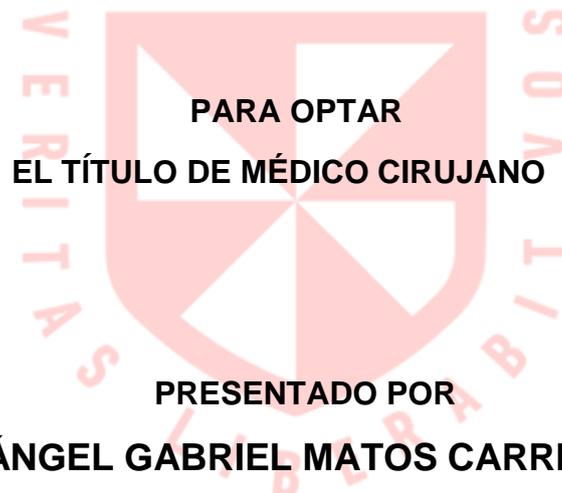


FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL  
HOSPITAL MILITAR CENTRAL “CORONEL LUIS ARIAS  
SCHREIBER” Y EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE  
MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ EN EL 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



**PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR  
ÁNGEL GABRIEL MATOS CARRILLO**

**ASESOR**

**LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO**

**LIMA - PERÚ**

**2023**



**Reconocimiento  
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
MILITAR CENTRAL “CORONEL LUIS ARIAS SCHREIBER”  
Y EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOMÉ EN EL 2022-2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR**

**ÁNGEL GABRIEL MATOS CARRILLO**

**ASESOR**

**DR. LINCOLN FLORENCIO BLACIDO TRUJILLO**

**LIMA - PERÚ**

**2023**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

**Miembro:** Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

**Miembro:** Dr. Johandi Delgado Quispe

## **DEDICATORIA**

Agradezco a Dios en primer lugar por guiar mis pasos, dedico el presente trabajo a mis padres, a mis abuelos que están en el cielo, por su apoyo incondicional y fuente de inspiración en cada momento de mi carrera.

Dedicado a los maestros y los pacientes por enseñarme cada día de esta hermosa carrera profesional.

# ÍNDICE

PORTADA .....	1
DEDICATORIA .....	3
ÍNDICE.....	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN .....	4
ABSTRACT .....	5
INTRODUCCIÓN .....	7
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL .....	1
ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA.....	1
Caso clínico N° 1 .....	1
Caso clínico N° 2 .....	2
ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA.....	3
Caso clínico N° 1 .....	3
Caso clínico N° 2 .....	4
ROTACIÓN DE CIRUGÍA.....	8
Caso clínico N° 1 .....	8
Caso clínico N° 2 .....	10
ROTACIÓN DE PEDIATRÍA.....	10
Caso clínico N° 1 .....	11
Caso clínico N° 2 .....	12
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.....	14
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL .....	17
ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA .....	17
Caso clínico N° 1 .....	17
Caso clínico N° 2 .....	18
ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA.....	19
Caso clínico N° 1 .....	19
Caso clínico N° 2 .....	21
ROTACIÓN DE CIRUGÍA.....	24
Caso clínico N° 1 .....	24
Caso clínico N° 2 .....	25
ROTACIÓN DE PEDIATRÍA.....	26
Caso clínico N° 1 .....	26
Caso clínico N° 2 .....	29
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	30
CONCLUSIONES .....	31
RECOMENDACIONES .....	33
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	34

## RESUMEN

El internado médico es periodo donde los estudiantes de pregrado participan activamente en los establecimientos de salud, realizando tareas asignadas sobre los pacientes que tienen a cargo, interviniendo en las visitas médicas, apoyando con procedimientos médicos - quirúrgicos plasmando los años de fundamentos teóricos aplicando a las practicas pre profesionales. El internado medico 2022-2023 se divide en cuatro rotaciones con una duración de dos meses y medio, estas rotaciones incluyen: Gineco - obstetricia, Medicina interna, Cirugía y Pediatría.

En consecuencia, de los estragos producidos por la pandemia COVID - 19, el internado médico 2022-2023 optó por iniciar el 1 de mayo del año 2022 culminando el 28 de febrero del año 2023, de esta manera se cumplían los 10 meses realizando prácticas en hospitales.

El presente trabajo manifiesta las experiencias obtenidas en el Hospital Militar Central en sus cuatro rotaciones, así como la exposición de ocho casos clínicos en total. Posteriormente, se hace una breve descripción del Hospital Militar Central y se indicaran el trabajo que le compete al interno dentro del nosocomio, así mismo, se mencionan las diversas dificultades, inconvenientes que se presentaron durante los diez meses del internado en el contexto de la pandemia y cómo se hizo para solucionar los diferentes, con el fin de reducir el impacto en los diferentes ámbitos.

**Objetivo:** Exponer la experiencia en el internado médico por el autor y describir las destrezas, competencias y habilidades obtenidas durante el internado médico en el Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber” en el periodo del 1 de mayo del 2022 hasta 28 febrero de 2023.

**Metodología:** Se expusieron las experiencias obtenidas del autor en el transcurso del internado médico en el Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber”. Asimismo, se requirió el uso de las historias clínicas de los pacientes para completar detalles con respecto a los casos clínicos.

**Conclusión:** La pandemia COVID -19 ha generado diversos cambios para el internado médico en comparación de años anteriores. Gracias a ello, el personal de salud que incluye los internos de medicina ha desarrollado destrezas en el campo preventivo como las normas de bioseguridad. Del mismo modo, es importante que la docencia médica esté a la vanguardia de la tecnología en los métodos de enseñanza con la finalidad de generar conocimientos para afianzar la formación del futuro profesional de la salud.

## ABSTRACT

The medical internship is a period where undergraduate students actively participate in health establishments, performing assigned tasks on the patients they are in charge of, intervening in medical visits, supporting medical-surgical procedures, capturing the years of theoretical foundations applied to the pre professional practices. The 2022-2023 medical internship is divided into four rotations with a duration of two and a half months, these rotations include: Gynecology - Obstetrics, Internal Medicine, Surgery and Pediatrics.

Consequently, due to the ravages caused by the COVID-19 pandemic, the 2022-2023 medical internship chose to start on May 1, 2022, ending on February 28, 2023, thus completing the 10-month internship at hospitals.

The present work manifests the experiences obtained in the Central Military Hospital in its four rotations, as well as the presentation of eight clinical cases in total. Subsequently, a brief description of the Central Military Hospital is made and the work that is the responsibility of the inmate within the hospital is indicated, likewise, the various difficulties and inconveniences that arose during the ten months of the internship in the context of the pandemic are mentioned. and how it was done to solve the different ones, in order to reduce the impact in the different areas.

**Objective:** To expose the experience in the medical internship by the author and describe the skills, competencies and abilities obtained during the medical internship at the "Coronel Luis Arias Schreiber" Central Military Hospital in the period from May 1, 2022 to February 28, 2023.

**Methodology:** The experiences obtained by the author during the medical internship at the "Coronel Luis Arias Schreiber" Central Military Hospital were exposed. Likewise, the use of the patients' medical records was required to complete details regarding the clinical cases.

**Conclusion:** The COVID -19 pandemic has generated various changes for the medical internship compared to previous years. Thanks to this, health personnel, including medical interns, have developed skills in the preventive field, such as biosafety standards. In the same way, it is important that medical teaching be at the forefront of technology in teaching methods in order to generate knowledge to strengthen the training of future health professionals.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL "CO  
RONEL LUIS ARIAS SCHREIBER" Y EN**

AUTOR

**ÁNGEL GABRIEL MATOS CARRILLO**

RECUENTO DE PALABRAS

**11368 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**63141 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**46 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**116.9KB**

FECHA DE ENTREGA

**Apr 19, 2023 3:44 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Apr 19, 2023 3:45 PM GMT-5**

● **13% de similitud general**

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

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



NA. 518065500  
Lincoln F Blácido Trujillo  
MEDICO PEDIATRA  
CMP 18196 RNE 11962

<https://orcid.org/0000-0002-1829-3679>

## INTRODUCCIÓN

El Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber” se encuentra situado en el distrito de Jesús María, en la ciudad de Lima. El nosocomio fue inaugurado el 1 de diciembre de 1958, en el contexto del gobierno de Manuel Prado. El hospital cuenta con la infraestructura adecuada siendo clasificado como un hospital de categoría III-1 (Nivel III de Complejidad y Nivel 1 de Atención) por lo que cuenta con modernas instalaciones, equipamiento adecuado y completas unidades de atención.

En el marco de la sensibilidad social , el hospital aparte de brindar servicios orientados a la recuperación de la salud y sus complicaciones del paciente al personal militar que incluyen desde el Director General hasta el trabajador más humilde del hospital , también brinda servicios en casos especiales de la comunidad a través del programa desarrollado llamado “ Programa de Acción Cívica” , asimismo , brinda atención a pacientes en el aspecto de realización de exámenes auxiliares de pacientes pertenecientes a otras instituciones prestadoras de servicios de salud. (1)

El internado médico forma parte del último año del plan de estudios de la carrera de Medicina Humana en el Perú , en este periodo , se pone en capacitación a los internos mediante la realización de prácticas médicas con la supervisión apropiada que posteriormente lo van a realizar como médicos generales.

El internado médico comprende cuatro rotaciones las cuales abarcan Gineco-obstetricia, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna (2).

El internado permite al estudiante de medicina entrenar, intervenir, contribuir e informar diligentemente, bajo supervisión de un superior, el manejo de los pacientes que tienen que asumir , con la finalidad de generar destrezas en su profesión como médico general , ya sea en la parte preventiva , en el campo diagnóstico , abordaje terapéutico y manejo de complicaciones de las principales enfermedades. (3)

Desempeñé mis labores como interno de medicina en dos hospitales, el hospital de base

que fue el Hospital Militar Central y el hospital alterno que fue el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, ambos hospitales ubicados en el departamento de Lima , el primero perteneciente al sector de Sanidades / Fuerzas Armadas y el segundo que forma parte del Ministerio de Salud .

El internado médico que he realizado empezó anticipadamente en el mes de mayo, a diferencia de otros internos de medicina pertenecientes netamente al MINSa que tuvieron que iniciar su internado un mes después.

En el informe N° 187-2022-DIFOR-DIGEP/MINSa, publicado en El Peruano el 15 de mayo del 2022, donde se propone a la aprobación de la Directiva Administrativa para el inicio de las actividades del Internado médico con los respectivos establecimientos de salud alineados realizado por las universidades y sus estudiantes. De esta manera oficialmente, lo establecimientos de salud pertenecientes al MINSa comenzarían con el inicio de las practicas medicas tanto en postas médicas y hospitales. (4)

En el caso del Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber”, el internado comenzó en el 1 de mayo del año 2022 para concluir el 28 de febrero del año 2023, con un tiempo de diez meses, así pues, las cuatro rotaciones estarían repartidas durante este tiempo.

El presente trabajo expone las experiencias, la labor, la función y los problemas que se presentaron durante el internado médico en el periodo 2022-2023

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

Se expondrá a continuación ocho casos clínicos que se presentaron durante el internado médico en las áreas de gineco -obstetricia, medicina interna, cirugía y pediatría. Se expondrá el relato al ingreso, antecedentes, evolución, complicaciones y su respectivo tratamiento, asimismo, se ahondará en las limitaciones u obstáculos que se presentaron en este período.

### **ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA**

La rotación de gineco- obstetricia fue la primera rotación que realicé, se inició el 01 de mayo de 2022 y culminó el de 15 de julio del mismo año , sin ningún tipo de restricción.

#### **Caso clínico N° 1**

Paciente de 31 años de edad con antecedente de miomatosis uterina diagnosticada hace 1 año, refiere presentar dolor a nivel del hipogastrio de intensidad 4 / 10 a la palpación profunda. Asimismo, refiere presentar sangrado vaginal de regular cantidad donde recibe analgesia y es dada de alta para ser admitida por consultorio externo para que se hospitalice y programación de cirugía.

Antecedentes al ingreso: personales ( niega DM , HTA , tabaco , drogas, transfusiones) , familiares (no contributorios) , personales ( rinitis alérgica), quirúrgicos ( legrado uterino 2021), ginecológicos (FUR: 16/08/23 , G2P1011 las cuales la G1 fue por parto eutócico en el 2015 y la G2 fue aborto incompleto en el 2021 donde le realizaron legrado uterino , menarquía : 13 años, régimen catamenial : 3-4 / 28 , IRS: 20 años , URS : 2021, MAC : niega , UPAP : 2022 , salió negativo , realizado en puesto de salud. Se realizó una ecografía transvaginal en un centro de imágenes donde se evidencia contenido homogéneo que mide 53 mm x 51 mm y 34 mm x 28 mm de diámetro en miometrio a nivel del fundus. Endometrio de 7 mm y a nivel del cérvix presenta imagen quística de 8 mm. Se llega a la conclusión: miomatosis uterina y quiste de Naboth en cérvix En cuanto a las funciones biológicas, están conservadas.

Examen físico preferencial: abdomen se palpa masa de 20 cm en hemiabdomen

inferior, dolor 4/10 de intensidad a la palpación profunda. Genitourinario y BUS : no sangrado en región vulvar. Especuloscopia: OCE cerrado, sangrado vaginal escaso, tacto vaginal: vaginal, amplia, elástica y profunda, cuello largo posterior y firme, útero de +/- 45 cm. `

Se hace el diagnostico presuntivo de :

- Hemorragia uterina anormal
- Miomatosis uterina por ecografía

Plan:

- Hospitalización
- Solicitud de exámenes pre quirúrgicos
- Efectivizar resonancia magnética.

## **Caso clínico N° 2**

Acude a consultorio mujer de 30 años con 30 semanas de gestación, trae consigo exámenes de laboratorio con examen de orina patológico, nitritos positivos y esterasa leucocitaria positivo. No refiere síntomas urinarios. Menciona que percibe movimientos fetales. No refiere pérdida de líquido.

Como antecedentes patológicos refiere que en su gestación previa presento infección del tracto urinario con presencia de síntomas. Antecedentes familiares: no contriborios. Antecedentes quirúrgicos: niega. Alergias: ninguna. Hábitos nocivos: niega. Menarquia: 10 años. FUR: 15 de junio de 2022. Régimen catamenial: 5-6/ 28. Formula obstétrica: G2P1001. Inicio de relaciones sexuales: 19 años. No usa métodos anticonceptivos. Numero de parejas sexuales :4. Ecografía de 1 trimestre: gestación de 30 semanas por ecografía precoz, cuenta con 5 controles prenatales.

Al examen físico: frecuencia cardiaca: 65 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, temperatura: 36.8 grados centígrados. Presión arterial: 125/85 mmHg, peso: 62 kilogramos, talla 1.59 m. IMC: 24.5

Piel: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar < 2 segundos.

Aparato respiratorio y cardiovascular: sin alteraciones. Abdomen: ruidos

hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial y profunda.

Neurológico: sin alteraciones.

Examen ginecológico: altura uterina de 28 cm, LCI, latidos cardiacos presentes a 132 latidos por minuto. OCE cerrado.

Se solicita, analítica de exámenes. Examen de orina con apariencia turbia, PH 6,2 , densidad :1018 , esterasa y nitritos positivos , leucocitos : 20-30 x campo.

La impresión diagnostica es de una bacteriuria asintomática. Como tratamiento se opta por Nitrofurantoína durante por 7 días.

## **ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA**

La rotación de medicina interna comenzó el 16 de julio del 2022 y se extendió hasta el 30 de septiembre del mismo año. Estuvo dividido en especialidades médicas y medicina interna, pero por el contexto de la pandemia, se había prohibido el ingreso a internos a las especialidades.

### **Caso clínico N° 1**

Paciente de sexo femenino de 43 años, acude a emergencia de medicina interna refiriendo que hace 3 días presenta dolor en la región abdominal, específicamente en el epigastrio, con 7/ 10 de intensidad. También refiere haber presentado heces de contenido liquido sin presencia de sangre o moco.

Al momento del ingreso, el dolor se irradia a la espalda asociado a vómitos en 3 oportunidades.

Antecedentes al ingreso: dieta rica en carbohidratos y lípidos, 3 comidas al día , niega ingesta de alcohol y tabaco . Antecedentes patológicos: no contributorios.

Al examen físico: paciente hemodinámicamente estable, despierta, obedece órdenes. Piel, térmica, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, no presencia de ictericia, no cianosis. Aparato respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos agregados. Aparato cardiovascular: RCR rítmicos, no soplos. Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, globuloso, doloroso a la

palpación profunda en epigastrio y mesogastrio. McBurney, Murphy y signo del rebote negativos. Genitourinario: puntos renoureterales superior y medio negativos.

Como diagnostico presuntivo, está el síndrome doloroso abdominal para descartar pancreatitis aguda, gastroenteritis, ITU. Para ello se le solicitan exámenes de laboratorio: hemograma, glucosa, urea, creatinina, amilasa lipasa, electrolitos, prueba antigénica para COVID -19 , examen de orina completo y como exámenes auxiliares imagenológicos se le piden radiografía y ecografía abdominal.

A los resultados de exámenes auxiliares se observa amilasa en 650 u/L y lipasa en 400 u/L , la ecografía se encuentra hallazgos de litiasis vesicular , prueba COVID -19 negativa , así como todos los demás exámenes con resultado negativos. Se realiza el tramite para que se hospitalice.

El diagnostico definitivo fue una pancreatitis aguda de causa probablemente de patología biliar. El score de BISAP fue de 1 punto considerándose una pancreatitis aguda leve, APACHE II de 4 puntos. El tratamiento fue con fluidoterapia endovenosa, para la analgesia se le administró opioides y control de funciones vitales. El paciente al cabo de unos días evoluciona favorablemente y se le planifica el alta.

## **Caso clínico N° 2**

Paciente mujer de 73 años procedente de Lima, llegó a emergencia traída por su hija . Refiere que hace más o menos 7 días evidencia pie derecho con aumento de volumen. Hace 6 días notan la presencia de eritema, rubor, calor y colección de secreción amarillenta, sensación de alza térmica. Hace mas o menos 5 días , paciente presenta nauseas y vómitos , tras persistencia de fiebre , se automedica con paracetamol 500 mg 01 tableta VO cada 8 horas. Hace más o menos 3 días se evidencia cambio de coloración en el quinto dedo del pie derecho , persistencia de secreción amarillenta , acompañada de mal olor. Tras aseo , con agua oxigenada se evidencia secreción purulenta. Motivo por el cual es trasladada al Hospital Militar Central.

Antecedentes de importancia: diabetes mellitus 2 (diagnosticada hace 21 años), en tratamiento con insulina aspart ( 8 UI en la mañana y 10 UI tarde) , hipertensión arterial (diagnosticada hace 40 años) , recibe valsartan 80 mg 1 tableta VO cada 24 horas. RAMS: penicilinas.

Funciones biológicas: apetito, deposiciones y orina conservados, sed aumentada.

Examen físico: frecuencia cardiaca: 78 por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, temperatura: 36.8 grados centígrados. Presión arterial: 130/80 mmHg, peso: 82 kilogramos, talla 1.48 m. IMC: 40. REG ,REN , REH.

Piel y faneras: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, no presencia de ictericia, no cianosis. Edema en MMII (+++/+++), lesión ulcerosa en MMII derecho en el quinto dedo del pie.

Aparato respiratorio: Amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos agregados. Aparato cardiovascular: RCR rítmicos, no soplos. Abdomen: ruidos hidroaéreos incrementados, globuloso, no doloroso a la palpación superficial y profunda. Genitourinario: PPL (-) , PRU(-). No uso de sonda Foley. Neurológico: escala de Glasgow 15 /15 , estado de conciencia conservada.

Exámenes previos antes del ingreso a emergencia: Leucocitos 20.5, Hb: 9.5, Plaquetas: 432, Abs:2%, Seg :80%, Glucosa:161, Urea :73, Creatinina:2.76, PCR :175. Examen de orina no patológico, HbA1c: 5.6, Dímero D: 1.78

Impresión diagnóstica:

- Diabetes Mellitus tipo 2 descompensada.
- Complicaciones tardías de DM2 : pie diabético derecho Wagner 4
- Enfermedad renal crónica grado V
- Celulitis en MMII derecho
- HTA como antecedente
- Obesidad mórbida

Plan de trabajo: urea, creatinina, HbA1c, perfil hepático, perfil lipídico , ácido úrico, radiografía de pie, eco Doppler de MMII derecho , AngioTEM de pie derecho , cultivo de secreción de pie

Los resultados de exámenes auxiliares fueron y algunos exámenes que trajo la paciente a consultorio:

Exámenes previos antes del ingreso a emergencia: Leucocitos 20.5, Hb: 9.5, Plaquetas: 432 , Abs:2% , Seg :80% , Glucosa:326 , Urea :73 , Creatinina:2.76, PCR :175. Examen de orina no patológico, HbA1c: 7.7 , Dímero D: 1.78

En el piso: se le administra

- Dieta para paciente renal hipoglúcido , hipograsa más líquidos a voluntad.
- Vancomicina 500 mg, 2 ampollas EV cada 72 horas
- Meropenem 1 gr 01 ampolla EV cada 12 horas
- Furosemida 20 mg ½ ampolla EV cada 12 horas
- Esomeprazol 40 mg 01 ampolla EV cada 24 horas
- Paracetamol 1 gr 01 ampolla EV PRN temperatura mayor o igual a 38 grados centígrados
- Tramadol 100 mg ½ ampolla SC PRN dolor cutáneo.
- Amlodipino 5 mg 01 tableta VO cada 12 horas
- Atorvastatina 40 mg 01 tableta VO cada 24 horas después de cena
- Risperidona 5 gotas PRN agitación psicomotriz e insomnio.
- Insulina Lispro a escala móvil:
  - 180 - 200 - SC - 2UI
  - 251 - 250 - SC - 3UI
  - 251 - 300 - SC - 4UI
  - 301 - SC - 5UI

- Curación diaria de pie diabético con sulfadiazina de plata
- Bicarbonato 01 ampolla EV cada 24 horas
- Gabapentina 300 mg 01 tableta VO (9 pm)

Eco Doppler vascular arterial de MMII: Los resultados fueron:

1. Moderados cambios ateroscleróticos e hiperplasia intimal para ambos MMII
2. Signo de estenosis moderada en arterias femoral común izquierda, femorales superficiales, arteria tibial anterior derecha y pedias.
3. Signos de oclusión crítica en arterias poplíteas, tibiales anterior izquierda y tibiales posteriores.
4. Signo de hipoflujo en arterias tibial anterior y posterior izquierdas.
5. Estenosis indirecta de arterias femorales comunes, femoral superficial, tibial anterior y pedias derechas,
6. Celulitis de pierna bilateral
7. Linfedema en ambos MMII
8. Quiste de Baker izquierdo
9. Adenopatías inguinales bilaterales

Eco doppler venoso de MMII:

1. Estudio doppler de miembros inferiores: permeables. No signos de trombosis
2. Linfedema en ambos MMII

## ROTACIÓN DE CIRUGÍA

La rotación de cirugía empezó el 01 de octubre y culminó el 15 de diciembre del 2022. Esta rotación se dividió en Cirugía general y especialidades que incluía: Neurocirugía, Cirugía cardiovascular, Oftalmología, Urología, Otorrinolaringología, Traumatología, Cirugía Plástica, Anestesiología y Consultorio externo.

### Caso clínico N° 1

Llega a la emergencia paciente varón de 21 años de edad con un tiempo de enfermedad de 12 horas, inicio brusco, curso progresivo-ondulante, en la cual refiere dolor de hipocondrio derecho tipo punzante 9/10 que le impide la respiración (no refiere haber presentado síntomas parecidos con anterioridad) , el cual se acompañó con náuseas y vómitos después de despertarse con el dolor con 15 minutos de duración que fue aproximadamente 7:00 am.

Posterior al vómito, el dolor se tomó difuso persistiendo el dolor, asimismo, se torno ondulante hasta las 7:00 pm. Motivo por el cual acude a emergencias en el Hospital Militar Central.

A la exploración física al ingreso, en lo que respecta a las funciones biológicas: apetito: adecuado, sed: aumentado, sueño: conservado, orina: 4-5 veces /día, deposiciones: 2-3 v/día (pastosas), ultima deposición: 11 am (05/11/22) refiere deposiciones más claras de lo normal "color mostaza".

Al examen físico preferencial el paciente se encontraba con signos vitales dentro de los parámetros normales. El examen de piel, pulmones y cardiovasculares normales, en cuanto a la exploración física del abdomen , globuloso , blando/depresible a la ectoscopia : lesión en zona umbilical tipo cicatricial de 1 cm y subxifoidea de 0.5 cm , se aprecian estrías difusas, RHA(+) , palpación superficial aumento de sensibilidad de HCD , dolor a la palpación profunda en hemiabdomen superior , Murphy (+) , timpanismo presente. Genitourinario: PPL (+) , PRU (-) . Para descartar posibles patologías dentro del cuadro de abdomen agudo se solicitó.

Hemograma: Hb: 15.8, Leu: 16.4, Plaq : 297.0 , Abast : 5.0 , Segm :78.7 , Linf:

9.7.

Glucosa: 105, Urea: 14, Creatinina: 0.86, PCR: 6.5

Examen de orina: color amarillo, aspecto transparente, leuco 0-1 por campo, hematíes no se observaron.

Perfil hepático: TGO: 90.2, TGP :41.2, BT: 1.64, BD:0.36, BI:1.28, FA:165, GGT:174, Amilasa: 40

Se le solicitó examen de imágenes que incluía una ecografía de abdomen superior en la cual la vesícula biliar tenía paredes engrosadas de hasta 6 mm, con presencia de imágenes litiásicas menores de 5 mm, colédoco: 3 mm. Páncreas: cabeza de 15 mm de morfología y densidad conservada, resto parcialmente visible por interposición gaseosa. No líquido libre en cavidad abdominal. Regular contenido en asas intestinales. Impresión diagnóstica: signos ecográficos sugerentes de colecistitis litiásica aguda, hepatoesplenomegalia

## Caso clínico N° 2

Paciente varón de 22 años con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 16 años refiere presentar dificultad respiratoria nasal , presencia de secreción nasal y respiración bucal . El paciente refiere que los síntomas los presenta desde los 6 años de edad. Como antecedente refiere haber sido operado de amigdalectomía bilateral debido a las constantes enfermedades respiratorias, a pesar de ello , los síntomas persistían y progresaban causando los síntomas mencionados , motivo por el cual acude al hospital donde se le administra tratamiento médico y se le sugiere cirugía.

Antecedentes patológicos: asma controlada (usa salbutamol), bilastina, budesonida, furoato de fluticasona.

Antecedentes quirúrgicos: amigdalectomía (2005)

RAMS: no refiere.

Examen físico al ingreso: paciente AREG, AREH, AREN, Ventila espontáneamente.

Rinoscopia: pirámide central, mucosa nasal ligeramente pálida, desviación septal hacia la izquierda en área II y III, cornetes inferiores hipertróficos, pólipos en fosa nasal derecha.

Orofaringe: cavidad oral permeable, úvula única, central, móvil, ausencia de amígdalas.

Otoscopia: Conducto auditivo externo permeables, membranas timpánicas integrales.

Se plantea el diagnóstico de desviación del septum nasal más pólipos nasales. El plan tratamiento médico quirúrgico.

## ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Pediatría fue la última rotación, que inició el 16 de diciembre del 2022 y terminó el 28 de febrero del 2023. Dentro de esta rotación estuvo compartida con el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. En el hospital se llevó a cabo las rotaciones de neonatología y pediatría.

## Caso clínico N° 1

Acude a emergencia una niña de 11 años traída por sus padres, la paciente refiere que inicio sus síntomas con congestión nasal hace 3 días. Hace dos días presento dolor en la lengua con lesiones en el borde lateral de la lengua , odinofagia y sensación de alza térmica no cuantificada , por lo cual la madre le administra paracetamol (1 cucharada) cediendo la SAT . Para el día del ingreso, se incrementó la tos siendo esta productiva de aspecto verdoso, persistió la odinofagia, la madre refiere que le “roncaba el pecho” . La madre le administra salbutamol (1 puff/ cada 4 horas) pero la SAT continua y la dificultad respiratoria se mantiene. Motivo por el cual acuden a emergencias del Hospital Militar Central.

Antecedentes de importancia: familiares (madre enferma de bronquios, padre aparentemente sano) , patológicos (niega hospitalizaciones , niega cirugías , cuadro anterior similar al actual hace 1 año), alergias (niega) vacunas : completas

Examen físico preferencial: REG , REN , REH , EG: 15/15 , Pulso : 116 por minuto , temperatura : 37.2 grados centígrados , Frecuencia respiratoria : 25 por minuto. Peso: 33.5 kg., coloración de piel y mucosas: caliente, húmeda al tacto. Orofaringe congestiva, eritematosa, fosas nasales congestivas, uso de musculatura accesoria en la inspiración. Tórax y pulmón: murmullo vesicular pasa bien en AHT, roncales a la inspiración y espiración.

Se le diagnostica de bronquitis a descartar neumonía atípica, rinofaringitis y crisis asmática moderada.

Se le solicita exámenes auxiliares: hemograma (leucocitos 14.2, abastonado: 4% , segmentados : 83% , linfocitos : 6%, hemoglobina : 12.2 ,plaquetas :374) , PCR: 14.5 mg/l , prueba COVID -19 negativa.

Se le realiza terapia de rescate con salbutamol 4 puffs y bromuro de ipratropio 2 puffs cada 20 minutos por 4 ciclos. Para posterior hospitalización.

Plan:

- Nada por vía oral(NPO)
- Hidratación: dextrosa 5% 1000 cc ,CINa 10% 20 cc , CIK 20%10 cc
- Ceftriaxona 1gr EV cada 12 horas

- Azitromicina 500 mg  $\frac{3}{4}$  tableta VO cada 24 horas.
- Ranitidina 50 mg IV cada 8 horas.
- Nebulización con salbutamol 18 gotas + 4 cc de suero fisiológico y bromuro de ipratropio 2 puff cada 20 minutos.
- Hidrocortisona 250 mg EV STAT

Con el pasar de los días la niña mostró mejoría clínica, comenzó a descansar tranquila durante las noches , la movilización de secreciones estaba resulta , afebril con saturación adecuada .No se auscultaron ruidos patológicos y el examen auxiliar de control demostró resultados normales .

### **Caso clínico N° 2**

Ingresa por emergencia niño de 4 años acompañado de su madre , ella refiere que su hija presenta desde hace 2 días deposiciones líquidas , con frecuencia de 5 veces al día en promedio , refiere que el aspecto de las heces son líquidas , con moco , pero sin sangre. También estuvo asociado a síntomas como náuseas y vómitos. Presenta disminución del apetito. Sensación de alza térmica no cuantificada.

Examen físico al ingreso: temperatura de 38,2 grados, Frecuencia respiratoria en 24 por minuto, frecuencia cardiaca: 112 latidos por minuto.

Piel y mucosas: tibia, hidratada y elástica, no hay signos de deshidratación tanto en piel como en mucosas. Llenado capilar menor de 2 segundos.

Aparato respiratorio y cardiovascular sin alteraciones

Abdomen: blando / depresible, globuloso, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos aumentados.

Genitourinario: sin alteraciones

Neurológico: somnolienta, irritable, reactiva a estímulos.

La impresión diagnóstica del paciente fue:

- Diarrea acuosa aguda

Plan de trabajo :

- Se le solicitan analítica de exámenes como hemograma , reacción inflamatoria en heces , PCR , con resultados dentro de los rangos normales.
- Sales de rehidratación oral
- Pasar a observación

En las horas posteriores, el paciente demostró tener tolerancia a la vía oral . asimismo, se le aplicó metamizol IV. El paciente mostro mejoría por lo cual fue dado de alta.

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

El Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber” , se encuentra ubicado en el distrito de Jesús María , en la ciudad de Lima. Fue fundado el 1 diciembre de 1958, bajo el mandato del presidente Manuel Prado contando con la gestión del médico militar Luis Arias Schreiber para la construcción del Hospital Militar Central, nombrado como jefe de sanidad en el periodo (1942-1945). Falleció a los 52 años, el 17 de febrero de 1945. El Hospital Militar Central es un centro hospitalario de tercer nivel (categoría III-1), asimismo, cuenta con más de 20 especialidades. Las cuales son:

- Cardiología
- Dermatología
- Endocrinología
- Gastroenterología
- Hematología
- Alergia
- Medicina Interna
- Nefrología
- Neumología
- Neurología
- Oncología médica
- Reumatología
- Cirugía general
- Cirugía plástica
- Neurocirugía
- Oftalmología
- Traumatología y ortopedia
- Urología
- Ginecología
- Medicina Física y rehabilitación.

Para el inicio del internado 2022-2023, comenzaron a atender algunas

especialidades que durante la crisis aguda del COVID - 19 estuvieron desplazadas y solo se atendían mediante teleconsulta , como endocrinología , reumatología , dermatología , entre otros. Las emergencias se dividen en : emergencias COVID- 19 y emergencias NO COVID.

El hospital brinda servicios asistenciales inclinados hacia la recuperación de la salud tanto al personal militar y familiares como también pacientes pertenecientes a otras instituciones. (1)

El internado medico en el Hospital Militar Central “coronel Luis Arias Schreiber” , se apertura el 01 de mayo del año 2022 y culminó el 28 de febrero del año 2023.

La primera rotación que realice fue en la especialidad de Gineco - obstetricia, el jefe de servicio encargado es el Dr. Talavera, asimilado con grado de comandante. Las hospitalizaciones eran en su mayoría de causa ginecológica , no contaban con UCI neonatal por la que las gestantes que acudían con alto riesgo obstétrico se le transferían a un centro de mayor complejidad. Los partos en su mayoría eran por cesáreas programadas.

La segunda mitad de la rotación, se realizó en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. La rotación se realizó en los seis servicios , que de describiré a continuación.

El servicio B , esta destinado a gestantes con alto riesgo obstétrico estos incluían estados hipertensivos del embarazo , hemorragias del 2 y 3 trimestres , rupturas prematuras de membrana , amenaza de parto pretérmino, infección de tracto urinario complicado , hemorragias obstétricas , etc.

El servicio C , se encontraban mujeres púrperras inmediatas y mediatas que se han realizado parto por cesárea.

En el servicio D , se encontraban de igual forma que en el C , mujeres púrperras inmediatas y mediatas por parto vaginal . Contaba con un tópico para realizar la correcta desinfección en casos de infección de sitio operatorio, en general se trataba infecciones del puerperio. Había un espacio dentro del servicio para pacientes con hiperémesis gravídica.

El servicio G , se atendía las causas ginecológicas. Como es el caso de abortos incompletos, distopías, miomatosis uterina , así como neoplasias malignas ginecológicas.

En el servicio de centro obstétrico se atendían a las gestantes con trabajo de

parto en fase activa , con la adecuada monitorización continua.

En emergencia se recibía a los pacientes, tanto de causa ginecológica y obstétrica. Para posterior observación y hospitalización, en otros casos para ser dadas de alta sin ninguna otra complicación.

La segunda rotación fue de medicina interna, en la jefatura del servicio se encontraba la Dra. Victoria Chávez, asimilada con grado de comandante. En este servicio, el interno esta más imbuido en procedimientos hospitalarios , participando activamente en las visitas medicas , asumiendo con la debida responsabilidad los trámites administrativos y en la capacitación de la exploración física , diagnóstico y tratamiento. Dentro de esta rotación , se suspendieron la rotación por otras especialidades como oncología , neumología , gastroenterología , neurología , etc debido al aumento de caso COVID - 19 que estaba pasando en ese momento el país.

La tercera rotación fue de cirugía general , a cargo del Dr. Trujillo , en esta rotación los internos realizaban las curaciones , cambios de dren , participaban activamente durante la cirugía bajo la debida supervisión , que en su mayoría eran colecistitis aguda , apendicitis aguda , hernias , neoplasias benignas y malignas . Asimismo, a mitad del ciclo se podía rotar en otras especialidades como Neurocirugía, Cirugía cardiovascular, Oftalmología, Urología, Otorrinolaringología, Traumatología, Cirugía Plástica, Anestesiología y Consultorio externo.

La última rotación fue de Pediatría y neonatología, a cargo de la Dra. Liendo, el interno logró capacitarse para las enfermedades mas concurrentes de la infancia y propios del recién nacido , tanto en su evaluación , diagnóstico y tratamiento que se reforzaban académicamente en cada visita medica que se realizaba. Esta rotación contó en su segunda mitad con rotación externa al Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, en el área de neonatología y pediatría. Donde se perfeccionó las prácticas como atención primaria del recién nacida , detección oportuna de enfermedades del neonato y su tratamiento posterior.

### CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

## ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

#### Caso clínico N° 1

Los miomas uterinos, también llamados leiomiomas o fibromas, son tumores benignos formado por fibras musculares lisas. Además, son los tumores mas comunes en la mujer, está directamente relacionado con el incremento de la edad. En su mayoría son asintomáticos, y su manifestación clínica va a depender del tamaño, la cantidad presente y la posición. Dentro de sus consecuencias se pueden manifestar mediante la parte reproductiva de la mujer. Los fibromas de tipo submucoso son los que están más asociados a abortos, partos pre términos, problemas durante el labor de parto, hemorragia post parto , obstrucción a nivel del canal cervical.(5). En cuanto a sus factores de riesgo , los principales son antecedentes familiares de primer grado que incrementa más del doble el riesgo de padecer miomatosis uterina . Asimismo, los antecedentes gineco- obstétricos como menarquia antes de los 10 años, contacto con dietilestilbestrol en el periodo intrauterino. Esta inversamente relacionado con el número de embarazos, ya que esta reduce su frecuencia de miomatosis. También, se relaciona con la maternidad temprana y periodos intergenésicos cortos. Esta descrito la fuerte asociación con las hormonas, estrógenos y progesterona. (6)

En el caso el paciente se le realizó la ecografía transvaginal donde se halló masa hipogénica de bordes irregulares 11x8x17 mm , volumen 1386 cc, Doppler positivo central . Asimismo, se le realizo marcadores tumorales :Ca 125 con resultados de 36,79 u/ml (ligeramente elevado), Ca 19.9 : 8.9 u/ml , AFP : 1.24 U/ml , CEA :0.94 mg/ml. Posteriormente se le realizo la resonancia magnética , donde se observa presencia de múltiples imágenes de intensidad de señal heterogénea predominantemente hipointensas con capsula hipointensa bien definidas , la mayoría de localización intramural y algunos subserosos, siendo el de mayor tamaño de extensión submucosa y subserosa (FIGO 2-5) mide 76x97x86 mm. Por lo tanto, se concluye la presencia de múltiples imágenes nodulares dependientes de miometrio uterino según descripción en relación a leiomiomatosis uterina.

Durante su hospitalización recibió dieta completa, transfusión de dos paquetes globulares, ácido tranexámico 250 mg una tableta vía oral cada ocho horas,

control de sangrado vaginal.

Se procede a la operación. Durante la laparotomía ginecológica se encontró un útero aumentado de tamaño, miomatoso, con múltiples nódulos. Los anexos y asas intestinales se mostraban normales. Se le realizó la biopsia por congelación y miomectomía conservadora.

Posteriormente, la paciente fue dado de alta con una recuperación satisfactoria posterior a la operación después de tres días. Se le dejó indicaciones para monitorizaciones en consultorio externo, sin presencia de recidivas.

### **Caso clínico N° 2**

La infección del tracto urinario (ITU) , es una complicación común durante el embarazo , el efecto que produce sobre la salud materna y en la evolución gestacional se debe tomar en consideración. Las complicaciones que puede producir son parto prematuro , aumento de mortalidad perinatal y bajo peso al nacer. Durante el embarazo la infección del tracto urinario se presenta como: bacteriuria asintomática, cistitis, pielonefritis e infección a repetición.

Durante la gestación, suceden cambios anatómicos y funcionales como la hidronefrosis del embarazo, aumento de volumen urinario ureteral esto hace que produzca una columna para el fácil ascenso de las bacterias, disminución del tono ureteral y vesical, esto permite el aumento de la capacidad vesical y por el otro lado disminuye el vaciamiento, aumento del pH permitiendo que la colonización bacteriana y el incremento del reflujo vesicoureteral.(7)

Para el tratamiento , de acuerdo a los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), es empírico , debido a la prevalencia de los gérmenes. En gestantes se debe cumplir los criterios de seguridad y eficacia , es por eso que el uso de betalactámicos , fosfomicina - trometamol y nitrofurantoina son de predilección en la gestante con infección urinaria. Asimismo, las Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas recomienda que en casos de bacteriuria asintomática como es el caso, se prescriba el tratamiento antibiótico en un periodo de 3 - 7 días.(8)

## ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

### Caso clínico N° 1

La pancreatitis aguda viene a ser la inflamación repentina e imprevista causada por las enzimas que se activan dentro del páncreas, estas enzimas que se producen para la digestión va a producir cambios necro inflamatorios, así como inflamación tanto local y sistémica.

Dentro de las causas más comunes tenemos a la patología biliar en un 80%, en segundo lugar, tenemos al alcohol. Los cálculos que se encuentran en la vesícula pueden migrar hacia el conducto biliar que es compartido junto con el páncreas, produciendo una obstrucción a la salida de las enzimas digestivas que produce el páncreas. En el caso del alcohol, esta tiene un efecto directo sobre el páncreas que lo puede conllevar a pancreatitis crónica. Otras causas son las medicamentosas como furosemda, tiazidas, tetraciclinas, valproato, entre otros, la hipercalcemia, hipertrigliceridemia, cualquier tipo obstrucción de la salida del conducto del páncreas , traumas en abdomen , CPRE(colangiopancreatografía retrógrada endoscópica)

Las manifestaciones clínicas son dolor abdominal continuo e intenso, en epigastrio sobre todo aunque también puede ser difuso, puede ser irradiado en forma de “faja” o “cinturón” , con presencia de nauseas y vómitos , otros casos mas severos dificultad para respirar e hipotensión.

En el presente caso clínico se diagnosticó mediante el aumento de enzimas pancreáticas de amilasa y lipasa que se le solicitaron. También se puede usar la ecografía de abdomen para ver la presencia de cálculos biliares, pero no para ver el páncreas ya que este es difícil ver mediante esta técnica. (9)

También se hizo uso de la Clasificación Revisada de Atlanta, se debe cumplir al menos 2 de 3 criterios.

- Nivel de lipasa o amilasa en tres veces el límite superior normal
- Clínica de dolor abdominal acorde con pancreatitis
- Imágenes abdominales concordantes con pancreatitis aguda.

La fluidoterapia agresiva es el pilar del tratamiento de la pancreatitis aguda. La elección es el lactato ringer administrada en bolo de 15 a 20 ml/kg, administrándose después a una velocidad de 3 ml/kg por hora. (10)

En cuanto a la analgesia , el dolor es el síntomas mas común frente a una pancreatitis aguda , este al igual que la hidratación debe ser agresivo con opiáceos y buscapinas. Se debe alcanzar los niveles propios de analgesias para no usarlo de forma inadecuada y de manera subóptima. Otras opciones , pueden ser bloqueo epidural en circunstancias moderadas y severas, además de que reduce la mortalidad y necrosis . En cuanto a la nutrición esto deben recibir , al inicio nutrición enteral con dieta solida hipograsa. El comienzo temprano de la dieta se asocia a una baja mortalidad en un 64 %

Se sugiere la colangiopancreatografía retrograda endoscópica urgente antes de las 24 horas y en casos de colangitis la esfinterotomía(11)

En el caso clínico , el paciente manifestó el dolor de moderado a intenso a nivel del epigastrio , asociado a náuseas y vómitos . La naturaleza de causa biliar es más aguda que la alcohólica, ya que por el contrario las causas metabólicas y toxicológicas son de instauración mas lenta, sordo y difuso. La analítica de laboratorio arrojó tanto la lipasa y amilasa aumentadas en más de tres veces su valor normal, lo cual con estos datos no fue necesario realizar el estudio tomográfico. Se clasifico de pancreatitis aguda leve con score de BISAP en 1 y score de APACHE II de 4 puntos. El manejo fue de acuerdo a las guias mencionadas, con hidratación continua y agresiva con cloruro de sodio 250 - 500 ml/hora o 2-3 L/día, dieta de inicio temprano para evitar complicaciones, analgesia con opioide sin subestimar el dolor. Posteriormente, el paciente tuvo una buena evolución y mejoró por lo cual fue dado de alta.

## Caso clínico N° 2

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica siendo uno de los principales problemas de la salud pública a nivel mundial. Su prevalencia se estima entre 2 y 5 % de la población mundial. A nivel nacional , su prevalencia es de 1 a 8 % de la población general siendo los países mas afectados Lima y Piura. (12)

La diabetes mellitus tipo 2 esta relacionada a diferentes morbilidades, especialmente a complicaciones crónicas tanto microvasculares como macrovasculares producidas por el inadecuado control glicémico. Las complicaciones tardías de la diabetes mellitus tipo 2 reducen la calidad de vida y elevan su carga de enfermedad, afectando principalmente a países en vías de desarrollo ya que cursan una transición epidemiológica en su economía. (13)

Los pacientes con diabetes mellitus tienen su estancia intrahospitalaria por más tiempo, presentando tasas de mortalidad en países en vías de desarrollo hasta el 27 % . La mortalidad está dada por infecciones que representa el 25 %, las enfermedades cardiovasculares con 18 % y complicaciones cerebrovasculares 11%. Las infecciones en los diabéticos son mas severas, siendo la diabetes también factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y muerte prematura. (14)

Las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus se dividen en: macrovasculares (relacionado a la arterioesclerosis), que se expresa en enfermedad coronaria , enfermedad cerebrovascular y vascular periférica. Por el otro lado , tenemos la microvasculares que se clasifica en retinopatía , nefropatía y neuropatía . Por último, tenemos el pie diabético , que es el resultado de la neuropatía y daño vascular periférico de origen macroangiopático.

En cuanto a las complicaciones microvasculares , esta asociado al control de la glucemia . Los efectos adversos conocidos son la hipertensión arterial y tabaquismo. Según múltiples estudios de diabetes , se sabe que un tratamiento intensivo tiene mejor respuesta que el tratamiento convencional , ya que se lograba disminuir hemoglobina glicosilada del 9,1 al 7,2 % . La reducción de un punto de la hemoglobina glicosilada , reduce aproximadamente 37% las complicaciones microvasculares en su conjunto.

En el caso del paciente con nefropatía diabética , que conlleva a insuficiencia renal , se sabe que es una de las complicaciones más frecuentes de la diabetes

mellitus y que se albergan dentro del grupo de complicaciones microvasculares. Está caracterizado por albuminuria por encima de 300 mg/24 h , hipertensión e insuficiencia renal progresiva , como es de saber la paciente cuenta con estas complicaciones .El proceso se manifiesta clínicamente en estadios , tal es el caso de la paciente que se encuentra en estadio 5 de enfermedad renal crónica traduciéndose en enfermedad crónica avanzada con tasa de filtración glomerular por debajo de 15.

El pilar del tratamiento es el correcto control de la glucemia para retrasar la albuminuria y el desarrollo posterior de nefropatía diabética. Asimismo, se recomiendan presiones inferiores a 130/85 mmHg con tratamiento farmacológico, es por ello que se prefiere usar IECAS porque ha demostrado que reduce el avance de la microalbuminuria, reduciendo de esta forma el progreso de la nefropatía. En el caso también se optó por una dieta hipoproteica, es decir inferior a 0,8 g/kg/día. También, se prefiere el control de dislipidemias con estatinas, con el fin de mantener el LDL por debajo de 130 mg/dl.

Las complicaciones macrovasculares , es el daño a nivel de los vaso de mediano y gran calibre. La afectación es similar a la arterioesclerosis a diferencia que en diabéticos el inicio es mas temprano y tiene una mayor extensión. El riesgo de padecer enfermedades coronarias y cerebrovasculares es 2 a 3 veces mayor al de la población general y 5 veces mayor para enfermedad vascular periférica.

Dentro de las complicaciones tenemos las arteriopatías periféricas, teniendo un riesgo 4 veces mayor en el varón con diabetes y hasta 8 veces en la mujer. El daño se sitúa sobre todo en miembros inferiores , en la región infrapatelar o distal en arterias tibioperoneas y pedias. Su forma clínica va desde la claudicación intermitente, dolor al reposo hasta llegar en gangrena seca que si enfermedad avanza puede producirse ulceración que comienza en el primer dedo del pie.

Para el tratamiento lo mas eficaz son los procesos endovasculares y las de revascularización, con tolerancia y resultados excelentes.

Por último , la forma mixta que se conoce como pie diabético. Es una alteración clínica de fundamento neuropático y promovido hiperglucemia mantenida, en la

Cual puede o no existir isquemia, y antecedente traumático, produce ulceración del pie. La vulnerabilidad dada por neuropatía periférica, insuficiencia vascular y

la mala respuesta a las infecciones hace que el diabético este propenso a desarrollar úlceras.

La clasificación de las lesiones:

- Grado 0. Sin presencia de lesiones, pero con alto riesgo de presentarlos (por ejemplo : callos , fisuras)
- Grado 1. Úlcera superficial comúnmente presentes en la zona plantar , cabeza de metatarsianos o en los espacios interdigitales.
- Grado 2. Úlcera profunda que llega más allá del tejido celular subcutáneo, con daño en tendones y ligamentos. Sin presencia de absceso o afección ósea.
- Grado 3. Úlcera profunda con infección: celulitis, absceso y osteítis
- Grado 4. Gangrena limitada, predominantemente en talón, dedos y zonas distales del pie.
- Grado 5 . Gangrena extensa

En el caso, nuestra paciente presenta Pie diabético en el quinto dedo derecho grado 4 de Wagner. El tratamiento para lesiones necróticas u olor fétido se recomienda quinolonas, clindamicina o metronidazol.

La prevención radica en identificar los pacientes con alto riesgo , se debe analizar los factores precipitantes como anomalías del estado del pie , factores mecánicos que lo causan , por ejemplo : callos , fisuras , hallux valgus, etc. Se usan métodos de inspección como el uso de monofilamento 5.07 y palpación de pulsos. Las recomendaciones incluyen correcto uso de calzado , visitas al podólogo para evitar complicaciones del pie.(15)

# ROTACIÓN DE CIRUGÍA

## Caso clínico N° 1

El diagnóstico de colecistitis aguda calculosa se realizó de acuerdo a las Guías de Tokio, donde se basó en los criterios tanto clínicos, analíticos y de imágenes (16). Posterior a ello, se realizó la cirugía donde se confirmó dentro de los hallazgos operatorios una vesícula biliar de 12 x 6 cm, paredes gruesas, líquido purulento peri vesicular de aproximadamente 20 cc, en la cual contenía litos en su interior de 5 mm, también se encontró un conducto cístico corto, no se identificó arteria cística, ni demás estructuras. La operación realizada al paciente fue una colecistectomía laparoscópica subtotal más colocación de dren Pen Rose. Durante la operación no se presentó complicaciones.

Posterior al día de la operación, se evaluó al paciente, el cual no presentó ninguna molestia, ni alguna intercurencia. Al examen físico preferencial el abdomen no se encontraba distendido, los puntos quirúrgicos se encontraban bien afrontados, sin signos flogosis o inflamación, buena cicatrización de la herida de los abordajes laparoscópicos.

En cuanto a las indicaciones terapéuticas el paciente recibió como terapia inicial dieta blanda más líquidos a voluntad, vía salinizada, cobertura antibiótica con ceftriaxona 1 gr EV cada 12 horas y metronidazol 500 mg EV c/ 8h, asimismo para el dolor ketoprofeno 100 mg EV cada 8 horas, y condicional a dolor intenso la administración de tramadol 50 mg SC y Esomeprazol 40 mg EV c/24h como protector gástrico.

Un día antes de su alta su evolución fue favorable, hemo dinámicamente estable, con tolerancia a la vía oral, afebril. Se recibió analítica de laboratorio de perfil hepático con bilirrubinas al momento son de: BT: 1.25 y BD: 0.50 y BI: 0.75. Mientras que sus exámenes de bilirrubina previos fueron de: BT: 1.64, BD: 0.36 y BI: 1.28. Se presenció elevación de GGT (424) con respecto a su último control hepático de GGT (74). Asimismo, cuenta con FA (189) en comparación con FA (165).

Se realizó interconsulta a Gastroenterología donde indican descartar síndrome icterico obstructivo, coledocolitiasis y colangiografía magnética sin contraste.

Se le realizaron los respectivos estudios en donde se pudo descartar las patologías mencionadas. Se le realizó una nueva analítica de perfil hepático en la cual los valores se encontraban dentro del rango normal.

El día del alta, se le indicó el retiro de puntos quirúrgicos en 10 días además de sus indicaciones médicas respectivas.

### **Caso clínico N° 2**

El septo nasal es una estructura que se localiza en la línea media de la fosa nasal, divide ambas fosas nasales. Fisiológicamente interviene en el aumento de la compliancia del sistema respiratorio, también permite alternar los ciclos respiratorios nasales para la regeneración del epitelio.

Las dismorfias septales pueden ser congénitas o adquiridas. Las primeras se deben a las compresiones dadas dentro del útero, traumas durante el parto o alteraciones en el desarrollo de la estructura craneofacial. Las segundas, siendo más frecuentes se dividen en traumáticas y no traumáticas. Usualmente puede deberse a traumatismos infantiles que pasan desapercibidos.

Con el objetivo de describir mejor las dismorfias septales se Cottle dividió las cavidades nasales en cinco zonas tanto anatómicamente y fisiológicamente. (17)

Área I, vestibular: desde el nivel de la ventana nasal hasta el espacio valvular.  
Área II valvular: área definida por un plano perpendicular al margen caudal del cartílago lateral superior. Área III , atical: entre el área valvular y la cabeza de los cornetes  
Área IV , turbinal:situado entre la cabeza y la cola de los cornetes y  
Área V , coanal : es el área mas posterior , se encuentra entre las colas de los cornetes, el tabique nasal , la coana y el cavum.(18)

Las indicaciones quirúrgicas para una septoplastía es la desviación septal que cause algún tipo de clínica como obstrucción nasal, respiración oral que conduzca a apnea del sueño. En el caso del paciente, este presentaba respiración bucal así como dificultad respiratoria , por lo cual estaba indicada un septoplastia. Se le solicito le pre quirúrgicos y se le realizo la cirugia con la técnica de Cottle. Dentro de los hallazgos se encontraron septo desviados, espolón en AFN y cornetes hipertróficos polipoideos. No se presentó ninguna complicación en la cirugía.

Al día siguiente se le examina al paciente que refiere leve dolor en zona operatoria, también refiere cambios de bigotera. A la rinoscopia los tapones intranasales están cubiertos por bigotera limpia y seca. Y a la exploración de orofaringe la cavidad oral esta permeable, úvula única central y móvil, no evidencias de sangrado posterior. Otoscopia: CAE permeable y membrana timpánica integra.

El paciente recibió cobertura antibiótica con ceftriaxona 2 gr cada 24horas EV , dexametasona 4mg cada 12 horas EV , clorfenamina 10 mg cada 12 horas EV , metamizol 1 gr cada 8 horas EV, acido tranexámico 1 gr cada 12 horas EV , tramadol 100 mg SC condicional a dolor intenso , Mucovit NF 500 mg cada 8 horas VO , nimodipino 60 mg cada 12 horas VO, esomeprazol 40 mg cada 24 horas EV , Salbutamol 2 puff condicional a broncoconstricción .

Posteriormente, fue dado de alta con indicaciones médicas que incluían analgésicos y preventivos.

## **ROTACIÓN DE PEDIATRÍA**

### **Caso clínico N° 1**

La crisis asmática es la súbita y progresiva dificultad respiratoria, que viene acompañada de disnea, opresión torácica, tos o la combinación de estos síntomas.

La etiología es multifactorial, porque contribuyen los factores genéticos y ambientales. La historia familiar es un factor de riesgo para el asma, pero no es necesaria ni suficiente para padecer asma. Las exposiciones ambientales múltiples están relacionadas al asma tanto prenatales como en la niñez.

Durante el periodo pre natal un factor de riesgo importante es el tabaquismo materno, que parece estar asociado al incremento de sibilancias y el desarrollo del asma. Otros factores menos estudiados son la dieta materna, estrés , antibióticos y parto por cesárea. La exposiciones a animales, ácaros , moho u otros alergenos , contaminantes del aire son algunos de los desencadenantes.

Los síntomas clásicos del asma son opresión pectoral, tos, sibilancias y dificultad

para respirar. Los síntomas pueden desencadenarse por exposición a alérgenos e irritantes, infección del tracto respiratorio superior como el humo del cigarro. Usualmente se exacerban durante la noche.

El examen físico debe concentrarse sobre todo en el aspecto general (incluye el estado de nutrición y constitución corporal) , signos de enfermedad alérgica y signos de disfunción respiratoria. Los niños pueden presentar taquipnea en diferentes grados y disnea, presencia de respiración abdominal , uso de musculatura accesoria , retracciones subcostales , intercostales o supraclaviculares , aleteo nasal , significa que hay aumento de trabajo respiratorio.

La ausencia de sibilancias indica que esta pasando una cantidad mínima de aire , estado mental alterado o letárgico , cianosis o torax silencioso , todos estos signos y síntomas indican que el niño puede presentar insuficiencia respiratoria inminente y la posterior descompensación para finalmente terminar en un paro respiratorio.(19)

El tratamiento de una crisis asmática va a depender de su gravedad. En caso de una crisis moderada como fue el caso clínico mencionado. Se aplica salbutamol de 6 a 8 puff cada 20 minutos (3 tandas en una hora) , se debe usar la aerocámara adecuada y la técnica correcta. Como alternativa: salbutamol nebulizado 0.15 mg /kg/dosis , se debe realizar una nebulización cada 20 minutos hasta un total de 3 en una hora. Oxígeno continuo para alcanzar saturación de oxígeno en 94 - 98 % . Administrar prednisona / prednisolona en vía oral a 1 mg/kg u otro corticoide oral.

En el caso del paciente como la respuesta fue favorable por que la saturación indicó más de 95% mantenida por más de 3 horas y el FEM mayor al 70 % , los síntomas y signos fueron mínimos y algunos ausentes por lo cual se le decide dar de alta. Al alta se le indica salbutamol inhalado con cámara a demanda con 2- 4 puff cada 3-4 horas, reduciendo gradualmente de acuerdo a las necesidades. Ciclo de corticoides orales de 3 a 5 días, a dosis matutinas. Control por consultorio externo en 24 horas porque se trató de una crisis moderada. (20)

La neumonía atípica es conocida por causar una elevada morbilidad en niños y adolescentes. Son complejos al momento de cultivar y su presentación es subaguda con síntomas progresivos. En tanto, la neumonía típica el 70 % lo representa el estreptococo, lo demás está representado por los agentes

atípicos. La neumonía atípica está representada por diversos patógenos, dentro de los más comunes tenemos: *Mycoplasma Pneumoniae* , relacionado con pequeñas comunidades como las escuelas , cuarteles militares , la legionela , con agua estancada, acondicionadores de aire y humidificadores y *Chlamydia Pneumoniae* , común en personas de edad avanzada.(21)

En cuanto a los síntomas, tradicionalmente se espera que inicien con pródromos de causa viral como dolor de garganta, cefalea, tos no productiva y febrícula.(22) Es raro observar el patrón de consolidación en la auscultación y en las imágenes. Tienden a realizar síntomas extra pulmonares, como por ejemplo erupciones y miringitis ampollosa a causa de

micoplasma o la Legionela que causa enfermedades gastrointestinales y desbalance hidroelectrolítico.

El tratamiento de primera línea, son los antibióticos macrólidos como la azitromicina durante 5 días , en caso de pacientes ambulatorios se puede optar por fluoroquinolonas y tetraciclinas , además de usarse en el adulto mayor con apariencia tóxica. (23)

Las escalas de puntuación de CURB 65 y el índice de gravedad de la neumonía , nos permite establecer si el tratamiento será hospitalario o ambulatorio.(24)

En niños menores de 5 años, los atípicos son menos comunes y se prefiere usar amoxicilina durante 7-14 días. Si el niño es mayor de 5 años, se usa los macrólidos como en el caso clínico que se optó por la azitromicina. (15) Posteriormente, la niña no presentó incidentes con el tratamiento , hubo una resolución completa de los síntomas , de todas maneras es necesario un estrecho seguimiento y cumplimiento de la terapia al alta.

En cuanto a las opciones del tratamiento de la rinofaringitis, incluyen el tratamiento oral con penicilina V o amoxicilina oral. Se puede optar por cefalosporinas, macrólidos y clindamicina. Los macrólidos por riesgo a resistencia no se usan en primera línea. Si el paciente es alérgico a penicilinas se prefiere en este caso las cefalosporinas.

Así mismo, se puede administrar corticoides en dosis única como dexametasona para reducir los síntomas. El tratamiento convencional con gárgaras y paracetamol para la sintomatología. (25)

## Caso clínico N° 2

La enfermedad diarreica aguda (EDA) viene a ser la presencia de inicio agudo de tres o más deposiciones blandas o acuosas que tienen un tiempo de 14 días o menos. La etiología en su mayoría es de causa viral y es de curso autolimitado. (26)

De acuerdo a estudios, a nivel mundial se estima que el rotavirus es la principal causa infecciosa de diarrea comúnmente aislada en los estudios. Dentro de las bacterias que causan EDA, son *Campylobacter*, *E. coli* y *Salmonella*. El *Cryptosporidium* como protozooario mas detectado en los estudios.

En Perú, se aislaron con mas regularidad a la *E. coli* diarreogénica , *Campylobacter* y rotavirus , este último sobre todo en lactantes mayor o igual a 6 meses. En niños mayores se aislaron *E. coli* difusamente adherente y *E. coli* enterotoxigénica. (27)

En el caso clínico, el paciente contaba con diarreas de instalación aguda, sin embargo, estas no fueron disentéricas, eran básicamente acuosas. A la exploración física, sin bien es cierto, no tenía signos moderados o severos de deshidratación, se le receto sales de rehidratación oral de acuerdo al esquema de Guía Practica Clínica para el diagnostico y tratamiento de EDA .

De acuerdo a la guía mencionada, indica que el tipo de rehidratación en menores de cinco años, usa con sales de rehidratación oral con osmolaridad reducida o panetelas para reducir las complicaciones en niños sin signos de deshidratación, no se recomienda bebidas gasificadas o infusiones (soluciones hipoosmolares), ni bebidas deportivas o energizantes. (28) . En el caso clínico, se le administro de acuerdo al plan A con sales de rehidratación oral, se verifico la tolerancia oral, al condición clínica y educación a los padres en medidas preventivas como el lavado de manos, supervisar la calidad del agua, practicas adecuadas de preparación de alimentos y otras medidas higiénicas para posteriormente ser dada de alta y seguimiento médico.

## CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es el último año del plan de estudio de la carrera de medicina humana, de naturaleza netamente práctica, donde el estudiante consolida todos los conocimientos teóricos aprendidos en los 6 años previos que incluyen ciencias básicas y ciencias clínicas, para plasmarlo en el conocimiento práctico con los pacientes.

El internado médico tuvo una duración de 10 meses debido a la coyuntura sanitaria. Inició el 01 de mayo de 2022 y finalizó el 28 de febrero del 2023. No obstante, en el caso de sanidades, el internado médico no se realiza en centros de salud de primer nivel, sino durante estos diez meses de rotación de internado el interno rota solamente en hospitales, en este caso, el Hospital Militar Central y el Hospital Nacional Docente Madre - Niño San Bartolomé.

Se limitaron algunas áreas como emergencias COVID -19 , donde únicamente los residentes atendían. Debido al alto riesgo de contagio por COVID -19. A pesar de estar pasando por la crisis sanitaria, muchas especialidades reabrieron sus servicios, dejando cada vez en menor medida la teleconsulta.

En este periodo , muchas personas dentro del hospital han sido perjudicados como el personal de salud que incluye médico , enfermeros , técnicos de enfermería y obstetras , también, el personal administrativo , no obstante , es necesario también resaltar que los internos de medicina como de otras carreras de ciencias de la salud estuvieron expuestos al contagio de COVID - 19 en las cuales en ciertas ocasiones las condiciones como el material de bioseguridad , la prevención e insumos ,no eran adecuadas o proporcionadas.

Este escenario, ha permitido que el personal que labora dentro del hospital se ajuste a nuevos retos y limitaciones presentadas en las prácticas médicas.

## CONCLUSIONES

La duración del internado tuvo una duración de 10 meses tanto en el Hospital Militar Central como en el Hospital Nacional Docente Madre - Niño "San Bartolomé", y estuvo conformado por las siguientes rotaciones con una duración de dos meses y medio. La primera rotación fue de gineco-obstetricia donde el interno aprendió a conocer el diagnóstico y tratamiento de las principales enfermedades que afectan a la mujer gestante y la mujer con enfermedades de causas ginecológicas en consultorios externos, emergencia, hospitalización y a participar activamente en el quirófano. En medicina interna, el interno estuvo empapado de las enfermedades que aquejan al adulto que se presentaban en emergencias, rotonda, trauma shock y hospitalización, en esta se participaba activamente en las visitas médicas, así como en la gestión de análisis de laboratorio e imágenes para su posterior interpretación. En cirugía general como en especialidades el interno aprendió a realizar procedimientos básicos quirúrgicos que todo médico general debe saber, evolución, participación y descripción del día a día de las diferentes condiciones que presentan tanto en el estado pre operatorio como en el post operatorio y finalmente pediatría y neonatología, el interno consolida la atención primaria del recién nacido en las guardias de neonatología, conoce las enfermedades más comunes de los infantes y sabe aplicar tanto el diagnóstico como el tratamiento que incluye la correcta dosificación tanto en emergencia, consultorio externo y hospitalización.

El internado médico es una etapa esencial y primordial para el estudiante de medicina humana, es el último año de la carrera en la que el estudiante aplica sus destrezas prácticas con un fundamento teórico para que más adelante pueda aplicarlo en el ejercicio médico profesional.

En esta etapa, el interno trabaja multidisciplinariamente con otras carreras de la salud y personal administrativo. Con la conducción de los tutores que participan vigorosamente en asesorarlos, les permiten desarrollar sus capacidades de trabajo en equipo, trabajar bajo presión, formarse en carácter y a conocer la función de cada trabajador, así mismo permite otorgarle el desarrollo de la capacidad comunicativa importante para el médico.

El contexto de la pandemia COVID- 19, hizo que el internado 2022-2023 sea diferente a los años previos. Los internos aprendieron los lineamientos básicos de prevención en bioseguridad y supieron adaptarse a los nuevos cambios como las limitaciones que se presentaban en un sistema precario.

El internado también permitió comprender sobre el valor de la responsabilidad, la puntualidad, la solidaridad, la empatía, la eficiencia, la eficacia y por último el compromiso que tenemos del cuidado del bien más preciado que es la salud en nuestros pacientes.

## RECOMENDACIONES

1. A pesar de que el internado médico no se realizó de forma tradicional en 12 meses, el autor queda satisfecho por lo aprendido porque en este tiempo se cumplió de forma exitosa los objetivos propuestos. Debido al impacto de la carga laboral presentada desde el día 1, se recomienda en primera instancia empezar por una etapa de inducción para que el interno desde el primer día del internado este apto para los retos o tareas que se le asigne y los realice de forma satisfactoria.
2. Se recomienda a los tutores mayor participación del interno bajo supervisión en los procesos de atención, diagnóstico, tratamiento, procedimientos quirúrgicos, atención en trabajo de parto, entre otros ya que mas adelante son funciones que se desarrollaran en el Serums.
3. Se recomienda en primer lugar a las instituciones prestadores de servicios de salud (clínicas, hospitales) durante las actividades académicas del internado, de velar por el bienestar de todos los internos , evitándolos exponer sin las medidas adecuadas de bioseguridad a enfermedades infectocontagiosas , ya que están presentes en la primera línea de contacto con el paciente.
4. Asimismo, se le solicita al gobierno que cuenten con un salario mensual digno, debido a que los internos pertenecen a la fuerza laboral del hospital, siendo de mucha ayuda a los demás profesionales de la salud.
5. Seria óptimo que los hospitales desarrollen en temas de infraestructura más aulas académicas para poder impartir el conocimiento en los futuros médicos, también, ambientes de descanso para el adecuado reposo del interno para que pueda rendir en sus labores que son con los mismos pacientes.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Historia - HMC [Internet]. [citado 27 de marzo de 2023]. Disponible en: [http://hmc.ejercito.mil.pe/nosotros\\_historia](http://hmc.ejercito.mil.pe/nosotros_historia)
2. Taype-Rondán Álvaro, Tataje Rengifo Gustavo, Arizabal Angela, Alegría Hernández Sacla. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. An. Fac. med. [Internet]. 2016 Ene [citado 2023 Mar 27] ; 77( 1 ): 31-38. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832016000100006&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000100006&lng=es). <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v77i1.11550>.
3. Nieto-Gutierrez W., Taype-Rondan A., Bastidas F., Casiano-Celestino R. , Inga-Berrospi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta méd. peruana [Internet]. 2016 Abr [citado 2023 Mar 28] ; 33( 2 ): 105-110. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172016000200003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200003&lng=es).
4. El Peruano - Resolución Ministerial N° 351-2022/MINSA [Internet]. 2022 [citado el 28 de marzo del 2023]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-directiva-administrativa-para-el-desarrollo-de-resolucion-ministerial-n-351-2022minsa-2067305-1/>
5. Saavedra Jaime. Miomatosis uterina e infertilidad: indicaciones de tratamiento convencional. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2003 June [cited 2023 Mar 30] ; 54( 2 ): 121-134. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74342003000200007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342003000200007&lng=en).
6. 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 2023 Mar 30] ; 85( 9 ): 611-633. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0300-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-)

[90412017000900611&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242021000102748&lng=es)

7. Cobas L., Navarro Y. Gestantes con infección urinaria pertenecientes a un área de salud del municipio Guanabacoa, La Habana. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2021 Feb [citado 2023 Mar 31]; 43( 1 ): 2748-2758. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242021000102748&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242021000102748&lng=es). Epub 28-Feb-2021.
8. Herráiz M. , Hernandez A. , Asenjo E., Herráiz I. Infección del tracto urinario en la embarazada. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España. Vol. 23. Núm. S4. páginas 40-46 (Diciembre 2005) disponible en : <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosasmicrobiologia-clinica-28-articulo-infeccion-del-tracto-urinarioembarazada-13091447>
9. Sanz de Villalobos E., Larrubia Marfil J. M.. Acute pancreatitis. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2010 Sep [citado 2023 Mar 31]; 102( 9 ): 560-560. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082010000900010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082010000900010&lng=es).
10. Gapp J, Tariq A, Chandra S. Pancreatitis aguda. [Actualizado el 9 de febrero de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Publicación de StatPearls; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482468/>
11. Álvarez-Aguilar Pablo Andrés, Dobles-Ramírez Carlos Tobías. Pancreatitis aguda: fisiopatología y manejo inicial. Acta méd. costarric [Internet]. 2019 Mar [cited 2023 Mar 30]; 61( 1 ): 13-21. Available from: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022019000100013&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022019000100013&lng=en).
12. Untiveros Mayorga Charlton Fernando, Nuñez Chavez Olga, Tapia Zegarra Lenibet Miriam, Tapia Zegarra Gino Guillermo. Complicaciones tardías en diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital II Essalud - Cañete. Rev Med Hered [Internet]. 2004 Abr [citado 2023 Abr 01]; 15( 2 ): 64-69. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2004000200002&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2004000200002&lng=es).
13. Villacorta Santamato Juan, Hilario Huapaya Nélica, Inolopú Cucche Jorge, Terrel Gutierrez Leonel, Labán Hajar Rosa, Del Aguila José et al . Factores

- asociados a complicaciones crónicas de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de un hospital general del Seguro Social de Salud del Perú. An. Fac. med. [Internet]. 2020 Sep [citado 2023 Abr 01] ; 81( 3 ): 308-315. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832020000300308&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832020000300308&lng=es).  
<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v81i3.17260>.
14. Osuna M., Rivera María C., Bocanegra C., Lancheros A., Tovar H., Hernández J. et al . Caracterización de la diabetes mellitus tipo 2 y el control metabólico en el paciente hospitalizado. Acta Med Colomb [Internet]. 2014 Oct [cited 2023 Apr 01] ; 39( 4 ): 344-351. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-24482014000400007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482014000400007&lng=en).
15. Mediavilla Bravo J. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnostico y tratamiento. Centro de salud Pampliega Burgos.Semergen.Volumen 27, Número 3, Marzo 2001. Disponible en: [https:// Elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1138359301739317](https://Elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1138359301739317).
16. Escartín Alfredo, González Marta, Muriel Pablo, Cuello Elena, Pinillos Ana, Santamaría Maite et al . Colecistitis aguda litiásica: aplicación de las Guías de Tokio en los criterios de gravedad. Cir. cir. [revista en la Internet]. 2021 Feb [citado 2023 Mar 29] ; 89( 1 ): 12-21. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2444-054X2021000100012&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2444-054X2021000100012&lng=es). Epub 08-Nov-2021. <https://doi.org/10.24875/ciru.19001616>.
17. I. Viza Puiggrós, A. Pujol Olmo, Dr. Joan Ramón Montserrat i Gili . patología del septum nasal. Sociedad Española de Otorrinolaringología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Disponible en : <https://seorl.net/PDF/Nariz%20y%20senos%20paranasales/048%20-%20PATOLOG%20DEL%20SEPTUM%20NASAL.%20SEPTOPLASTIA.pdf>
18. Martín F . , Flores S. , Cuessy A. Las áreas nasales de Cottle y su aplicación en tomografía. Anales de Radiología México 2012;4:200-208. Disponible en :

<https://www.analesderadiologiamexico.com/temp/2012/Radiolog%C3%ADa%204.pdf>

19. Lizzo JM, Cortes S. Asma pediátrica. [Actualizado el 8 de agosto de 2022]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Publicación de StatPearls; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551631/>
20. Asensi Monzó M. Crisis de asma. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2017 [citado 2023 Mar 31] ; 19( Suppl 26 ): 17-25. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322017000300002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322017000300002&lng=es).
21. Stamm DR, Stankewicz HA. Neumonía bacteriana atípica. [Actualizado el 1 de agosto de 2022]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Publicación de StatPearls; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532239/>
22. Mahashur A. Management of lower respiratory tract infection in outpatient settings: Focus on clarithromycin. Lung India. 2018 Mar-Apr;35(2):143-149. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5846264/>
23. Jain V, Vashisht R, Yilmaz G, Bhardwaj A. Pneumonia Pathology. 2022 Aug 1. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30252372/>
24. McLaren SH, Mistry RD, Neuman MI, Florin TA, Dayan PS. Guideline Adherence in Diagnostic Testing and Treatment of Community-Acquired Pneumonia in Children. Pediatr Emerg Care. 2021 Oct 01;37(10):485-493. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30829848/>
25. Wolford RW, Goyal A, Belgaum Syed SY, et al. Faringitis. [Actualizado el 8 de mayo de 2022] En: StatPearls [Internet]. Isla del Tesoro (FL): StatePearls Publishing; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519550/>
26. Nemeth V, Pfliegerhaer N. Diarrea. [Actualizado el 21 de noviembre de 2022]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Publicación de StatPearls; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448082/>
27. 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 2023 Mar 31]; 31( 3 ):  
258-277. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292011000300009&Ing=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000300009&Ing=es).

28. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años - Versión extensa [Internet]. Lima-Perú: Instituto Nacional de Salud; 2017. Capítulo 3, Desarrollo de las preguntas y recomendaciones basadas en la evidencia [citado el 31 de marzo del 2023]; p.19-76.  
Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4221.pdf>