



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO DESARROLLADO EN UN HOSPITAL  
Y CENTRO DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA  
DE LA COVID-19 ENTRE LOS AÑOS 2020-2021



TESIS PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

KENNY ALVIN TURPO ESPINOZA

ASESORA  
DR. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA

LIMA , PERÚ  
2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual**  
**CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO DESARROLLADO EN  
UN HOSPITAL Y CENTRO DE SALUD DE LIMA  
METROPOLITANA DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19  
ENTRE LOS AÑOS 2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
KENNY ALVIN TURPO ESPINOZA**

**ASESORA  
DR. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Mg. José Villarreal Palomino

**Miembro:** Dr. Manuel Neyra Sotelo

**Miembro:** M.E. Alberto Cárdenas Venturo

## **DEDICATORIA**

A mi hermano y padre que siempre estuvieron prestos a apoyarme y aconsejarme, siendo siempre ejemplo en lo bueno para mi futuro profesional.

A mi madre por haberme brindado una imagen de constancia, positividad, amor y haberme dado el apoyo necesario para poder concluir satisfactoriamente mi carrera. Se que aún es pronto para acompañarte, pero me consuela saber que estás en un mejor lugar. Jamás dejaré de amarte y tu recuerdo me acompañará por toda la eternidad.

# ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Índice</b>	iv
<b>Resumen</b>	v
<b>Abstract</b>	vii
<b>Introducción</b>	ix
<b>CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1. Rotación de ginecobstetricia	2
2. Rotación de medicina interna	6
3. Rotación de cirugía	8
4. Rotación de pediatría	11
<b>CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA</b>	14
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	18
1. Ginecobstetricia	18
2. Medicina	20
3. Cirugía	22
4. Pediatría	24
<b>CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	27
<b>CONCLUSIONES</b>	32
<b>RECOMENDACIONES</b>	34
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	35
<b>ANEXOS</b>	42

1. Flujograma para el tratamiento de la hipertensión arterial	43
2. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de dolor abdominal agudo en el adulto	44

## RESUMEN

El estudiante de medicina en el último año de carrera realiza prácticas pre-profesionales en diversos establecimientos de salud del Perú, esta práctica se denomina el internado médico. En este periodo el estudiante ejecuta y consolida todo lo aprendido, además conoce la realidad del sector salud, al acudir a hospitales y centros de salud públicos. Este último año, el internado médico atravesó cambios debido a la emergencia sanitaria a causa de la pandemia de la COVID-19. Los estudiantes tuvieron que retirarse de los hospitales en los primeros meses de las actividades del internado, siguiendo las disposiciones de las autoridades sanitarias, y posterior a ciertas reestructuraciones, se reincorporaron luego de meses a las prácticas presenciales, siendo la gran mayoría reasignados a centros de primer nivel de atención. En este informe se reúne relatos de diversos casos clínicos correspondientes a las 4 rotaciones en los servicios de Ginecobstetricia, Medicina, Cirugía y Pediatría, y su posterior resolución dentro del establecimiento de salud aplicando las guías establecidas por el Ministerio de Salud. Por otro lado, se expondrá un relato de las experiencias vividas como interno de medicina en medio de una pandemia.

**Objetivo:** Describir las experiencias y competencias adquiridas en cada rotación para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano, en base a un internado médico desarrollado en medio de la pandemia de la COVID-19 durante el periodo enero de 2020 a abril del 2021.

**Metodología:** Revisión de casos y su manejo en base a guías basadas en evidencia y las experiencias del manejo en la salud.

**Conclusiones:** Con la pandemia existen nuevos retos en la formación del profesional médico, el desenvolvimiento en el tercer y primer nivel de atención requirió de nuevas destrezas, habilidades, capacidades y competencias. Se logró ampliar una perspectiva de lo que es sistema de salud peruano.

**Palabras clave:** Internado médico, Ginecobstetricia, Medicina interna, Cirugía general, Pediatría.

## ABSTRACT

The medical student in the last year of his degree performs pre-professional practices in various health establishments in Peru, this practice is called medical Internship. In this period, the student executes and consolidates everything learned, also knows the reality of the health sector, by going to hospitals and public health centers. This past year, the medical internship underwent changes due to the health emergency caused by the COVID-19 pandemic. The students had to withdraw from the hospitals in the first months of boarding school activities, following the provisions of the health authorities, and after certain restructuring, they rejoined after months to face-to-face practices, the vast majority being reassigned to centers first level of care. This report brings together reports of various clinical cases corresponding to the 4 rotations in the Gynecology, Medicine, Surgery and Pediatrics services, and their subsequent resolution within the health establishment applying the guidelines established by the Ministry of Health. On the other hand, an account of the experiences lived as a medical intern in the middle of a pandemic will be presented.

**Objective:** Describe the experiences and skills acquired in each rotation to obtain the Professional Title of Surgeon, based on a medical internship developed in the midst of the COVID-19 pandemic during the period January 2020 to April 2021.

**Methodology:** Review of cases and their management based on evidence-based guidelines and health management experiences.

**Conclusions:** With the pandemic there are new challenges in the training of medical professionals, development in the third and first level of care required new skills, abilities, capacities, and competencies. It was possible to broaden a perspective of what the Peruvian health system is.

**Keywords:** Medical internship, Obstetrics gynecology, Internal medicine, General surgery, Pediatrics.

## INTRODUCCIÓN

Este trabajo reúne en resumen un conjunto de retos, problemas, circunstancias, experiencias, y la perspectiva durante el internado previo a la pandemia, realizado en el Hospital Santa Rosa, un hospital de tercer nivel de atención ubicado en Pueblo Libre. De la misma manera, se expondrá lo ocurrido en las rotaciones durante la pandemia en el Centro de Salud Trébol Azul nivel I-3 ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores y en el Hospital Emergencias de Ate, un hospital de segundo nivel de atención ubicado en Ate Vitarte durante el periodo 2020-2021.

El sistema sanitario peruano es descentralizado, y es operado por 5 entidades: Ministerio de Salud, EsSalud, Policía Nacional, Fuerzas Armadas, y el sector privado (clínicas). Todos ellos crean un sistema que tiene como objetivo ofrecer servicios y atenciones de salud, y tratan de alcanzar una cobertura a toda la población dentro del territorio peruano.

Con la pandemia, las inadecuadas soluciones a las deficiencias postergadas año tras año, han producido el colapso actual de un sistema de salud que no se ha encontrado preparado para afrontar esta crisis sanitaria. En parte, este problema sigue existiendo debido a las desigualdades en cuanto a la demografía, ya que existen ciudades demasiado pobladas con un número deficiente de centros de salud. Por otro lado, existen zonas rurales donde no llega el personal de salud

por ser áreas de difícil acceso. Toda esta problemática se debe a una gestión pública poco eficiente por parte del ministerio, que se evidencia cuando se trabaja en los diferentes establecimientos de salud. La solución debería ser recurrir a la principal base de atención de este amplio sistema sanitario peruano, que los centros de salud y corresponden al primer nivel de atención.

Por esto último, hay que hacer especial énfasis en la importancia del Ministerio de Salud, órgano que abarca la atención del mayor porcentaje de población en territorio peruano (60%) a través del Seguro Integral de Salud, el cual permite que las familias tengan acceso al derecho básico de la salud, puedan atenderse de manera gratuita en postas, establecimientos, y hospitales del estado a nivel nacional.

Según el análisis situacional, el origen de la problemática sanitaria radica en la existencia de determinantes de salud que afectan a gran parte de las regiones del Perú; estos incluyen enfermedades que producen mayor mortalidad general, mortalidad prematura, carga de discapacidad, atención por consulta externa u hospitalizaciones, los cuales pueden identificarse, prevenirse y tratarse en primer nivel de atención.

Por otro lado, el internado médico es la fase final de la carrera de un estudiante antes de poder empezar a ejercer la medicina. Su objetivo es consolidar los conocimientos clínicos, participar en el manejo del paciente, potenciar habilidades interpersonales, fortalecer la formación de la relación médico-paciente, todo esto a través de prácticas pre-profesionales en las que se obtienen experiencias y vivencias dentro de la realidad de un establecimiento de salud. En un inicio, uno se encuentra con altas expectativas de esta nueva experiencia, relacionadas al aprendizaje, a las responsabilidades dentro del hospital, la interacción con otros profesionales de la salud, pero con el transcurso de las semanas se evidencia que como parte de las funciones existe una sobrecarga laboral, que conlleva a un tiempo limitado para el estudio y la familia. Por ello, esto genera a que uno adquiera nuevas formas de poder organizarse, potencie habilidades para poder realizar un trabajo más rápido y efectivo, y conlleva a que

sea consciente de la futura responsabilidad que se tendrá como médico en cualquier entidad de salud <sup>1,2</sup>.

La situación actual, en medio de una pandemia, ha generado que la mayoría de los internos que empezaron su internado en un hospital, terminen reasignados en centros de salud. Debido a ello, durante mi experiencia realicé el internado en 3 establecimientos de salud durante el periodo 2020-2021.

El primero de ellos fue el Hospital Santa Rosa, un hospital de nivel III de atención ubicado en el distrito de Pueblo Libre, con 64 años de fundación, en el cual roté en el servicio de ginecobstetricia previo al inicio de la pandemia. Durante la inducción que recibimos conocimos sus instalaciones, la ubicación de centro de emergencias, hospitalización, laboratorios, centro de diagnóstico por imágenes, áreas quirúrgicas, su organización y funcionamiento a nivel operativo, para podernos integrar al equipo de salud y desarrollar eficientemente nuestras funciones como interno. También nos indicaron que en el Hospital Santa Rosa, al ser una sede docente, se ofrecía todos los meses cursos teórico-prácticos acerca de técnicas y procedimientos para el personal médico, así como charlas y capacitaciones relacionadas con medidas preventivas, promoción de salud, entre otras.

Nos ofrecieron una charla acerca del rol del interno dentro del hospital, dependiendo del servicio en el que se encuentre rotando. En el servicio de emergencia el rol del interno era redactar la anamnesis en la historia clínica de emergencia mientras se realizaba un examen físico rápido del paciente, toma de las funciones vitales, se mandaba ordenes por escrito de exámenes de control o prequirúrgicos, y se daba la lista de materiales a los familiares en caso de una cirugía de emergencia, todo bajo la supervisión del médico residente de turno. En el servicio de hospitalización, se debía llegar temprano e iniciar las evoluciones del paciente, anexando las recetas de la medicación diaria, previo a la visita del médico asistente, en donde se presentaba la historia clínica de los pacientes, con lo que se establecía un nuevo plan de manejo en base a la evolución.

Luego de los primeros 3 meses de iniciado el internado, a causa del brote de casos por COVID-19, se suspendieron las actividades presenciales del internado y condicionó a una reestructuración del mismo. Por lo que la reincorporación a las prácticas se llevó a cabo 7 meses después, pero en el primer nivel de atención. Se me reasignó para las rotaciones de medicina interna y pediatría en el Centro de Salud Trébol Azul de nivel I-3 de atención, perteneciente a la Zona 5, Pampas de San Juan, del distrito de San Juan de Miraflores. El centro tiene 55 años de fundado y se encarga de atender a la población ubicada en el cono sur de Lima<sup>3</sup>.

En este establecimiento, en la inducción nos indicaron que nuestra función consistía en el apoyo al personal sanitario rotando en los servicios de consultorio externo y urgencias, para la atención y manejo de pacientes; igualmente en algunas ocasiones se rotaba en el área nutrición, planificación familiar y vacunación. Estas actividades se desarrollaron en turnos de 15 días al mes, durante los últimos 4 meses del internado. Adicionalmente debido al contexto actual, tenían habilitado un área de descarte para COVID-19 donde se realizaba hisopado para prueba de antígenos, y se derivaba de consultorio externo a todo paciente con sospecha de infección o contacto con un caso confirmado de COVID-19.

Finalmente, para la rotación de cirugía acudí al Hospital de Emergencia Ate Vitarte, un hospital de atención especializada nivel II-2. En el área de emergencias la tarea del interno era realizar la historia clínica rápida y de forma sencilla, ya que los pacientes generalmente venían por cuadros agudos quirúrgicos. El principal motivo de atención fueron las heridas en piel superficiales, para lo cual se solicitaban materiales y posteriormente se realizaba la sutura, luego de lo cual el paciente se mantenía en observación por 1 hora para monitoreo general, y al momento del alta se le informaba signos de alarma (náuseas, vómitos, pérdida de conciencia o convulsiones) y se le recalca que en caso los presentara, regrese a una reevaluación. Los cuadros abdominales más comunes fueron apendicitis agudas, hernias inguinales, cólicos vesiculares

y traumatismos múltiples, los cuales requieren una estabilización rápida en emergencia, y de ser necesario ingreso rápido a sala de operaciones para su resolución. Por otro lado, en el área de hospitalización se encontraban los pacientes post-operados en recuperación; dentro de este servicio la función del interno era tener las evoluciones listas para el momento en que el médico asistente pase visita, presentar la historia y evolución del paciente, y solicitar las recetas y exámenes auxiliares en un sistema virtual ya que el registro de las historias clínicas era computarizado en este hospital, un aspecto que difiere de los otros establecimientos de salud a los que he acudido durante el internado.

## **CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado de medicina durante pregrado es un paso fundamental dentro de la formación médica. El estudiante a lo largo de los 7 años de la carrera va aprendiendo acerca de la importancia del relato de la dolencia con la que acude el paciente, y estas prácticas pre profesionales permiten mejorar el desenvolvimiento personal, y con ello consolidar una adecuada relación médico-paciente, logrando una mejor recolección de la historia clínica y un correcto diagnóstico. El entrenamiento diario que ofrece el internado permite poner en práctica los conocimientos de manera constante, y con ello se consolida información importante de las distintas enfermedades, se desarrolla el criterio clínico-diagnóstico del estudiante de medicina en base a solo a la anamnesis, hecho que es importante en nuestro contexto sanitario, debido que la mayoría establecimientos de salud públicos no cuentan con todos los equipos diagnósticos necesarios (exámenes auxiliares, de laboratorio, de imágenes), por lo que se hace necesario tener una muy buena base semiológica.

Asimismo, lo que se espera al terminar el internado es reforzar los conocimientos clínicos-teóricos por medio de los casos clínicos que se presentan durante la atención médica, ya que permiten realizar revisiones y discusiones relacionadas al tema del mismo, y todo esto favorece un aprendizaje significativo e independiente, conforme el estudiante tome la iniciativa de querer aprender. Esto mejora el análisis clínico, planteamiento diagnóstico, prescripción del tratamiento y plan de trabajo. Por otro lado, en cuanto a lo práctico, permite adquirir mayores

habilidades y destrezas para realizar un completo examen físico y los diferentes procedimientos médico-quirúrgicos.

Un aspecto importante es que el interno se desenvuelve como un trabajador más, y forma parte de un equipo de trabajo, teniendo que interactuar con diferentes profesionales dentro del establecimiento, por lo cual es necesario desarrollar habilidades comunicativas e interpersonales. Asimismo, necesita implementar un lenguaje más coloquial con el paciente, para poder transmitir el mensaje que uno le quiere dar, por ejemplo, para poder obtener durante la entrevista la información adecuada y así llegar al diagnóstico correcto, educarlo y brindarle indicaciones.

Todas estas experiencias permiten el desarrollo del razonamiento, análisis clínico e integración teórico-práctico de lo aprendido en los años previos, para que al final se proporcione un plan terapéutico y manejo integral, y con ello tratar la dolencia del paciente. Por todo esto, el internado permite que el estudiante comprenda y desarrolle el arte de la medicina.

A continuación, se presentará 8 casos clínicos que me llevaron a un aprendizaje, a lo largo de las 4 rotaciones del internado.

## **1. ROTACIÓN DE GINECO OBSTETRICIA**

### **Caso clínico N°1**

Esta rotación se llevó a cabo en el Hospital Santa Rosa. El primer caso para detallar es el de una paciente de 45 años, natural de Lima, que llegaba a consulta externa por un cuadro insidioso progresivo de metrorragia desde hace 2 meses. Además, refería episodios de dolor abdominal leve, sensación de pesadez abdominal, notó masa en hipogastrio que fue creciendo desde hace 4 años, acompañado de un dolor abdominal insidioso, al inicio sordo que fue aumentando hasta una intensidad de 4/10, negaba otras molestias. Refería paridad satisfecha, ciclos regulares de 28 días, con metrorragia. Su

fórmula obstétrica era de 2 gestaciones, 2 partos vaginales a término, 0 partos vaginales pretérmino, negaba pérdidas, y tenía 2 hijos actualmente vivos de 10 y 14 años. Como antecedente médico era hipertensa.

Al examen físico: T:36.5 °C, PA: 140/80 mmHg, FC: 65 x min, FR: 20 x min, peso: 72 kg, talla: 1.52 m, IMC:32 kg/m<sup>2</sup>

Tórax y pulmones: Sin alteración en su expansibilidad, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, regulares, sin alteraciones.

Abdomen: A la inspección un abdomen globuloso, con tejido subcutáneo abundante; a la auscultación ruidos hidroaéreos presentes; a la palpación blando, depresible, no doloroso, se evidenció una masa redonda de 15 cm de diámetro, de bordes lisos regulares, móvil, no adherido a planos profundos que abarcaba el tercio medio del abdomen inferior, de consistencia firme; a la percusión mate en zona hipogástrica y timpanismo en las demás.

Al examen ginecológico: a la inspección se observó sangrado regular en ropa interior, genitales externos de apariencia normal; al tacto vaginal se evidencia sangrado abundante, vagina con temperatura y elasticidad conservadas, cuello posterior, orificio cervical externo cerrado, no permeable. Con la maniobra bimanual se observó una altura uterina que llegaba al ombligo más o menos 15 centímetros, anexos normales.

Debido al cuadro de hemorragia uterina anormal, se le indicó hospitalización en el servicio de ginecología, una ecografía transvaginal para determinar el diagnóstico, y prequirúrgicos.

La ecografía mostró un útero aumentado de tamaño de 15 centímetros de largo, 13 centímetro de ancho y 13 centímetros de anteroposterior, con bordes heterogéneos y masas nodulares múltiples bien definidas, hipoecogénicas e intramurales, algunos de ellos hacían contacto con

endometrio por lo que explicarían el sangrado uterino anormal, y anexos con ecogenicidad normal.

En este caso la paciente tenía como factores de riesgo que era hispana, obesa e hipertensa, como clínica presentaba hipermenorrea, y al examen físico una masa pélvica. El diagnóstico final fue miomatosis uterina intramural, que se confirmó con una ecografía transvaginal que es el gold estándar para imágenes de pelvis femenina <sup>4</sup>.

## **Caso clínico N°2**

Mujer de 36 años, primigesta de 37 semanas por fecha de última menstruación, llegó a emergencias por un cuadro de cefalea, tinnitus y escotomas hace 3 horas que se acompañan de náuseas y vómitos. Además, presentó hinchazón en miembros inferiores y disminución de movimientos fetales. Como único antecedente médico, una apendicectomía hace 5 años. Antecedentes familiares: madre y abuela hipertensas.

Tiene como fórmula obstétrica: 2 gestaciones, 1 partos vaginal a término, 0 partos vaginales pretérmino, negaba pérdidas, tenía 1 hijo actualmente vivo de 9 años.

Al examen físico: T:36.8 °C, PA: 155/120 mmHg, FC: 90 x min, FR: 18 x min, peso: 80 kg, talla: 1,62 m, IMC: 30.48 kg/m<sup>2</sup>, SatO<sub>2</sub>: 98%

Al examen físico general: Aparente regular estado general, aparente buen estado de hidratación, aparente buen estado de nutrición.

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

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

Miembros inferiores: edema bilateral de +++/+++.

Abdomen: A la inspección, útero grávido ocupado por feto único; Altura uterina de 32 cm. Latidos cardiacos fetales de 128 por minuto. No se evidenciaban otras alteraciones al examen físico regional y por sistemas.

Con todos los datos se sospechó de una enfermedad hipertensiva del embarazo por tener signos de alarma para preeclampsia, por lo que se le pidió hemograma, úrea, creatinina, transaminasas hepáticas de emergencia, y tira reactiva en orina para ver si hay daño de órgano. Además, se le pidió una prueba no estresante para evaluar la variabilidad, reactividad y movimientos del feto.

Por la persistencia de la presión arterial alta se decide iniciar tratamiento en el servicio de emergencias con sulfato de magnesio 4 gr E.V. en 20 minutos, y luego 1 gr por hora como neuroprotector para disminuir el riesgo de convulsiones, y 1 tableta de nifedipino para manejo de la presión.

A la reevaluación, a la auscultación no se evidencia signos de congestión pulmonar difusa, la tira reactiva salió 3 cruces, en el test no estresante se encuentra feto reactivo, con latidos cardiacos fetales presentes en 140 latidos por minuto, sin presencia de contracciones.

Los resultados del laboratorio fueron: Hemoglobina de 12.3 mg/dl, hematocrito de 36%, plaquetas 180 000 U/ul, creatinina de 0,8 mg/dl, TGO de 35, TGP de 40, fosfatasa alcalina de 130 U/L, albúmina de 3.9 gr/dl; todos dentro de rangos normales, por lo que se descarta un síndrome de HELLP.

El diagnostico final fue una preeclampsia severa sin signos de falla de órgano, debido a que manejaba presiones altas, presentaba cefalea y tinnitus (signos de severidad) pero sin falla de órgano blanco, por exámenes de laboratorio normales. Además, como factores de riesgo tenía antecedente de hipertensión en la familia, su edad era mayor de 35 años, era primigesta y obesa <sup>5</sup>.

## 2. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

### Caso clínico N°3

La rotación de medicina lo realicé en el Centro de Salud Trébol Azul. Llegó al servicio de urgencias un paciente de raza mestiza de aproximadamente 60 años con cefalea intensa, acompañado de leve sensación de náuseas, niega vómitos, también negaba alteraciones en la visión, dolor torácico, u otro síntoma previo estando en casa; manifestó en la anamnesis antecedente de hipertensión arterial, por lo que tomaba losartán de 50 mg, 2 veces al día, de uso irregular debido a que lo olvidaba de tomar algunos días. Negó otros factores de riesgo cardiovasculares como diabetes, tabaquismo o dislipidemia.

A la exploración física: Paciente estaba en aparente buen estado general, buen estado de nutrición y buen estado de hidratación

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

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se encontraron soplos.

Abdomen: A la inspección simétrico, la auscultación ruidos hidroaéreos presentes, no se encontraron soplos; a la palpación blando y depresible.

Al examen neurológico: paciente orientado en tiempo, espacio y persona, leve inyección conjuntival, al fondo de ojo reflejo iridoconstrictor conservado.

Debido a la clínica y el antecedente de hipertensión se sospechó de una urgencia hipertensiva, por lo que se le pidió que se siente y se le midió la presión arterial encontrándose valores de 180/100 mmHg; es por eso que se le indicó captopril sublingual de 25 mg y que espere sentado por 30 minutos. Pasado este tiempo se le midió otra vez la presión, encontrándose ahora en 140/80 mmHg. Asimismo, se le pidió un hemograma, bioquímica y análisis de orina de urgencia como control.

Se volvió a reevaluar luego de media hora, y presentaba una presión de 125/80 mmHg. En los resultados de laboratorio se encontró hemoglobina de 13.5 mg/dl, leucocitos:  $5 \times 10^9/L$  y plaquetas: 200 000/ ul; dentro de la bioquímica, glucosa=200mg/dl, úrea=45 mg/dl y creatinina= 1.1 mg/dl; y en el examen de orina se encontraron 2-3 células epiteliales por campo, y proteinuria +/-+++.

El diagnóstico del paciente fue una urgencia hipertensiva porque según la guía de hipertensión arterial del MINSA, la presión arterial sistólica se encontraba mayor de 180 mmHg, y no hubo datos de laboratorio que indiquen daño de órgano <sup>6</sup> (Ver Anexo 1).

#### **Caso clínico N°4**

Llegó a consultorio externo del centro de salud una paciente mujer de 60 años, de raza afroamericana, pícnica; refirió sensación de fatiga, hormigueo y entumecimiento en las manos y los pies, además mencionó aumento de apetito, aumento de sed, disminución de peso (no cuantificado) en los últimos 3 meses, y astenia en los últimos 5 meses.

Como antecedentes médicos negó hipertensión arterial, tabaquismo y consumo de alcohol. Refería trabajar en la calle vendiendo comida frita, lo que también desayunaba y almorzaba. Dentro de su familia, su madre tuvo antecedente de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial y falleció hace 6 años por infarto de miocardio, además 3 de sus 5 hermanos también padecían diabetes.

Al examen físico: T:36,5 °C, PA: 130/80 mmHg, FC: 85 x min, FR: 18 x min, peso: 92 kg, talla: 1,65 m. IMC: 33,8kg/m<sup>2</sup>, SatO<sub>2</sub>: 99%

Al examen físico de piel y faneras: Tejido celular subcutáneo abundante, se encontró acantosis nigricans y acrocordones en cuello posterior.

Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasaba bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

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

Por los antecedentes médicos y examen físico, se diagnosticó de obesidad tipo I y síndrome metabólico a descartar diabetes mellitus. Se le solicitó hemograma completo, perfil lipídico, examen de orina y glucosa en ayunas para su siguiente consulta, y se le brindaron recomendaciones dietéticas generales para disminución de peso.

En su segunda consulta trajo sus resultados de laboratorio, tenía hemoglobina de 14 mg/dl, colesterol total de 300mg /dl, LDL de 210 mg/dl y HDL de 40 mg/dl. El examen de orina salió con recuento celular de 5 leucocitos por campo y proteínas en orina 2 cruces, y su examen de glucosa en ayunas salió con 260 mg/dl, por lo que se solicitó un segundo examen de glucosa en ayunas.

Se le inició tratamiento con atorvastatina de 20 mg cada 12 horas por un mes y se le indicó medidas no farmacológicas como dieta hipocalórica baja en harinas y grasas, y alta en proteínas, frutas, verduras y alimentos con grasas buenas como aceite de oliva, frutos secos, aceitunas, palta y aceitunas; también se le indicó ejercicio físico como caminatas de 30 minutos al día y modificación del comportamiento alimentario como reemplazar las frituras por alimentos cocidos.

En su tercera consulta trajo los resultados de su segundo examen de glucosa en ayunas en 230 mg/dl, confirmando el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, con 2 valores altos de glicemia en ayunas <sup>7</sup>.

### **3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA**

#### **Caso clínico N°5**

Se presentó a la emergencia del Hospital Ate Vitarte una paciente de sexo femenino de aproximadamente 40 años, refiriendo dolor abdominal difuso, tipo cólico a nivel de todo el abdomen, 1 hora después acude a emergencia, en ese momento presentaba sensación de alza térmica, negaba náuseas y vómitos, y otras molestias, por lo que el médico de turno le indicó tratamiento del dolor con tramadol endovenoso, disminuyendo las molestias por lo que se le da de alta. En su domicilio refiere que dolor tipo cólico volvió aparecer, de una intensidad 9/10 ubicado en mesogastrio y que con el tiempo migró a fosa iliaca derecha e hipogastrio, el dolor era continuo, que no calmaba con ninguna posición, y exacerbaba al movimiento, seguía negando náuseas y vómitos, por lo que acude a nuevamente a emergencias.

A la ectoscopia paciente quejumbroso, facies dolorosa, en aparente regular estado general, regular estado de hidratación, buen estado de nutrición.

Al examen físico: T:38 °C, PA: 140/90 mmHg, FC: 95 x min, FR: 23 x min, peso: 74 kg, talla: 1,65 m. IMC: 33,8 kg/m<sup>2</sup>, SatO<sub>2</sub>: 99%.

Tórax y Pulmones: Murmullo vesicular pasaba bien en ambos campos pulmonares

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

Abdomen: A la auscultación, ruidos hidroaéreos disminuidos (1-2 por minuto); a la inspección simétrico, distendido; a la palpación blando, doloroso a la palpación superficial, ofrecía resistencia a la palpación profunda en cuadrante inferior derecho, signo del rebote positivo, signo de psoas positivo, signo de obturador negativo.

En emergencia se le administró tratamiento endovenoso para el dolor y ante la sospecha de apendicitis aguda se solicitó un hemograma completo y una ecografía para su reevaluación. Se indicó hospitalización por el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico estadio II (según la Guía de Práctica Clínica de Abdomen agudo <sup>8</sup>), para su observación por 12 horas, debido a que los hallazgos clínicos fueron muy sugestivos de una patología intraabdominal

aguda y requirió otro estudio diagnóstico, en este caso una ecografía para descartar una apendicitis aguda ya que según los criterios de Alvarado tenía un puntaje de 6. Además, se indicó suspender vía oral, iniciar líquidos endovenosos, monitoreo hemodinámico y del gasto urinario (Ver Anexo 2).

### **Caso clínico N°6**

Llegó a emergencia un paciente de sexo masculino de 10 meses que es traído por su madre. Ella refirió que su hijo tenía antecedentes de hernia inguinal derecha coercible, pero 7 horas antes del ingreso notó que la protrusión no pudo ser reducida, por lo que se evidenciaba una masa inguinal derecha, que con el tiempo se añadió dolor en esa zona que ha ido aumentando de intensidad, y progresivamente se fue acompañando de distensión y dolor abdominal generalizado. Refiere que el dolor no calmaba con ningún fármaco. Luego se agregó náuseas y vómitos. Ella intentó reducir la masa en varias ocasiones, pero esta ofrecía resistencia, por lo que ante la imposibilidad de reducirla e irritabilidad que presentaba su hijo, acudieron al hospital.

Al examen físico: T:37,5 °C, PA: 120/80 mmHg, FC: 110 x min, FR: 25 x min, peso: 40 kg, talla: 1,10 m, SatO<sub>2</sub>: 98%.

Aparente regular estado general, aparente buen estado de hidratación, aparente regular estado de nutrición.

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

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos

Abdominal: A la auscultación ruidos hidroaéreos aumentados en número e intensidad; a la inspección se observó presencia de tumoración en área inguinal; a la palpación se confirmó la presencia de masa en región inguinal derecha de 7x6 cm, doloroso a la palpación superficial y profunda, de consistencia dura, no reductible, sin signos de flogosis.

Genitourinario: se observó un prepucio demasiado estrecho que impedía su retracción sobre el glande.

Por todo esto, el paciente fue ingresado con los diagnósticos de hernia inguinal incarcerada de lado derecho, debido a la presencia de una tumoración inguinal, pérdida del apetito, náuseas, vómitos (que indicaron un cuadro obstructivo); además de fimosis; se solicitó exámenes complementarios preoperatorios para su posterior evaluación <sup>9,10</sup>.

#### **4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA**

##### **Caso clínico N°7**

Niño de 5 años, acude acompañado de su madre a urgencias del Centro de Salud Trébol Azul por presentar hace 3 días irritabilidad y el último día vómitos no biliosos en 4 oportunidades, deposiciones líquidas en 7 oportunidades en regular cantidad, sin moco ni sangre, además de fiebre de 38,3°C en la noche del día previo, la cual remitió con medios físicos y paracetamol en gotas. Por persistencia de síntomas acuden a urgencias.

Como antecedentes fisiológicos: parto por vía vaginal, Apgar 8 al minuto, 9 a los 5 minutos. Completó los hitos del desarrollo para la edad. Tiene vacunación completa para su edad. Madre negó alergias, consumo de algún otro medicamento, y antecedentes familiares de importancia. Niega otras interurrencias.

Al examen físico: T:37,5 °C, PA: 120/80 mmHg, FC: 105 x min, FR: 25 x min, peso: 20 kg, talla: 110 cm, SatO<sub>2</sub>: 98%.

Aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación, aparente buen estado de nutrición, despierto, lucía irritable, llanto inconsolable, lágrimas escasas.

Sistema nervioso central: Dirigía la mirada, no se evidenciaba signos de focalización, reflejos conservados, no se evidenciaban signos meníngeos, reflejos osteotendinosos presentes.

Ojos: Hundidos, presencia de lágrimas escasas.

Boca: Mucosa oral seca

Nariz: Con secreciones acuosas.

Piel y faneras: Piel tibia y elástica, signo del pliegue negativo.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos estuvieron aumentados en número e intensidad, a la palpación abdomen blando, depresible, fue difícil diferenciar si era doloroso a la palpación porque niño no dejó de llorar desde que llegó a emergencias.

El diagnóstico fue de deshidratación leve moderada, debido a que según la norma técnica cumplía con los signos de deshidratación en pacientes con diarrea como irritabilidad, ojos hundidos y sediento. El diagnóstico es básicamente clínico y frente a un cuadro diarreico agudo sin moco/sin sangre, se descartó infección bacteriana, por lo que se le inicia plan B de rehidratación <sup>11</sup>.

### **Caso Clínico N°8**

Acude a consultorio externo del Centro de Salud Trébol Azul niño de 8 años, madre refirió presencia de fiebre la noche previa de inicio brusco cuantificada en 38.5°C, asociado a tos, odinofagia y un episodio de vómito, negó otras interurrencias.

Antecedentes fisiológicos: Parto vaginal, Apgar 7 al minuto, 9 a los 5 minutos. Completó todos los hitos del desarrollo según edad, sin antecedentes de importancia, con esquema de vacunas completa. Madre negó alergias y consumo de algún medicamento. Niega antecedente familiares de importancia.

Al examen físico: T°:38,5°C, PA: 120/80 mmHg, FC: 86 x min, FR: 26 x min, peso: 26 kg, talla: 1,30 cm, SatO2: 100%.

Ojos: Inyección conjuntival.

Nariz: Secreciones mucosas.

Orofaringe: Mucosa oral húmeda, faringe congestiva, eritematosa, y petequias en paladar duro.

Cuello: Adenopatías dolorosas en región submaxilares de 2x2 cm de diámetro doloroso a la palpación

Tórax y Pulmonar: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Con toda la clínica se le inició tratamiento para el diagnóstico presuntivo de faringitis viral aguda ya que cumplía los criterios de Centor modificados por Isaac, presentaba fiebre mayor 38.5, exudado faríngeo, adenopatías cervicales y edad entre 3-14 años.

Durante este último año de carrera, el presenciar diferentes casos diariamente a lo largo de las 4 rotaciones clínicas, permitió comprender el abordaje y manejo de los principales problemas de salud que realiza el personal médico, teniendo como base las guías de práctica clínica, el conocimiento, criterio médico, y considerando la realidad en la que se encuentra algunos establecimientos de salud que no disponen de ciertos recursos diagnósticos para afrontar la atención médica <sup>12</sup>.

## **CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA**

El Hospital Santa Rosa pertenece a la Red de Salud de la Dirección de Salud V Lima Ciudad del Ministerio de salud, de Tercer Nivel de Atención de Categoría III-1 debido al número de ramas en salud que brinda a la comunidad; realiza actividades de atención integral, asistenciales, especializada de salud, de recuperación y de rehabilitación, actividades de docencia a nivel pregrado, postgrado y de investigación. Está ubicada en la Avenida Bolívar Cuadra 8, en el Distrito de Pueblo Libre, Provincia de Lima, Departamento de Lima.

La población objetivo es la perteneciente a la Jurisdicción de la DISA V Lima ciudad que abarca 22 distritos, y debido a la variedad de especialidades médicas que ofrece y características generales de enfermedades que atiende, contribuye con la salud general de la población de su área de influencia.

El Hospital Santa Rosa se ubica sobre un área de 7, 324, 32 m<sup>2</sup>, propiedad del INABIF, y un local anexo con un área de 520 m<sup>2</sup> de 2 niveles. Por ser un hospital nivel III-1 brinda atención general, cumpliendo las funciones generales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Cuenta con actividades de: consulta externa, emergencia, hospitalización, centro obstétrico, centro quirúrgico, unidad de cuidados intensivos, medicina de rehabilitación, diagnóstico por imágenes, patología clínica, anatomía patológica,

farmacia, centro de hemoterapia y banco de sangre, hemodiálisis, nutrición y dietética, y central de esterilización.

Las referencias que llegan al hospital son principalmente de los centros de salud de Pueblo Libre, son referidos pacientes que necesitan atención especializada y pacientes que corren riesgo su vida.

En la situación previo a la pandemia a inicios del año 2020, según el boletín epidemiológico del hospital, la enfermedad más frecuente que se atendían dentro de la población pediátrica menor de 5 años eran las infecciones respiratorias agudas no neumónicas, que se habían reducido en cantidad comparado con el mes y año previo; también se reportó como una atención común el síndrome obstructivo bronquial y la enfermedad diarreica aguda, en su mayoría de tipo acuosa, y la prevalencia de ambas (SOB y EDA) venían disminuyendo los últimos años. Por otro lado, en la población adulta, con respecto a infección por tuberculosis en total se diagnosticaron 22 casos con PPD (+) y 8 casos con PPD (-) de los cuales 74% tuvo compromiso pulmonar y 26 % extrapulmonar. Con relación a las enfermedades metaxémicas no se han presentado casos de malaria, y solo 1 caso de hidatidosis, 1 de leptospirosis, y 2 casos de enfermedad por arañazo de gato en el año 2019. Dentro de las enfermedades de transmisión sexual se atendieron pacientes con VIH, sífilis congénita y sífilis materna. Finalmente, la enfermedad zoonótica más frecuente fue la rabia, y de las no transmisibles fueron el cáncer y los accidentes de tránsito <sup>13,14,15</sup>.

Durante los primeros meses del año 2020, los internos de medicina pudieron desenvolverse dentro un ambiente hospitalario donde se podía encontrar variedad de enfermedades severas, pacientes hospitalizados, atender enfermedades poco comunes, entre otras posibilidades que te brindaba un establecimiento de tercer nivel de atención. La atención médica en los hospitales antes de la pandemia era sostenible, debido a que previamente se analizaba datos epidemiológicos, bases de datos estadísticos, y se conocía por medio de estimaciones el número aproximado de pacientes con enfermedades establecidas que requerirían atención a lo largo del año 2020, por lo que el

sistema de salud ya se encontraba preparado para cubrir esta demanda, aunque siempre estaba presente la falta de ciertos insumos, ya sea medicamentos o exámenes para ayuda diagnóstica, los cuales el paciente debía cubrir con los gastos fuera del hospital. Además, los establecimientos del estado cuentan con una infraestructura antigua que no han sido modernizada, ni se han ido implementado nuevos equipos de ayuda diagnóstica, por lo que la situación precaria sigue generando que el asegurado tenga que cubrir con varios gastos; se hablaba de aseguramiento en salud, pero la realidad continúa siendo otra <sup>15</sup>. Con el inicio de la pandemia actual, se evidenció no solo la poca implementación y preparación del sistema de salud peruano, sino de otras áreas del estado como el rubro económico y social.

Por este contexto se retiraron a los internos de la salud de los hospitales por siete meses. El reinicio del internado se realizó durante el mes de noviembre, en centros de salud de primer nivel de atención, donde se tuvo la oportunidad de ver una perspectiva diferente a la de los hospitales.

El Centro de Salud Trébol Azul, pertenece a la Micro Red de Salud Trébol Azul-San Juan de Miraflores, de la Red de Salud SJM- VMT. En el servicio de urgencias, se realizaba la evaluación médica en ambientes abiertos y se indicaba el tratamiento dependiendo el caso, para un uso ambulatorio, o para ser administrado en tópico de urgencias. Cuando se presentaba una emergencia, se realizaba la referencia al hospital más cercano, el Hospital María Auxiliadora. En el servicio de consulta externa el interno se encargaba de apoyar al médico cirujano en la atención, evaluación física y elaboración de recetas médicas para el manejo ambulatorio. Los pacientes con enfermedades crónicas eran registrados en una agenda, y se consignaba su medicación y funciones vitales durante cada visita, para poder realizar un seguimiento estricto de su evolución. En el caso un paciente requería una atención especializada se solicitaba una teleconsulta al Hospital María Auxiliadora; por otro lado, para la realización de un examen de apoyo al diagnóstico o tratamiento especializado, referíamos a los diferentes hospitales o institutos de la ciudad de Lima.

Esta segunda parte del internado nos mostró la importancia del primer nivel de atención, en donde se puede educar a la población acerca de medidas de promoción y prevención de salud, atender de manera oportuna cualquier problema de salud que esté padeciendo el paciente, implementar un manejo integral de enfermedades crónicas para evitar futuras complicaciones y disminuir la carga de atenciones de enfermedades que requieran hospitalización a través de un manejo preventivo <sup>16</sup>.

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### 1. GINECOBSTETRICIA

#### Caso 1

La paciente con diagnóstico por imagen de miomatosis intramural, se le volvió a preguntar si tenía paridad satisfecha, al ser afirmativa su respuesta, se le completaron todos sus exámenes prequirúrgicos para realizar una histerectomía total siempre con la previa firma del consentimiento informado.

La explicación a su hemorragia uterina anormal se explica por el contacto del mioma intramural con el endometrio, la tumoración se relaciona con el ciclo hormonal estrogénico que aún presentaba la paciente en edad fértil, el cual generó el crecimiento de los miomas intramurales hasta entrar en contacto con el endometrio, produciendo el sangrado anormal <sup>17</sup>.

El sangrado uterino anormal en la paciente fue la principal indicación para la histerectomía, además tenía paridad satisfecha y sensación de masa en el abdomen inferior <sup>18</sup>.

Se le pidieron exámenes de laboratorio hemoglobina, hematocrito, plaquetas, perfil de coagulación, marcadores tumorales, un papanicolau y una biopsia de endometrio para descartar malignidad previa a la histerectomía abdominal total.

Las pruebas de papanicolau y la biopsia de endometrio son pruebas diagnósticas que sirven para descartar un proceso neoplásico de fondo, y es necesario realizarlas debido a que existe el riesgo que durante una histerectomía se podría diseminar un cáncer no diagnosticado en cavidad pélvica. Por otro lado, una histerectomía total trae como beneficios eliminar el riesgo de cáncer de endometrio y cáncer de cuello uterino en mujeres en edad fértil.

Luego de la histerectomía exitosa la paciente se quedó en el piso de ginecología para su vigilancia debido a complicaciones comunes postoperatorias como hemorragias, infecciones, o íleo postoperatorio. Se le pidió hemoglobina para detectar si sus niveles requerían o no transfusión luego de la cirugía. Luego de 4 días de evolución favorable fue dada de alta

19.

## **Caso 2**

En la paciente preecláptica se controló sus funciones vitales cada 15 minutos, y fue necesario un monitoreo constante la diuresis, debido a que las presiones altas generan daño en diferentes órganos, como el riñón en donde puede producirse una falla renal aguda. Además, si se encuentra recibiendo como tratamiento sulfato de magnesio, la disminución de eliminación del magnesio, que ocurre en la falla renal, provocará un cuadro de intoxicación lo cual condiciona a la aparición de alteraciones cardíacas y depresión del sistema nervioso central; como antídoto a concentraciones altas se usa el gluconato de calcio. Con respecto a estos medicamentos, existen estudios que indican que la administración en bajas concentraciones de sulfato de magnesio para personas no gestantes, llegan a ser tóxicas para pacientes gestantes; y que la hipomagnesemia desencadenada por el gluconato de calcio, podría dar alteraciones en el sistema nervioso central, producir arritmias cardíacas (torsade de points) y llegar hasta el coma o paro cardíaco

20.

Esta paciente continuó con presiones arteriales altas a pesar de administrar alfa metildopa, refería persistencia de cefalea, tinnitus y escotomas, no estaba en trabajo de parto, por todo esto se le indicó completar prequirúrgicos para una cesárea de emergencia. En este caso no se eligió parto por vía vaginal que hubiese sido el más adecuado, pero debido a que la paciente presentó cuello largo, cerrado y presentaba contracciones esporádicas 1-2 cada 10 minutos se optó por la cesárea <sup>21</sup>.

Luego de la cesárea de emergencia la paciente permaneció hospitalizada por 5 días, en las que su presión volvió a valores normales sin otro episodio hipertensivo. Se le indicó en caso de futuras gestaciones suplementación con calcio. Su uso reduce el riesgo de preeclampsia, principalmente en gestantes de alto riesgo como ella que tuvo un episodio previo. También se le indicó el uso de vitamina D, de ácido acetil salicílico, bajo el control de un médico, ya que ambos reducen el riesgo de preeclampsia <sup>22</sup>.

## **2. MEDICINA**

### **Caso 3**

El tratamiento inmediato de una urgencia hipertensiva en el Servicio de Urgencias del Centro de Salud consistió en la administración de captopril sublingual, inicialmente se administró una dosis de 25 mg vía oral, si la presión no disminuía la dosis se repetía en 1 o 2 horas, con el objetivo inmediato de controlar la presión arterial y evitar daño de órgano blanco.

El captopril es el fármaco más usado y con el que se tiene mayor experiencia para el control de las crisis hipertensivas. Es el medicamento de primera elección en todas las guías. Su administración también puede ser por vía oral, pero por vía sublingual, la ventaja es su rápida absorción. Su efecto inicia pasado los 15 minutos de la administración y puede durar hasta 6 horas.

El objetivo del tratamiento fue reducir la presión arterial gradualmente. Hay que tener en cuenta también la rapidez con la que desciende la presión arterial, ya que un descenso rápido puede estar asociado a hipoperfusión de órganos diana <sup>23</sup>.

Los valores de la presión arterial fueron disminuyendo gradualmente con el tratamiento. En este caso el paciente presentó síntomas de alarma relacionados a la hipertensión, sin daño de órgano blanco, lo cual es característico de una urgencia hipertensiva. El paciente una vez estabilizado, se le dio de alta y se le recomendó continuar su tratamiento de forma más estricta y regular. Se le solicitó un examen de glucosa adicional en ayunas para el día siguiente y con dicho resultado que se acerque para su posterior evaluación por consultorio externo, a fin de descartar diabetes mellitus tipo 2.

#### **Caso 4**

A la paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, se le indicó iniciar tratamiento con metformina: 850 mg vía oral cada 12 horas por un mes, y se reincidió con seguir las indicaciones higiénico-dietéticas y la actividad física.

El diagnóstico se hizo en base a la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención la cual indica como factores de riesgo presentes en esta paciente: Malos hábitos alimentarios, antecedente familiar de diabetes mellitus, obesidad, etnia afroamericana, edad (mayor de 45 años); además la acantosis nigricans junto con los acrocordones que están altamente asociados a resistencia a la insulina, además de los síntomas de polifagia y polidipsia. Por último, lo que terminó confirmando el diagnóstico, fueron los 2 exámenes de glucosa en ayunas con niveles por encima de 126 mg /dl.

Se le indicó enfáticamente el cambio de los estilos de vida que llevaba. En el contexto en el que fue realizada la consulta de la paciente, la cuarentena limitó el cumplimiento de las recomendaciones, ya que restringió la actividad

física, aumentó el sedentarismo, se redujo el consumo calórico, lo que conllevó a un aumento de peso e inadecuado control de la glucosa. Actualmente la obesidad ha quedado relegada como una pandemia de importancia secundaria, esta junto el incremento del síndrome metabólico aumentan el riesgo de diabetes mellitus tipo 2.

La disminución de peso a través de cambios de los hábitos alimentarios y de la práctica regular de actividad física son muy importantes. Diversos estudios han evidenciado sus efectos beneficiosos. En este caso, se le indicó 30 min diarios de actividades al aire libre siempre con las medidas de protección necesarias. A largo plazo, también traen como beneficio la reducción de los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares <sup>24</sup>.

Se le dio tratamiento para un mes y se le citó mensualmente. Para la cuarta consulta se le indicó venir trayendo nuevos resultados de laboratorio de glucosa en ayunas, colesterol total, HDL y LDL.

El día de su cuarta consulta la paciente mostró mejoría evidente, refería disminución de la sed y apetito, pérdida de 3 kilos de peso, refirió sentirse más activa y notó una mejoría en sus hábitos diarios. Sus exámenes de laboratorio fueron hemoglobina de 13.5 mg/dl, colesterol total de 180 mg/dl, LDL de 90 mg/dl y HDL de 60 mg/dl.

### **3. CIRUGÍA**

#### **Caso 5**

Una vez hospitalizada y estable se le realizó una tomografía axial computarizada, cuyo resultado fue un apéndice de 7 mm de diámetro y 2,5 mm de grosor de su pared, con la base en buen estado, sin otras complicaciones, confirmando el diagnóstico de apendicitis aguda, por lo que se le programó para cirugía. Por ecografía, los criterios diagnósticos son:

Visualización de una imagen tubular en la fosa iliaca derecha, dolor a la compresión con el transductor, un diámetro mayor de 6 mm y pared engrosada mayor de 2 mm, se puede encontrar también líquido dentro de la luz apendicular o fuera del apéndice (que indicaría perforación).

Por otro lado, la tomografía permite encontrar imágenes sugestivas de la presencia de absceso, plastrón y masas periapendiculares.

Cuando llegaron los resultados de los exámenes se observó: Hemograma: Hemoglobina de 13.0 mg/dl, leucocitos de 12 000 U/mm<sup>3</sup>, plaquetas normales, incremento de leucocitos abastados (desviación izquierda), confirmando la presencia de un cuadro infeccioso agudo. Se le completó los exámenes prequirúrgicos y se programó para apendicectomía por laparoscopia.

El diagnóstico de apendicitis es básicamente clínico, apoyado por el examen físico y exámenes de laboratorio. El recuento de leucocitos elevado, nos sugiere la presencia de un proceso infeccioso inflamatorio. La presencia de desviación izquierda, indica un proceso inflamatorio agudo. En este caso también se pudo haber usado radiografía y observar una posible dilatación del ciego y niveles hidro aéreos, incluso también se pudo encontrar un fecalito calcificado.

Según Murphy, los síntomas aparecen la mayoría de las veces en el siguiente orden: dolor abdominal, vómitos, sensibilidad en fosa iliaca derecha, fiebre, leucocitosis; pero en niños no sigue la misma clínica. También se presenta taquicardia y temperatura incrementados <sup>25</sup>.

La cirugía realizada fue una apendicectomía a muñón libre debido al buen estado que mostraba la base del apéndice durante la cirugía. Luego de la operación la paciente evolucionó favorablemente. Las complicaciones más frecuentes post apendicectomía son la fiebre, seromas y la infección superficial del sitio operatorio. Ello justificó la estancia hospitalaria de 5 días

<sup>25</sup>.

## **Caso 6**

El diagnóstico de hernia inguinal es clínico, no es necesario el uso de imágenes. Por la presencia de una masa de consistencia firme en la región del anillo inguinal externo, irreductible podríamos pensar en que la hernia está incarcerada. Es importante palpar el testículo del mismo lado del escroto, en la que podemos encontrar una masa herniaria. A la exploración física, en la palpación podemos encontrar engrosado el cordón espermático por la presencia de un saco herniario.

En los niños las hernias inguinales indirectas son las más frecuentes, salen por el anillo inguinal interno por la persistencia del conducto peritoneo vaginal. Su incidencia es menor del 1 % y es más frecuente en el lado derecho como en este caso. La hernia en este caso estuvo incarcerada. Esta es una de las principales complicaciones de este tipo de hernias; si no se reduce progresa a la estrangulación (más común en niños) y puede llevar a la complicación más grave como son la perforación intestinal y peritonitis; por lo que su tratamiento requiere abordaje quirúrgico de urgencia con una hernioplastia con reforzamiento de la pared abdominal con malla de polipropileno para evitar recurrencias y el riesgo de perforación.

Dentro de los hallazgos radiológicos también se puede encontrar niveles hidroaéreos, distensión de asas, y la clínica de distensión típica de obstrucción intestinal baja. En este caso no fue necesario solicitar este examen, ya que los antecedentes y la clínica fueron suficiente para establecer el diagnóstico. Este tipo de hernia puede asociarse a cardiopatías, anomalías congénitas o malrotación intestinal <sup>26,27</sup>.

## **4. PEDIATRÍA**

## **Caso 7**

Generalmente la principal causa de diarrea aguda en niños es la viral, por rotavirus. No hay evidencia clínica que diferencie una diarrea de origen bacteriano o viral.

El uso de exámenes complementarios como reacción inflamatoria en heces no es recomendado a menos que existan heces con moco y sangre o si el paciente tiene menos de 3 meses. También está indicado si el niño está inmunológicamente comprometido y presente signos de sepsis.

En nuestro país en los diferentes establecimientos de salud no se cuenta con el estudio de lactoferrina fecal, que tiene una alta precisión para el diagnóstico etiológico bacteriano. Debido a ello, se utilizan estudios de leucocitos fecales o de sangre oculta en heces. Ello asociado a la clínica permiten realizar un diagnóstico etiológico.

El esquema de rehidratación según el MINSA para pacientes con deshidratación leve-moderada consiste en rehidratación vía oral o por gastroclisis. En caso de deterioro importante del paciente con sospecha de diarrea por patógenos enteroinvasivos, se justifica el tratamiento empírico con ciprofloxacino <sup>28</sup>.

Los criterios de alta para este paciente se basaron en los signos clínicos: signo del pliegue negativo, lagrimas presentes, mucosas húmedas, conectado con el entorno, sed y ojos normales. Al familiar del paciente se le indicó la importancia del lavado de manos, el consumo de alimentos cocidos, vigilar la calidad del agua, entre otras. También es importante el manejo de excretas y las prácticas de manipulación de alimentos <sup>28</sup>.

## **Caso 8**

Con la aplicación de los criterios de Centor modificados por Isaac se diagnosticó Faringitis aguda (fiebre mayor 38.5, exudado faríngeo, y

adenopatías cervicales), considerando la edad de 8 años, alcanzaba un puntaje de 4, lo que indica un riesgo de infección por *Streptococo* entre el 51-53% como valor predictivo positivo, por lo que la conducta sugerida en estos casos, según las guías del MINSA respecto al tratamiento de una faringitis aguda, es el uso empírico de antimicrobianos como amoxicilina y posteriormente realizar un cultivo de secreción faríngea.

Las características clínicas, por sí solas, no permiten un diagnóstico certero de la naturaleza viral o bacteriano por lo que es recomendable realizar un cultivo o test rápido.

En este caso, el resultado del cultivo fue de *Streptococo pyogenes* por lo que se continuó con tratamiento con amoxicilina 50 mg /kg/día vía oral por 10 días divididas cada 12 horas. No existe evidencia acerca de resistencia del *S. Pyogenes* a la penicilina. También se le indicó terapia adyuvante como paracetamol para el tratamiento del dolor y fiebre.

Los beneficios de la administración de antibioticoterapia, consisten en reducir las complicaciones supurativas en caso de *Streptococo pyogenes* tal como la fiebre reumática; la antibioticoterapia logra reducir la duración de los síntomas a menos de 16 horas; y reduce el riesgo de contagio a partir de las 24 a 48 horas de iniciado el tratamiento <sup>29,30</sup>.

La faringitis aguda se puede presentar con escalofríos y compromiso del estado general. La fiebre suele ceder a los 5 días, se autolimita. En ocasiones ante un tratamiento inadecuado puede existir el riesgo de complicaciones post estreptocócica, tales como glomerulonefritis y fiebre reumática.

## **CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

El inicio del internado sin pandemia en un hospital docente antes de la pandemia, como lo es el Hospital Santa Rosa, se avizoraba como un año de formación lleno de nuevas experiencias que traían consigo altas expectativas. Comenzando el internado fuimos asegurados, gran parte de los internos en las diferentes áreas de la salud, por el ministerio de salud con un seguro de salud. Todo esto permitió una participación segura y activa en diferentes actividades dentro de los diferentes servicios en los Hospitales. Esto nos indicaba en un inicio el apoyo por parte del estado como futuros profesionales de la salud.

La primera rotación fue de ginecobstetricia, una especialidad bien desarrollada en el Hospital, al ser una de las pioneras en la docencia y especialización de los primeros profesionales en el Perú. Dentro del hospital el interno podía entrar atender de partos, suturar episiorrafias, realizar el control obstétrico, monitorizar de cerca a las gestantes, tomar los test no estresantes, evolucionar a las gestantes hospitalizadas, controlar a las puérperas o postcesareadas, atender directamente a las pacientes en emergencia, y las visitas proveían discusión de casos entre los especialistas para poder discernir el mejor tratamiento para la paciente. Todo se desarrollaba con normalidad hasta que el 6 de marzo, cuando se informó a cerca del primer caso de COVID-19 en el Perú. A partir de la fecha todo el personal de salud debía llevar una mascarilla N-95 en todos los servicios del hospital, hasta que el 15 de marzo se decretó toque de queda nacional y se

suspendió el internado a nivel Nacional. Y cabe mencionar que también se cerró el primer nivel de atención a nivel nacional.

Dentro de ese periodo al inicio los internos lo veían como un episodio pasajero, que duraría máximo 1 mes. Es por eso por lo que la mayoría aprovechó en ponerse a nivel en su preparación para el examen del ENAM. Conforme pasaban las semanas se hacía más incierto, por el número de casos que iban aumentando cada semana la viabilidad de la reincorporación al internado en Hospitales se hacía más lejana. La mayoría de las áreas en los hospitales se convertían en áreas COVID. El estado también dispuso el cierre de todos los centros de primer nivel de atención al inicio de la pandemia que, a pesar de contar con infraestructura precaria, es un factor importante en la atención básica de la salud a nivel nacional, la atención de enfermedades crónicas como la hipertensión y diabetes, las medidas preventivas y promocionales fueron desatendidas.

Luego de meses, ante una situación tan incierta, el deseo de la gran mayoría de internos de reanudar su internado en medio de la cuarentena establecida por el estado movilizó a diferentes asociaciones de estudiantes de medicina para llegar a acuerdos para la reanudación de las actividades, siempre con las garantías necesarias. Conforme pasaban las semanas, la ampliación de la cuarentena, y el deseo de la mayoría por el reinicio del internado, se dispuso la reanudación del internado en el primer nivel de atención. A mediados de ese año se entendió que no debió cerrar el primer nivel de atención y volvió la atención en los Centros de Salud.

La realidad del interno de medicina para agosto del 2020 era que un 25% no tenía seguro de salud y más casi un 70% vivían con personas de riesgo para COVID-19. La reincorporación se volvía más lejana con las noticias del aumento de fallecimientos y colapsos de hospitales el interno no estaba de acuerdo con volver si no se cumplían con las medidas de bioseguridad necesarias<sup>31</sup>. A pesar de esto la gran mayoría se reincorporó a sus actividades con la promesa de ir cubrir de equipos de protección personal y, lo más importante, contar como personal de salud para recibir las dosis de la primera vacuna que llegue al Perú.

El reinicio de las actividades se dio en el Centro de Salud Trébol Azul. El primer nivel de atención al ser más cercano a la población se encarga de resolver las necesidades de atención básica y frecuentes, a través de actividades de promoción de la salud y prevención en la aparición de enfermedades, también realiza procedimientos de quirúrgicos básicos. Su nivel de resolución abarca la mayoría de las enfermedades prevalentes.

El análisis del cambio de un centro nivel III a uno nivel I-3 trajo insatisfacción en la mayoría de los internos, pero se empezó a entender la importancia del trabajo en el primer nivel de atención; el interno pudo ver en los Centros de Salud las acciones que se pueden tomar para el tratamiento de una enfermedad crónicas en sus inicios, pero la falta de equipamiento, la baja remuneración e incluso la falta de personal en medio de la pandemia, que no dista mucho de los Hospitales del MINSA, porque ambos establecimientos tenían pocos insumos para realizar exámenes básicos como un hemograma, infraestructura antigua, equipos malogrados o ausencia de estos; todo esto resaltó mucho más con la Pandemia.

El internado médico consolida los conocimientos a través de análisis clínico diario apoyados por sus conocimientos adquiridos a lo largo de los 6 años de estudio para luego realizar el Servicio Rural Urbano Marginal (SERUMS).

En la primera rotación en el Hospital Santa Rosa, el trabajo en el servicio de ginecoobstetricia fue saturado, llegaban pacientes gestantes al servicio de emergencia, unidades de monitoreo obstétrico, las salas de dilatación frecuentemente estaban ocupadas por 1 a 2 pacientes en el turno diurno, algunas completaban y pasaban a sala de partos, y otras por otros factores (sufrimiento fetal, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta sangrante, parto prolongados, prolapso de cordón umbilical, feto en transverso) pasaban a sala de operaciones para una cesárea, el volumen de pacientes obstétricas hospitalizadas oscilaba de entre 15 a 30 pacientes entre postcesareadas y púerperas de parto vaginal. En las mañanas se realizaba la evolución de cada una, para luego pasar visita con el médico asistente; al medio día el interno debía tener las recetas y exámenes solicitados de cada paciente, el turno terminaba en

la tarde con el reporte de las camas a los médicos residentes. Hay que resaltar también que todo el trabajo era dividido entre los 7 internos del servicio, de una forma se desarrollaba con esto el trabajo en equipo, liderazgo y responsabilidad en un Establecimiento de salud, completando las actitudes del médico.

El 15 de agosto del 2020, luego de 5 meses de para, se promulgó el Decreto de Urgencia N° 090-2020, sobre la reanudación de actividades del internado, por el paro de formación de profesionales en áreas de la salud se buscó disminuir las brechas de recursos humanos frente a la pandemia mediante la remuneración mínima vital de 930 soles, equipos de protección personal y seguro de salud y vida a los internos de medicina para su reincorporación a los centros de primer nivel, y por parte de la Universidad se administraron algunas rotaciones en hospitales.

Se reinició el internado primero en el Hospital Ate Vitarte en el servicio de cirugía, el trabajo fue similar en la rotación de 15 días, siempre con el implemento de los equipos de protección personal. Llegaban pacientes al servicio de emergencia con heridas por arma blanca, accidentes, quemadura, fracturas entre otras. Ellos eran atendidos en orden, de acuerdo con la importancia de sus lesiones y a lo estables que estaban. Llegaban también a emergencias pacientes para hospitalizar, apendicitis, hernias, politraumatizados, patologías biliares, etc. El volumen de pacientes en cirugía hospitalizadas oscilaba de entre 10 a 15 pacientes. El hospital está ubicado en el distrito de Ate, al ser lejos a mi domicilio uno tenía que despertarse temprano. La rutina empezaba a las 5 am, en las mañanas se realizaba la evolución de cada cama, luego se pasaba visita con el médico asistente; al medio día el interno debía tener las recetas y exámenes solicitados de cada paciente, lo que llamó la atención fue el sistema computarizado de historias clínicas y exámenes complementarios que manejaba, a comparación del Hospital Santa Rosa donde todo era a mano. El turno terminaba en la tarde con el reporte al médico residente. Todo el trabajo en el servicio de cirugía era dividido entre los 6 internos.

La experiencia fue diferente en los Centros de Salud donde realicé las otras 2 rotaciones: Medicina y pediatría. Al centro de salud en el servicio de urgencias llegaban pacientes con hipoglucemia, crisis hipertensivas, cortaduras, accidentes del hogar, enfermedades diarreicas agudas, cuadros febriles, entre otros, e médico debía monitorizar y estabilizar sus funciones, ya sea, dando analgésico en caso de dolor intenso, atender convulsiones febriles, curación de heridas graves, poner antídotos en pacientes expuesto a intoxicaciones, reponiendo volúmenes en casos de diarreas, vómitos o quemaduras intensas, control de la crisis de asma, tratamiento de cuadros agudos como el crup viral; o en caso de presentarse una emergencia derivar al paciente al Hospital María Auxiliadora siempre enviándolos con un tratamiento inicial. El volumen al día de pacientes en urgencia era de 10 a 20 en una guardia de 12 horas. Por otro lado, los pacientes que pasaban por consultorio externo venían por enfermedades crónicas como dislipidemias, hipertensión arterial y diabetes mellitus, se atendían también pacientes estables que requerían atención especializada por lo que se realizaban, teleconsultas, o se hacían referencias por especialidad al Hospital María Auxiliadora. El grupo de trabajo de los internos era dividido entre 5, la asistencia no era diaria, y siempre se cumplía la actividad académica a través de seminarios y exposiciones los sábados.

Por último, mencionar que un horario menos saturado como fue la rotación en los Establecimientos de Salud, permitió al alumno poder prepararse con mayor libertad y tiempo para para el Examen Nacional de Medicina.

## **CONCLUSIONES**

Se han creado nuevos desafíos durante la carrera de medicina en pregrado. La pandemia del COVID 19 ha restringido el acceso al internado médico en hospitales nivel III ni II a nivel nacional, por lo que en el futuro inmediato se ve más viable un internado en Centros de Salud nivel I. Continuar con la formación de los estudiantes en el nivel de internado (séptimo año), y de los estudiantes en etapa de clínica, será un desafío a vencer ya que no cabe duda que es algo necesario y fundamental para la preparación de buenos profesionales.

La suspensión de las actividades del internado durante un periodo largo en el año 2020 fue a consecuencia de la pandemia y a la falta de coordinación entre las autoridades universitarias y del Ministerio de Salud para el retorno de los estudiantes. La falta de condiciones mínimas tales como la disponibilidad adecuada de equipos de protección personal también contribuyeron al retraso del reinicio del internado. Todo ello, limitó la preparación adecuada de los futuros profesionales de salud. Así mismo, algunas medidas adoptadas por el gobierno en medio de la pandemia, de manera directa o indirecta han perjudicado el reinicio y continuidad del internado. Los futuros internos y estudiantes de años venideros vivirán una formación diferente, en comparación a la previa a la pandemia.

Los objetivos y las expectativas en los estudiantes en etapa de internado post pandemia, probablemente sean diferentes a los vividos pre pandemia. Se hacen

necesarios estudios para evaluar la calidad del internado y de la educación médica posteriores a la pandemia.

Por otra parte, haber vivido parte del internado en el primer nivel de atención, nos enseña a reconocer la importancia de desempeñarse en este nivel, ya que representa la primera línea de atención médica, la misma que con recursos limitados y de menor costo contribuyen a solucionar la mayor parte de enfermedades propias de la comunidad, evitando así requieran atención en niveles superiores donde los costos de la atención son más elevados y los cuales son a veces escasos y muchas veces se encuentran saturados.

## RECOMENDACIONES

Considerando una adecuada organización y coordinación entre las autoridades del Ministerio de Salud y de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina en búsqueda de una formación adecuada y óptima de los futuros profesionales médicos, se recomienda:

- Considerar de manera obligada y prioritaria rotaciones de todos los internos por el primer nivel de atención.
- La provisión adecuada y oportuna de equipos de protección personal a los internos mientras dure la emergencia sanitaria.
- Generar normativas alrededor del internado para garantizar asegurar su salud y un seguro de vida que cubra complicaciones relacionadas al COVID 19.
- Modificar el reglamento de internado, considerando el contexto pandémico en el que nos encontramos, definiendo las obligaciones y los derechos de los internos de medicina.
- Establecer jornadas mensuales de trabajo que incluyan guardias diurnas con los descansos que se consideren más convenientes, debiendo estar acordes con las medidas del Gobierno para enfrentar la pandemia según nivel de alerta y región.
- Mantener una remuneración justa, acorde con la actividad a desarrollar que beneficie a todos los internos.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Quijano-Escate Renatta, Rebatta-Acuña Alexis, Garayar-Peceros Humberto, Gutierrez-Flores Katherin Estefany, Bendezu-Quispe Guido. Aprendizaje en tiempos de aislamiento social: cursos masivos abiertos en línea sobre la COVID-19. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2020 Abr [citado 2021 Abr 19] ; 37( 2 ): 375-377. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342020000200375&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000200375&lng=es). <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5478>.
2. Ramos Willy, De La Cruz-Vargas Jhony A.. Presentación del documento técnico “Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2018”. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2020 Ene [citado 2021 Abr 19] ; 20( 1 ): 10-11. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312020000100010&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000100010&lng=es). <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i1.2704>.
3. MINSA, ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD 2016 CENTRO DE SALUD TRÉBOL AZUL [Internet], Lima [consultado 17 de abril del 2021].
4. Departamento de Ginecología del Instituto Materno Perinatal. Guías Clínicas de Ginecología . Lima: MINSA; 2008 [2008; consultado 11/04/2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3319.pdf>
5. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Manejo

Estandarizado de las Emergencias Obstétricas y Neonatales: Módulo 1 /  
Lima: Ministerio de Salud; 2010.  
<https://www.minsa.gob.pe/calidad/observatorio/documentos/infecciones/IH1.pdf>

6. Ministerio de Salud del Perú. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. Lima: MINSA; 2015. Disponible en: RM031-2015-MINSA Dx tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva.pdf ([saludarequipa.gob.pe](http://saludarequipa.gob.pe))
7. Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Lima, Perú: MINSA; 2015. Disponible en: 3466.pdf ([minsa.gob.pe](http://minsa.gob.pe))
8. García-Valenzuela Salvador Eloy, Bonilla-Catalán Pablo Valente, Quintero-García Benjamín, Trujillo-Bracamontes Francisco Samuel, Ríos-Beltrán José del Carmen, Sánchez-Cuén Jaime Alberto et al . Abdomen agudo quirúrgico. Un reto diagnóstico. Cir. gen [revista en la Internet]. 2017 Dic [citado 2021 Abr 19] ; 39( 4 ): 203-208. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992017000400203&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992017000400203&lng=es).
9. Arap Jorge Abraham. Hernias inguinales y crurales (hernias de la ingle). Rev Cubana Cir [Internet]. 2009 Jun [citado 2021 Abr 19] ; 48( 2 ). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932009000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000200010&lng=es).
10. Servicio de Anestesiología y Cirugía, GUIAS DE PRÁCTICA CLINICA DE HOSPITALIZACIÓN SERVICIO DE CIRUGÍA Y ANESTESIOLOGÍA 2012 [Internet], Lima: Hospital Vitarte, 2012 [revised 2012; cited 2021 Apr 18] <http://www.hospitalvitarte.gob.pe/portal/data/transparencia/2015/T1122.pdf>

11. MINSA – Dirección General de Salud de las Personas. Proyecto Vigia. Estudio de etiología de la diarrea en las Direcciones de Salud Cajamarca, Lambayeque, Loreto y Lima Este. 2001. Disponible en: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/cnsp\\_resanti\\_documentos\\_tecnicos/Estudio\\_etiologico\\_diarrea\\_4\\_DISAS.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/cnsp_resanti_documentos_tecnicos/Estudio_etiologico_diarrea_4_DISAS.pdf) [Consulta: Abril 2021].
12. Ministerio de Salud. Oficina General de Defensa Nacional. Guías de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña [Internet]. 2006 [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: [bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/302\\_DGSP87.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/302_DGSP87.pdf).
13. MINSA, Plan operativo anual Hospital Santa Rosa 2012 [Internet], Lima; Ministerio de Salud. 2012, [revised 2011-2012; cited 2021 Apr 18] Disponible en: [http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2012/poa\\_\\_hsr\\_2012.pdf](http://190.102.131.45/transparencia/pdf/2012/poa__hsr_2012.pdf)
14. MINSA, norma técnica en salud “Categorías de Establecimiento de salud” [Internet] Lima: Ministerio de Salud. 2011 [revised 2011-2012; cited 2021 Apr 19] Disponible en: [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceutica/Categorizacion-UPSS\\_Farmacia.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceutica/Categorizacion-UPSS_Farmacia.pdf)
15. MINSA, Boletín epidemiológico [Internet] Lima: Hospital Santa Rosa. 2019 [revised 2019-2020; cited 2021 Apr 17] Disponible en: <http://190.102.131.45/epidemiologia/boletin/2019/bol-12-2019.pdf>
16. Maguiña Vargas Ciro. Reflexiones sobre el COVID-19, el Colegio Médico del Perú y la Salud Pública. Acta méd. Peru [Internet]. 2020 Ene [citado 2021 Abr 19] ; 37( 1 ): 8-10. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172020000100008&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000100008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.371.929>.
17. Recari E., Oroz L.C., Lara J.A.. Complicaciones de la cirugía ginecológica. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2009 [citado 2021 Abr 18] ; 32(

Suppl 1 ): 65-79. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200008&lng=es).

18. Hernández-Valencia M, Valerio-Castro E, Tercero-Valdez-Zúñiga CL, Barrón-Vallejo J, Luna-Rojas RM. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecol. obstet. Méx.* [revista en la Internet]. 2017 [citado 2021 Abr 18] ; 85( 9 ): 611-633. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-90412017000900611&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900611&lng=es).
19. Pereira Graterol Freddy, Arcia Alberto. Fibromiomatosis uterina gigante: Reporte de caso. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2008 Sep [citado 2021 Abr 18] ; 68( 3 ): 206-210. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322008000300012&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300012&lng=es).
20. Almuna V Ramón, Sanhueza R Pablo, Chahuán I Karina, Arab E Clemente. INTOXICACIÓN POR SULFATO DE MAGNESIO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA E INSUFICIENCIA RENAL. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2004 [citado 2021 Abr 18] ; 69( 1 ): 44-47. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262004000100009&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262004000100009&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262004000100009>.
21. Guevara Ríos Enrique, Meza Santibáñez Luis. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. *Rev. peru. ginecol. obstet.* [Internet]. 2014 Oct [citado 2021 Abr 18] ; 60( 4 ): 385-394. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322014000400015&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000400015&lng=es).
22. Guevara Ríos Enrique, Pérez Aliaga Carlos, De la Peña Meniz Walter, Limay Ríos Oscar, Meza Santibáñez Luis, Ching Ganoza Silvia et al . Prevención y manejo clínico de pre eclampsia y eclampsia: Guía de práctica clínica basada en evidencias del instituto de referencia nacional

en salud materna del Perú. An. Fac. med. [Internet]. 2019 Abr [citado 2021 Abr 18] ; 80( 2 ): 243-249. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832019000200020&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000200020&lng=es). <http://dx.doi.org/10.15381/anales.802.16422>.

23. Caldevilla Bernardo David, Martínez Pérez Josefa, Artigao Rodenas Luis Miguel, Divisón Garrote Juan Antonio, Carbayo Herencia Julio Antonio, Massó Orozco Javier. Crisis Hipertensivas. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2008 Oct [citado 2021 Abr 18] ; 2( 5 ): 236-243. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2008000300007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300007&lng=es).
24. Hernández Ruiz de Eguilaz M., Batlle M. A., Martínez de Morentin B., San-Cristóbal R., Pérez-Díez S., Navas-Carretero S. et al . Cambios alimentarios y de estilo de vida como estrategia en la prevención del síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2: hitos y perspectivas. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2016 Ago [citado 2021 Abr 18] ; 39( 2 ): 269-289. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272016000200009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200009&lng=es).
25. Dubón Peniche María del Carmen, Ortiz Flores Anahí. Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamiento. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2014 Ago [citado 2021 Abr 18] ; 57( 4 ): 51-57. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422014000400051&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000400051&lng=es).
26. Montalvo Ávalos C., Álvarez Muñoz V., Fernández García L., López López A. J., Oviedo Gutiérrez M., Lara Cárdenas C. et al . Hernias atípicas en la infancia. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2015 Jun [citado 2021 Abr 19] ; 17( 66 ): 139-143. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322015000300007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000300007&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000300007>.

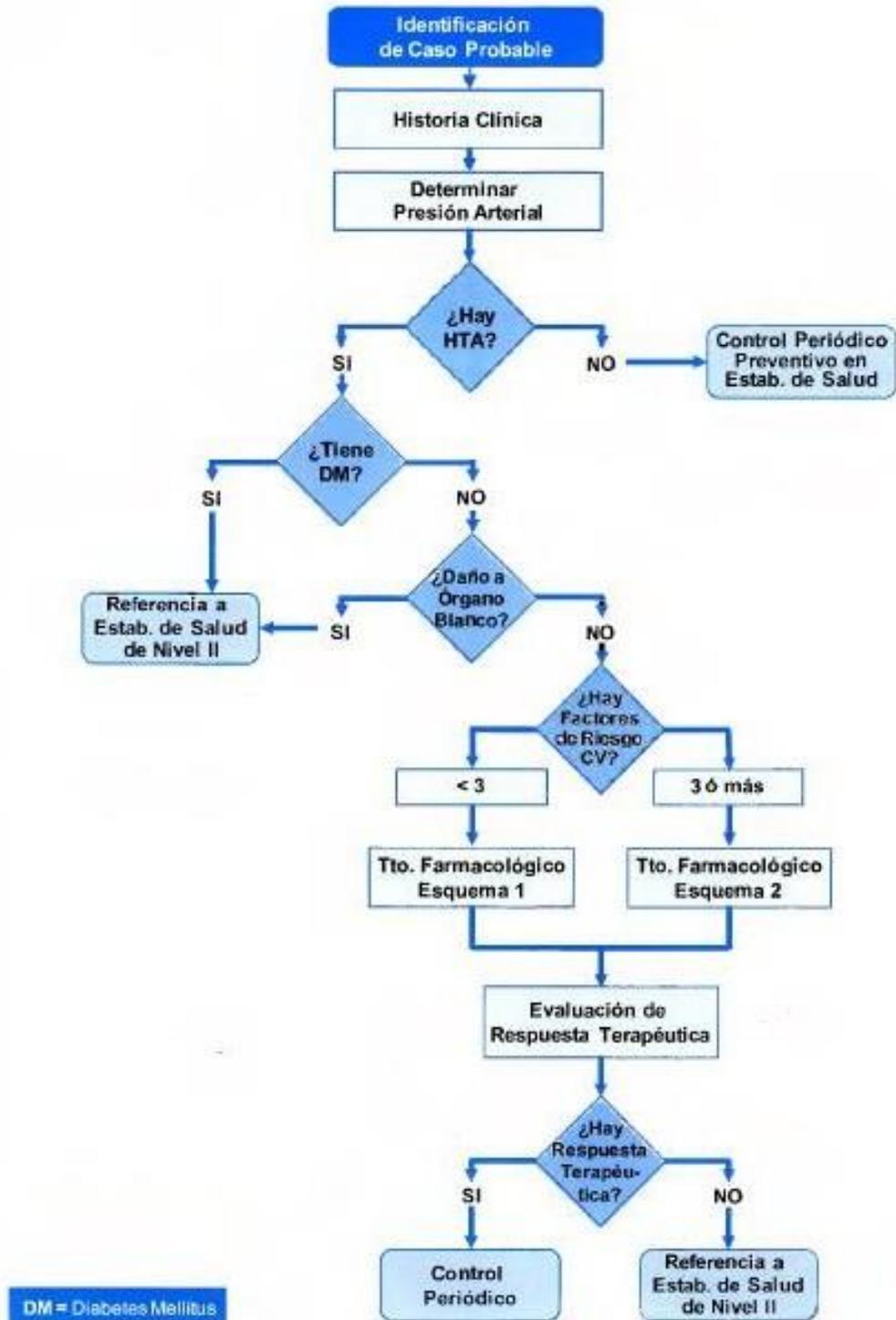
27. CADAVID A LINA, GARCÍA B CRISTIÁN. Caso Clínico-Radiológico. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2010 Abr [citado 2021 Abr 19] ; 81( 2 ): 170-173. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062010000200011&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000200011&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062010000200011>.
28. Gonzales S. Carlos, Bada M. Carlos, Rojas G. Raúl, Bernaola A. Guillermo, Chávez B. Carlos. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú - 2011. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2011 Jul [citado 2021 Abr 19] ; 31( 3 ): 258-277. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292011000300009&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000300009&lng=es)
29. Pavez Daniela, Pérez Regina, Cofré José, Rodríguez Jaime. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento etiológico de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica en pediatría. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2019 Feb [citado 2021 Abr 19] ; 36( 1 ): 69-77. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182019000100069&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182019000100069&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000100069>.
30. Guevara D José María, Aguirre José, Valencia Esther, Guevara G José María, Williams Fernando, Cuéllar Elizabeth et al . Prevalencia de Streptococcus beta hemolítico en pacientes con faringoamigdalitis aguda, en un hospital de la ciudad de Chachapoyas, Amazonas. An. Fac. med. [Internet]. 2008 Jun [citado 2021 Abr 19] ; 69( 2 ): 88-90. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832008000200004&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832008000200004&lng=es).
31. Arroyo-Ramirez Fitzgerald A., Rojas-Bolivar Daniel. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes

preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. Acta méd. Peru [Internet]. 2020 Oct [citado 2021 Abr 19] ; 37( 4 ): 562-564. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172020000400562&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000400562&lng=es). <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.374.1852>.

## **ANEXOS**

## ANEXO N°1

### 1. Flujograma para el Tratamiento de la hipertensión arterial



## ANEXO N°2

### 2. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de dolor abdominal agudo en el adulto

