



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL DE APOYO HUANTA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR  
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR  
SANDRA VALERIA ALONZO CHACCH

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

LIMA, PERÚ  
2021



**Reconocimiento - Compartir igual  
CC BY-SA**

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL HOSPITAL DE APOYO HUANTA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**SANDRA VALERIA ALONZO CHACCHI**

**ASESOR**

**DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJIA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Dra. Gloria Ubillus Arriola

**Miembro:** M.E. Carlos Alberto Morales Paitan

**Miembro:** Mg. Victor Hinostroza Barrionuevo

## **DEDICATORIA**

De manera muy especial a mis padres John y Sandra, mi papá, John quien fue mi cómplice para la elección de esta bonita carrera y siempre me brindo su amor, cariño y apoyo, hoy ya no se encuentra presente en este mundo, pero sé que será siempre el ángel que guía mi camino. A mi mamá Sandra, quien siempre se esforzó para poder darme lo mejor y quien ha sido mi fortaleza durante estos años, a estas dos hermosas personas mi más grande aprecio.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi profundo agradecimiento a la Universidad de San Martín de Porres por acogerme durante estos 7 años de carrera, a los profesores y doctores que nos impartieron sus conocimientos en las aulas y hospitales.

A los médicos, enfermeras y obstetras del Hospital de Apoyo Huanta quienes me brindaron sus conocimientos durante el internado.

A mi mamá por siempre apoyarme, alentarme y asesorarme durante la carrera y ayudarme a superar los obstáculos presentados, a mi abuela, tías, primas y a mi enamorado por siempre confiar en mí y brindarme su apoyo incondicional.

## INDICE

<b>Portada</b>	<b>i</b>
<b>Jurado</b>	<b>ii</b>
<b>Dedicatoria</b>	<b>iii</b>
<b>Agradecimiento</b>	<b>iv</b>
<b>Índice</b>	<b>v</b>
<b>Resumen</b>	<b>vii</b>
<b>Abstract</b>	<b>vii</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>viii</b>
<b>CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	<b>1</b>
1.1. PEDIATRIA	2
1.2. MEDICINA	4
1.3. CIRUGIA	5
1.4 GINECOLOGIA	7
<b>CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE REALIZO LA EXPERIENCIA</b>	<b>9</b>
<b>CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	<b>13</b>
3.1 PEDIATRIA	13
3.2. MEDICINA	17
3.3 CIRUGIA	20
3.4. GINECOLOGIA	24
<b>CAPITULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>31</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>35</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>37</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>38</b>

## RESUMEN

El presente Informe de Suficiencia Profesional consta de 4 capítulos en los cuales se menciona la trayectoria profesional que se ha tenido, los distintos hospitales que han prestado sus instalaciones y recursos humanos para nuestra formación profesional, asimismo se indica cuáles han sido las patologías más relevantes que se ha evidenciado durante el tiempo que duró el internado médico, el manejo y diagnóstico de estas patologías según las guías tanto nacionales como extranjeras, haciendo una comparación con el manejo que se realizó en el entorno hospitalario. El Informe de Suficiencia Profesional tiene como objetivo dar a conocer el aprendizaje obtenido durante los 7 años de carrera profesional tanto en la Facultad de Medicina Humana como en el ambiente hospitalario, igualmente informar sobre las experiencias durante el internado y como la pandemia afectó tanto en nuestro entorno laboral como personal, muchos cambios y junto a ello las adaptaciones que se tuvo para continuar y finalizar el internado médico con éxito.



## **ABSTRACT**

This Professional Sufficiency Report consists of 4 chapters in which the professional trajectory that has been had is mentioned, the different hospitals that have provided their facilities and human resources for our professional training, it also indicates which have been the most relevant pathologies that The management and diagnosis of these pathologies according to both national and foreign guidelines has been evidenced during the time that the medical internship lasted, making a comparison with the management that was carried out in the hospital environment. The Professional Sufficiency Report aims to publicize the learning obtained during the 7 years of professional career both in the Faculty of Human Medicine and in the hospital environment, also to inform about the experiences during the internship and how the pandemic affected both our work environment as personal, many changes and along with it the adaptations to continue and finish the medical internship successfully.

## **INTRODUCCION**

El internado medico en nuestro país, forma parte del plan de estudio de la carrera de Medicina Humana, dura un año y se debe realizar de manera obligatoria y es indispensable para que los estudiantes puedan integrar todos los conocimientos que adquirieron a lo largo de toda la carrera. Asimismo, los estudiantes, tienen la oportunidad de estar en contacto permanente con los pacientes pudiendo así afianzar el conocimiento en cuanto al diagnóstico, manejo y rehabilitación de las principales patologías que padecen y los problemas de salud del ámbito medico asociándolo con el sentido ético y humanista(1). En nuestro país el internado medico se realiza en las diferentes sedes hospitalarias a nivel nacional, este empieza el 01 de enero de cada año y finaliza el 31 de diciembre del mismo año(2). En el 2020, al igual que todos los años, se inició el internado medico de manera regular, sin embargo, el 16 de marzo del 2020 se suspendió por motivos de la pandemia por el COVID 19. Mi persona se encontraba realizando el internado antes de la suspensión de este, en el Hospital Santa Rosa en Pueblo Libre, donde realizó la rotación de Pediatría. Una vez suspendido el internado medico se estuvo a la espera del retorno a las sedes hospitalarias en las que estábamos realizándolo, sin embargo, no todos pudieron hacerlo. El sábado 15

de agosto se aprobó el Documento Técnico “Lineamientos para el inicio de la reanudación progresiva de actividades de los internos de Ciencias de la Salud en el marco del Decreto de Urgencia N°090-2020”(3) Donde se señalaba que los internos de ciencias de la salud deben reanudar progresivamente las actividades en las instituciones prestadoras de servicios de salud, y que el MINSA pone a disposición los establecimientos de salud I-3 y I-4 correspondientes al primer nivel de atención para la reanudación de actividades de los internos de ciencias de la Salud.(4) Asimismo, estas actividades se podrían desarrollar cerca al domicilio del interno de Ciencias de la Salud, para de esta manera evitar los desplazamientos prolongados. En tanto este vigente la emergencia sanitaria el internado se realizaría bajo un régimen de 15 días de asistencia continua en áreas no-COVID seguido de 15 días de descanso, con un horario de lunes a sábado de 7am a 1pm y realizando un máximo de 2 guardias diurnas de 12 horas de duración en ese periodo de 15 días. Haciéndose la difusión de los Lineamientos a todas las DIRIS y DIREAS a nivel nacional. (5)

Al momento de recibir la noticia sobre el presente Lineamiento, mi persona se encontraba en la ciudad de Huanta- Ayacucho, lugar natal.

Motivo por el cual mi persona decidió reanudar las actividades del internado en el lugar donde se encontraba, después de realizar todos los trámites correspondientes, en el mes de noviembre del 2020 la autora pudo reiniciar con el internado, esta vez en el Hospital de Apoyo Huanta, completándose las rotaciones correspondientes del internado en los servicios de Medicina general, Cirugía y Gineco- Obstetricia.

## **CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

La carrera de Medicina Humana consta de un total de 7 años, en los cuales en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, los 3 primeros años corresponden a Ciencias básicas, periodo en el cual los estudiantes llevamos diferentes cursos como Biología, Anatomía, Embriología, Fisiología, entre otros, para luego pasar a la siguiente etapa que comprende tres años, los cuales corresponden al área Clínica. Durante este periodo asistimos a diferentes hospitales con los cuales la universidad tiene un convenio y de igual manera se realiza las prácticas de acuerdo con el curso o especialidad que estemos llevando en el momento.

Mi persona realizó las prácticas de cuarto año de medicina en el Hospital Arzobispo Loayza durante los meses de marzo hasta noviembre del 2017, en las áreas de Medicina Interna, Cardiología, Neumología, Nefrología, Oncología y Radiología.

En quinto año, la autora llevo a cabo las rotaciones de Cirugía, Psiquiatría, Neurología y especialidades quirúrgicas en los hospitales Daniel Alcides Carrión, Hospital Víctor Larco Herrera, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas y en el Hospital Nacional Hipólito Unanue respectivamente.

Finalmente, en el sexto año de medicina mi persona llevo a cabo los cursos de Pediatría en el Instituto Nacional del Niño - Breña, Geriatria en el Hospital Militar

Geriátrico, Medicina Legal en el Instituto Legal y Ciencias Forenses y en La Morgue Central de Lima, Medicina Física y Rehabilitación en el Instituto Nacional de Rehabilitación – Chorrillos y Gineco- Obstetricia en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

El internado médico en nuestro país se realiza en el último año de la carrera de Medicina Humana, este se debe realizar en establecimientos de salud durante el periodo de un año, en este periodo se consolida todo el aprendizaje obtenido durante los 6 años previos y además el internado representa un requisito para la obtención del título profesional de Médico Cirujano.

Durante el internado médico se tiene que realizar rotaciones en 4 áreas, las cuales son: Pediatría, Gineco – Obstetricia, Medicina y Cirugía.

### **1.1. PEDIATRIA**

La primera rotación que mi persona realizó durante el internado fue en el área de Pediatría, la cual fue hecha en el Hospital Santa Rosa – Pueblo Libre, se inició la rotación el 1 de enero del 2020, rotando 4 semanas por el área de Neonatología y 8 semanas por el área de Pediatría, sin embargo, esta última no fue concluida a causa de la pandemia. Mientras mi persona realizó la rotación de pediatría, evidenció algunos casos clínicos interesantes, de ellos se eligió 2 para poder describirlos a continuación:

Niña de 6 años es traída a emergencias por su madre, quien refiere que hace 16 horas, paciente presenta deposiciones líquidas sin sangre ni moco (5 cámaras), acompañado de fiebre (38. 0º) y rinorrea. Funciones vitales: FR: 20. FC: 100, Tº: 37.6 º, peso: 24Kg Al examen físico: paciente quejumbrosa, irritable, piel: tibia poco hidratada, mucosa oral poco hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos. CV: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, Abdomen: RHA aumentados Blando,

depresible, no doloroso a la palpación, Faringe: congestiva. Ex laboratorio: Reacción inflamatoria en heces: 8 leucocitos

Más adelante se procederá a explicar sobre el diagnóstico y tratamiento que se dio a esa paciente en específico.

Durante la rotación que se realizó en el área de Pediatría, se realizaba tanto guardias diurnas como nocturnas en emergencia, rotaciones por hospitalización y consultorio externo, éramos un total de 10 internos en esa área y las labores eran distribuidas entre todos, un día en una guardia nocturna por el servicio de emergencia, luego una paciente que a continuación se describirá.

Niña de 12 años llega a emergencia junto a su madre, por presentar sensación de falta de aire y tos no productiva, ella tenía como antecedente el diagnóstico de asma hace 3 años. Las funciones vitales: FC: 98, FR: 20, SatO<sub>2</sub>: 92 % T°: 36.7° Peso: 40Kg. Al examen físico, paciente ansiosa, agitada. Examen físico: Piel: Tibia, hidratada, elástica, LLC menos a 2 segundos, CV: ruidos cardíacos rítmicos, no se auscultan soplos, Tórax y pulmones: Tirajes intercostales, MV pasa bien en ACP, se auscultan sibilantes espiratorios en tercio medio y bases de ambos hemitórax. Abdomen: RHA presentes, blando depresible, no doloroso a la palpación.

Durante el mes de marzo del 2020, mientras realizaba la rotación en Pediatría, se dio la suspensión del internado, por la llegada del COVID19 a nuestro país, se estableció un estado de emergencia sanitaria a nivel nacional y una cuarentena obligatoria, motivo por el cual no se llegó a culminar los 3 meses correspondientes en esta área, sino solo 2 meses y medio.

## 1.2. MEDICINA

No fue sino hasta el mes de noviembre del 2020 que mi persona pudo reanudar el internado, pero esta vez en la región de Ayacucho, en el Hospital de Apoyo Huanta. Se hizo la reanudación, empezando por la rotación en el servicio de Medicina Interna, de igual manera la rotación por este servicio comprendía las áreas de hospitalización y emergencia. La casuística es variada, sin embargo, hubo algunos casos interesantes durante este periodo, los cuales se mencionan a continuación.

Paciente mujer de 33 años acude a emergencia por presentar dolor tipo cólico 7/10 de 5 horas de evolución en epigastrio e hipocondrio derecho, el cual se irradia hacia la espalda, acompañado de nauseas e hiporexia. Al examen físico: Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, palidez en palmas. CV: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, IY (-). Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. GU: PPL (-), PRU (-). SNC: LOTEPE, no signos de focalización. Antecedente: Colelitiasis. Exámenes de laboratorio: Hb: 10.2, Leucocitos: 9500, Glucosa: 89, Urea:15. Creatinina: 0.6, Amilasa: 300.

La rotación por el servicio de Medicina comprendió los meses de noviembre y diciembre del 2020, en los que mi persona asistió los últimos 15 días de cada mes. Las principales patologías que se vió en este servicio correspondieron a pancreatitis aguda, hipertensión arterial, diabetes, dengue, malaria, entre otros. A continuación, un caso clínico.

Paciente mujer de 68 años acude a emergencia por presentar cefalea 6/10 en zona occipital y tinnitus, familiar refiere que paciente fue diagnosticada de hipertensión arterial hace 6 meses, pero no toma la medicación que le recetaron. Funciones vitales: FC: 85, FR: 18, PA: 190/100, SatO2: 96%, T°: 36.8. Al examen

físico paciente ansiosa, colaboradora, piel: tibia, hidratada, elástica, LLC menor a 2 seg, no edemas, no ictericia. CV: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP, no se auscultan ruidos agregados. Abdomen: RHA presentes, globuloso, blando depresible, no doloroso a la palpación, SNC: LOTEP, no signos de focalización.

### **1.3. CIRUGIA**

En el caso de la autora, la rotación de cirugía la realizó los meses de enero y febrero del 2021. Al igual que en el servicio de medicina, la rotación se realizó en el área de hospitalización y emergencia. Sin embargo, el plus del área de cirugía son las cirugías que se realizan, a continuación, un caso clínico correspondiente a esta especialidad.

Anamnesis: Paciente de 40 años de sexo femenino, refiere cuadro clínico de 15 horas de evolución caracterizado por dolor tipo retortijón, de inicio súbito, sin causa aparente, de gran intensidad (8/10) localizado en mesogastrio y posteriormente en fosa iliaca derecha, irradiado a hipogastrio. El dolor es permanente sin modificaciones y se exagera a los movimientos. Se acompaña de sensación de alza térmica, náuseas y vómitos. Antecedentes: Niega. Examen Físico: Fc: 89 x minuto Fr: 20 x minuto T: 38.2 °C PA: 120/80 mmHg Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos. CV: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, IY (-). Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Abdomen: Abdomen Globoso a expensas de TCSC, blando depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA (+) hipó activos, McBurney(+), Blumberg (+), Signo del Psoas (+), Obturador (-), GU: PPL (-), PRU (-). SNC: LOTEP, no signos de focalización. Exámenes Auxiliares: Hb: 13.2, Leucocitos: 11500, Glucosa: 90



Una de las patologías más frecuentes en este servicio es la apendicitis aguda, también se presentan colecistitis aguda, hernias, politraumatizados, TEC, mordeduras, entre otros.

El área de cirugía del Hospital de Apoyo Huanta, cuenta con un total de 6 camas habilitadas en hospitalización, y 1 camilla en el tópico de cirugía en emergencia.

Durante los primeros 15 días del mes, se cuenta con dos médicos especialistas y de igual manera en la segunda quincena. A continuación, otro caso clínico de un paciente de esta área.

Anamnesis: Paciente varón de 42 años con sobrepeso (talla: 1.68 m; peso: 79 kg; índice de masa corporal [IMC]: 27.9), acudió al servicio de emergencias, ya que desde hace 6 horas presentaba dolor tipo cólico en hipocondrio derecho (después de haber consumido pollo a la brasa), así como náuseas y vómito en 2 oportunidades. Refirió que es la tercera vez que presenta un dolor así, sólo que esta vez no había cedido con la administración de hioscina, como en otras oportunidades. Antecedentes: Rotura de Ligamento cruzado anterior hace tres años. Examen Físico: Fc: 96 x minuto Fr: 20 x minuto T: 37.5 °C PA: 110/70 mmHg Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos. CV: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, IY (-). Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Abdomen: hipersensibilidad en hipocondrio derecho, palpación manual durante la inspiración profunda a ese nivel produce dolor y cese inspiratorio (signo de Murphy positivo); el resto de la exploración resultó física sin alteraciones. GU: PPL (-), PRU (-). SNC: LOTEPE, no signos de focalización. Exámenes Auxiliares Hb: 10.8 Leucocitos: 12200 TGO: 80 TGP: 60

## 1.4 GINECOLOGIA

La última rotación que la autora realizó fue en el servicio de Gineco- obstetricia, la cual correspondió los meses de marzo y abril del 2021. En el hospital de Apoyo Huanta, este servicio cuenta con las áreas de hospitalización para pacientes pos-operadas, alojamiento conjunto, SCEO (Servicio de cuidados esenciales de obstetricia), centro obstétrico y tópico de Gineco- obstetricia en emergencia.

Durante los 2 meses por este servicio, pude estar en todas las áreas, sin embargo, la mayor parte del tiempo permanecí en SCEO, centro obstétrico y en tópico de emergencia, lugares donde se presentaron pacientes con diferentes patologías, a continuación, se presentará 2 casos clínicos.

Anamnesis: Paciente mujer de 28 años, sin hábitos nocivos, con HTA gestacional en un embarazo hace 4 años complicado con preeclamsia leve en la semana 37 resuelta tras la inducción del parto. Actualmente gestante de 35 semanas acude por presentar cefalea intensa y tinnitus, niega pérdida de líquido amniótico, niega contracciones uterinas, percibe movimientos fetales. Antecedentes G2 P1 A0 R0 A1 Examen Físico Fc: 78 x minuto Fr: 20 x minuto T: 37.0 °C PA: 150/100 mmHg Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos. CV: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, IY (-). Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Abdomen: Ocupado por útero grávido, feto en LCI, LCF: 146 AU: 30cm RHA (+) GU: PPL (-), PRU (-), hematuria macroscópica. SNC: LOTEPE, no signos de focalización. Exámenes Auxiliares Hb: 11.7, Leucocitos: 6500 Plaquetas: 150 000 TGO: 65 TGP: 52 DHL: 421 Examen de orina: Proteínas en orina : ++, leucocitos: 6-8 por campo, hematíes >100 por campo. Glucosa: 85

El siguiente caso clínico corresponde:

Anamnesis: Paciente de 32 años de edad, con ciclos menstruales regulares y con un retraso menstrual de cinco semanas en relación con la fecha de última menstruación. Paciente acude con tiempo de enfermedad de una hora

caracterizado por dolor súbito de moderada intensidad, tipo cólico en hipogastrio y fosa iliaca derecha, presentando además sangrado vaginal con coágulos. Acude a servicio de emergencia por persistencia de síntomas y dolor en aumento. Antecedentes G1 P0 A0 R0 A0 Examen Físico Fc: 120 x minuto Fr: 20 x minuto T: 36.8 °C PA: 80/60 mmHg Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos. CV: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, IY (-). Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de fosa iliaca derecha, no signos de irritación peritoneal. RHA (+) GU: PPL (-), PRU (-) SNC: LOTEPE, no signos de focalización. Exámenes Auxiliares Hb: 10.9, Leucocitos: 6500 bHCG : (+) Al tacto vaginal había dilatación de orificio cervical interno y borramiento cervical.

## **CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE REALIZO LA EXPERIENCIA**

Como se menciona anteriormente, mi persona inicio el desarrollo de las actividades de internado medico en el Hospital Santa Rosa en Pueblo Libre, el cual es un establecimiento de salud, que pertenece al tercer nivel de atención y con categorización III-1. Al tener el Hospital Santa Rosa una categorización III-1, es un hospital de referencia, por ello su población no solo engloba al distrito de Pueblo Libre sino también a otros distritos de Lima Metropolitana e incluso a nivel nacional. Este hospital fue inaugurado como centro asistencial el 26 de julio del año 1956 y en el año 1964 se convierte en el Hospital Materno Infantil Santa Rosa, realizando la atención de partos a nivel intrahospitalario, para que 4 años más tarde se convierta en el Hospital Santa Rosa, gracias a la integración de los Centros de Salud de Magdalena, San Miguel, Lince y San Isidro.(6)

En el año 2005 según Resolución Directoral gracias al Ministerio de Salud, se nombra Hospital Santa Rosa Nivel III.

Actualmente en el Hospital Santa Rosa se cuenta con 209 camas habilitadas, las cuales están distribuidas en los diferentes servicios que cuentan con hospitalización, sumadas a las aproximadamente 20 camas que se encuentran en el servicio de emergencia.

Es el servicio de Gineco obstetricia el que cuenta con el mayor número de camas, ascendiendo a un total de 68 camas, continúa el servicio de medicina general con 36 camas, luego cirugía general con 27 camas y Pediatría con 17 camas.

El sistema de Emergencias tanto de Lima y Callao, lo conforman 5 redes. La Red Centro es la que integra al Hospital Santa Rosa, junto al Hospital Arzobispo Loayza, Hospital Dos de Mayo, Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé, Hospital de Emergencias Pediátricas y Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa.  
(6)

Asimismo, en el Hospital Santa Rosa, se realiza procedimientos complejos y actividades de alta tecnología como: ecocardiografías, endoscopias, cirugías laparoscópicas, administración de quimioterapia, entre otros.

El internado en el Hospital Santa Rosa empezó el primero de enero del año 2020, fuimos un total de 80 internos de ciencias de la salud y de ellos, 40 pertenecíamos a la carrera de Medicina. Al llegar el primer caso de Covid-19 a nuestro país, el 6 de marzo del 2020, muchas cosas cambiaron, entre ellas, el curso del internado. Fue el domingo 15 de marzo del 2020 cuando el presidente Martin Vizcarra dio un mensaje a la nación, anunciando el estado de emergencia sanitaria a nivel nacional y junto a ella una cuarentena obligatoria que todos debíamos cumplir, al ser estudiantes de medicina del último año, las facultades de ciencias de la salud junto a SUNEDU, decidieron dar por suspendido el internado en los diferentes establecimientos de salud donde este se estaba desarrollando. Desde ese momento, la fecha de retorno era incierta, pasaron meses postergándose, mientras la primera ola de la pandemia iba en ascenso, había mucho temor por parte de la población, y de nosotros mismos. Fue en el mes de agosto cuando MINSA anuncio que el retorno de los internos de Ciencias de la Salud se daría de forma gradual, pero la mayoría no podría retornar a los hospitales donde lo estaban realizando, ya que muchos habían disminuido las plazas vacantes, así que, por ese motivo, el retorno seria a centros de salud I-3 y I-4.(3) A muchos de mis compañeros y a mi persona nos llenó de muchas dudas, incertidumbre, miedo y muchos sentimientos encontrados.

En mi caso, me encontraba en la provincia de Huanta, región Ayacucho, lugar donde nació y vive mi familia. Así que mi persona optó por reanudar las actividades en un centro de salud de ese lugar, es entonces cuando después de realizar los trámites correspondientes con la DIRESA Ayacucho y la Red de Salud Ayacucho Norte y la USMP, el 31 de octubre inició el contrato con el MINSA y a partir del mes de noviembre asistí al hospital de Apoyo Huanta. Sin embargo no fue tan sencillo, hubo muchas dificultades en el camino, ya que no existía un convenio entre la USMP y la DIRESA Ayacucho, la cual mi persona tuvo que gestionarla, otro obstáculo fue que en el Hospital de Apoyo Huanta no se contaba con Internos de Medicina ni en los tiempos de pre pandemia y mucho menos durante la pandemia, gestiones que también se tuvo que realizar hasta que por fin mi persona pudo obtener la aprobación y aceptación de la DIRESA, La Red de Salud Ayacucho Norte y del Hospital de Apoyo Huanta.

El Hospital de Apoyo Huanta “Daniel Alcides Carrión”, se encuentra ubicado en el distrito de Huanta, perteneciente a la provincia de Huanta, región Ayacucho. Es un hospital referencial que depende técnica, funcional y normativamente del Ministerio de Salud. Tiene por finalidad contribuir a la atención médica de la población huantina.(7)

El Hospital de Apoyo Huanta tiene la categorización II-1, es un hospital de referencia de los centros de salud aledaños como el C.S. Luricocha, C.S San José de Secce, C.S Churcampa entre otras. El Hospital de Apoyo Huanta tiene como referencia al Hospital Regional de Ayacucho, el cual es un hospital de mayor complejidad al que se refieren casos más graves y complejos.

El Hospital de Apoyo Huanta cuenta con dos bloques construidos. El primer bloque que corresponde al área principal, en el cual funciona el área de emergencia, observación y hospitalización de Gineco- Obstetricia, Pediatría, Cirugía y Medicina General. Asimismo, se encuentra la sala de Operaciones junto al centro obstétrico, sala de partos y los consultorios externos.

En el área de emergencia, se encuentra la unidad de Trauma Shock, la cual cuenta con dos camillas, 2 monitores, 1 coche de paro, 1 ventilador mecánico, 4 bombas de infusión, 2 desfibriladores, 1 equipo de aspiración portátil.

En esta área también se encuentra el tópico de Medicina, Pediatría, Cirugía y Gineco- Obstetricia. El área de observación tiene un total de 12 camillas para las 4 especialidades. En el área de hospitalización se encuentran los ambientes correspondientes a Cirugía, Medicina general, Pediatría y Gineco- obstetricia, esta última cuenta con 3 ambientes de hospitalización, la primera corresponde al área de SCEO ( Servicio de cuidados esenciales obstétricos), Alojamiento conjunto y el ambiente de hospitalización para pos-operadas. El centro obstétrico, cuenta con 2 camas, lugar donde las gestantes completan la dilatación y el área de sala de partos la cual cuenta con 2 camillas.

El otro bloque corresponde al Hospital Antiguo, construido con material rústico que se encontraba en condiciones de deterioro.

Al momento, solo se cuenta con el primer bloque ya que se viene ejecutando la construcción del moderno Hospital de Huanta, el cual contará con espacios para emergencia general, banco de sangre, medicina física, rehabilitación, nutrición, Centro obstétrico, centro quirúrgico, central de esterilización, entre otros componentes. Este hospital permitirá mejorar la calidad de atención a las familias de la provincia de Huanta y poblaciones cercanas, de acuerdo con el expediente técnico se debe concluir la obra en un tiempo establecido de 27 meses.

## CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### 3.1 PEDIATRIA

En el primer caso clínico que se presenta, corresponde a una niña de 6 años que es traída a emergencia por su madre, quien refiere que hace 16 horas la paciente presenta deposiciones líquidas sin sangre ni moco (5 cámaras), acompañado de fiebre (38. 0º) y rinorrea. Funciones vitales: FR: 20. FC: 100, Tº: 37.6 º, peso: 24kg. Al examen físico: paciente quejumbrosa, irritable, piel: tibia poco hidratada, mucosa oral poco hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos. CV: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, Abdomen: RHA aumentados Blando, depresible, no doloroso a la palpación, Faringe: congestiva. Ex laboratorio: Reacción inflamatoria en heces: 8 leucocitos.

En este caso clínico, la paciente estaría presentando un cuadro de diarrea aguda, según la guía española de pediatría se define la enfermedad diarreica aguda como la existencia de dos o más deposiciones de menor consistencia, o una sola deposición que presenta menor consistencia y tiene la presencia de sangre macroscópica, en un periodo de 24 horas.(8) A diferencia de la guía del MINSA 2017, en la que define EDA por la disminución de consistencia en las



deposiciones que pueden ser líquidas o acuosas y el aumento de la frecuencia habitual de las deposiciones, y generalmente se presenta 3 o más deposiciones en 24 horas la cual puede ir acompañada de fiebre y/o vómitos. En la guía del MINSA se considera un mayor número de días, a diferencia de la guía española, sin embargo, el caso clínico estaría cumpliendo con la definición de ambas ya que la paciente presentó 5 cámaras en menos de 24 horas. Se considera enfermedad diarreica aguda cuando dura menos de 14 días. Para establecer el diagnóstico clínico, se debe realizar un examen físico completo y una buena anamnesis, por lo general el cuadro clínico se autolimita. La gravedad de la diarrea se define por el grado de deshidratación que presentan los pacientes.(9)

Tanto la guía española como la guía peruana coinciden en que el tratamiento para el paciente que presenta dicha patología se va a realizar valorando el estado de deshidratación que presenta y se va a clasificar en ambas guías en 3 estados de deshidratación, siendo estos leve, moderado y grave. La guía española considera como un parámetro principal el porcentaje de pérdida de peso que presenta el paciente, mientras que la guía nacional toma más en cuenta los signos clínicos que presenta el paciente, esto se debería a que en España se tendría un control pediátrico más estricto de peso y talla.

En este caso nos encontrábamos en el tópico de pediatría del Hospital Santa Rosa, cuando llegó la paciente, el diagnóstico se realizó de manera rápida, la paciente presentaba solo 1 signo de deshidratación, el cual era sequedad de mucosa oral, entonces el diagnóstico vendría a ser EDA con signos de deshidratación leve. El manejo que se dio en el tópico de pediatría consistió en canalizar una vía periférica y se le rehidrató a la paciente con Cloruro de sodio al 0.9%, la paciente permaneció en el área de observación hasta administrarle la cantidad que se le había indicado y se procedió a reevaluarla, evidenciando mejoría clínica, motivo por el cual se le dio de alta y se le recetó sales de rehidratación oral para su rehidratación en caso siga presentando diarreas. El tratamiento brindado no habría sido el indicado, ya que la guía del Minsa menciona que para el manejo de los casos de deshidratación leve se debe elegir

el PLAN A, en el cual se indica que la rehidratación se debe dar en la casa del paciente, por vía oral con líquidos caseros y debe tomar la cantidad que el paciente desee. Es decir que no era necesaria la rehidratación en el ambiente hospitalario mediante una vía periférica.

El segundo caso de pediatría, corresponde a una niña de 12 años que llega a emergencia junto a su madre por presentar sensación de falta de aire y tos no productiva, ella tenía como antecedente el diagnóstico de asma hace 3 años. Las funciones vitales: FC: 98, FR: 20, SatO<sub>2</sub>: 92 % T<sup>o</sup>: 36.7° Peso: 40Kg. Al examen físico, paciente ansiosa, agitada. Examen físico: Piel: Tibia, hidratada, elástica, LLC menos a 2 segundos, CV: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, Tórax y pulmones: Tirajes intercostales, MV pasa bien en ACP, se auscultan sibilantes espiratorios en tercio medio y bases de ambos hemitórax. Abdomen: RHA presentes, blando depresible, no doloroso a la palpación.

La patología que presenta la paciente es una crisis asmática, según la Guía GINA define el asma como una enfermedad heterogénea, que por lo general se caracteriza por una inflamación crónica de las vías respiratorias, y define como crisis asmática al empeoramiento agudo tanto de los síntomas como de la función pulmonar del paciente, además menciona que estas crisis son más comunes y graves en niños mal controlados.(10)

Según la sociedad española, define como crisis asmática o también llamadas exacerbaciones o ataques, a los episodios que empeoran el estado basal que tiene el niño asmático y que debe tener un tratamiento médico para el alivio de este. (11)En el caso clínico estaríamos frente a una crisis asmática, según la guía GINA la terapia de rescate para las crisis asmáticas consta de administrar un SABA 4-10 inhalaciones mediante aerocámara cada 20 minutos durante una hora, prednisolona: adultos 1-2 mg/ kg máximo 40mg y oxígeno con flujo controlado para tener una saturación 94-98%.(10)

Uptodate clasifica las crisis asmáticas en leve, moderada y severa. La crisis leve se caracteriza por presentar un nivel de alerta normal, sibilancias espiratorias, taquipnea leve, leve prolongación de fase espiratoria, mínimo uso de los

músculos accesorios y una SatO<sub>2</sub> mayor a 95%. La crisis moderada también presenta un estado de alerta normal, sibilancias espiratorias +/- sibilancias inspiratorias, taquipnea, uso significativo de los músculos accesorios, y SatO<sub>2</sub> entre 92 y 95%. Finalmente, en la crisis severa, los pacientes tienen imposibilidad de repetir una frase corta, SatO<sub>2</sub> menor a 92% que puede progresar a insuficiencia respiratoria inminente, incluyendo cianosis, depresión de la conciencia, incapacidad para mantener el esfuerzo respiratorio.(12)

Según Uptodate, el tratamiento se basa inicialmente en identificar el estado de hipoxemia, la mayoría de los pacientes presentan una hipoxemia leve y no requieren oxígeno, pero si no fuera ese el caso, si se les debiese administrar oxígeno según requiera el paciente. El segundo pilar del tratamiento consiste en el manejo del broncoespasmo, en el que menciona se puede usar b<sub>2</sub>-agonistas inhalados de acción corta, los cuales deben ser administrados mediante nebulización continua, nebulización intermitente o mediante un inhalador con aerocámara en el caso de niños. (12)

Para el manejo de la inflamación está indicado el uso de corticoides sistémicos o inhalados, según estudios los corticoides sistémicos proporcionan mayor eficacia que los inhalados.

El manejo que se le dio a la paciente, inicio con la administración de salbutamol mediante nebulización, según el peso de la paciente, a una dosis de 0.15mg/kg, se le administro 16 gotas en la nebulización, después de la nebulización se le hizo un control de saturación y se auscultó a la paciente, sin embargo los parámetros seguía iguales, motivo por el cual se decidió realizarle otra nebulización con salbutamol, después de la segunda nebulización mejoraron los parámetros de la paciente, por lo que se le dio alta médica y se le receto salbutamol y fluticasona.

### 3.2. MEDICINA

El siguiente caso clínico, correspondiente al servicio de Medicina, se trata de una paciente mujer de 33 años acude a emergencia por presentar dolor tipo cólico 7/10 de 5 horas de evolución en epigastrio e hipocondrio derecho, el cual se irradia hacia la espalda, acompañado de nauseas e hiporexia. Al examen físico: Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, palidez en palmas. CV: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, IY (-). Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. GU: PPL (-), PRU (-). SNC: LOTEPE, no signos de focalización. Antecedente: Colelitiasis. Exámenes de laboratorio: Hb: 10.2, Leucocitos: 9500, Glucosa: 89, Urea:15. Creatinina: 0.6, Amilasa: 300.

La pancreatitis aguda, según la guía de práctica clínica 2020 del Hospital Santa Rosa (MINSA), se define como la inflamación del tejido pancreático, que puede comprometer órganos vecinos y a distancia. El diagnóstico de pancreatitis aguda está establecido por la presencia de al menos 2 de las siguientes 3 manifestaciones:

- Cuadro clínico característica de pancreatitis aguda que incluye dolor abdominal intenso en epigastrio irradiado a la espalda también conocido como dolor en “cinturón”.
- Exámenes de laboratorio: elevación de amilasa o lipasa mayor de 3 veces el valor normal
- Hallazgos característicos en pruebas de imágenes: TAC, RM o ecografía(13)

En el caso clínico que se presenta, la paciente presenta 2 de las 3 manifestaciones, entre ellas el dolor abdominal característico y la elevación de amilasa, lo que confirmaría el diagnóstico de pancreatitis aguda.

Uptodate coincide con la guía del Minsa en cuanto a los criterios para el diagnóstico de pancreatitis aguda, sin embargo menciona que si se tiene dolor abdominal característica sumado a elevación de amilasa o lipasa 3 veces sobre su límite superior normal, no se requieren imágenes para establecer el diagnóstico, por otro lado si el paciente presenta un dolor abdominal que no es característico, niveles séricos de amilasa o lipasa que son menos de 3 veces su límite superior, o en quienes el diagnóstico es incierto, si se debería realizar estudios de imágenes y se prefiere la tomografía computarizada abdominal con contraste.(14)

En cuanto al tratamiento de la pancreatitis aguda, este es fundamentalmente de soporte. El principal objetivo es limitar la secreción exocrina del páncreas, mantener una correcta hidratación del paciente y detectar a tiempo las complicaciones que pudieran presentarse, es por eso por lo que la primera medida a tomar es la reposición de fluidos con Cloruro de Sodio 0.9% y el control hemodinámico, asimismo se debe controlar el dolor, se recomienda el uso de opiáceos y siempre de forma escalonada también se puede administrar AINES como diclofenaco o ketoprofeno.

Para limitar la excreción del páncreas, resulta beneficioso la suspensión de la vía oral en las primeras horas sumado a esto la descompresión gástrica mediante una sonda nasogástrica y aspiración si es necesario.(13) Uptodate indica que la alimentación oral se puede iniciar dentro de las 24 horas en ausencia de náuseas, vómitos e íleo.(15)

La guía de MINSA menciona que a partir de los 14 días se puede iniciar el tratamiento con antibióticos empíricos si existe la sospecha de infección, haciendo una toma de cultivo previa, coincide con Uptodate donde se menciona que si se sospecha de infección se debe administrar antibióticos previo cultivo, pero si este sale negativo, debe suspenderse la antibioticoterapia.(13)

En el caso de la paciente, una vez hecho el diagnóstico, se le hospitalizó, y se hizo el manejo según la guía clínica del MINSA, se le colocó una SNG, se le dejó en NPO, se le hidrato con Cloruro de Sodio y se le administro AINES para

controlar el dolor, lo diferente que se hizo fue el uso de antibióticos, ya que se le administró antibióticos desde el primer día. La paciente evolucionó favorablemente, se le hizo un control de enzimas pancreáticas cada 24 horas, no hubo complicaciones y fue dada de alta al 4to día.

El siguiente caso clínico correspondiente al servicio de medicina trata de una paciente de 68 años que acude a emergencia por presentar cefalea 6/10 en zona occipital y tinnitus, familiar refiere que paciente fue diagnosticada de hipertensión arterial hace 6 meses, pero no toma la medicación que le recetaron. Funciones vitales: FC: 85, FR: 18, PA: 190/100, SatO<sub>2</sub>: 96%, T°: 36.8. Al examen físico paciente ansiosa, colaboradora, piel: tibia, hidratada, elástica, LLC menor a 2 seg, no edemas, no ictericia. CV: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP, no se auscultan ruidos agregados. Abdomen: RHA presentes, globuloso, blando depresible, no doloroso a la palpación, SNC: LOTEPE, no signos de focalización.

Se define Hipertensión arterial como una presión sistólica mayor o igual a 140 o una presión diastólica mayor o igual a 90 mmHg medidas en la consulta médica. Se utiliza esta clasificación para jóvenes, adultos y ancianos, mientras que para los niños y adolescentes se utilizan otros criterios, los cuales están basados en percentiles.(16)

La hipertensión se puede clasificar en grado 1, 2 y 3. En la hipertensión de primer grado se presenta una presión arterial sistólica entre 140-159 mmHg y/o una presión arterial diastólica de 90-99mmHg. La hipertensión de segundo grado corresponde a una presión sistólica entre 160-179mmHg y/o una presión diastólica entre 100-109mmHg, finalmente la hipertensión de tercer grado presenta una presión sistólica mayor o igual a 180mmHg o una presión diastólica mayor o igual a 110mmHg.(16)

Mientras que la crisis hipertensiva se define como una presión sistólica mayor o igual 180 mmHg o una presión diastólica mayor o igual a 120mmHg. Las crisis hipertensivas se dividen en urgencia y emergencia hipertensiva, estas se diferencian en que la urgencia hipertensiva no produce daño en un órgano blanco,

mientras que la emergencia hipertensiva si produce daño en órgano blanco. La urgencia hipertensiva se puede manejar con antihipertensivos por vía oral como captopril o nifedipino y se puede reducir la presión arterial en un lapso de hasta 24 horas, por el contrario, la emergencia hipertensiva se debe tratar con fármacos por vía endovenosa como nitropusiato o nitroglicerina y se debe disminuir la presión arterial en un máximo de una hora.(16)

En el caso clínico mencionado, la paciente presenta un cuadro de crisis hipertensiva, ya que no mostraba ningún signo clínico de daño de órgano blanco estaríamos frente a un caso de urgencia hipertensiva, se manejó con antihipertensivos por vía oral, se le administró captopril de 25mg, y se le volvió a tomar la presión arterial media hora después, esta se encontraba en 170/100, por lo que se le administro una segunda dosis de captopril, de igual manera pasada la media hora al tomarle la presión arterial, esta había bajado a 140/90, motivo por el cual se dio de alta a la paciente, citándola por consultorio de enfermedades crónicas.

Uptodate menciona que la presión arterial en un caso de urgencia hipertensiva se puede reducir en un periodo de horas a días, y se prefiere reducciones más lentas en adultos mayores que presentan alto riesgo de isquemia cerebral o miocárdica. Por lo general el objetivo de reducción de la presión arterial debe ser menos a 160mmHg la presión sistólica y menos a 100mmHg la presión diastólica. Sin embargo, la presión arterial media no debe disminuir más del 25-30% durante las primeras 2 a 4 horas.(17)

### **3.3 CIRUGIA**

En el servicio de cirugía, se presentó el siguiente caso: Paciente de 40 años de sexo femenino, refiere cuadro clínico de 15 horas de evolución caracterizado por dolor tipo retortijón, de inicio súbito, sin causa aparente, de gran intensidad (8/10)

localizado en mesogastrio y posteriormente en fosa iliaca derecha, irradiado a hipogastrio. El dolor es permanente sin modificaciones y se exagera a los movimientos. Se acompaña de sensación de alza térmica, náuseas y vómitos. Antecedentes: Niega. Examen Físico: Fc: 89 x minuto Fr: 20 x minuto T: 38.2 °C PA: 120/80 mmHg Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos. CV: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, IY (-). Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Abdomen: Abdomen Globoso a expensas de TCSC, blando depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, RHA (+) hipó activos, McBurney (+), Blumberg (+), Signo del Psoas (+), Obturador (-), GU: PPL (-), PRU (-). SNC: LOTEPE, no signos de focalización. Exámenes Auxiliares: Hb: 13.2, Leucocitos: 11500, Glucosa: 90

La guía de práctica clínica del Hospital Casimiro Ulloa define la apendicitis aguda como el proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal, el cual tiene como etiología generalmente la obstrucción del lumen apendicular. Representa la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente. En los adultos la causa más frecuente es la obstrucción por fecalitos, mientras que en los niños suele suceder por hiperplasia linfoide. Otras causas de obstrucción apendicular son: parásitos, cuerpos extraños, tumores.(18)

El cuadro clínico se caracteriza por el dolor abdominal de inicio difuso, de mínima severidad, que es el dolor de tipo visceral el cual es seguido de un dolor más intenso, localizado en el cuadrante inferior izquierdo, el cual corresponde a un dolor somático. El dolor puede ir acompañado de náuseas, vómitos, fiebre e hiporexia. Los signos que se presentan en los cuadros de apendicitis son los puntos dolorosos entre ellos McBurney (+), signo de Blumberg(+), Rovsing( +) entre otros.

La apendicitis se clasifica en apendicitis complicada y no complicada, la apendicitis complicada a su vez engloba a 2 fases: la fase congestiva, la cual se da en las primeras 4 horas del inicio del cuadro y se caracteriza por un aumento de flujo venoso y linfático en el apéndice y la segunda fase que es la fase



supurada, en la cual ya existe proliferación bacteriana a predominio de gérmenes gram (-) a la cabeza la E. Coli. La apendicitis complicada se caracteriza por la perforación del apéndice, comprende a la tercera fase que es la necrosada, donde generalmente el tiempo de enfermedad supera las 12 horas y se caracteriza por disminución del flujo arterial apendicular y micro perforaciones, en esta fase hay mayor proliferación bacteriana a predominio de anaerobios entre ellos bacteroides, la última fase corresponde a la fase perforada en la cual puede haber una peritonitis localizada o generalizada.(19)

El tratamiento de elección es la apendicetomía laparoscópica y dependiendo de la complicación se puede hacer un lavado de cavidad en caso de peritonitis generalizada o drenaje en caso de peritonitis localizada.(20)

En el caso clínico que se presenta, estaríamos frente a una apendicitis aguda, ya que la paciente presenta el cuadro clínico característico.

En el hospital de Apoyo Huanta no se realizan cirugías laparoscópicas por falta de equipos. Es por ello que se le realizó a la paciente una apendicetomía clásica o incisional, hallándose un apéndice supurado en toda su extensión. Al no presentar complicaciones, se realizó solo una apendicetomía a muñón libre, se comprobó hemostasia y se realizó el cierre por planos. La paciente evoluciono favorablemente, el primer día pos operatorio estuvo con NPO, Cloruro de sodio al 0.9%, metamizol para controlar el dolor y antibioticoterapia.

La paciente fue evolucionando favorablemente, por lo que se le dio de alta al tercer día pos operatorio.

Otro caso clínico correspondiente al servicio de Cirugía es sobre un paciente varón de 42 años con sobrepeso (talla: 1.68 m; peso: 79 kg; índice de masa corporal [IMC]: 27.9), acudió al servicio de emergencias, ya que desde hace 6 horas presentaba dolor tipo cólico en hipocondrio derecho (después de haber consumido pollo a la brasa), así como náuseas y vómito en 2 oportunidades. Refirió que es la tercera vez que presenta un dolor así, sólo que esta vez no había cedido con la administración de hioscina, como en otras oportunidades.

Antecedentes: Rotura de Ligamento cruzado anterior hace tres años. Examen Físico: Fc: 96 x minuto Fr: 20 x minuto T: 37.5 °C PA: 110/70 mmHg Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos. CV: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, IY (-). Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Abdomen: hipersensibilidad en hipocondrio derecho, palpación manual durante la inspiración profunda a ese nivel produce dolor y cese inspiratorio (signo de Murphy positivo); el resto de la exploración resultó física sin alteraciones. GU: PPL (-), PRU (-). SNC: LOTEPE, no signos de focalización. Exámenes Auxiliares Hb: 10.8 Leucocitos: 12200 TGO: 80 TGP: 60

Uptodate define la colecistitis aguda como un síndrome doloroso del cuadrante superior derecho el cual puede estar asociado a fiebre, leucocitosis, debido a una inflamación de la vesícula biliar. En la mayoría de los pacientes la colecistitis aguda es causada por cálculos biliares.(21)

La manifestación clínica principal es el dolor abdominal en el cuadrante superior derecho o epigastrio, característicamente es un dolor agudo, constante, severo y típicamente prolongado, el dolor puede irradiarse al hombro derecho o espalda y puede asociarse a fiebre, náuseas, vómitos y anorexia. Al examen físico suelen presentar Murphy(+). En el estudio ecográfico, la presencia de cálculos en la vesícula biliar más el contexto clínico apoya al diagnóstico de colecistitis aguda pero no confirma el diagnóstico.(21)

Existen signos ecográficos los cuales confirmarían el diagnóstico, entre ellos:

- Engrosamiento de la pared vesicular mayor a 4mm
- Presencia de líquido pericolecístico
- Edema de pared vesicular (sino de doble pared)

Existen unos criterios para el diagnóstico de colecistitis aguda, estos son los Criterios de Tokio 2018, el cual incluye 3 ítems:

A: Signos locales de inflamación: presentar Murphy(+) o dolor en hipocondrio derecho o palpación de masa en hipocondrio derecho

B: Signos sistémicos de infección: incluye fiebre o leucocitosis o aumento de PCR

C: Signos de colecistitis aguda en estudio de imágenes: incluye la ecografía o gammagrafía

Se hace el diagnóstico definitivo de colecistitis aguda al tener la presencia de los 3 ítems, o se sospecha de esta patología si el paciente presenta solo el primer y segundo ítem.(22)

En cuanto al manejo de la colecistitis, puede ser médico y este incluye hidratación intravenosa, control del dolor generalmente con AINES, antibioticoterapia y corrección de cualquier anomalía electrolítica. El manejo quirúrgico está indicado en caso de colecistitis aguda complicada, incluyendo gangrena o necrosis de la vesícula biliar, perforación o colecistitis enfisematosa. También está indicado el tratamiento quirúrgico cuando hay progresión de la enfermedad, es decir fiebre alta o dolor que no ceden con el tratamiento médico o inestabilidad hemodinámica.(23)

En el caso del paciente, se realizó primero un tratamiento médico, administrándole AINES, sin embargo, el dolor no cedió, motivo por el cual se le programo una colecistectomía. Esta se realizó a las 4 horas de haber ingresado el paciente, los hallazgos operatorios fueron una vesícula biliar friable con cálculos en su interior. El paciente evoluciono favorablemente durante los siguientes días.

### **3.4. GINECOLOGIA**

Ginecología y Obstetricia son los servicios en el Hospital de Apoyo Huanta que mayor cantidad de pacientes maneja, asimismo cuenta con un mayor número de camas a comparación de los demás servicios, a continuación un caso clínico correspondiente a esta área.

Paciente mujer de 28 años, sin hábitos nocivos, con HTA gestacional en un embarazo hace 4 años complicado con preeclamsia leve en la semana 37 resuelta tras la inducción del parto. Actualmente gestante de 35 semanas acude por presentar cefalea intensa y tinnitus, niega perdida de líquido amniótico, niega contracciones uterinas, percibe movimientos fetales. Antecedentes G2 P1 A0 R0 A1 Examen Físico Fc: 78 x minuto Fr: 20 x minuto T: 37.0 °C PA: 150/100 mmHg Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos. CV: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, IY (-). Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Abdomen: Ocupado por útero grávido, feto en LCI, LCF: 146 AU: 30cm RHA (+) GU: PPL (-), PRU (-), hematuria macroscópica. SNC: LOTEPE, no signos de focalización. Exámenes Auxiliares Hb: 11.7, Leucocitos: 6500 Plaquetas: 150 000 TGO: 65 TGP: 52 DHL: 421 Examen de orina: Proteínas en orina : ++, leucocitos: 6-8 por campo, hematíes >100 por campo. Glucosa: 85

La guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia de la Maternidad de Lima, clasifica los trastornos hipertensivos del embarazo en 4 estados:

1. Hipertensión gestacional: se define como la elevación de la presión arterial (mayor o igual a 140/90) sin la presencia de proteinuria en una gestante con más de 20 semanas o diagnosticada en el puerperio por primera vez. Este diagnóstico es transitorio, si la presión arterial se normaliza antes de las 12 semanas pos parto, se cataloga como una hipertensión transitoria, sin embargo, si la presión arterial persiste alta después de la semana 12 posparto se considera como una hipertensión crónica.
2. Preeclampsia: trastorno hipertensivo de la gestación que se presenta después de las 20 semanas, se caracteriza por la hipertensión arterial asociado a proteinuria, a su vez se clasifica en:
  - Preeclampsia sin criterios de severidad: gestante que presenta hipertensión, pero la PA sistólica es menos a 160mmHg y la PA diastólica menor a 110mmHg, sumado a esto una proteinuria cualitativa 1+ con ácido

sulfosalicilico o 2+ por tira reactiva o con proteinuria cuantitativa mayor o igual a 300mg, pero menor a 5gr en orina de 24 horas.

- Preeclampsia con criterios de severidad: es la gestante con preeclampsia que presenta una PA sistólica mayor o igual a 160mmHg o PA diastólica mayor o igual a 110mmHg que puede presentar o no daño a órgano blanco (con o sin proteinuria).
- 3. Hipertensión crónica: cuando se diagnostica hipertensión en la gestante con menos de 20 semanas o antes del embarazo o cuando la presión arterial no se normaliza pasadas las 12 semanas de puerperio.
- 4. Hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada: son pacientes que presentan hipertensión crónica y que luego de las 20 semanas de gestación se adiciona proteinuria o si ya presentaba proteinuria, esta se agrava. Asimismo hay un aumento de la presión diastólica en 15mmHg y/o aumento de la presión sistólica en 30mmHg en relación a sus valores basales y/o existe compromiso de órgano blanco producido por la preeclampsia.(24)

Uptodate menciona que el diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad realiza en el grupo de mujeres con preeclampsia que tienen hipertensión grave (PA mayor o igual a 160/110mmHg) y / o signos o síntomas específicos de disfunción significativa de órganos diana que significan el final grave del espectro de la preeclampsia. (25)

**En un paciente con preeclampsia, la presencia de uno o más de los siguientes indica un diagnóstico de "preeclampsia con características graves"**

**Elevación severa de la presión arterial:**

Presión arterial sistólica  $\geq 160$  mmHg o presión arterial diastólica  $\geq 110$  mmHg en 2 ocasiones con al menos 4 horas de intervalo mientras el paciente está en reposo en cama (el tratamiento antihipertensivo puede iniciarse tras la confirmación de hipertensión grave, en cuyo caso se pueden establecer criterios para una elevación grave de la tensión arterial). satisfecho sin esperar a que hayan transcurrido 4 horas)

**Síntomas de disfunción del sistema nervioso central:**

Trastorno cerebral o visual de nueva aparición, como:

- Fotopsia, escotomas, ceguera cortical, vasoespasmio retiniano
- Dolor de cabeza severo (es decir, incapacitante, "el peor dolor de cabeza que he tenido") o dolor de cabeza que persiste y progresa a pesar de la terapia analgésica y no se explica por diagnósticos alternativos

**Anormalidad hepática:**

Deterioro de la función hepática que no se explica por otro diagnóstico y se caracteriza por una concentración de transaminasas séricas  $> 2$  veces el límite superior del rango normal o dolor severo persistente en el cuadrante superior derecho o epigástrico que no responde a la medicación y no se explica por un diagnóstico alternativo

**Trombocitopenia:**

$< 100,000$  plaquetas / microl.

**Anormalidad renal:**

Insuficiencia renal (creatinina sérica  $> 1,1$  mg / dL [ $97,2$  micromol / l] o una duplicación de la concentración de creatinina sérica en ausencia de otra enfermedad renal)

**Edema pulmonar**

Figura 1: Características de preeclampsia grave. Boletín de práctica núm. 222 del colegio estadounidense de obstetras y ginecólogos (ACOG): hipertensión gestacional y preeclampsia. obstet gynecol 2020; 135: e237.

En el caso clínico presentado, la paciente tiene una presión arterial de 150/100mmHg, sumado a esto proteinuria ++, cefalea y tinnitus. Por la presión arterial y la proteinuria tendríamos el diagnóstico de preeclampsia, y por la clínica que presenta (cefalea intensa y tinnitus), sumado al aumento de enzimas hepáticas, la clasificaríamos como una preeclampsia con signos de severidad.

La guía de práctica clínica de la Maternidad de Lima, indica activar la calve azul en el minuto 0 del diagnóstico de preeclampsia severa con daño de órgano.

El manejo consiste en hidratar a la paciente mediante una vía periférica con NaCl 0.9% y pasar 1000cc a chorro en 20 minutos, luego de lo cual se deberá comprobar estado de hidratación de la paciente y continuar.

Para prevenir convulsiones, mediante otra vía periférica iniciar infusión de Sulfato de Magnesio 20%, se debe diluir 5 ampollas en 50 cc de NaCl0.9% y pasar por volutrol con bomba de infusión.

Administrar antihipertensivos: Metildopa 1gr VO cada 12 horas y evaluar PA a los 20 minutos, si la presión arterial se mantiene alta se debe administrar nifedipino de 10mg por vía oral, controlar PA a los 20 minutos, si permanece elevada se puede dar otra dosis de nifedipino hasta un máximo de 3 a 5 dosis.

En caso de gestaciones entre 32 a 34 semanas se procederá a administrar corticoides para la maduración pulmonar fetal, betametasona 12mg IM cada 24 horas por 2 dosis, luego de 48 horas iniciado el corticoide se culminará con la gestación. Se procederá a culminar el embarazo en gestaciones mayores a 34 semanas.(24)

En el caso de la paciente el manejo consistió primero en canalizarle 2 vías periféricas, una vía se utilizó para hidratarla con NaCl0.9% se le paso 40 gotas por minuto, asimismo se le administro sulfato de magnesio, se diluyo 5 ampollas en 1 frasco de 1000cc de NaCl0.9% y se le paso 400cc a chorro, y por último se le administro metildopa y nifedipino. Mientras que la paciente controlaba la hipertensión, se procedió a programar la cesárea. A las 2 horas de su ingreso, se procedió a realizar la cesárea segmentaria, la paciente permaneció estable durante el procedimiento. En el primer día pos operatorio se continuó la terapia con sulfato de magnesio y se siguió administrando metildopa pero con una dosis más baja, la presión arterial de la paciente se mantuvo en valores entre 120-130mmHg la presión sistólica y 70-80mmHg la presión diastólica. La hematuria cedió, las enzimas hepáticas fueron disminuyendo y los síntomas cesaron. La paciente fue evolucionando favorablemente, por lo que se le dio de alta al 4to día pos cesárea.

El siguiente caso clínico corresponde a una paciente de 32 años de edad, con ciclos menstruales regulares y con un retraso menstrual de 8 semanas en relación con la fecha de última menstruación. Paciente acude con tiempo de enfermedad de una hora caracterizado por dolor súbito de moderada intensidad,

tipo cólico en hipogastrio y fosa iliaca derecha, presentando además sangrado vaginal con coágulos. Acude a servicio de emergencia por persistencia de síntomas y dolor en aumento. Antecedentes G1 P0 A0 R0 A0 Examen Físico Fc: 120 x minuto Fr: 20 x minuto T: 36.8 °C PA: 80/60 mmHg Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos. CV: ruidos cardiacos rítmicos, no se auscultan soplos, IY (-). Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Abdomen: Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de fosa iliaca derecha, no signos de irritación peritoneal. RHA (+) GU: PPL (-), PRU (-) , puntos ureterales (-) SNC: LOTEP, no signos de focalización. Exámenes Auxiliares Hb: 10.9, Leucocitos: 6500 bHCG : (+) Al tacto vaginal había dilatación de orificio cervical interno y borramiento cervical.

Se le realizó una ecografía transvaginal a la paciente, evidenciándose un endometrio heterogéneo de 18mm y la línea endometrial era discontinua, los anexos se encontraban sin alteraciones. Se le catalogó como un aborto incompleto.

La guía de la maternidad de Lima, define aborto como la interrupción de la gestación, la cual puede ser espontanea o provocada antes de las 22 semanas contando desde el primer día de la última gestación, con un peso fetal menos a 500gr o menos de 25cm de longitud. El aborto se clasifica en:

- Aborto en curso: caracterizado por dolor pélvico intenso y sangrado genital moderado, al examen ginecológico, el orificio cervical interno se encuentra permeable y las membranas están integras. Cuando la actividad uterina aumenta, hay mayor cambio cervical y rotura de membranas, se convierte en un aborto inevitable.
- Aborto retenido: se da cuando el embrión o feto muere o se desprende y queda retenido dentro de la cavidad uterina sin expulsar restos, esto se corrobora por ecografía.



- Aborto frustrado: al igual que el aborto retenido, el feto o embrión muere dentro de la cavidad uterina, pero permanece ahí por un periodo de 4 semanas o más.
- Aborto incompleto: expulsión parcial de restos embrionarios o trofoblásticos con sangrado.
- Aborto completo: expulsión total del embrión o feto junto a sus membranas ovulares.(24)

El manejo del aborto depende de la edad gestacional y el estado hemodinámico de la paciente, si presenta una edad gestacional menor a 12 semanas se le debe realizar un Aspiración manual endouterina AMEU pero si la edad gestacional supera las 12 semanas el retiro de restos debería ser mediante un legrado uterino. Si la paciente se encuentra hemodinámicamente inestable se prefiere realizar el legrado uterino(24)

En el caso clínico, la edad gestacional que presentaba la paciente fue de 7 semanas y 3 días por fecha de última menstruación, el manejo inicial consistió en hidratarla con NaCl 0.9% y administrarle antibiótico profiláctico, se le indicó cefazolina 1gr EV y se le realizó el AMEU, la paciente permaneció estable durante el procedimiento y al término.

No tuvo mayor complicación pos AMEU, solo sangrado escaso durante las primeras horas, motivo por el cual fue dada de alta al día siguiente.

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

Como se mencionó anteriormente, mi persona inició el internado médico en el Hospital Santa Rosa en el servicio de Pediatría, los internos cumplíamos ciertos roles, la hora de entrada era a las 7:00am y los internos que permanecíamos en hospitalización teníamos que evolucionar a los pacientes, para ello nos repartíamos las camas entre todos. La visita médica era aproximadamente a las 8:00am, a esta hora todos los pacientes debían estar evolucionados y los exámenes de laboratorio debían encontrarse en las historias clínicas, a lo largo del día, teníamos que correr con los exámenes de laboratorio o procedimientos que se haya pedido en la visita médica, si había altas médicas se tenía que rellenar todos los documentos necesarios para que se efectivice el alta, asimismo debíamos realizar las curaciones a los pacientes que la necesitaran. Al terminar las labores en piso, podíamos dar por concluida nuestra labor diaria. Al interno que le tocaba realizar una guardia, permanecía en emergencia, atendiendo los casos que llegaban a esta, la casuística era variada, pero las patologías prevalentes en la emergencia eran faringitis, EDA, crisis asmática, exantemas, entre otros.

En el servicio de Neonatología, nos distribuyeron en diferentes áreas, entre ellas alojamiento conjunto y atención del recién nacido. Las labores que debíamos realizar en alojamiento conjunto eran parecidas a la hospitalización de pediatría, debíamos evolucionar a los recién nacidos mientras permanezcan en esa área,

en cuanto a la atención del recién nacido, se tenía que estar a la espera de los partos o cesáreas y recepcionar al recién nacido, en el que se realizaba la antropometría, medición de la longitud, perímetro cefálico, perímetro torácico y peso del RN. También se procedía a estimar la edad gestacional mediante la escala de Capurro, finalmente se procedía a realizar la profilaxis ocular si era un RN por parto vaginal, profilaxis de hemorragia mediante la aplicación de Vitamina K intramuscular y la limpieza del cordón umbilical con alcohol al 70°.

Cabe mencionar que el horario del internado era de 7am a 2pm de lunes a domingo, durante todo el mes, las guardias diurnas y nocturnas eran un total de 6-7 días al mes de 12 horas de duración y cada día se hacía la elección de 1 interno para que haga retén hasta las 4 pm en el área de hospitalización de pediatría.

Este horario fue diferente al retornar al internado, pues la Norma Técnica del MINSA mencionaba que el horario sería de lunes a sábado de 7am a 1pm por 15 días seguidos al mes y un máximo de 2 guardias diurnas de 12 horas en los 15 días de rotación.

Al retomar al internado, esta vez en el Hospital de Apoyo Huanta, este se inició en el servicio de Medicina, de igual manera la función que tenía que cumplir era evolucionar a los pacientes hospitalizados y recoger los exámenes de laboratorio para que estén listos a la hora de la visita médica que era aproximadamente a las 8am; a diferencia del internado pre COVID, después de la visita médica debido a la poca cantidad de pacientes, no era necesario la permanencia de mi persona en el área de hospitalización, motivo por el cual debía dirigirme al área de emergencia y permanecer hasta la hora de salida.

En el hospital de Huanta, era la primera vez que aceptaban a un interno de medicina, es por eso que, a los médicos, licenciadas y personal técnico, al principio les fue complicado reconocer cuales eran mis funciones. Sin embargo, al pasar el tiempo hubo mejor coordinación y reconocimiento de mi labor en el hospital.

Durante mi estadía por el servicio de medicina, asistí a múltiples reuniones de capacitación del correcto uso de equipos médicos, como ventiladores mecánicos, equipo para análisis de gases arteriales y bombas de infusión, que el Gobierno Regional de Ayacucho donó para el Hospital.

En el servicio de Cirugía, de la misma manera, el ingreso era a las 7am en el que realizaba la evolución de los pacientes hospitalizados para luego pasar la visita médica y posteriormente realizar la atención en el tópico de Cirugía de emergencia.

En el tópico de cirugía, las patologías con mayor prevalencia fueron las heridas cortantes, asimismo se presentaban pacientes con mordeduras de perro y politraumatismos. En cuanto a las cirugías, las que más se realizaban eran apendicectomías, seguido de colecistectomías, herniorrafías, limpiezas quirúrgicas de pacientes quemados y otros.

En el servicio de Gineco-obstetricia, al igual que en medicina y cirugía, mi función era realizar las evoluciones correspondientes a los pacientes hospitalizados, en este servicio, el horario de entrada era a las 6:30am por la cantidad de pacientes hospitalizados que presentaba el servicio.

Después de la visita médica, mi persona se dirigía al área de emergencia para la atención de pacientes que llegaban a esta área. De haber partos, junto a las internas de obstetricia participábamos de estos con la ayuda de las obstetras. Mi persona tuvo la oportunidad de atender 6 partos, lo cual fue una experiencia muy bonita e interesante.

Asimismo, tuve la oportunidad de participar en las cesáreas que se programaba, apoyando a los médicos en aproximadamente 20 cesáreas durante toda mi rotación por Ginecología.

A pesar de solo asistir 15 días durante cada mes, personalmente opino que aprendí lo necesario y lo principal de cada servicio y sobre las patologías más comunes, gracias a los médicos, licenciadas, obstetras y personal técnico del Hospital de Huanta. Fue una bonita experiencia realizar el internado médico en

el hospital del lugar donde nací y conocer a muchas personas que me ayudaron es impartieron sus conocimientos durante mi estadía.

## **CONCLUSIONES**

El internado médico es el año donde afianzamos los conocimientos obtenidos durante toda la carrera y adquirimos nuevos conocimientos sobre el diagnóstico y manejo de diferentes patologías, lo cual nos prepara para enfrentar las situaciones que se nos presentará más adelante siendo médicos. Considero que este año fue muy difícil para nosotros, muchos hemos perdido a amigos y familiares a causa del Covid19, e incluso muchos han padecido de esta temible enfermedad saliendo adelante, sin embargo, algunos compañeros perdieron la vida, lo cual es muy lamentable. Estoy segura que ninguno imaginó pasar por esta situación de la pandemia, a pesar de esto tratamos de adaptarnos a la nueva modalidad y a seguir adelante luchando por nuestros sueños y tratando de sacar provecho al internado en el hospital o centro de salud donde nos encontrábamos y poder obtener conocimientos básicos para la realización del SERUMS.

Hubo mucho temor por nuestra parte, al estar expuestos al virus del covid19, sin embargo, a mediados de marzo del 2021 muchos de mis compañeros e incluida mi persona, vimos un rayo de luz en medio de tanta oscuridad, al poder brindarnos la vacuna Sinopharm la cual había llegado a nuestro país. Fuimos partícipes de la primera fase de vacunación en los diferentes establecimientos de salud, junto a todo el personal de labora.

Muchas vidas se perdieron durante este año, médicos, enfermeras que le hacen frente a esta enfermedad encontrándose en la primera línea de atención. Ha sido un año muy complicado, sin embargo, debemos seguir luchando, cuidándonos día a día y cuidando de los nuestros para evitar que se siga propagando esta enfermedad.

En esta etapa hemos aprendido a ser más empáticos con los demás, estoy segura que nos hemos convertido en mejores personas, han aumentado nuestras ganas de ayudar a los demás, y la vocación que teníamos desde el principio de la carrera se ha fortalecido aún más.

## RECOMENDACIONES

- Vacunar de manera efectiva a todos los estudiantes de último año de las carreras del área de salud que van a iniciar el internado en mayo del 2021.
- Ampliar el tiempo de internado mejorando las condiciones, entre ellas: proporcionando los EPPs a los internos, proveer de alimentos durante todos los días y brindar un seguro de salud.
- Capacitaciones sobre bioseguridad a todo el personal de salud incluidos los internos.
- Realizar pruebas periódicas de detección para covid19 a todo el personal de salud
- Programar actividades académicas con un mínimo de horas semanales.



## BIBLIOGRAFIA

1. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. RM, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. RM, Syr Salas Perea R, Rodríguez-Orozco AR. Educación médica superior. [Internet]. Vol. 21, Educación Médica Superior. Editorial Ciencias Médicas; 2007 [cited 2021 Apr 18]. 0–0 p. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412007000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
2. Chinchay Ruesta SA, Burga AG, Peña-Sánchez ER. Internado médico: una difícil elección peruuu. *Investig en Educ Médica* [Internet]. 2017 Jan [cited 2021 Apr 18];6(21):65–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.06.002>
3. N DSN. Designan Asesora II de la Secretaría General Emergencia Sanitaria declarada por Decreto. 2020;14–5.
4. URIBE AG, Social M de S y P. Documento Tecnico Sal. 1389.
5. Pilar Mazzetti Soler Ministerio de Salud. RESOLUCIÓN\_MINISTERIAL\_N\_622-2020-MINSA 5.pdf. Lima- Peru; 2020. p. 3.
6. MC Cesar Augusto Tejada Bechi Hospital Santa Rosa. Analisis de Situacion de Salud del Hospital Santa Rosa. Lima - Peru; 2014. p. 151.
7. Vilca Cardenas J. Universidad nacional de san cristobal de huamanga facultad de enfermeria. 2016; Available from: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/3060>
8. Balboa A. Diarrea aguda. *Rev Esp Enfermedades Dig*. 2005;97(4):290.
9. Ministerio de Salud. Guia de Practica Clinica para el Diagnostico y

- Tratamiento de La Enfermedad Diarreica Aguda en la niña y el niño. Lima - Peru; 2017. p. 46.
10. Global Initiative for Asthma. GINA poket. Manejo y Prev del asma para adultos y niños mayores 5 años. 2019;
  11. Calzón NP, Fernández JB, Calzón P, Fernández B, Diagnóstico J. Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias. [cited 2021 Apr 18]; Available from: [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/)
  12. Scarfone ARJ. Exacerbaciones agudas del asma en niños menores de 12 años : manejo del departamento de emergencias. 2019;1–40.
  13. Ministerio de Salud. Guia de Practica Clinica para el Diagnostico y Tratamiento de la Pancreatitis Aguda. Lima - Peru; 2020. p. 6,7,8,9,10.
  14. Vege SS, Grover S. Manifestaciones clínicas y diagnóstico de pancreatitis aguda. 2021;1–29.
  15. G. Alcain Martínez RCC. Manejo de la pancreatitis aguda idiopática. Rapd Online [Internet]. 2010;33(2):165–73. Available from: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/RAPD Online 2010 V33 N2 07.pdf>
  16. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Vol. 39, European Heart Journal. 2018. 3021–3104 p.
  17. Varon J, Elliott WJ et al. Manejo de la hipertensión asintomática grave (urgencias hipertensivas) en adultos. UpToDate [Internet]. 2020;1–14. Available from: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
  18. Cirugia jefatura de. guia de practica clinica: diagnostico y tratamiento de apendicitis aguda. :1–4.
  19. Martin ARF. Apendicitis aguda en adultos : manifestaciones clínicas y diagnóstico diferencial. 2021;
  20. Smink D, Soybel DI. Manejo de la apendicitis aguda en adultos - UpToDate. 2020; Available from: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=appendicitis&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=appendicitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
  21. Zakko S, Afdhal N. Colecistitis calculosa aguda: características clínicas y diagnóstico. 2018;1–26. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?sectionName=CLINICAL-MANIFESTATIONS&search=dyspepsia&topicRef=20&anchor=H7&source=see\\_link#H249918499](https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?sectionName=CLINICAL-MANIFESTATIONS&search=dyspepsia&topicRef=20&anchor=H7&source=see_link#H249918499)
  22. Coral D, Loza MR, Nilss Mendoza Lopez Videla J, Alejandro J, Morales P. AGUDA LITIÁSICA TOKYO GUIDE APPLICATION IN LITHIASIC ACUTE

CHOLECYSTITIS. Rev Med La Paz.

23. MEEROFF M, FERREIRA JA. Tratamiento de la colecistitis aguda. Prensa Med Argent. 1958;45(7):667–80.
24. Perinatal INM. Guia de práctica clinica y de procedimientos en obstetricia y perinatologia [Internet]. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2018. 536 p. Available from: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias de Practica Clinica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatologia del 2018.pdf>
25. August AP, Sibai BM. Preeclampsia : características clínicas y diagnóstico. 2021;1–45.