándo? | Implicación principal |
|---|--|--|
| 1. Antes de tocar al paciente | Enfermera se acerca para saludarlo y evaluar signos vitales. | Prevenir transmisión de gérmenes de las manos del personal al paciente. |
| 2. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica | Antes de insertar una vía periférica para administrar fluidos. | Proteger al paciente de microorganismos dañinos durante el procedimiento. |
| 3. Después del riesgo de exposición a fluidos corporales | Después de manejar el reflujo de sangre en el catéter. | Proteger al personal y al entorno de patógenos provenientes del paciente. |
| 4. Después de tocar al paciente | Tras contacto físico adicional con el paciente, antes de salir de la habitación. | Evitar que los microorganismos del paciente se transmitan al personal y al entorno. |
| 5. Después del contacto con el entorno del paciente | Al acomodar la barandilla de la cama antes de salir de la habitación. | Evitar transmisión de patógenos desde el entorno del paciente al personal o a otros pacientes. |



SALUD BUCAL







METAXÉNICAS Y ZONÓTICAS





PREVENCIÓN Y CONTROL DE BARTONELLA





Definiciones Operativas → Enfermedad de Carrión

| Clasificación | Definición | Criterios principales |
|--|--|--|
| Caso probable de ECA (aguda) | “ Caso probable de Enfermedad de Carrión aguda (ECA): persona que procede o reside en área endémica o de riesgo de transmisión y presenta fiebre o antecedente de fiebre en los últimos 3 meses, acompañado de una o más manifestaciones clínicas como hiporexia, astenia, cefalea, artralgias, escalofríos, náuseas, vómitos, palidez o anemia.” | <i>Fiebre o antecedente de fiebre, artralgias, palidez, ictericia, hepatoesplenomegalia, adenomegalia, hiporexia.</i> |
| Criterios de gravedad/alarma (puede requerir hospitalización) | <i>Caso probable que presenta signos de severidad.</i> | taquicardia, taquipnea, anemia severa, alteración de conciencia, púrpura/coagulopatía, pericarditis, anasarca; valorar hospitalización y referencia inmediata.” <i>, deterioro clínico pese a tratamiento.</i> |
| Caso probable de ECAG grave | caso probable de ECA que presenta uno o más criterios de gravedad. | <i>Shock, disfunción orgánica o multiorgánica. (expresión clínica de gravedad, no la única forma de definirlo)</i> |
| Caso probable de ECE (eruptiva/crónica) | persona procedente o residente de área endémica o de riesgo de transmisión, con una o más lesiones cutáneas verrucosas o nodulares, rojizas, fácilmente sangrantes; pueden ser miliares, mulares o mixtas | <i>Lesiones cutáneas características.</i> |
| Caso confirmado | caso probable con una o más pruebas positivas: frotis sanguíneo, ELISA, PCR/RT-PCR o Western blot según fase y disponibilidad | - Frotis sanguíneo: formas bacilares dentro de eritrocitos. - ELISA: IgM+ e IgG+ (o seroconversión en 2 muestras). - Cultivo: colonias de <i>B. bacilliformis</i> . - PCR / RT-PCR positivo. |
| Caso confirmado de ECE | caso probable eruptivo con prueba positiva en sangre o tejido por cultivo, PCR/RT-PCR, ELISA o Western blot según corresponda | - Cultivo positivo. - ELISA / Western blot: IgM+IgG+ o 4 bandas específicas. - PCR / RT-PCR positivo. |
| Defunción confirmada por Enfermedad de Carrión: | fallecido con confirmación laboratorial o atribución clínico-epidemiológica/necropsia según norma de vigilancia. | - Caso confirmado por laboratorio que fallece. - Caso probable fallecido atribuido por médico/epidemiólogo. - Necropsia que atribuye la causa a Carrión. |
| Caso asintomático | persona sin síntomas con cultivo o PCR positivo para <i>B. bacilliformis</i> ; constituye reservorio humano y debe recibir tratamiento | Cultivo o PCR positivo para <i>B. bacilliformis</i> . Debe recibir tratamiento. |



Paciente de 20 años procedente de Camporeddondo - Amazonas, presenta fiebre, ictericia y decaimiento hace 10 días acude a emergencia por escalofríos. Examen: PA: 100/70 mmHg, FC: 90 X', Sat O2: 96% T°: 37,8 °C; AR: MV pasa en ACP; hígado: 15 cm de span. Laboratorio: formas cocobacilares de Bartonella. ¿Cuál es su diagnóstico? (SERUMS 2024 II)

- A. Dengue
- B. Enfermedad de Carrión
- C. Leptospirosis
- D. Malaria Vivax

Prevención y Control

- Uso de ropa que cubra la piel y repelentes para evitar las picaduras del vector.
- Uso de mallas en ventanas y puertas de la vivienda o campamento.
- Uso de mosquiteros.
- Ordenamiento del medio alrededor de la vivienda, lo que implica la eliminación de arbustos o corrales de animales cercanos a las viviendas.
- Rociado residual con insecticidas en zonas con presencia del **flebótomo vector (Lutzomyia)**, de acuerdo con programación sanitaria local.
- Uso de mallas, ordenamiento del peridomicilio y reducción de condiciones favorables para el vector
- Garantizar la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes. Esta medida es crucial para el control, ya que el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los casos agudos pueden prevenir complicaciones graves, reducir la mortalidad y limitar la diseminación de la bacteria al tratar los reservorios humanos

*Tríada característica de la fase hemática descrita en la norma: **fiebre, ictericia y hepatomegalia** (span hepático de 15 cm). El periodo de síntomas (10 días) coincide con la etapa en la que la bacteriemia es más alta y detectable por frotis.*

Fase Aguda: "Fiebre de la Oroya"

- Anemia hemolítica severa, fiebre, palidez/ictericia, hepatoesplenomegalia, inmunosupresión con riesgo de infecciones oportunistas.
- Es la forma **aguda y potencialmente mortal** si no se trata.

Fase Crónica: "Verruga Peruana"

lesiones angioproliferativas en piel (papulares, nodulares o mulariformes), crónicas pero generalmente benignas. Puede aparecer semanas o meses después de la fase aguda, o sin antecedente agudo evidente



| Eje | Contenido clave |
|--|---|
| Definiciones de caso (fase aguda) | Caso probable (fase aguda): persona procedente o residente de área endémica o de riesgo de transmisión con fiebre o antecedente de fiebre en los últimos 3 meses , acompañada de manifestaciones clínicas como hiporexia, astenia, cefalea, artralgias, escalofríos, náuseas, vómitos, palidez o anemia |
| Confirmación diagnóstica | Caso confirmado: todo caso probable con resultado positivo por frotis sanguíneo, ELISA, PCR/RT-PCR o Western blot, según fase clínica y disponibilidad. - frotis sanguíneo (método de elección inicial) |
| Caso asintomático | Persona sin síntomas , pero con cultivo o PCR positivo . Debe recibir tratamiento obligatoriamente , ya que constituye un reservorio humano y su manejo es clave para cortar la cadena de transmisión . |
| Factores de riesgo para formas graves (ECAG) | Determinan alto riesgo de evolución rápida y mortalidad . Incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Gestantes y extremos de la edad (< 1 año o > 50 años). • Infecciones concurrentes: tuberculosis, VIH o estrongiloidiasis, que pueden reactivarse por la inmunosupresión transitoria inducida por Bartonella. • Bacteriemia elevada: ≥ 80% de eritrocitos parasitados en el frotis sanguíneo. |
| Diagnóstico diferencial (fase aguda) | En zonas de selva alta (ej. Amazonas), el serumista debe diferenciar de: <ul style="list-style-type: none"> • Malaria vivax: fiebre e ictericia, pero la gota gruesa muestra Plasmodium. • Leptospirosis: fiebre, mialgias intensas (pantorrillas) e ictericia, sin formas cocobacilares intraeritrocitarias. |
| Evolución a fase crónica (fase eruptiva) | semanas o meses después del cuadro agudo, o sin antecedente agudo claramente identificado, puede aparecer la fase eruptiva (Verruga Peruana) , caracterizada por lesiones verrugosas rojo-violáceas , en formas miliar, mular o nodular . |



PREVENCIÓN Y CONTROL DE DENGUE





Medidas de Promoción y Prevención de la Salud

Calidad de vida de la población → prácticas saludables y la gestión de entornos que **disminuyan el riesgo de brotes**. Estas incluyen:

Acción intersectorial y comunitaria: disminuyen los criaderos del zancudo *Aedes aegypti*.

Participación Comunitaria en Salud: Promueve vigilancia comunitaria, identificación de recipientes con agua y eliminación de criaderos en vivienda y peridomicilio

Prácticas saludables de protección personal:

- Uso de **mallas** en puertas y ventanas.
- Utilizar **mosquiteros** para dormir.
- Vestirse con **ropa** que **cubra** la piel expuesta (pantalones, mangas largas).
- Utilizar **repelentes** de zancudos sobre la piel expuesta y en la ropa. Se recomiendan repelentes con N,N-dietil-meta - toluamida (DEET) >15-20%, aplicados cada 4 horas, y seguros durante gestación, lactancia y en niños mayores de 2 meses.
- **Evitar la automedicación** con medicamentos contraindicados como antibióticos, corticoides y AINEs.
- **Orientar a las familias** sobre la autoevaluación familiar con la "Ficha 10 minutos contra el Dengue" para vigilar criaderos potenciales.

Educación para la Salud

- **Eliminación de criaderos** en el hogar:
- **Tapar** todos los **recipientes** que contengan agua (tanques, barriles).
- **Lavar** y escobillar los interiores y bordes de los depósitos donde **se almacena agua**.
- **Evitar la acumulación de agua** en escurridores de platos, bandejas de refrigerador, sumideros de macetas, etc., y lavarlos frecuentemente.
- Mantener **boca abajo los objetos** útiles en desuso (baldes, frascos, tachos).
- Mantener limpios y **tapados los tanques** elevados de agua.
- **Cambiar el agua por arena húmeda** en los floreros dentro de viviendas, iglesias, cementerios, o usar flores artificiales.
- **Cambiar el agua de las flores acuáticas** y escobillar los bordes cada 3 días.
- **Eliminar frecuentemente objetos en desuso** (latas, botellas, cáscaras de coco, llantas, depósitos descartables) del patio, huerta o alrededor de la vivienda, así como en instituciones públicas y privadas, mercados, cementerios.
- **Aplicar la ficha "10 minutos contra el zancudo" en el hogar**



La transmisión del dengue a un huésped susceptible se da a través de la picadura de un zancudo hembra infectado (*Aedes aegypti*), estos zancudos pican preferentemente y transmiten la enfermedad a varias personas durante toda su vida. (SERUMS 2025 I)

- A. solo en época de lluvias
- B. al atardecer y durante la noche
- C. al amanecer y al atardecer
- D. a medio día y sin lluvia

| Eje | Contenido clave |
|--|--|
| Transmisión y vector | El dengue se transmite por la picadura de zancudo hembra infectado (<i>Aedes aegypti</i>) , vector diurno , que pica preferentemente al amanecer y al atardecer , a diferencia de vectores nocturnos como Anopheles (malaria). Un solo zancudo puede infectar a varias personas durante toda su vida. |
| Clasificación clínica y signos de alarma | En el SERUMS, un paciente con dengue que presenta dolor abdominal intenso y vómitos persistentes (3 vómitos en 6 horas) debe clasificarse inmediatamente como “dengue con signos de alarma” y referirse. |
| Diagnóstico de laboratorio – tiempos críticos (NTS N.º 230-2025) | La norma estandariza el diagnóstico según el día de enfermedad : <ul style="list-style-type: none"> • Fase virémica (≤ 5 días): solicitar RT-PCR o antígeno NS1. • Fase de respuesta inmune (> 5 días): solicitar ELISA IgM. Un NS1 negativo después del día 5 NO descarta dengue. |
| Diagnóstico por nexo epidemiológico | En escenario III (zona con vector y casos autóctonos), el diagnóstico puede establecerse por nexo epidemiológico (contacto con caso confirmado en los últimos 14 días a < 200 m), excepto en gestantes y casos graves , que siempre requieren confirmación por laboratorio . |
| Estrategia de vacunación (NTS N.º 243-2026) | Vacunación contra dengue tetravalente : NTS N.º 243-MINSA/DGIESP-2026. Esquema de 2 dosis con intervalo de 3 meses. Grupo objetivo vigente en regiones priorizadas: niñas, niños, adolescentes y jóvenes de 10 a 20 años |
| Administración de la vacuna | Dosis : 0.5 ml Vía : subcutánea Sitio : músculo deltoides. |
| Consideración post-infección | Si una persona ya tuvo dengue , debe esperar 6 meses desde la infección para vacunarse. |
| Contraindicaciones importantes | No administrar la vacuna si el paciente recibió otra vacuna en los últimos 30 días . |
| Notificación epidemiológica | <ul style="list-style-type: none"> • Dengue con signos de alarma, dengue grave y fallecidos: notificación inmediata al sistema NOTI (≤ 24 horas). • Dengue sin signos de alarma: notificación semanal. |



Mujer de 70 años, procedente de Loreto, hace 2 días presentó fiebre de 39° C, dolor de articulaciones y cefalea, el día de hoy acude al establecimiento con vómitos persistentes y sangrado de mucosas. Funciones vitales: T°: 36° C, PA: 100/70 mmHg, FR: 28X'. ¿Qué tipo de dengue es? (SERUMS 2025 I)

- A. Hemorrágico con signos de alarma
- B. Confirmado sin signos de alarma
- C. Probable con signos de alarma
- D. Grave

Paciente de 30 años procedente de zona infestada por Aedes aegypti, presenta hace 5 días fiebre y dolor muscular, además se agrega dolor abdominal y plaquetas: 80,000/dl. ¿Cuál es el diagnóstico? (SERUMS 2024 II)

- A. Dengue con signos de alarma
- B. Dengue grave
- C. Dengue
- D. Dengue sin signos de alarma

CLASIFICACIÓN / Definiciones Operativas

| Definiciones operativas de caso | Criterios principales |
|---------------------------------|--|
| Sospechoso | Persona con fiebre de hasta 7 días de evolución, que reside, procede o visitó zona con transmisión o infestación por Aedes aegypti, y presenta 2 o más de los siguientes: cefalea, dolor retroocular, mialgias, artralgias, exantema, náuseas o vómitos. En niños, puede presentarse solo como fiebre sin foco aparente. |
| Probable | Caso sospechoso con nexo epidemiológico compatible en zona con transmisión, brote o exposición epidemiológica, en quien aún no se ha confirmado por laboratorio. En la práctica docente, aquí puedes poner una nota pequeña: "Luego se clasifica clínicamente en sin signos de alarma, con signos de alarma o grave". |
| Dengue sin signos de alarma | Caso probable que no presenta signos de alarma ni criterios de gravedad . Suele corresponder a manejo ambulatorio o, si hay factores de riesgo, a observación/hospitalización según evaluación. Referencia de manejo: Grupo A o B1 si hay factores de riesgo . Los factores de riesgo usados operativamente incluyen embarazo, extremos de edad, comorbilidad o riesgo social. |
| Dengue con signos de alarma | Caso probable con uno o más signos de alarma : dolor abdominal intenso y continuo, vómitos persistentes, sangrado de mucosas, letargia o irritabilidad, derrame seroso, lipotimia, hepatomegalia >2 cm, o incremento progresivo del hematocrito. Referencia de manejo: Grupo B2 . |
| Dengue grave | Caso probable con uno o más criterios de gravedad : choque por extravasación plasmática o dificultad respiratoria por extravasación, sangrado grave, o compromiso grave de órganos. Referencia de manejo: Grupo C . |
| Confirmado | Caso probable con confirmación por laboratorio según tiempo de enfermedad, de acuerdo con la NTS 230-MINSA/CDC-2025. En fase temprana se priorizan métodos directos como RT-PCR o NS1 ; en fases posteriores, métodos serológicos según el momento clínico. |
| Descartado | Caso con resultado de laboratorio no compatible según el tiempo de enfermedad , o con otro diagnóstico confirmado, o que finalmente no cumple definición operativa de dengue. |



Gestante que acude a un establecimiento de salud, procedente de una comunidad de la costa norte, presenta fiebre alta, cefalea, dolor retro ocular, mialgias; después de la evaluación realiza su diagnóstico de dengue. ¿A qué grupo pertenecería para iniciar tratamiento? (SERUMS 2024 II)

- A. C
- B. A
- C. B2
- D. B1

Mujer de 20 años procedente de Chosica, presenta fiebre hace 7 días, cefalea, dolor muscular; ingresa a emergencia por dolor abdominal. Examen: PA: 70/50 mmHg, Sat O2: 89%, FC: 102 X', FR: 27 X'; afebril, luce deshidratada y decaída. AR: MV pasa en ACP; CV: RC taquicárdicos de buena intensidad; abdomen: RHA presentes, hígado de 15 cm de span hepático; SNC: somnolienta. ¿Cuál es su diagnóstico probable? (SERUMS 2024 II)

- A. Dengue sin signos de alarma
- B. Dengue con signos de alarma
- C. Dengue grave
- D. Dengue

GRUPOS DE MANEJO EN DENGUE

Únicos grupos de clasificación para iniciar el tratamiento de los pacientes con dengue, basados en sus manifestaciones clínicas y circunstancias, son los siguientes:

- **Grupo A (Dengue sin signos de alarma):** Tratamiento en el hogar bajo supervisión médica.

- **Grupo B1 (Dengue SIN signos de alarma + Factores de riesgo):** Requieren **Hospitalización** en **unidades de vigilancia** clínica de dengue (comorbilidades, extremos de edad (<2 o >65 años, o condiciones sociales desfavorables)

→ *Embarazo* es un factor que **clasifica a una paciente en este grupo**, requiriendo hospitalización para evaluación y manejo clínico, no manejo ambulatorio.

- **Grupo B2 (Dengue CON signos de alarma: Hospitalización** para la administración de **líquidos EV** en unidades de vigilancia clínica (UVICLIN) de dengue u hospitales.

- **Grupo C (Dengue grave):** Requieren tratamiento de urgencia y deben ser trasladados o referidos urgentemente a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Están en **CHOQUE**

- Valoración dinámica -

B1, B2 y C son grupos de manejo clínico-operativo; no sustituyen la definición epidemiológica del caso



Una paciente con dengue acude a UVICLIN del centro de salud de su comunidad, se le clasifica en el grupo B2 de acuerdo a normativa vigente, el tratamiento con solución salina normal al 0.9%. indicado es de ml/Kg de peso en una hora. (SERUMS 2024 II)

- A. 20
- B. 15
- C. 10
- D. 5

| Grupo | Características | Manejo/Hidratación | Monitoreo | Observaciones |
|--|--|---|---|--|
| A: Dengue sin signos de alarma | - No signos de alarma - Buen estado general - Sin comorbilidades ni riesgo social | - Manejo ambulatorio - VO ≥ 2 L/día (adultos) o fórmula de Holliday-Segar (niños) - Lactancia materna continua - Fiebre: medios físicos, Paracetamol (NO AINEs, NO dipirona, NO corticoides) | - Control diario - Seguimiento 24-48 h post-fiebre - Carnet de monitoreo domiciliario | Educación en signos de alarma, reposo, uso de mosquitero |
| B1: Sin alarma + factores de riesgo | - Embarazo - <1 año o >65 años - Obesidad mórbida - HTA, DM, asma, hepatopatía, IRC, EPOC, úlcera, anticoagulados - Riesgo social | - Hospitalización (UVICLIN/ES) - Hidratación VO si tolera - IV: SSN 0.9% o RL (2-4 ml/kg/h adultos, 2-3 ml/kg/h niños, fórmula Holliday-Segar) | - Monitoreo c/hora - Control de SV, diuresis, hematocrito, plaquetas - Vigilancia especial en caída de fiebre | Atención <30-60 min. Reiniciar VO al mejorar |
| B2: Con signos de alarma | - Dolor abdominal intenso - Vómitos persistentes - Sangrado mucosas/piel - Letargia/inquietud - Derrame seroso - Lipotimia - Hepatomegalia >2 cm - ↑ progresivo Hto | - Hospitalización inmediata - Iniciar líquidos IV en <30 min Adultos/Gestantes: 10 ml/kg en 1 h, luego ajustar (7→5→3→2 ml/kg/h) Niños: 5-7 ml/kg/h en 1 h, luego ajustar Adulto mayor/comorbilidad: 5 ml/kg/h en 1 h (más conservador) | - Monitoreo c/hora - Balance hídrico estricto - Control PAM, FC, diuresis | Evitar antieméticos, AINEs, diuréticos. Si no mejora tras 3 cargas → Dengue grave (Grupo C) |
| C: Dengue grave | - Choque por extravasación (PP <20, hipotensión, pulso débil, extremidades frías) - Sangrado grave (digestivo, SNC, metrorragia, etc.) - Falla orgánica (hepática, renal, cardíaca, neurológica) | - UCI inmediata - Adultos: Bolo 20 ml/kg en 15-30 min, luego ↓ progresivo (10→5→7→3→5→2-4 ml/kg/h) - Niños: Bolo 20 ml/kg 15-30 min, luego ↓ progresivo - Gestantes: 10 ml/kg 15-30 min - Adulto mayor/comorbilidad: 250 ml 15-30 min | - Monitoreo continuo (SV, diuresis, Hto) - Accesos venosos, oxígeno, catéter urinario | - Transfusión GR/plaquetas solo si sangrado significativo - Considerar coloides e inotrópicos (NA) si refractario - Manejo complicaciones metabólicas (hipo/hiperglicemia, electrolitos, acidosis) |



PREVENCIÓN Y CONTROL DE PESTE





Definiciones Operativas → PESTE

| Clasificación | Criterios principales |
|------------------------|--|
| Caso Sospechoso | <i>Cuadro clínico compatible con peste (fiebre, adenopatías dolorosas, neumonía, sepsis, según forma clínica) + antecedente epidemiológico en los últimos 10 días: exposición a humanos/animales infectados, picadura de pulgas, residencia o viaje a zona endémica.</i> |
| Caso Probable | Caso sospechoso + pruebas de laboratorio preliminares: - En área nueva o re-emergente → al menos ≥ 2 pruebas positivas (Gram con cocobacilos bipolares, Ag F1, serología anti-F1 única, PCR <i>Y. pestis</i>). - En área endémica conocida → al menos ≥ 1 prueba positiva de las mencionadas. |
| Caso Confirmado | Caso sospechoso + confirmación laboratorial: <ul style="list-style-type: none">• Aislamiento de <i>Y. pestis</i>; o• Aumento ≥ 4 veces de títulos anti-F1 en sueros pareados; o• En áreas endémicas sin acceso a otra prueba confirmatoria, prueba rápida positiva para antígeno F1 |



Se reportan 2 casos de peste en el hospital y se ha restringido el ingreso. Los casos son de la comunidad y no se sabe si hay más casos. ¿Cuál es la medida inicial a tomar? (SERUMS 2025 I)

- A. Medidas de bioseguridad e identificar las casas de infectados
- B. Medidas de control químico de pulgas
- C. Control de roedores
- D. Ordenamiento ambiental

| Medida | Descripción | Momento de aplicación | Justificación |
|--|--|---|--|
| Bioseguridad + Identificación de casas de infectados (Medida inicial) | <ul style="list-style-type: none"> - Precauciones estándar y aislamiento; en sospecha de peste neumónica o septicémica: higiene de manos, respirador N95, guantes, mandilón impermeable, gorro y protección ocular. - Restricción de acceso al hospital. - Identificación de viviendas de los casos para ubicar geográficamente el brote, búsqueda activa de febriles/contactos y delimitar área de intervención. | Inmediata, ante caso sospechoso o confirmado. | Es la primera medida para proteger al personal de salud y limitar transmisión (la mayor urgencia respiratoria es por peste neumónica, pero la norma también exige EPP y medidas en sospechosos/probables/confirmados neumónicos o septicémicos.). Además, permite definir el área de riesgo antes de implementar medidas comunitarias. No se espera confirmación por laboratorio. |
| Control químico de pulgas | Aplicación dirigida de insecticida en viviendas y peridomicilio del área de riesgo; insecticida de primera elección: carbamato en polvo seco al 5%. | Posterior a la investigación epidemiológica. | Fundamental para cortar transmisión vectorial, pero requiere primero identificar el foco geográfico para aplicar insecticidas de forma dirigida. |
| Control de roedores | Eliminación de reservorios en la zona afectada. | Posterior al control de pulgas. | La desratización previa favorece el desplazamiento de pulgas infectadas hacia nuevos hospederos |
| Ordenamiento ambiental | Medidas preventivas a largo plazo: almacenamiento adecuado de alimentos, disposición de basura, mejora de viviendas, limpieza de matorrales. | Estrategia preventiva continua (no inmediata). | |



| Eje | Contenido clave |
|--|---|
| Bioseguridad (prioridad absoluta) | Yersinia pestis está clasificada en grupo de riesgo Nivel III de bioseguridad por su riesgo de transmisión por aerosoles y alta letalidad . Ante casos en un EEES, la medida inmediata es la protección del personal y del entorno con precauciones estándar : protección ocular lavado de manos, guantes y maskarillas N95 . |
| Notificación epidemiológica | La peste es de notificación inmediata y obligatoria al nivel superior dentro de las primeras 24 horas . No se espera confirmación para activar la respuesta. |
| Investigación de campo inicial | Tras la notificación, el protocolo exige indagar por más casos e identificar fuentes probables en la comunidad. Identificar las viviendas de los infectados es el paso operativo previo a cualquier intervención de control vectorial. |
| Manejo comunitario (sin esperar laboratorio) | La norma indica no esperar confirmación de laboratorio para iniciar medidas de control . El flujo comunitario, prioriza bioseguridad y no esperar confirmación laboratorial para iniciar respuesta sanitaria y control focal |
| Regla de oro del control químico | Siempre desinsectación antes que desratización . El insecticida de elección es carbamato en polvo al 5% . Invertir el orden aumenta casos. |
| Secuencia operativa obligatoria | Paso 1: Desinsectación (control de pulgas) inmediata para reducir vectores y cortar transmisión. Paso 2: Desratización (control de roedores) solo después de completar la desinsectación. Si se mata primero a los roedores, las pulgas “huérfanas” buscan huéspedes humanos y disparan los casos . |
| Formas clínicas y transmisión | Bubónica : por picadura de pulga (<i>Xenopsylla cheopis</i>); presenta bubón (ganglio doloroso e inflamado). Neumónica : por vía respiratoria (gotas de Flügger) ; es la más grave y permite transmisión persona a persona . |
| Tratamiento de elección (NTS 2010) | Bubónica : Doxiciclina (o Cloranfenicol como alternativa). Septisémica/Neumónica : Estreptomicina (o Gentamicina como alternativa). |
| Vigilancia comunitaria | Vigilar epizootias (muerte masiva de roedores o cuyes), que preceden brotes humanos . En silencio epidemiológico , realizar vigilancia serológica en canes centinelas . |



PREVENCIÓN Y CONTROL DE MALARIA





En una comunidad en la selva han aparecido nuevos casos de malaria por *Plasmodium vivax*. La aparición de un nuevo caso depende de las características biológicas del ..., del ... y ambiente que facilitan la aparición del mosquito *Anopheles*. (SERUMS 2025 II)

- A. vector / agente
- B. equilibrio ecológico / huésped
- C. agente / vector
- D. parásito / huésped

A su establecimiento de salud en Loreto llega mujer de 45 años con fiebre de 39 °C, escalofríos, ictericia, orina de color rojizo, se realiza gota gruesa siendo positiva a *Plasmodium*. ¿Cuál es el tipo con mayor frecuencia en la zona? (SERUMS 2025 II)

- A. *P. ovale*
- B. *P. malariae*
- C. *P. vivax*
- D. *P. falciparum*

1. **Tríada de Gravedad de *P. falciparum*:** Ante un paciente con fiebre en selva, la presencia de **ictericia, coluria (orina rojiza/oscura) y compromiso de conciencia** (Glasgow < 11) define **Malaria Grave por *P. falciparum*** y exige tratamiento inmediato y referencia.
2. **Componentes de la Transmisión:** Para que aparezca un caso, deben interactuar las características biológicas del **parásito**, la susceptibilidad del **huésped**, la eficiencia del **vector** (*Anopheles*) y las condiciones del **ambiente**.
3. **Diferencia Clínica Vital (Recaída vs. Recrudescencia):**
 - **Recaída:** Solo en *P. vivax* por activación de **hipnozoitos** latentes en el hígado.
 - **Recrudescencia:** Falla del tratamiento para eliminar parásitos en sangre, común en *P. falciparum*.
4. **Tiempos de Diagnóstico:** La norma exige que todo sospechoso sea diagnosticado (Gota Gruesa o PDR) en un plazo máximo de **48 horas** desde su captación para cortar la cadena de transmisión.
5. **Vigilancia Pasiva vs. Activa:**
 - **Pasiva:** El paciente acude al E.S. por síntomas.
 - **Activa (Reactiva):** El personal de salud va a la comunidad a buscar **colaterales** (familiares y vecinos) de un caso confirmado para tratarlos precozmente.

*La coluria/ictericia y el compromiso grave orientan a malaria grave y hacen pensar en *P. falciparum*; pero si la pregunta dice 'tipo con mayor frecuencia en la zona/Loreto', la respuesta epidemiológica sigue siendo *P. vivax**

| Eje | Contenido clave |
|---|--|
| Ciclo de transmisión (tríada epidemiológica) | La transmisión de la malaria se basa en la interacción de los elementos de la tríada epidemiológica . Cuando la premisa ya menciona el ambiente y al mosquito <i>Anopheles</i> (vector) , los componentes biológicos restantes necesarios para completar la cadena de transmisión son el parásito (<i>Plasmodium</i>) y el huésped susceptible (persona) . |
| Reservorio (fuente de infección) | Persona en la que los parásitos viven y se multiplican , permitiendo su transmisión al vector y perpetuando el ciclo. |
| Frecuencia vs. gravedad | En Loreto predomina <i>P. vivax</i> en número de casos; sin embargo, ante cuadro de malaria grave el razonamiento clínico del examen suele orientarse a <i>P. falciparum</i> . |
| Criterios clínicos de malaria grave | La presencia de ictericia y orina de color rojizo (hemoglobinuria, "aguas negras") corresponde a malaria grave con compromiso orgánico . |
| Asociación normativa clave | Compromiso hepático, hemoglobinuria y alteración del sensorio son datos de gravedad que obligan a manejo de malaria grave. |
| Enfoque DIRIGIDO | Cuando se describe malaria con compromiso orgánico o hemoglobinuria , la respuesta dirigida es siempre <i>Plasmodium falciparum</i> , independientemente de la frecuencia regional de <i>P. vivax</i> . |



PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOXOCELES





Usted es médico serumista encargado del sistema de vigilancia epidemiológica de su establecimiento de salud. De acuerdo a la directiva sanitaria para la vigilancia epidemiológica de enfermedades zoonóticas, accidentes por animales ponzoñosos y epizootias ¿Cuál es la periodicidad de notificación que debe cumplir para un caso de loxoscelismo probable? (SERUMS 2025 II)

- A. 7 días
- B. De inmediato
- C. 5 días
- D. 10 días

1. **Definición de Caso Probable:** Toda persona con antecedente de mordedura de araña *Loxosceles* que presenta formas cutáneas (localizadas) o sistémicas (generalizadas).
2. **Las Dos Caras del Loxoscelismo:**
 - **Loxoscelismo Cutáneo (LC):** Se caracteriza por una **dermo-necrosis dolorosa**. Comienza con una sensación de "lancetazo", seguida de dolor intenso, edema y la formación de una **escara negra** (costra).
 - **Loxoscelismo Cutáneo-Viscerohemolítico (LCV):** Es la forma grave. Presenta **anemia hemolítica intravascular**, daño renal agudo, ictericia y compromiso del sistema nervioso central. La muerte puede ocurrir entre las **48 a 96 horas**.
3. **Factores de Letalidad:** La gravedad depende de la edad (más grave en niños), estado de salud previo, cantidad de veneno y la ubicación de la mordedura (tórax y abdomen son zonas de mayor riesgo).
4. **Investigación Obligatoria:** Todo caso debe ser investigado utilizando la **Ficha Clínico-Epidemiológica** y el registro debe registrarse según flujo de vigilancia y disponibilidad de acceso (o enviarse en físico si no hay internet).
5. **Tratamiento Específico:** La ficha de investigación registra el uso del **Suero Antiloxoscélico Monovalente**, el cual debe ser administrado lo antes posible para neutralizar el veneno. Además del manejo de soporte y derivación si forma sistémica.

Enséñales que aunque la **notificación** al sistema es cada **7 días** (semanal), la **atención médica** y la aplicación del suero es una **emergencia inmediata**. No deben esperar a que cierre la semana para tratar al paciente.

| Eje | Contenido clave |
|--|---|
| Caso probable | Toda persona que ha sufrido mordedura por araña del género <i>Loxosceles</i> y presenta manifestaciones cutáneas localizadas o sistémicas. |
| Formas clínicas (las dos caras del loxoscelismo) | Loxoscelismo Cutáneo (LC): dermo-necrosis dolorosa; inicia con sensación de "lancetazo", seguido de dolor intenso, edema y escara negra . Loxoscelismo Cutáneo-Viscerohemolítico (LCV): forma grave con anemia hemolítica intravascular, daño renal agudo, ictericia y compromiso del SNC ; la muerte puede ocurrir entre 48-96 horas . |
| Factores de letalidad | La gravedad depende de: edad (más grave en niños), estado de salud previo , cantidad de veneno y ubicación de la mordedura (tórax y abdomen = mayor riesgo). |
| Investigación obligatoria | Todo caso debe investigarse con la Ficha Clínico-Epidemiológica y registrarse en tiempo real vía web del CDC (o formato físico si no hay internet). |
| Tratamiento específico | considerar suero antiloxoscélico monovalente según evaluación clínica y disponibilidad institucional; su administración debe ser precoz |
| Prioridad asistencial vs notificación | Aunque la notificación es semanal , la atención médica y la aplicación del suero son una EMERGENCIA inmediata . No se espera el cierre de la semana para tratar. |



PREVENCIÓN Y CONTROL DE LEISHMANIASIS





Nos reportan un primer caso de leishmaniasis en una zona determinada de la sierra; sin reporte de presencia de *Lutzomya*. ¿Qué recomendación para control vectorial? (SERUMS 2025 II)

- A. Si la investigación de foco es negativa, control en un mes
- B. Orientar acciones de control vectorial
- C. Identificar la presencia de vectores de leishmaniasis en los sitios probables de infección
- D. Uso de control químico

1. Vigilancia y Notificación (Diferencial):

- **Leishmaniasis Cutánea (LC) y Mucocutánea (LMC):** vigilancia universal y notificación semanal obligatoria.
- **Leishmaniasis Visceral (LV) y Defunciones por LC/LMC:** activar notificación inmediata y estudio de foco según NTS 225-2025

2. **Diagnóstico de Primera Elección:** El **examen microscópico directo (frotis)** es el método de elección inicial debido a su rapidez y alta especificidad, especialmente en lesiones con menos de 6 meses de evolución.

3. Clasificación de Áreas:

- **Área Receptiva:** Presencia demostrada de *Lutzomyia*.
- **Área No Receptiva:** No tiene registro del vector en el levantamiento entomológico del último año.

4. **Definición Clínica de LC:** Úlceras cutáneas de bordes bien definidos, elevados, indurados y base eritematosa, con evolución igual o mayor a **2 semanas**.

5. **Vectores en el Perú:** Las especies implicadas son exclusivamente del género ***Lutzomyia***, destacando a *L. peruensis*, *L. ayacuchensis*, *L. verrucarum*, entre otras.

Si aparece un caso donde "no había nada antes", la primera acción de salud pública no es fumigar, sino **investigar el foco** para encontrar al vector y confirmar si la transmisión es realmente autóctona.



CLIMATERIO Y MENOPAUSIA





Mujer de 52 años acude al establecimiento refiriendo sequedad vaginal y dispareunia desde hace unos 6 meses, tiene antecedente de menopausia hace un año. ¿Cuál es la conducta más apropiada para esta paciente? (SERUMS 2025 I)

- A. Recomendar uso de lubricante vaginal
- B. Referir a especialista de ginecología
- C. Prescribir estrógeno local vaginal
- D. Prescribir terapia de reemplazo hormonal

| Aspecto | Descripción / Acciones |
|--|---|
| Definiciones Operativas | <ul style="list-style-type: none"> - Climaterio: Proceso fisiológico con disminución de estrógenos y progesterona, pérdida de capacidad reproductiva y síntomas asociados; dura varios años. - Menopausia: Ausencia de menstruación ≥ 12 meses, edad promedio 50 años (rango 48–52), sin otra causa patológica. |
| 1. Información y Concientización | <ul style="list-style-type: none"> - Explicar que es un proceso fisiológico, no enfermedad. - Orientar sobre síntomas: trastornos menstruales, bochornos, sudoración, vértigos, alteraciones psicológicas (irritabilidad, insomnio, depresión, etc.). - Informar sobre cambios metabólicos: \uparrow lípidos y colesterol, pérdida de calcio \rightarrow osteoporosis y fracturas. |
| 2. Promoción de Hábitos Saludables | <ul style="list-style-type: none"> - Alimentación saludable - Promover autocuidado y controles preventivos - Ejercicio regular (caminar 3–5 km, 3 veces/semana). - Evitar tabaco, alcohol, café, té y drogas. |
| 3. Evaluación Médica y Prevención a Largo Plazo | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar síntomas, factores de riesgo y necesidades de salud de manera individual. - Priorizar detección de riesgos y daños en esta etapa de vida. - Referir si existe sangrado postmenopáusico u otra condición que requiera mayor complejidad. |
| 4. Manejo de la Sexualidad | <ul style="list-style-type: none"> - Brindar consejería sobre climaterio, sexualidad y bienestar. - Valorar síntomas genitourinarios que afecten calidad de vida. - Individualizar conducta según evaluación clínica y capacidad resolutive. |
| 5. Apoyo Emocional y Social | <ul style="list-style-type: none"> - Brindar consejería integral. - Identificar necesidad de apoyo emocional o social. - Referir según necesidad |



EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO NORMAL





Llega al centro materno una gestante proveniente del sur de nuestro país, quién solicita tener un parto vertical. Como profesional de la salud. ¿Cómo procedería para atender y responder al requerimiento de la paciente? (SERUMS 2025 I)

- A. Denegarle la atención
- B. Enviarla a otro establecimiento
- C. Persuadir su deseo
- D. Respetar su pedido

En su establecimiento de salud acude mujer andina quechua hablante de 39.4 semanas para realizar su parto con todos sus controles prenatales sin alteración. ¿Qué parto usted promueve para realizar interculturalidad? (SERUMS 2025 II)

- A. Cesárea
- B. Parto domiciliario
- C. Parto horizontal
- D. Parto vertical

Gestante andina de 38.5 semanas que se encuentra en trabajo de parto, indicando que necesita música durante su parto. ¿Usted como médico qué haría? (SERUMS 2025 II)

- A. No estar de acuerdo
- B. Respetar su decisión
- C. Ignorar su petición
- D. Tratar de convencerla para no cumplir petición

| Eje | Aspectos Clave | Acciones del Profesional de Salud |
|--|---|--|
| 1. Enfoque de Derechos Humanos e Interculturalidad | <ul style="list-style-type: none"> - Respeto a la dignidad, igualdad de trato y no discriminación. - Inclusión de prácticas culturales (ej. parto vertical). - Enfoque de equidad, género, curso de vida y derechos humanos. - Posible uso de intérpretes o enlaces comunitarios.- Registro de etnia y lengua en salud. <p>1. "Escoger la posición para tener el parto". 2. Que "sus creencias, religión, valores y actitudes propias de su cultura sean respetadas"</p> <p>El Enfoque de Interculturalidad es transversal en el modelo de atención peruano. Se define como el trabajo coordinado que permite abordar la diversidad cultural de los conocimientos y prácticas del cuidado de salud.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer y respetar prácticas culturales seguras. - Adecuar los servicios a la realidad cultural. - Facilitar intérprete si es necesario. - Generar un ambiente de respeto y trato horizontal. - El médico serumista no debe persuadir ni ignorar, sino facilitar las condiciones para un parto humanizado siempre que no haya riesgo inminente que lo contraindique |
| 2. Consentimiento Informado y Toma de Decisiones Compartidas | <ul style="list-style-type: none"> - Derecho a decidir libre e informadamente. - Consentimiento informado: decisión racional y voluntaria tras información clara. - Uso del idioma de la paciente.- Integración de evidencia clínica, contexto cultural, familiar y socioeconómico.- Proceso: identificar decisión → brindar opciones → escuchar perspectivas → guiar decisión → confirmar comodidad. | <ul style="list-style-type: none"> - Brindar información completa, actualizada y comprensible. - Explicar riesgos/beneficios en idioma accesible. - Escuchar valores, creencias y expectativas. - Compartir decisión sin coerción. - Documentar el consentimiento informado. |
| 3. Actitud del Profesional de Salud | <ul style="list-style-type: none"> - Relación cordial y de confianza. - Garantizar privacidad y confidencialidad. - Escucha activa (verbal y no verbal). - No persuadir decisiones libres e informadas. - Humanización de la atención (visión biopsicosocial). | <ul style="list-style-type: none"> - Recibir con amabilidad.- Escuchar activamente la solicitud (ej. parto vertical). - Brindar un ambiente seguro y confidencial. - Respetar la decisión si es médicamente segura. - Evitar prácticas de negación, derivación injustificada o persuasión indebida. |