



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL INSTITUTO  
NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO Y EL CENTRO DE SALUD  
SAN SEBASTIAN EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR  
COVID-19 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR  
CRISTHIAN SAMIR MOTTA GUERRA**

**ASESOR  
LUNA LUZGARDA MEDALIT**

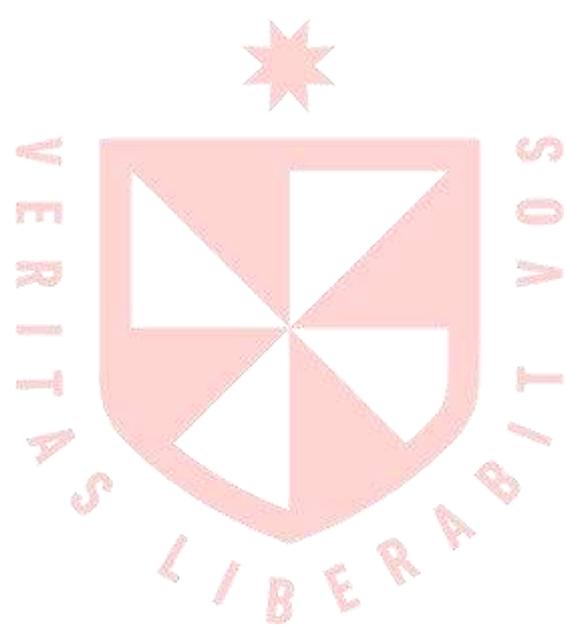
**LIMA- PERÚ  
2023**



**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 EN EL INSTITUTO NACIONAL  
DE SALUD DEL NIÑO Y EL CENTRO DE SALUD SAN SEBASTIAN EN  
EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**CRISTHIAN SAMIR MOTTA GUERRA**

**ASESORA**

**DRA. LUNA LUZGARDA MEDALIT**

**LIMA, PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

**Miembro:** Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

**Miembro:** Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

## **DEDICATORIA**

A mi familia y amigos, los cuales me apoyaron en todo momento, tanto de forma académica como emocional, sin los cuales esta labor habría sido casi imposible. A todos los maestros, que me marcaron durante estos largos años de carrera profesional

## **AGRADECIMIENTO**

A mi familia, por confiar en mí durante este largo proceso. A todos los docentes, que compartieron sus conocimientos y trato humanitario a lo largo de esta carrera. A mi asesora, que me apoyo durante la elaboración de este trabajo.

## ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
ÍNDICE	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	8
Rotación en Pediatría - Instituto Nacional de Salud del Niño	10
Rotación en Medicina Interna - C.S San Sebastián	13
Rotación en Cirugía - Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas	16
Rotación en Ginecología y Obstetricia - Instituto Nacional Materno Perinatal	19
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	22
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	24
Rotación en Pediatría - Instituto Nacional de Salud del Niño	24
Rotación en Medicina Interna - C.S San Sebastián	26
Rotación en Cirugía - Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas	29
Rotación en Ginecología y Obstetricia - Instituto Nacional Materno Perinatal	32
CAPÍTULO V. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	36
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
FUENTES DE INFORMACIÓN	39
ANEXOS	

**Anexo 1 – Algoritmo tratamiento del acné**

**Anexo 2 – Principales diferencias entre diabetes tipo 1 y 2**

**Anexo 3 - Valoración de uso medicación en Diabetes tipo 2**

## RESUMEN

El trabajo actual refleja aspectos del internado médico en el Instituto Nacional de Salud del Niño, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y el Centro de Salud San Sebastián. Objetivo: Compartir la experiencia, las habilidades prácticas y la teoría adquiridas durante el internado médico 2022-2023 en centros médicos de diferentes niveles de complejidad. Métodos: Se han expresado diferentes opiniones respecto a las prácticas médicas realizadas en centros de salud con diferente grado de receptividad en el contexto de la pandemia por COVID-19; además, se incluyó un análisis de ocho casos clínicos en las áreas de Obstetricia y Ginecología, Medicina Interna, Cirugía y Pediatría. Conclusión: El período de internado médico no solo nos ayuda a consolidar nuestros conocimientos, sino que también reafirma la clase de profesional médico que queremos llegar a ser en un futuro próximo. Al rotar en diferentes centros de salud en varios niveles, se puede observar que pueden surgir desigualdades tanto en la calidad de la atención de los pacientes por parte de los trabajadores de la salud como en los problemas administrativos que puedan surgir en cada centro.

**Palabras clave:** Rotación; internado médico, sedes hospitalarias

## **ABSTRACT**

The current work reflects aspects of the medical internship at the National Institute of Child Health, the National Institute of Neoplastic Diseases and the San Sebastian Health Center. Objective: To share the experience, practical skills and theory acquired during the medical internship 2022-2023 in medical centers of different levels of complexity. Methods: Different opinions have been expressed regarding the medical practices performed in health centers with different degree of responsiveness in the context of the COVID-19 pandemic; in addition, an analysis of eight clinical cases in the areas of obstetrics and gynecology, internal medicine, surgery and pediatrics was included. Conclusion: The medical internship period not only helps us to consolidate our knowledge, but also reaffirms the kind of medical professional we want to become in the near future. By rotating in different health centers at various levels, it can be observed that inequalities may arise both in the quality of patient care by health workers and in the administrative problems that may arise in each center.

**Keywords:** Rotation, medical internship, hospital locations

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
DEL NIÑO Y EL CENTRO DE SALUD SAN**

AUTOR

**CRISTHIAN SAMIR MOTTA GUERRA**

RECuento DE PALABRAS

**10569 Words**

RECuento DE CARACTERES

**58793 Characters**

RECuento DE PÁGINAS

**47 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**2.4MB**

FECHA DE ENTREGA

**Apr 17, 2023 3:54 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Apr 17, 2023 3:57 PM GMT-5**

● **9% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 9% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

**FIRME DIGITAL**  
Instituto Nacional de  
Salud del Niño San  
Firma: 21/04/2023 13:40:42 -0500  
Fecha: 21/04/2023 13:40:42 -0500  
Módulo: Soy el autor del documento  
ID: 2022186775.pdf

DNI: 44579680

<https://orcid.org/0000-0003-3351-7877>

## INTRODUCCIÓN

Durante el último año de la carrera de nuestra formación académica como futuros médicos, se realiza el internado médico, en el cual se aplicarán los conocimientos obtenidos y consolidarlos, de modo que estos sean aplicables en nuestras futuras labores diarias. En este proceso, la mayoría de los alumnos se involucrarán en la atención de sus respectivos pacientes casi en su totalidad; además que es una forma de acercarse a la realidad de nuestro país que muchos de nosotros desconocemos o somos incapaces de aceptar.

El internado médico brinda distintas oportunidades académicas e interpersonales a los alumnos, debido a que es un ambiente en el cual no solo interactuaras con otros internos de tu misma facultad sino también de otras universidades además de otros profesionales o estudiantes de distintas carreras de la salud como enfermería, técnicos de enfermería, personal de laboratorio, entre muchos otros (1).

Durante estos meses, los estudiantes rotamos principalmente cuatro (4) de las especialidades más importantes de la carrera las cuales son pediatría, cirugía, gineco obstetricia y medicina interna.

Debido a la pandemia del COVID-19 el internado médico fue muy afectado ya que se redujo el número de plazas por centros de salud, llegando al nivel que en muchos de estos se prohibió completamente el acceso de estudiantes. En el último año, la situación ha mejorado parcialmente, aumentando gradualmente el número de plazas, pero aún sin volver a la cantidad previa a la pandemia. Igualmente, las oportunidades que tenía el interno para acceder

a distintas actividades como cirugías o pabellones de distintos hospitales también se vio afectada (2).

Debido a esta problemática, muchos nos tuvimos que realizar el internado en distintos centros, en mi caso tuve la oportunidad de rotar por el Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas, el Instituto nacional de Salud del Niño, Instituto Nacional Materno Perinatal y el Centro de Salud San Sebastián, logrando aprender distintos conocimientos en cada sede en sus especialidades respectivas.

El internado inicio el 1 de junio del año 2022, debido a que no hubo una buena coordinación administrativa y se llegó a demorar el plantear las bases de dicho proceso tan importante para nuestro aprendizaje (3). Donde se planteó la duración de 150 horas mensuales obligatorias además de la inscripción al Seguro de Salud integral respectiva.

Por último, hay que tener en cuenta que el internado aún se encuentra en una fase de restricción debido a la pandemia del COVID-19, que se ha mitigado gracias a las medidas de prevención y promoción de la salud. Los centros hospitalarios actuales no son una excepción, ya que todavía se presentan algunos casos de esta patología, y el aislamiento y contagio de los trabajadores de la salud continúa

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico es la oportunidad para que los estudiantes de medicina desarrollen sus conocimientos académicos, competencias y habilidades en el campo de lo clínico y quirúrgico. Durante este tiempo, los internos tienen deberes tanto con el paciente como con los distintos miembros del personal de salud, tanto de índole asistencial como administrativo, pero siempre supervisado de un médico asistente.

Al poder rotar por distintos establecimientos de salud con distintas especialidades es posible tener una idea más amplia de los procedimientos médicos y administrativos de cada centro.

Durante el internado, nos mantenemos en estrecho contacto con los pacientes y sus familias, aprendemos a empatizar con ellos y mejoramos la relación médico-paciente, lo cual no solo nos favorece a nosotros al mejorar nuestro desenvolvimiento interpersonal, sino que también ayuda a que el paciente confíe con mayor facilidad en el personal de salud durante sus próximas atenciones.

La rotación en Cirugía General se realizó en el INEN, donde si bien se especializa en enfermedades neoplásicas, se logró aprender más ampliamente sobre los métodos quirúrgicos más actualizados y complejos al tratarse de un instituto con altas capacidades económicas en general y en donde en la mayoría de los casos la obtención de material quirúrgico no representaba un problema. En esta rotación se pudo abarcar el segmento de cirugía de mamas y tejidos blandos, traumatología y cirugía abdominal, relacionados con problemas oncológicos. Esto también hizo notar el incremento exponencial de los casos oncológicos durante la última década en Lima Metropolitana y el estado avanzado en el que se encuentran la mayoría de casos (4). Se pudo afianzar los conocimientos y prácticas de técnicas quirúrgicas como suturas ya que durante las cirugías en muchas ocasiones el interno era segundo o tercer ayudante.

la rotación en Ginecología y Obstetricia se llevó a cabo en el Instituto Materno Perinatal de Lima, en donde se realizan una gran cantidad de partos tanto eutócicos como aquellos con distintas complicaciones que otros centros de menor nivel no poseen el equipamiento para solucionar. Durante la rotación el interno trabaja en conjunto con los múltiples ginecólogos del instituto además del personal de obstetricia, las cuales en muchas ocasiones ayudan al interno con consejos prácticos o teóricos para facilitar la labor de parto. Se pudo rotar durante los distintos servicios del centro como emergencia, sala de cesárea, sala de partos, consulta externa, además de los servicios de hospitalización, los cuales se clasificaban por tipo de patología.

De esta forma existe un servicio de hospitalización para adolescentes, para problemas hemorrágicos, problemas hipertensivos de la gestación e infecciones, por donde tuve la oportunidad de pasar más tiempo. Algunas de las patologías que más se observan en este son las infecciones de sitio operatorio post cesárea, las infecciones de tracto urinario, las rupturas prematuras de membrana, infecciones de transmisión sexual, entre otras.

La rotación en Pediatría es una de las más importantes durante el internado, debido a que durante el servicio rural la gran mayoría de casos que veremos se tratarán de pacientes pediátricos y en muchos casos vendrán de emergencia o urgencia. Esta rotación se realizó en el Instituto Nacional del Niño en Breña, donde se roto por el servicio de emergencia y hospitalización. De este modo llegamos a observar distintas patologías que son muy comunes en la practica diaria como cuadros de asma aguda, rinofaringitis, otitis, al igual que otras de mayor complejidad o rareza como parálisis cerebral infantil, endocarditis infecciosa, etc.

Por otro lado, la rotación de Neonatología fue en el INMP de Lima, donde se pudo estar en los múltiples servicios de hospitalización y atención inmediata donde se practicó el cuidado del recién nacido tanto de aquellos partos eutócicos como los productos de cesáreas o partos gemelares que requerían una mayor atención por las comorbilidades que pueden presentar. En la sala de hospitalización el interno era el encargado de evolucionar las historias

clínicas de los pacientes y en caso dudar en algún conocimiento se pueden ayudar del médico asistente o del médico residente de mayor jerarquía.

Debido a la falta de plaza en distintos hospitales, se optó por realizar la rotación de medicina en el Centro de Salud San Sebastián el cual es establecimiento 1-3. En dicho establecimiento se aprendió a atender situaciones cotidianas que veremos en el SERUMS y a darle un tratamiento dependiendo la complejidad del caso. Sin embargo, probablemente lo más importante que se llegó a aprender en el establecimiento es el aprender cuando es necesario referenciar a un paciente a un centro de mayor complejidad; ya que si bien en muchos casos podemos conocer la patología del paciente o el tratamiento que este requiera, debido a nuestras deficiencias de suplementos no podremos solucionar la problemática. De igual manera al tratarse de un centro con una gran cantidad de afluencia de pacientes, se requirió el uso constante del equipo de protección personal para prevenir la infección por COVID-19, debido a que se observaban casos positivos casi a diario.

## **Rotación en Pediatría - Instituto Nacional de Salud del Niño**

### **Caso Clínico n.º1**

#### **Anamnesis:**

Durante la consulta de dermatología, un adolescente de 16 años, en compañía de su madre, acude debido a lesiones inflamatorias y no inflamatorias en la cara y el cuello que habían estado presentes durante varios meses y que se habían agravado en las últimas semanas. El paciente informó la aparición de acné y oscurecimiento en estas áreas en los últimos meses, lo que le ha causado malestar y vergüenza debido a la burla de sus compañeros por el estado de su piel. A pesar de haber utilizado productos de venta libre, como jabones, no ha habido una mejora en su condición.

#### **Antecedentes personales:**

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

Alergias: Niega

**Antecedentes familiares:**

Padre presento lesiones parecidas durante adolescencia y juventud

**Signos vitales:**

Frecuencia cardíaca: 80 x min. Presión arterial: 120/70 mmHg. Frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto. Temperatura: 36.8°C

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.

Piel: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar < 2". No presenta signos de ictericia, no palidez, no cianosis ni diaforesis. Presenta lesiones inflamatorias y no inflamatorias en el rostro y cuello (comedones y pústulas), principalmente en la zona T (frente, nariz y mentón).

TYP: MV pasa bien en ACP. No RA. Amplexación adecuada.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos. Buena Intensidad. No Ruidos Agregados.

ABD: Blando, depresible. No se palpan masas. Ruidos hidroaéreos+

GU: PPL – y PRU –

SNC: Paciente consciente y colaborador. LOTEP. Glasgow 15/15

**Diagnóstico:**

Se confirma el diagnóstico de acné moderado tras la revisión de las lesiones en el rostro y cuello del paciente.

**Tratamiento:**

Se inicia tratamiento con una combinación de retinoides tópicos, en este caso se prefirió por la preparación magistral de un gel de adapaleno al 0.3%, en combinación antibióticos tópicos como el peróxido de benzoilo al 5%, y agentes exfoliantes, como el ácido salicílico. Se proporciona educación al paciente sobre los cuidados básicos de la piel y la importancia de la higiene personal para el control del acné. También se hacen recomendaciones dietéticas y se evita el uso de productos comedogénicos como bloqueadores solares oleosos. Se programa reevaluación en 1 mes.

**Caso Clínico n.º2****Anamnesis:**

Niño de 15 años que se presenta, junto con su madre, a emergencia del INSN breña. Acude por emergencia por presentar fiebre desde hace 1 día; dolor de cabeza, fatiga y aumento del tamaño de los ganglios linfáticos en la región del cuello desde hace 12 horas aprox. Además, reporta la presencia de una lesión

cutánea en el brazo derecho, que apareció después de haber sido arañado por gato del vecino.

**Antecedentes personales:**

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

Alergias: Niega

**Antecedentes familiares:** niega

**Signos vitales:**

Frecuencia cardíaca: 85 latidos por minuto. Presión arterial: 120/70 mmHg.

Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto. Temperatura: 38.5°C

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.

Piel: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar < 2". No presenta signos de ictericia, no palidez, no cianosis ni diaforesis. Se detecta un aumento del tamaño de los ganglios linfáticos en la región del cuello, axilas e ingle. Además, se observa una lesión cutánea en el brazo derecho, que se caracteriza por ser una pápula eritematosa de aproximadamente 1.5x2 cm.

TYP: MV pasa bien en ACP. No Ruidos Agregados. Amplexación adecuada.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos. Buena Intensidad. No Ruidos Agregados.

ABD: Blando, depresible. No se palpan masas. Ruidos Hidroaéreos+.

GU: PPL – y PRU –

SNC: Paciente consciente y colaborador. LOTEPE. Glasgow 15/15

**Diagnóstico:**

Se sospecha de una enfermedad por arañazo de gato causada por la bacteria *Bartonella henselae* debido a la lesión cutánea y la presencia de ganglios linfáticos inflamados.

**Tratamiento:**

El tratamiento incluyó el uso de antibióticos, en este caso se utilizó azitromicina de 500 mg cada 24 horas por 5 días para eliminar la infección por *Bartonella henselae*. Además, se recomienda el reposo y se trata el manejo sintomático de la fiebre con paracetamol 500 mg cada 8 horas por 3 días y luego condicional a fiebre o cefalea. Se solicitó control por consultorio externo en 48h o antes en caso paciente empeore condición actual.

## **Rotación en Medicina Interna - C.S San Sebastián**

### **Caso Clínico n.º3**

#### **Anamnesis:**

Paciente de 35 años, sexo femenino, acude a la consulta médica por presentar prurito intenso en diferentes partes del cuerpo, especialmente en las manos, brazos, axilas y abdomen. El prurito se ha intensificado durante las últimas semanas, y ha notado la presencia de pequeñas lesiones elevadas en la piel con un patrón lineal en las zonas afectadas, principalmente en brazos.

#### **Antecedentes personales:**

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

Alergias: Niega

#### **Antecedentes familiares:**

Paciente refiere que ha tenido contacto cercano con un familiar que recientemente fue diagnosticado con escabiosis, y que ha notado la presencia de lesiones similares en otros miembros de la familia.

#### **Signos vitales:**

Frecuencia cardíaca: 70 x min. Presión arterial: 130/75 mmHg. Frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto. Temperatura: 37.2°C

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.

Piel: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar < 2". No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis ni diaforesis. Se observan lesiones papulares y eritematosas en las zonas afectadas, con un patrón lineal que sugiere un rascado intenso. Además, se identifican pequeñas vesículas y costras en las lesiones.

TYP: MV pasa bien en ACP. No RA. Amplexación adecuada.

CV: Ruidos cardíacos rítmicos. Buena Intensidad. No Ruidos Agregados.

ABD: Blando, depresible. No se palpan masas. Ruidos hidroaéreos+.

GU: PPL – y PRU –

SNC: Paciente consciente y colaborador. LOTEP. Glasgow 15/15

#### **Diagnostico:**

Se hace el diagnóstico de escabiosis debido a los hallazgos patognomónicos de las lesiones en piel además del antecedente epidemiológico que tiene este.

**Tratamiento:**

Se indica tratamiento con permetrina tópica al 5%, aplicada en todo el cuerpo excepto en la cabeza y el cuello, por un período de 12 horas, antes de dormir. Además, se indica tratamiento sintomático para el prurito con antihistamínicos orales, en este caso se recetó loratadina de 2mg cada 24h durante 3 días y luego condicional a prurito. Se instruyó a la paciente acerca de las medidas de higiene y prevención para evitar la propagación de la enfermedad, y se indica el tratamiento simultáneo de todos los contactos cercanos. La paciente vuelve al centro con mejoría significativa a la semana y completo el tratamiento sin complicaciones.

**Caso Clínico n.º4**

**Anamnesis:**

Un paciente masculino de 45 años se presenta al centro de salud con síntomas como poliuria, polidipsia, pérdida de peso de alrededor de 5 kg en un mes (peso actual de 68 kg) y fatiga que ha durado varias semanas. El paciente informa que su última medición de glucosa en sangre fue hace nueve meses y que en ese momento estaba dentro de los valores normales, aunque no recuerda exactamente cuál fue ese valor.

**Antecedentes personales:**

Patológicos: Diabetes Mellitus desde hace 3 años, con medicación con metformina 850mg 1 vez al día de forma irregular.

Quirúrgicos: Apendicitis complicada con peritonitis hace 8 años. Hospitalizado 3 semanas aprox.

Alergias: Niega

**Antecedentes familiares:**

Madre: Falleció debido a cáncer de mama hace 7 años aproximadamente.

**Funciones vitales:**

Frecuencia cardíaca: 82 latidos por minuto. Presión arterial: 130/80 mmHg.

Frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto. Temperatura: 36.8°C

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.

Piel: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar < 2". No presenta signos de ictericia, leve palidez, cianosis ni diaforesis.

TYP: MV pasa bien en ACP. No Ruidos Agregados. Amplexación adecuada.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos. Buena Intensidad. No Ruidos Agregados.

ABD: Blando, depresible. No se palpan masas. Ruidos hidroaéreos +.

Hígado presenta leve aumento de tamaño.

GU: PPL - y PRU –

SNC: Paciente consciente y colaborador. LOTEP. Glasgow 15/15

Debido a su antecedente de diabetes ya establecido se le solicita glucosa en sangre en ayunas de forma urgente, además de colesterol total, triglicéridos, urea y creatinina sérica. En sus resultados se observa:

-Nivel de glucosa en sangre en ayunas: 180 mg/dl

-Colesterol total: 250mg/dl

-Triglicéridos:230mg/dl

-Urea sérica: 40mg/dl

-Creatinina sérica: 1.3mg/dl

### **Diagnóstico:**

Se confirma el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 mal controlada a través de la medición de glucosa en sangre. También se observa un aumento en los niveles de colesterol y triglicéridos, clasificada como hipercolesterolemia mixto, esto muy probablemente se deba a su estilo de vida y alimentación. Afortunadamente no se observa alteraciones en los niveles de urea o creatinina que se podrían dar en diabetes mellitus no controladas de larga data que indicarían una pérdida de función renal.

### **Tratamiento:**

Se inicia hipoglicemiantes, donde uno de los pilares será el uso de metformina 850 mg, debido al nivel de glucosa se decide el uso de una tableta de 850mg cada 12h. además de cambios en la dieta y ejercicio regular. Se solicitará el nivel de glucosa en sangre de forma regular cada 3 meses y se ajusta la dosis de metformina según sea necesario. Se proporciona educación al paciente sobre el manejo de su enfermedad y la importancia de mantener un control adecuado de la glucosa en sangre para prevenir complicaciones. Para el tratamiento del hipercolesterolemia mixto se le administra atorvastatina 20 mg diario durante 1 mes. Al tratarse de un centro de salud I-3, se hace la

referencia a su hospital respectivo según el SIS al servicio de endocrinología, debido a que nunca llegó a ser revisado por especialista.

## **Rotación en Cirugía - Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas**

### **Caso Clínico n.º5**

#### **Anamnesis:**

Paciente de sexo femenino de 42 años acude a la consulta médica por una masa abdominal que ha estado creciendo en tamaño durante varios meses. La masa no le causa dolor ni molestias, pero es visible a través de la ropa y le preocupa su apariencia física. Al inicio, hace 15 meses, refiere que era una masa de 3 x 3 cm debajo de a nivel de reborde costal derecho, hace 4 meses era del tamaño de una manzana y actualmente llega casi al tamaño de balón de fútbol.

#### **Antecedentes personales:**

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

Alergias: Refiere episodio de prurito intenso con sensación de falta de aire ante el consumo de mariscos.

**Antecedentes familiares:** niega

#### **Funciones vitales:**

Frecuencia cardíaca: 78 latidos por minuto. Presión arterial: 130/80 mmHg.

Frecuencia respiratoria: 16 respiraciones por minuto. Temperatura: 36.9°C

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.

Piel: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar < 2". No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis ni diaforesis.

TYP: MV pasa bien en ACP. No Ruidos Agregados. Amplexación adecuada.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos. Buena Intensidad. No Ruidos Agregados.

ABD: Blando, depresible parcialmente. Ruidos hidroaéreos+. Se observa una masa abdominal grande y bien delimitada en el área central del abdomen, aproximadamente del tamaño de una pelota de fútbol. La masa es firme al tacto y no es dolorosa a la palpación, bordes bien delimitados.

GU: PPL – y PRU –

SNC: Paciente consciente y colaborador. LOTEP. Glasgow 15/15

Se realiza resonancia magnética, en donde se observa masa de 20x15 cm aproximadamente, de bordes bien definidos que no invade órganos.

**Diagnóstico:**

Se sospecha de un lipoma abdominal gigante debido a la presencia de la masa abdominal bien delimitada y no dolorosa. Sin embargo, no es posible definir completamente la patología hasta realizar el análisis anatomopatológico.

**Tratamiento:**

Se programo una cirugía para extirpar el lipoma abdominal gigante. Se evalúa cuidadosamente al paciente para asegurar que está en condiciones óptimas para la cirugía y se discuten los riesgos y beneficios del procedimiento. Se administra 2 gr EV 1 hora previo a la cirugía como ATB profiláctico. Durante la cirugía, se extirpa la masa en su totalidad y se envía a laboratorio para su análisis anatomopatológico, se realiza el cierre de la herida retirando el exceso de piel sobrante. Después de la cirugía, se realiza un seguimiento cercano para detectar cualquier complicación, además del manejo del dolor con opioides debido a la magnitud de la cirugía, también se proporciona educación al paciente sobre el cuidado postoperatorio y se le indica que, si bien se ha retirado la totalidad de la masa, existe la posibilidad de recurrencia, y que dichos tumores es preferible extirparlos con un menor tamaño.

**Caso Clínico n.º6**

**Anamnesis:**

Paciente masculino de 18 acude a la consulta médica por presentar dolor moderado a intenso que no cede a analgésicos orales en la pierna derecha que ha ido empeorando en las últimas semanas. Además, ha notado inflamación en la rodilla, perdida fuerza en dicho miembro y pérdida de peso sin causa aparente. No refiere antecedentes de traumatismos o fracturas previas.

**Antecedentes personales:**

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

Alergias: Niega

**Antecedentes familiares:** Niega

**Funciones vitales:**

Frecuencia cardíaca: 90 latidos por minuto. Presión arterial: 130/80 mmHg.

Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto. Temperatura: 37.5°C

Estado general: Paciente en AMEG, AREH, AREN.

Piel: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar < 2". No presenta signos de ictericia, palidez, cianosis ni diaforesis.

TYP: MV pasa bien en ACP. No Ruidos Agregados. Amplexación adecuada.

CV: Ruidos cardíacos rítmicos. Buena Intensidad. No Ruidos Agregados.

ABD: Blando, depresible parcialmente. Ruidos hidroaéreos+.

GU: PPL – y PRU –

SNC: Paciente consciente y colaborador. LOTEP. Glasgow 15/15

Osteomuscular: se detecta dolor a la palpación y movilización activa y pasiva en la pierna derecha a nivel de fémur distal y en la rodilla, además de inflamación y enrojecimiento en la zona afectada. Se observa también una disminución en la movilidad de la rodilla.

Se solicita una radiografía de fémur y rodilla en donde se observó una lesión heterogénea de 2 x 2 cm, que presentaba el signo del sol naciente. La lesión no llegaba a la zona cortical del fémur.

**Diagnóstico:**

Se sospecha de un osteosarcoma de fémur debido a la presencia de dolor óseo intenso y pérdida de peso sin causa aparente. El diagnóstico se confirma mediante una biopsia ósea, que muestra células cancerosas patognomónicas.

**Tratamiento:**

El tratamiento del osteosarcoma de fémur implica la combinación de quimioterapia (en esta ocasión se utilizó doxorubicina y metotrexato), cirugía y radioterapia, según el estadio del cáncer y la extensión de la enfermedad. En este caso, se decidió realizar una quimioterapia previa para reducir el tamaño del tumor y evitar la propagación del cáncer. Posteriormente, se realiza una cirugía para extirpar el tumor, seguida de radioterapia para asegurar la eliminación completa de las células cancerosas. Posterior a la cirugía se hace manejo médico del dolor, además la inclusión de fisioterapia temprana para lograr la menor pérdida de funcionalidad posible

## **Rotación en Ginecología y Obstetricia - Instituto Nacional Materno Perinatal**

### **Caso Clínico n.º7**

#### **Anamnesis:**

Paciente femenino de 30 años con gestación única de 24 semanas. se presenta en la consulta de ginecología indicando que ha estado experimentando dolor zona lumbar derecho, fiebre, escalofríos, náuseas y 3 episodios de vómitos durante las últimas 24 horas. En la historia clínica se destaca que ha estado teniendo un embarazo sin complicaciones.

#### **Antecedentes personales:**

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

Alergias: Niega

**Antecedentes familiares:** Niega

#### **Funciones vitales:**

Frecuencia cardíaca: 110 latidos por minuto. Presión arterial: 140/90 mmHg.

Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto. Temperatura: 39.1°C

Estado general: Paciente en AMEG, AMEH, AREN.

Piel: Tibia, hidratada y levemente seca. Llenado capilar < 2". No presenta signos de ictericia, leve palidez, cianosis ni diaforesis. Mucosa oral seca.

TYP: MV pasa bien en ACP. No Ruidos Agregados. Amplexación adecuada.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos. Buena Intensidad. No Ruidos Agregados.

ABD: Blando, depresible. No se palpan masas. Ruidos hidroaéreos +.

Globuloso.

GU: PPL + y PRU –

SNC: Paciente consciente y colaborador. LOTEPE. Glasgow 15/15

GO: LCF: 145xmin PA:21cm Contracciones: (-)

#### **Diagnóstico:**

Se sospecha de pielonefritis debido a signos y síntomas por los que se solicita un examen completo de orina además de un hemograma. Se encuentra leucocitos en 15500mm<sup>3</sup>, hemoglobina en 12.3gr/dl y plaquetas en 250 000. En el examen de orina se observa nitritos (+++/+++), leucocitos de 40 a 50 por campo y cilindros hialinos.

**Tratamiento:**

Dado que la pielonefritis es una infección grave que puede poner en riesgo la salud de la madre y el feto, se hospitaliza para tratamiento intravenoso con antibióticos además de hidratación EV y posteriormente por vía oral, en este caso se optó por ceftriaxona debido a su amplio espectro y pocas reacciones adversas, se utilizó 1gr EV durante 1 semana. Durante este tiempo se le realizó un seguimiento cercano de su estado de salud y la de su bebé, posterior a esto se le dio de alta sin sintomatología y se le explicó los signos de alarma por los cuales debería acudir por emergencia.

**Caso Clínico n.º8****Anamnesis:**

Paciente de sexo femenino de 28 años acude a la consulta médica por presentar ardor y prurito en la vulva y la vagina, además de un flujo vaginal espeso y blanco que ha estado presente durante una semana. La paciente refiere haber tenido infecciones similares en el pasado, no uso de preservativos.

**Antecedentes personales:**

Patológicos: síntomas similares hace 3 y 5 años, pero no recuerda diagnóstico ni tratamiento.

Quirúrgicos: Niega

Alergias: Niega

**Antecedentes familiares:** Niega

**Funciones vitales:**

Frecuencia cardíaca: 90 latidos por minuto. Presión arterial: 130/80 mmHg.

Frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minuto. Temperatura: 37.6°C

Estado general: Paciente en AREG, AREH, AREN.

Piel: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar < 2". No presenta signos de ictericia, no palidez, no cianosis ni diaforesis.

TYP: MV pasa bien en ACP. No Ruidos Agregados. Amplexación adecuada.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos. Buena Intensidad. No Ruidos Agregados.

ABD: Blando, depresible. No se palpan masas. Ruidos hidroaéreos +.

GU: PPL - y PRU -. Se detecta enrojecimiento e inflamación en la vulva y la vagina. Además, se observa la presencia de un flujo vaginal espeso y blanco.

SNC: Paciente consciente y colaborador. LOTEP. Glasgow 15/15

**Diagnóstico:**

Se sospecha de una vulvovaginitis candidiásica debido a la presencia de síntomas característicos, como ardor y prurito vulvovaginal y flujo vaginal espeso y blanco tipo cremoso.

**Tratamiento:**

El tratamiento incluye el uso de antifúngicos en este caso se decidió por fluconazol 150 mg monodosis, para eliminar la infección por Candida. Se realizó un seguimiento de la evolución del paciente y la resolución de los síntomas una semana después del tratamiento.

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

El autor del presente trabajo realizó el internado de medicina en 5 instituciones; 5 meses por distintos institutos como el INEN, INMP y INSN Breña; mientras que los otros 5 meses debido a los lineamientos planteados por el Ministerio de Salud se realizaron en el centro de salud San Sebastián Lima.

El INEN es un establecimiento de salud fundado el 4 de diciembre de 1939 con el nombre del "Instituto Nacional del Cáncer". Sus principales actividades se centraron en la prevención del cáncer y la atención social, la atención especializada en consultas externas y de hospitalización, y como centro de investigación y educación superior del cáncer (5).

El 19 de noviembre de 1985 el INEN obtuvo la calidad de institución especializada y descentralizada del Ministerio de Salud con autonomía técnica y administrativa y se encarga de formular, regular y asesorar las actividades de desarrollo por Decreto Supremo N° 057-85-SA. en el campo del cáncer. Al ser un instituto se especializa en su respectiva área, cuenta con múltiples salas quirúrgicas muy bien abastecidas además de contar filtro de aire a presión negativa. Posee múltiples bloques para hospitalización. Algunos de los pabellones que este centro posee son los servicios de abdomen, mamas y tejidos blando, urología, traumatología, entre otros.

Ubicado en el Cercado de Lima, el INMP es un centro de salud de referencia que se dedica a brindar servicios médicos a las mujeres durante el embarazo, perinatal y neonatal. Fundado inicialmente el 10 de octubre de 1826 con el nombre de "Casa de la Maternidad de Lima", su objetivo original era la formación de parteras y ayudar a las mujeres de bajos recursos durante el trabajo de parto. Desde entonces, ha evolucionado para convertirse en un centro médico de renombre y excelencia en el cuidado de la salud femenina. Actualmente es un centro conocido a nivel nacional, incluso llegando gestantes de provincia al centro para realizar sus partos en la institución (6). Al tratarse de un centro de clasificación III-2 es un centro especializado, donde

se pueden realizar procedimientos complejos y ser de los centros vanguardistas a nivel nacional en su respectiva rama. El horario de las actividades podía variar ampliamente entre servicios y días; en promedio el ingreso se daba entre las 6:15 y la salida podría darse desde las 2pm e incluso llegar a las 6pm; los días asignados de guardia diurna los turnos eran de 8am a 8pm.

En la actualidad, el INSN es un centro hospitalario de referencia ubicado en Breña de la ciudad de Lima; está especializado en la atención de la salud neonatos y niños, contando incluso con UCI para ambos. Es uno de los líderes en el país en el ámbito de la atención materna y es considerado como uno de los principales centros de referencia en este campo, posee servicio de hospitalización y múltiples pisos por especialidades médicas. El INSN ubicado en Breña es más conocido por atender patologías principalmente de resolución medica mientras que el INSN de San Borja en patologías con resolución quirúrgica; sin embargo, ninguna de las 2 es excluyente de la otra (7).

Por último, el C.S. San Sebastián es un establecimiento I-3 ubicado en Cercado de Lima en Jirón Ica 774, su horario de atención es de 8am a 8pm, iniciando la atención del turno tarde a las 2pm aproximadamente. Tiene como hospital de referencia al Hospital Nacional Arzobispo Loayza y se encarga de brindar atención primaria de salud médica, priorizando siempre una adecuada atención a las personas para su satisfacción plena y de forma integral. El centro de salud actualmente cuenta con más de 10 médicos entre CAS y médicos nombrados, 2 obstetras, más de 5 enfermeras, entre otro personal de salud, administrativo y de limpieza (8).

## CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

### Rotación en Pediatría - Instituto Nacional de Salud del Niño

#### Caso Clínico n.º1: Acné moderado

1. Definición: El acné es una enfermedad inflamatoria crónica de las glándulas sebáceas de la piel, caracterizada por la formación de pápulas, quistes, puntos negros, pústulas y, en ocasiones, nódulos o cicatrices (9).

2. Patogénesis: existen múltiples factores que contribuyen al desarrollo de esta patología, entre los más importantes se encuentra la hiperseborrea por causas hormonales (principalmente a los andrógenos), una hiperqueratinización, existe una proliferación bacteriana entre la más comunes están el *Corinebacterium acnes* y *Propionibacterium acnes*.

3. Diagnóstico: aun en la actualidad el diagnóstico es principalmente el examen clínico, algunos instrumentos como la dermatoscopia pueden ayudar a facilitar el observar las lesiones y clasificar la gravedad del caso. Se pueden clasificar en leve (predominio de comedones), moderado (comedones y pústulas) y severo (nódulos y pústulas inflamatorias) (10).

4. Tratamiento: el tratamiento se basa en distintos grupos de medicamentos donde lo principal es la regulación de la queratinización, para esto se puede utilizar sustancias como tópicos para casos leves a moderados como el ácido salicílico, la tretinoína o el adapaleno, además de ATB tópico como el peróxido benzoilo. El tratamiento sistémico se reserva los casos moderados-severos, donde se puede utilizar la isotretinoína; antibióticos como la doxiciclina entre otros fármacos menos usados para el tratamiento refractario. El tratamiento suele variar dependiendo de la severidad del caso, ya sea en presentación tópica u oral, en el Anexo 1 se puede observar con mayor facilidad (11).

5. Discusión: En el presente caso, se observó un caso típico de acné moderado el cual suele darse en la adolescencia y adultez temprana por la mayor producción de andrógenos. Los casos leves y moderados suelen responder bien al uso de retinoides, actualmente se recomienda uso de

adapaleno sobre acido retinoico tópico ya que tiene un menor efecto de fotosensibilización y menor probabilidad de presentar ardor y discontinuar el tratamiento.

### **Caso clínico n.º2: enfermedad arañazo de gato**

1. Definición: La enfermedad por arañazo de gato es una infección causada por la bacteria *Bartonella henselae*. Clínicamente se caracteriza por una adenopatía regional autolimitada acompañada de fiebre y otros síntomas generales.

2. Patogénesis: la patología se puede producir por el arañazo del animal infectado o incluso simplemente con el contacto con este y se desarrolla cuando la bacteria llega a los ganglios linfáticos. Si bien el principal reservorio son los felinos, actualmente se conoce que las garrapatas y pulgas también pueden transmitir la enfermedad a través de sus heces (12).

3. Diagnóstico: el diagnóstico debe sospecharse desde el dato epidemiológico del contacto con felinos o al observar lesiones tipo arañazo o mordeduras. El diagnóstico específico se realizó mediante PCR en donde llega a una sensibilidad y especificidad superior al 90%. En caso de enfermedad sistémica se solicitaría una ecografía abdominal ya que se pueden observar imágenes hipocogénicas en el hígado, lo que concuerda con abscesos o granulomas inclusive en el bazo(13).

4. Tratamiento: en la actualidad el tratamiento en pacientes inmunocompetentes se debería basar en el tratamiento sintomático mediante analgésicos y antipiréticos como el paracetamol o ibuprofeno. Se reserva el uso de ATB para paciente inmunocomprometidos o aquellos en los que la enfermedad empeora rápidamente; se plantea el uso de azitromicina, el cual se ha comprobado que reduce el tiempo de la enfermedad, aunque algunos también plantean el uso de gentamicina, doxiciclina, entre otros.

5. Discusión: en el caso planteado se trataba de un niño de 15 años que presentaba las manifestaciones clínicas así como la historia epidemiológica

completa como para sospechar en infección por *Bartonella henselae*; sin embargo no se trataba de un paciente inmunocomprometido ni presentaba comorbilidades por lo que hubiera sido ideal dar una terapia sintomática y reservar el uso de ATB en caso presente signos de empeorar (12).

## **Rotación en Medicina Interna - C.S San Sebastián**

### **Caso clínico n.º3: Escabiosis**

1. Definición: La sarna es una infección de la piel causada por *Sarcoptes scabiei* variedad hominis, causa un sarpullido con un prurito muy intenso, principalmente durante las noches, con una propagación característica que se transmite por contacto directo o por el contacto con objetos infectados, principalmente ropa o la cama (14).

2. Patogénesis: El mecanismo de infección es el contacto directo prolongado (al menos 5-10 minutos) y puede considerarse de transmisión sexual en algunos pacientes. El principal centro de contagio es la ropa, donde puede sobrevivir hasta 1 semana y causar un recontagio aun después del tratamiento.

3. Diagnóstico: se debe sospechar cuando el paciente presente un prurito de predominio nocturno, además de tener factores epidemiológicos como vivir en zonas acinadas, que tenga poca higiene personal o que otros miembros de la familia presenten dicha sintomatología. Se deben localizar el parásito, las heces o los huevecillos en las zonas predominantes como la región axilar, las superficies flexoras de muñecas, pliegues subgluteos, submamaros, pezones e inclusive en región escrotal y abdominal (15).

4. Tratamiento: el tratamiento tópico más recomendado es el uso de permetrina al 5% aplicado en todo el cuerpo excepto en la cabeza, se debe mantener entre 10 a 15 horas y luego retirar debido a su efecto irritante. también se recomienda el uso de antihistamínicos como la loratadina o cetirizina debido a que el rascado por el prurito puede propagar la enfermedad a otras zonas o incluso a otras personas. En casos refractarios al tratamiento

con permetrina se ha comprobado que el uso de ivermectina a 200 mcg/kg puede eliminar en más del 90% de casos al parasito. Mientras que en reinfestaciones repetitivas se puede utilizar tiabendazol durante 10 días.

5. Discusión: el caso actual presentaba la sintomatología y el factor de riesgo epidemiológico, se trató con permetrina al 5% y tuvo un resultado satisfactorio; sin embargo, este medicamento no es algo que se otorgue por el SIS por lo que el paciente lo tuvo que obtener de manera particular. En paciente con pocos recursos económicos se receta benzoato de bencilo al 25% que si se obtiene por el SIS y si bien no ha llegado a tener la misma eficacia que la permetrina también se considera una alternativa aceptable (16).

### **Caso clínico n.º2: Diabetes *Mellitus* mal controlada**

1. Definición: se considera como diabetes mellitus a aquellas patologías metabólicas que cursan con hiperglucemia ya sea por una deficiencia o nula secreción, o por una alteración en su acción (17). Por lo que los principales tipos son la 1 (donde existe una destrucción autoinmune de las células pancreáticas) y la 2 (no hay niveles suficientes de insulina, suele desarrollarse en edades adultas) (Anexo 2).

2. Etiología: el mecanismo por el que se producen varía dependiendo del tipo de diabetes. En la diabetes tipo 1, hay una ausencia de producción de insulina en el páncreas debido a la destrucción autoinmune de las células beta, se da desde una edad joven y tiene múltiples factores de susceptibilidad como la expresión de genes específicos como DR3, DQB1\*0201 y HLA-DR4,DQB1\*0302; autoantígenos. Distintas infecciones por virus (citomegalovirus, rubeola, entre otros); inclusive la dieta. En la diabetes tipo 2 existe una resistencia a la insulina, lo que va a disminuir la absorción periférica de glucosa, lo que provoca una hiperglicemia en ayunas y posprandial; a diferencia de la anterior, al inicio de la enfermedad los niveles de insulina se encuentran elevado para compensar los altos niveles de glucosa, en embargo con el avance de la enfermedad esta va decreciendo progresivamente (18).

3. Diagnóstico: debemos sospechar de diabetes cuando el paciente presenta algunas de las "4 P", las cuales son polidipsia, polifagia, poliuria y pérdida de peso; si bien se ha visto que estos son síntomas que aparecen a los años del inicio de la enfermedad. Principalmente tenemos 4 pruebas para poder hacer un diagnóstico la hemoglobina glicosilada (HbA1c) por encima de 6.5%; 2 pruebas alteradas de glucemia basal en ayunas igual o sobre 126 mg/dl; Glucemia a las 2 horas de una prueba de tolerancia oral a 75 gr de glucosa (SOG) por encima o igual de 200 mg/dl; o una glucemia al azar igual o por encima de 200mg/dl pero acompañada de signos clásicos de diabetes (19). No se establece bien la superioridad de un método sobre otro para el diagnóstico en general; salvo que la prueba en ayuna de glucosa tiene un mayor costo-beneficio y que la prueba de HbA1c nos ayuda a evaluar la efectividad del tratamiento por lo que se la prefiere en pacientes con un diagnóstico previo o un cambio de medicación reciente.

Una vez realizado el diagnóstico es importante hacer un cribado de las principales complicaciones (examen del pie, fondo de ojo, examen de orina, medición de creatinina y perfil lipídico)

4. Tratamiento: el tratamiento suele ser muy amplio, multidisciplinario e individualizado, las indicaciones generales son el asesoramiento por un profesional en nutrición en donde la principal característica será una dieta baja en carbohidratos y grasas saturadas, realizar ejercicio de forma regular, consumir menor cantidad de alimentos procesados, un alto consumo de fibra en frutas y verduras, entre otros. Será primordial la reducción de peso corporal entre un 5-10% dependiendo si el paciente tiene sobrepeso u obesidad. La elección del tratamiento farmacológico también suele ser muy variado, actualmente se recomienda discutir los beneficios y posibles efectos adversos de cada medicamento para que el paciente tenga una mejor regularidad en dicho. Dentro de la primera línea se considera a la metformina la cual debe incrementarse su dosis de forma gradual para evitar sus posibles efectos adversos gastrointestinales más frecuentes. Otros tipos de hipoglicemiantes dependerán su uso según la comorbilidades de los paciente; algunos son sulfonilureas, glinidas, inhibidores de la alfa-glucosidasa, glitazonas,

inhibidores de la dipeptidilpeptidasa 4 (iDPP4), agonistas del receptor del péptido similar al glucagón (α-GLP1), inhibidores del cotransportador de la bomba de sodio glucosa tipo 2 (SGLT2), insulinas (20) (Anexo 3).

5. Discusión: en el caso mencionado era un paciente con un diagnóstico previo de diabetes mellitus de varios años de evolución con un tratamiento insuficiente o en todo caso no controlado debido a su irregularidad. Presentaba signos clásicos de su patología y se corroboró con una glucosa en ayunas alterada. Según los exámenes de laboratorio no aparentaba tener un daño en su función renal, pero sí tenía asociado una hiperlipidemia. Si bien se recetó medicamentos para ambas patologías, es importante que el paciente sea referenciado por la complejidad de su caso para lograr evaluarlo con mayor exactitud, además de solicitar otros exámenes como hemoglobina glicosilada para el control de su tratamiento y evaluar si no tiene daño neuropático o vascular.

## **Rotación en Cirugía - Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas**

### **Caso clínico n.º5: Lipoma abdominal gigante**

1. Definición: Los lipomas son una forma común de tumor benigno que se encuentra en el ser humano. A medida que envejecemos, la probabilidad de desarrollarlos aumenta, especialmente en individuos obesos y mujeres. Hay varios tipos de lipomas, incluyendo el lipoma superficial cutáneo y el lipoma profundo, que suelen estar relacionados con el tejido adyacente. El lipoma se forma a partir de células de tejido adiposo y puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, aunque es más común en la capa subcutánea. Es un tumor de crecimiento lento, sin dolor y no se adhiere a las partes óseas (21).

2. Patogénesis: Los lipomas se dividen en dos categorías principales, profundos y superficiales. Los lipomas superficiales son los más comunes y se localizan en el plano subcutáneo. Se consideran gigantes cuando alcanzan un tamaño mayor a 10 cm o tienen un peso superior a 1000 mg. Las áreas más comunes para su aparición son la espalda, el cuello, las extremidades superiores y el abdomen. La aparición de lipomas en la mama es muy poco

frecuente y aún más inusual en hombres. La presencia de múltiples lipomas puede ser de origen hereditario o estar relacionada con diversos síndromes (22).

3. Diagnóstico: El diagnóstico definitivo de un lipoma sólo puede realizarse mediante un análisis anatomopatológico. Sin embargo, existen algunas características del lipoma que pueden ayudar a distinguirlo de tumores malignos como el liposarcoma. Al examinar el área afectada, el lipoma se presenta como una masa blanda, bien delimitada, no dolorosa y la piel circundante generalmente no presenta cambios como ulceración o eritema. Es necesario realizar exámenes de imagen para confirmar el diagnóstico, siendo la ecografía el primer examen que se realiza debido a su bajo costo. Otros exámenes de imagen más específicos pueden ser la tomografía de emisión de positrones y la resonancia magnética, siendo esta última la más recomendada para detectar una posible infiltración en las partes blandas. Aun cuando los exámenes de imagen proporcionan una gran cantidad de información diagnóstica, la biopsia sigue siendo el estándar de oro, especialmente para descartar la presencia de liposarcoma (23).

4. Tratamiento: El tratamiento de los lipomas es principalmente quirúrgico, si bien no se considera un tumor maligno suelen aumentar de tamaño progresivamente lo que puede provocar síntomas por funcionales, entre los más comunes linfedemas y compresión nerviosa.

5. Discusión: En este caso el paciente acudió al centro por un tema de preocupación y estético debido a que no presentaba ningún síntoma. La masa que presentaba crecía exponencialmente por lo que era necesario retirarla antes de que produjera síntomas funcionales a nivel abdominal o inclusive respiratorio. Posterior a la cirugía se confirmó que se trataba de un lipoma a través de la biopsia.

#### **Caso clínico n.º6: Osteosarcoma de fémur**

1. Definición: El osteosarcoma clásico es un tipo de sarcoma maligno que se caracteriza por la producción de matriz osteoide y la presencia de células

falciformes. Este tipo de tumor óseo maligno es más común en huesos que tienen un rápido crecimiento, como el fémur, el húmero y la tibia. Se trata del segundo tumor óseo maligno más frecuente después del mieloma, representando entre el 30-40% de los casos, con una mayor incidencia en hombres y un pico de aparición entre la primera y la segunda década de vida (24).

2. Patogénesis: La aparición del osteosarcoma está asociada a un pequeño número de enfermedades, entre ellas el retinoblastoma y el síndrome de Li-Fraumeni. Además, se ha descubierto que hasta un 70% de los casos de osteosarcoma presentan anomalías cromosómicas. La radioterapia también se ha relacionado con el desarrollo del osteosarcoma secundario, siendo este dependiente de la exposición temprana y de la administración de altas dosis.

3. Diagnóstico: La evaluación radiológica es fundamental en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con osteosarcoma. Se han descrito varios signos radiográficos característicos de esta enfermedad, siendo la pérdida del patrón trabecular óseo normal el primero en manifestarse. Otro signo radiográfico común es el patrón de "sol naciente" o aspecto moteado, el cual se produce debido a la formación de nuevo tejido óseo perpendicular al eje del hueso y se caracteriza por la presencia de espículas óseas lineales. Además, se puede observar el Triángulo de Codman, que se produce como resultado de una reacción del periostio. Las radiografías también muestran zonas osteolíticas asociadas al osteosarcoma (25). En caso de sospecharse la presencia de un tumor maligno, es recomendable realizar una biopsia con aguja gruesa, preferiblemente guiada por imágenes como la ecografía. En caso de que la biopsia con aguja gruesa no sea suficiente, se debe proceder a una biopsia incisional. Es importante tener en cuenta que los sitios donde se realiza la biopsia deben ser eliminados durante la resección quirúrgica, con el fin de prevenir la recurrencia del tumor (26).

4. Tratamiento: Clásicamente el pronóstico del osteosarcoma era sombrío debido a su rápida progresión y metástasis temprana, desde hace 2 décadas

esto ha cambiado drásticamente gracias al uso de la quimioterapia. Esta ayuda a definir el pronóstico basándonos en la respuesta histológica, lo que facilita la resección disminuyendo el tamaño de la masa e incrementando la necrosis con lo que hay una mayor probabilidad de conservar el miembro afectado. La quimioterapia se puede usar tanto posoperatoria para eliminar los rezagos del tumor en caso existan o también de forma neoadyuvante para realizar una cirugía menos cruenta; se recomienda el uso de 2 a 3 medicamentos entre los cuales se encuentran el metotrexato, el cisplatino y la doxorubicina por un tiempo de semanas a meses dependiendo del tamaño e histología. El estándar de oro sigue siendo el tratamiento quirúrgico en el que depende del compromiso óseo y la ubicación, lo que puede derivar en una cirugía conservadora o en la amputación del miembro (27).

5. Discusión: en el caso planteado el paciente acudió por un dolor severo en extremidad inferior con limitación funcional y el resultado de biopsia confirmó una neoplasia maligna. Se le realizó una cirugía conservadora al paciente debido a que no se detectaron signos de metástasis en la gammagrafía ósea que se realizó después de su biopsia. Se optó por quimioterapia neoadyuvante con doxorubicina y metotrexato para facilitar la cirugía. Durante la cirugía se retira la mayor cantidad de tejido maligno dejando márgenes limpios, posteriormente se realizó un injerto óseo y completar el espacio con cemento óseo, para finalizar se hace la sutura de tejido muscular y piel.

## **Rotación en Ginecología y Obstetricia - Instituto Nacional Materno Perinatal**

### **Caso clínico n.º 7: Pielonefritis en gestación**

1. Definición: La pielonefritis aguda, una infección del tracto urinario con manifestaciones clínicas que indican una afectación renal, es una complicación frecuente en el embarazo. De hecho, ocupa el primer lugar entre las causas no obstétricas de hospitalización en gestantes. Es importante tener en cuenta que esta infección puede ser grave, ya que es la principal causa de

shock séptico y puede asociarse con el trabajo de parto pretérmino y el retraso del crecimiento intrauterino (28).

2. Patogénesis: Aunque existen varias vías de entrada posibles para la pielonefritis aguda, la más común es la vía ascendente a través del tracto urinario. En pacientes inmunodeprimidos, sin embargo, también puede ocurrir una diseminación hematológica. Por lo general, la afectación renal derecha es la localización más frecuente de la infección, presente en aproximadamente el 50% de los casos. Seguida de la infección unilateral del riñón izquierdo, y en menor incidencia ambos riñones están comprometidos (29).

3. Diagnóstico: Es de gran importancia evaluar los signos y síntomas de la enfermedad para distinguir entre una infección del tracto urinario (ITU) baja y alta. La pielonefritis aguda se manifiesta con fiebre, malestar general, fatiga, anorexia y náuseas, y un signo más específico es el dolor en los flancos. Además, se puede presentar dolor o aumento de la sensibilidad en la zona vertebral lumbar. Se puede observar presencia de leucocitos aumentados en el examen de orina, nitritos positivos, al igual que cilindros hialinos o inclusive hemáticos. El estándar de oro es un urocultivo con  $>100,000$  UFC recolectado por chorro medio, previa asepsia (30).

4. Tratamiento: Es esencial un manejo adecuado de la pielonefritis debido a que la detección temprana y tratamiento oportuno son medidas cruciales para prevenir complicaciones materno-fetales. En el caso de las mujeres embarazadas, se recomienda la hospitalización si tienen más de 24 semanas de gestación y presentan fiebre, sepsis, deshidratación moderada o comorbilidades asociadas. Una vez hospitalizada se realiza una hidratación agresiva de 100 a 150 ml/h. En lo que respecta el tratamiento antibiótico debe ser empírico, dentro de estos se prefieren la ceftriaxona o el uso conjunto ampicilina con gentamicina.

5. Discusión: La paciente llegó con sintomatología clara de pielonefritis que presentaba criterios de hospitalización como la fiebre y el tiempo de gestación. Se decidió utilizar ceftriaxona por su amplio espectro y raros efectos adversos. Llamo la atención que la paciente presentara pielonefritis sin haber tenido

antecedente de una cistitis o una bacteriuria asintomática, o en todo caso la paciente desconocía de su estado.

### **Caso clínico n.º 8: Vulvovaginitis candidiásica**

1. Definición: Se trata de la segunda causa más frecuente de vulvovaginitis, en la cual *Candida albicans* es el patógeno más común, representando del 85% al 90% de los casos. Sin embargo, otras especies de *Candida* diferentes a *C. albicans* pueden actuar como patógenos o como colonizadores. Cabe destacar que, a pesar de ser una infección vaginal, no se considera una enfermedad de transmisión sexual. (31).

2. Factores de riesgo: La vulvovaginitis es una afección común en la que existen diversas teorías sobre su origen. Los factores genéticos, como la etnia afroamericana, el grupo sanguíneo ABO y los pacientes atópicos, pueden contribuir a su desarrollo. Durante el embarazo, la mayor cantidad de estrógenos puede crear un ambiente vaginal predominante en carbono que favorecería su aparición. El uso de métodos anticonceptivos orales o locales, como los DIU, también pueden favorecer la colonización de la vagina por distintos patógenos y no solo *Candida*. Además, se ha observado que las mujeres con sobrepeso u obesidad tienen una mayor incidencia de esta afección (32).

3. Diagnóstico: Las principales manifestaciones clínicas de la infección por *Candida* son el prurito intenso, ardor vaginal y vulvar, dispareunia, disuria e inclusive un olor levemente desagradable de las secreciones vaginales. Las pruebas complementarias más utilizadas para su diagnóstico son la medición del pH vaginal, el cual se suele encontrar normal a diferencia de las infecciones bacterianas. También se usa el examen directo en fresco, observando las estructuras fúngicas como las levaduras, blastoconidias y pseudohifas. El estándar de oro sigue siendo el cultivo de la muestra vaginal en agar Sabouraud; sin embargo, no es muy utilizada en la práctica diaria debido a su costo beneficio; pero podría utilizarse en aquellos casos donde se desea conocer la especie específica de *Cándida* o sea refractaria al tratamiento empírico.

4. Tratamiento: El tratamiento en pacientes asintomáticos no está recomendado, a excepción de aquellas inmunosuprimidas. En los casos sintomáticos se utilizan principalmente los azoles y la nistatina, donde ambos tienen efectividad mayor a 80%; aunque solo se usan en caso de *Candida albicans*, ya que tienen un efecto disminuido en otras especies. En casos leves se suele utilizar fármacos en monodosis como fluconazol 150 mg o itraconazol 600 mg, ambos vía oral. En casos severos se recomienda un régimen de tratamiento de mínimo 7 días en donde se puede incluir ketoconazol, itraconazol, fluconazol y clotrimazol (33).

5. Discusión: En el caso presentado la paciente presentaba una sintomatología clásica de vulvovaginitis candidiásica donde predominaba el prurito. Tenía una consistencia grumosa y sin mal olor, no presentaba comorbilidades o factores de riesgo que pudieran empeorar su caso como múltiples parejas sexuales u inmunosupresión. Siempre se trata de dar un tratamiento en monodosis cuando sea posible debido a que de esta forma se asegura el cumplimiento adecuado, aun cuando puede tener mayor probabilidad de efectos sistémicos, sin olvidar el individualizar cada caso.

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

La pandemia del COVID-19 ha generado notables diferencias en el desarrollo del internado médico en comparación con años anteriores. El internado médico se compone de cuatro rotaciones (pediatría, cirugía, medicina interna y ginecología y obstetricia) que son fundamentales para la formación integral del médico, ya que en cada una de ellas se extiende el conocimiento teórico y práctico adquirido en ciclos previos y se adquieren nuevas habilidades y destrezas necesarias para el ejercicio de la medicina tras la graduación.

Luego de seis años de estudios universitarios, la mayoría de los estudiantes de medicina anhelan poner en práctica sus conocimientos teóricos y tener contacto directo con los pacientes durante el internado médico; aún más en estas situaciones donde muchos de nosotros no fuimos capaces hacer prácticas en centros de salud por un periodo mayor a 2 años. Por esta razón, es fundamental que esta etapa se lleve a cabo de manera plena y académicamente enriquecedora.

Es crucial que los internos tengan un papel activo durante las rotaciones y no se limiten a realizar tareas administrativas, ya que esto podría obstaculizar su aprendizaje.

Durante las múltiples sedes por las cuales se tuvo la oportunidad de rotar, se observa un trato disiento ya sea por parte del personal de la institución o incluso por los pacientes; lo cual nos ayuda a ampliar nuestro concepto de atención medica y capacidades interpersonales.

## CONCLUSIONES

Si bien nuestro sistema de salud no estaba preparado para una pandemia de tal magnitud como la de COVID-19, durante el último año se ha recuperado parcialmente la función académica que tenían estas instituciones para todos los estudiantes de salud; en especial durante un periodo tan crucial que es el internado.

Este momento de la carrera es clave para poder desarrollar adecuadamente las capacidades tanto académicas como interpersonales de los futuros médicos del país. Durante este año se pusieron en práctica los conocimientos obtenidos durante los años previos de la carrera además de obtener nuevos ya sea a través de la enseñanza de los médicos tutores, personal de salud no médico e inclusive por parte de los pacientes.

Sin embargo, el mayor factor de aprendizaje sigue siendo el entusiasmo y la habilidad que tengo el estudiante para aprender y constante repaso de los temas, que a largo plazo ayudan tanto para el desarrollo de futuros exámenes como el ENAM o el ENARM como para la vida laboral.

## **RECOMENDACIONES**

Es primordial el aumento de plazas para el internado médico, ya que por distintas razones en donde se incluye la pandemia COVID-19 estas se disminuyeron y actualmente muchos estudiantes tienen que rotar por distintos hospitales al no tener una sede fija

Si bien tanto los casos como la mortalidad por COVID 19 han disminuido es importante seguir utilizando el Equipo de Protección Personal dependiendo del servicio por el que rotara el interno, ya que aún se ha visto que tanto estudiantes como personal de la sede siguen contagiándose de dicho virus, con distinto nivel de gravedad.

Se deberían llevar a cabo charlas o conferencias acerca de cómo abordar de manera más adecuada el internado, ya que se ha visto que muchos estudiantes presentaban niveles elevados de carga académica sin algún método satisfactorio para preservar su salud mental.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Sánchez Flores, Adelita. Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo [Internet]. 8d. C. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14219995004>
2. Arroyo-Ramirez FA, Rojas-Bolivar D, Arroyo-Ramirez FA, Rojas-Bolivar D. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. Acta Médica Peruana. octubre de 2020;37(4):562–4.
3. Aprueban la “Directiva Administrativa para el desarrollo de actividades del Internado en Ciencias de la Salud”-Resolucion Ministerial-N° 351-2022/MINSA [Internet]. [citado el 11 de abril de 2023]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-directiva-administrativa-para-el-desarrollo-de-resolucion-ministerial-n-351-2022minsa-2067305-1/>
4. Luis Revilla. SITUACION DEL CÁNCER EN EL PERÚ, 2021 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE252021/03.pdf>
5. Reseña Histórica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. [citado el 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/resena-historica/>
6. Recordando siempre la historia del Instituto Nacional Materno Perinatal, la ex Maternidad de Lima | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. el 13 de octubre de 2022 [citado el 11 de abril de 2023]; Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/234>
7. INSN - Instituto Nacional de Salud el Niño [Internet]. INSN - Instituto Nacional de Salud el Niño. [citado el 11 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/>
8. Centro De Salud San Sebastian en Lima | MINSA [Internet]. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD [f](#) . [citado el 11 de abril de 2023].

Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-centro/centro-de-salud-san-sebastian-lima/>

9. Acné. Etiología y tratamiento [Internet]. [citado el 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13126071>

10. escuela andaluza de salud pública. Tratamiento del acné: actualización [Internet]. 2019. Disponible en: [https://www.cadime.es/images/documentos\\_archivos\\_web/BTA/2019/CADIME\\_BTA\\_2019\\_34\\_04.pdf](https://www.cadime.es/images/documentos_archivos_web/BTA/2019/CADIME_BTA_2019_34_04.pdf)

11. Bernabéu A. Acné. Etiología y tratamiento. Offarm. el 1 de septiembre de 2008;27(8):76–80.

12. Mesa Izquierdo O, Travieso Peña G, Ferrer Robaina H, Gámez Oliva H, Rodríguez Pereira R, Govín Gámez JF, et al. Enfermedad por arañazo de gato. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. septiembre de 2016;35(3):294–9.

13. Hurtado IC, Laufer M. de fiebre prolongada que no debemos olvidar,

14. Oscar W. Tincopa-Wong. Escabiosis (sarna): Revisión epidemiológica, clínica, patogénica y terapéutica [Internet]. [citado el 9 de mayo de 2021]. Disponible en: [https://www.dermatologiaperuana.pe/assets/uploads/revista\\_aAKj\\_02\\_Articulo\\_de\\_revision\\_27-2.pdf](https://www.dermatologiaperuana.pe/assets/uploads/revista_aAKj_02_Articulo_de_revision_27-2.pdf)

15. INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL. Diagnóstico y Tratamiento de la Escabiosis. Guía de Práctica Clínica GPC;

16. Tratamiento y reinfestación por escabiosis humana: estudio comparativo entre permetrina al 5% vs benzoato de bencilo al 25% [Internet]. [citado el 12 de abril de 2023]. Disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v13\\_n1/trata\\_reinfe.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v13_n1/trata_reinfe.htm)

17. García AB. Actualización breve en diabetes para médicos de atención primaria.

18. Diabetes mellitus (DM) - Trastornos endocrinológicos y metabólicos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-y-trastornos-del-metabolismo-de-los-hidratos-de-carbono/diabetes-mellitus-dm>

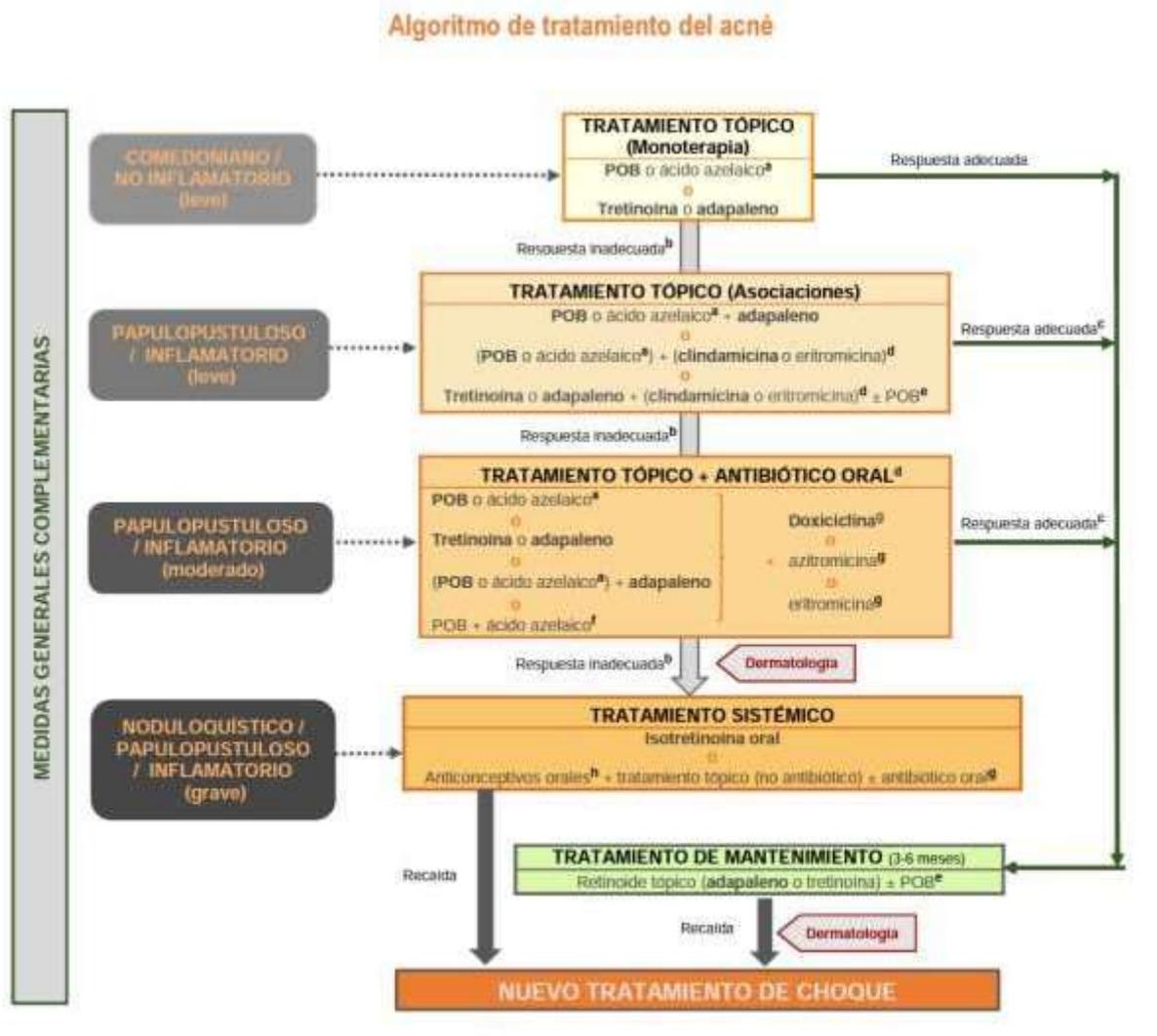
19. Paz-Ibarra J. Manejo de la diabetes mellitus en tiempos de COVID-19. *Acta Médica Peruana*. abril de 2020;37(2):176–85.
20. Favetto VK. Guía NICE 2022: actualización en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 en personas adultas. Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria. el 15 de junio de 2022;25(2):e007015–e007015.
21. Carriedo-Rico EG, García-Morato-Jorroto P, Carriedo-Rico EG, García-Morato-Jorroto P. Lipoma gigante de muslo. Reporte de un caso. *Acta ortopédica mexicana*. octubre de 2017;31(5):248–51.
22. Lipomas - Trastornos dermatológicos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/tumores-cut%C3%A1neos-benignos,-proliferaciones-y-lesiones-vasculares/lipomas>
23. Moreno Caballero L, Navas Campo R, Sainz Martínez JM, Madariaga Ruiz B. Lipoma gigante en mama masculina. *Revista de Senología y Patología Mamaria*. julio de 2022;35(3):216–7.
24. López Roldán P, Álvarez Gómez S, González Pulido JL. Actualización del osteosarcoma para el médico de familia. *Semergen*. el 1 de enero de 2011;37(1):22–9.
25. Sartori P. Signo del “sol naciente”. *Revista Argentina de Radiología*. 2012;76(4):343–4.
26. Durfee RA, Mohammed M, Luu HH. Review of Osteosarcoma and Current Management. *Rheumatol Ther*. el 19 de octubre de 2016;3(2):221–43.
27. Armas L de, Delgado D, Alvarado K, Cordero C. Osteosarcoma: Etiología, diagnóstico y tratamiento. *Revista Clínica Escuela de Medicina UCR-HSJD* [Internet]. el 9 de agosto de 2018 [citado el 12 de abril de 2023];8(4). Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/34243>
28. Echevarría-Zarate J, Sarmiento Aguilar E, Osos-Plenge F. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. *Acta Médica Peruana*. enero de 2006;23(1):26–31.
29. Hospital Sant Joan de Déu. INFECCIÓN VIAS URINARIAS Y GESTACIÓN [Internet]. Disponible en:

<https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/infecciones-urinarias-y-gestacion.pdf>

30. Víquez MV, González CC, Fumero SR. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas. *Revista Medica Sinergia*. el 1 de mayo de 2020;5(5):e482–e482.
31. González FU, Gutierrez HR, Méndez MJD. Candidiasis vulvovaginal recurrente. *Revista Medica Sinergia*. el 1 de septiembre de 2021;6(9):e700–e700.
32. Pineda-Murillo J, Rosio OL. Candidosis vaginal. Revisión de la literatura y situación de México y otros países latinoamericanos.
33. Carretero Colomer M. Candidiasis vulvovaginal. *Offarm*. el 1 de enero de 2009;28(1):68–9.

## ANEXOS

### Anexo 1 – Algoritmo tratamiento del acné



## Anexo 2 – Principales diferencias entre diabetes tipo 1 y 2

Características generales de la diabetes mellitus tipos 1 y 2

Característica	Tipo 1	Tipo 2
Edad de presentación	Más frecuentemente < 30 años	Más frecuentemente > 30 años
Obesidad asociada	Infrecuente	Muy frecuente
Tendencia a la cetoacidosis con necesidad de insulina para su control	Sí	No
Concentraciones plasmáticas de insulina endógena	Muy baja, hasta indetectable	Variable; puede ser baja, normal o elevada de acuerdo con el grado de resistencia a la insulina y con el defecto en la secreción de insulina
Concordancia entre gemelos	≤ 50%	> 90%
Asociada con antígenos HLA-D específicos	Sí	No
Autoanticuerpos contra el páncreas en el momento del diagnóstico	Sí, pero pueden estar ausentes	No
Anatomía patológica de los islotes	Insulitis, pérdida selectiva de la mayor parte de las células beta	Islotes más pequeños de aspecto normal; frecuente depósito de amiloide (amilina)
Susceptibilidad a presentar complicaciones de la diabetes (retinopatía, nefropatía, neuropatía, enfermedad coronaria)	Sí	Sí
Respuesta de hiperglucemia a los hipoglucemiantes orales	No	Sí, al principio en muchos pacientes

## Anexo 3- Valoración de uso medicación en Diabetes tipo 2

