



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO DE MEDICINA DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID-19 EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL EN
EL 2020- 2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADA POR
PILAR DEL ROSARIO FERNANDEZ FACUNDO
MELANY JASMIN PACHAS VALERIO

ASESOR

DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

LIMA, PERÚ
2021



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 DE MEDICINA DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID-19 EN EL HOSPITAL MILITAR
CENTRAL EN EL 2020- 2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**PILAR DEL ROSARIO FERNANDEZ FACUNDO
MELANY JASMIN PACHAS VALERIO**

ASESORA

DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: M.E. Emma Mercedes Huamaní De La Cruz

Miembro: M.E. Luis Alfonso Gutiérrez Shack

Miembro: M.E. Jeffrey Tovar Roca

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Índice	iii
Resumen	iv
Abstract	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	24
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	27
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	35
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
FUENTES DE INFORMACIÓN	39

RESUMEN

La pandemia por el SARS-CoV-2 ha generado un gran impacto en la formación médica de miles de estudiantes de medicina, siendo los más afectados los internos de esta carrera. Se suspendieron las actividades académicas en los hospitales lo cual generó distintos tipos de sentimientos en los internos de medicina; posteriormente, al regreso, las medidas implementadas para reducir el contagio en los nosocomios obligaron a que ellos se adapten a estas nuevas “reglas” dificultando el proceso de aprendizaje que tanto esperaban. Este trabajo es basado en las experiencias de internas del Hospital Militar Central “Crl Luis Arias Schreiber”.

El objetivo de este trabajo es mostrar el enfoque de los internos durante la pandemia, expectativas, emociones, conocimientos adquiridos y realidades que encontraron en esta etapa a pesar del contexto en el que se encuentran.

En conclusión, la experiencia como internos durante la pandemia en las distintas áreas hospitalarias si bien ha sido afectada educativamente, también ha permitido adquirir nuevas capacidades, destrezas en la medicina y ha dado una experiencia invaluable para una futura práctica médica

ABSTRACT

The SARS-CoV-2 pandemic has had a great impact on the medical training of a thousand of medical students, the interns of this career being the most affected. Academic activities in hospitals were suspended, which generated different type of feelings in these interns; later, upon return, the measures implemented to reduce contagion in hospitals forced them to adapt to these new “rules”, hindering the learning process that they had so long awaited.

This work is based on the experiences of interns of the Hospital Militar Central “Crl Luis Arias Schreiber”. The objective of this work is to show the approach of the inmates during the pandemic, expectations, emotions, acquired knowledge and realities that at this stage despite the context in which they find themselves.

In conclusion, the experience as interns during the pandemic in the different hospital areas, although it has been affected educationally, has also allowed to acquire new capacities and skill in medicine and has provided invaluable experience for future medical practice.

INTRODUCCIÓN

El Internado Médico se realiza en el 14vo ciclo, siendo el último año de la carrera de Medicina Humana. Al culminar el año requerido, se realiza el Examen Nacional de Medicina (ENAM) validada por la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) (1). Su función de este examen es que mediante la calificación obtenida se puedan distribuir a los médicos para su Servicio Rural Urbano Marginal de Salud (SERUMS) (2). Sin embargo, las circunstancias prescritas a partir del año 2020 en Perú, debido al brote del COVID-19, se declaró el 15 de marzo, mediante el Decreto supremo N° 008-2020-SA, Emergencia Sanitaria a nivel nacional. Además, en el Decreto Supremo N° 044-2020-PCM se agregó aislamiento social obligatorio lo que obligó a suspender temporalmente el internado médico en el Perú.

Mientras tanto, se continuó con las clases virtuales, las clases de diferentes academias para preparación del ENAM esperando alguna noticia sobre el internado y su retorno.

El 15 de agosto del 2020, mediante la Resolución N° 622-2020/MINSA, se aprobó la reanudación progresiva del internado médico en el marco de Urgencia N° 090-2020. Con este oficio se llegó a un acuerdo con la Universidad San Martín de Porres de quienes regresarían a sus rotaciones en sus hospitales, la cual se llenó un consentimiento informado manifestando que aceptaban regresar y describiendo si tenían o no una comorbilidad. En este caso, en el Hospital Militar Central, se llegó a incorporar a los estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad San Martín de Porres el día 30 de octubre, lo que permitió seguir

en sus rotaciones y poder aprender lo esencial para tener un buen internado médico.

El 13 de febrero del 2021, mediante la Resolución Ministerial N° 848-2020/MINSA, se aprueba el Plan Nacional de Vacunación contra el Covid-19. También se relata las fases para realizar la vacunación, donde los estudiantes de la salud estarían en la fase I. Esto generó que en el Hospital Militar Central incluyera a los internos de medicina en el plan de vacunación.

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El Internado de Medicina Humana, es una etapa indispensable e importante para los estudiantes de esta carrera en todas las facultades a nivel nacional, ya que es este el periodo en el que se consolidan aprendizajes tanto de forma teórica como práctica puesto que ya se forma parte de los servicios de salud y ya se tiene algún tipo de responsabilidad en el ámbito diagnóstico, terapéutico y preventivo con nuestros pacientes. Todos estos conocimientos serán adquiridos por cada área hospitalaria donde se “rotará”: Medicina, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Cirugía. (3)(4)

Este periodo, si bien aún se tiene un vínculo con la universidad (puesto que es el último año y última etapa de preparación universitaria), es el intermedio entre ser estudiantes y ser profesionales. (5)

El pasado marzo del 2020, nuestro gobierno a nivel nacional decidió suspender las labores educativas, es decir se suspendieron todas las actividades de pregrado tanto en las universidades como en los hospitales. En octubre del 2020, se continuaron las prácticas pre profesionales en determinados hospitales, así como algunos internos las continuaron en Centros de Salud de primer nivel. (6)

Durante la estancia en el Hospital Militar Central, se tuvo la oportunidad de participar en las distintas especialidades mencionadas en las cuales se pudo observar, analizar y aprender de las diferentes enfermedades que las

personas padecieron. En el transcurso del internado, se obtuvo dos perspectivas diferentes: la primera en cómo actúa el personal de salud en su día cotidiano, y la segunda en una pandemia mundial, en este caso, por el virus SARS-CoV-2.

Si bien debido al contexto de la pandemia, los internos de medicina desarrollaron estrés y ansiedad debido a la frustración por las altas expectativas que se tenían al iniciar el año, también lograron desarrollarse valores como:

- Respeto al ser humano, reconociendo sus deberes y los derechos.
- Honestidad con los pacientes, debido al mal uso de las redes sociales, en el cual se desinforma a la población.
- Solidaridad y empatía hacia los pacientes.
- Vocación de servicio.
- Justicia y equidad
- Actitud emprendedora a pesar del contexto actual.

Al igual que los valores, también se lograron desarrollar competencias como:

- Aplicar conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de pacientes adultos, pediátricos y ginecológicos
- Aplicar los principios éticos en el manejo de cada paciente
- Respetar los derechos y deberes de los pacientes en cada área hospitalaria
- Promover la prevención y promoción de la salud en el manejo de pacientes adultos, pediátricos y ginecológicos.

-
A continuación, se mencionarán los casos más resaltantes y los que fueron más importantes en la estadía en el mencionado nosocomio:

CASOS CLÍNICOS SEGÚN CADA ÁREA DE ROTACIÓN

A. Ginecología y Obstetricia

Caso 1

Paciente mujer de 53 años que viene por dolor abdominal localizado en hipogastrio, flujo vaginal de color blanco-grisáceo con olor a pescado. La paciente consideró tenía una ITU, motivo por el cual se automedicó con “Ciprofloxacino” 2 o 3 días aproximadamente, al no haber mejoría luego de su tratamiento, decide acercarse al servicio de Emergencia.

A la exploración física presenta:

- T°: 36,3 °C -FC: 75 lpm.
- PA: 120/80 -FR: 18 rpm.
- Al espéculo: Vagina ligeramente atrófica, cérvix de múltipara.

Se le realiza una ecografía transvaginal: Útero normal, endometrio lineal de 3 mm, ovarios normales, no líquido libre en Douglas.

Entre los diagnósticos diferenciales se tiene:

- Vaginosis Bacteriana.
- Vaginosis atrófica.
- Candidiasis.
- ITU no complicada.

Para el diagnóstico de Vaginosis Bacteriana, se consideró los criterios de Amsel, los cuales la paciente presentaba 3 de 4, lo cual ya hace el diagnóstico.

El tratamiento que se le dio a la paciente fue:

- Metronidazol 500 mg dos veces al día por 7 días (por vía oral), se le recomendó no consumir alcohol durante el tratamiento.

Caso 2

Paciente de 34 años que acude por sangrado abundante vaginal rojo rutilante que inicia hace un día bruscamente. Paciente cuenta con antecedente de placenta previa, motivo por el cual se decide hospitalizar.

-G2 P1001 (el anterior parto fue hace tres años por cesárea).

A la exploración física, se palpa útero grávido con fondo uterino de 32 cm, el feto se encuentra en situación transversa con 140 latidos por minuto rítmicos y de buena intensidad.

Se realiza una ecografía obstétrica que concluye: Gestación única de 32 semanas, feto transverso dorso superior, placenta se encuentra cubriendo totalmente el orificio cervical interno.

Se decide realizar una cesárea de urgencia.

Caso 3

Paciente mujer de 26 años acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 10 días por presentar dolor abdominal bajo, fiebre de 38°C y secreción vaginal con mal olor.

Historia previa del paciente:

- Cervicitis crónica en el 2019.
- Enfermedad inflamatoria pélvica previa por gonococo.

A la exploración física:

- FC: 94 FR: 18 T: 38°C PA: 120/90.
- Al espejulo: secreción cervical verde amarilla, con mal olor, dolora la movilización de cérvix.

- Abdomen: dolor a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda.

Laboratorio:

- VSG elevada.
- Leucocitosis.
- Desviación izquierda.
- Anemia leve.

Impresión diagnóstica: enfermedad pélvica inflamatoria recidivante.

Plan: Hospitalización más antibioticoterapia con ceftriaxona más metronidazol y observación.

Después de 3 días internada, al ver una buena evolución y tolerancia al antibiótico se decidió seguir tratamiento vía oral en casa.

Caso 4

Paciente mujer de 56 años acude a consultorio por presentar por 3 días consecutivos sangrado.

Antecedentes:

- G2P2002
- Hipertensión arterial controlada con nifedipino 30 mg e Irbesartán de 150mg
- Obesidad tipo I

Al tacto vaginal, hay presencia de sangrado sin dolor en movilización ni masas palpables.

Se le solicitó una ecografía transvaginal la cual indicó un endometrio de

>14 mm y anexos conservados.

Se le pide hacer una Papanicolaou y una colposcopia la cual salieron normales, es por eso que se le indicó una biopsia por legrado uterino exploratorio.

Posterior a 7 días, regresa a consultorio con resultados para pólipos endometriales.

Se le dio seguimiento cada 6 meses y tratamiento con hormonas anticonceptivas.

B. Pediatría

Caso 1

Preescolar de 3 años que acude a consulta con sus padres por fiebre de 4 días de evolución, exantema micropapuloso diseminado por tronco.

A la exploración física, el paciente presenta orofaringe inflamada, adenopatía laterocervical del lado derecho de aproximadamente 1,8 cm de diámetro.

Se le realiza detección rápida de antígeno de estreptococo, el cual dio como resultado negativo. Se le receta tratamiento antipirético y observación domiciliar, se les recomienda a los padres en caso persista la fiebre, volver a traerlo.

Al día siguiente paciente vuelve a emergencia por persistencia de la fiebre y aparición de eritema conjuntival y descamación de manos.

Al sospechar de la enfermedad de Kawasaki, se le pide hemograma, el cual sale conservado; perfil bioquímico, el cual sale conservado.

Posteriormente es evaluada por Cardiología que confirma el diagnóstico, además se le toma ECG y ecocardiografía los cuales salen normales, se le comienza tratamiento con IGIV 2g/kg en infusión de 12 h y AAS a 80 mg/kg/d y posteriormente, se pasa a 5 mg/kg/día durante 6-8 semanas más o hasta que la cifra de plaquetas se normalice.

Caso 2

Paciente de sexo femenino de 5 años, quien 6 días antes de acudir a emergencia, presenta febrícula, cefalea, irritabilidad, malestar general; y un día antes de acudir al servicio, se agrega exantema en cara, tronco y extremidades. Paciente cuenta con esquema de vacunas completa.

A la exploración física se la encuentra afebril, eritema en mejillas, marcada palidez alrededor de la boca presenta erupción maculopapulosa en forma de red.

Ante la sospecha clínica de Eritema infeccioso, se le toma:

- Hemograma: conservado.

El resultado del estudio de inmunoanálisis para parvovirus humano B19 dio como resultado positivo.

El tratamiento es solo de soporte.

Caso 3

Paciente mujer de 6 años 4 meses, ingreso a emergencia el 06 de febrero del año 2020, con un tiempo de enfermedad de 01 día, por presentar 12 deposiciones líquidas, dolor abdominal, fiebre y náuseas. Al momento de examinar al paciente se decide pedir hemograma con resultado alterado y examen en heces la cual se observó sangre oculta

con moco y leucocitosis. Por esa razón, se decide hidratarla, posterior pedir un coprocultivo y finalmente internarla. Durante su hospitalización se decide comenzar antibioticoterapia con ciprofloxacino. El día 12 de febrero se obtuvo los resultados del examen del coprocultivo la cual indicaba que se trataba de la bacteria *Shigella* sp. Después de siete días hospitalizada, se le da alta por presentar evolución favorable con indicación de ciprofloxacino vía oral por 3 días y su control en dos días en el hospital militar.

Caso 4

Paciente mujer de 9 meses de edad ingresa a emergencia por fiebre, letargia. Madre refiere que hace 6 días su hija presentó fiebre de 38°C y una deposición líquida con moco y sangre. Los otros días solo realizaba con moco la cual la lleva a un policlínico y es medicada con metamizol 8 gotas por 5 días y Trimetoprim y Sulfametoxazol 5ml por 4 días. Pese a la medicación, la paciente persiste con fiebre de 37.8°C motivo por el cual acude al servicio de pediatría.

Al examen clínico: FR 116 X FR 40 X. T: 37.9°C. Peso 7.600 kg. Somnolienta, pupilas isocóricas, piel pálida.

Laboratorio: leucocitos: 10,000, hemoglobina: 12.30, HTO: 36.30, PCR: 4.50, segmentados: 23, abastionados: 0, linfocitos: 68.0, monocitos: 6.0. plaquetas: 256,000. Reacción inflamatoria en heces y examen de orina con valores conservados.

El plan de trabajo: hidratación por vía endovenosa, a la espera de coprocultivo e internarla con el diagnóstico de diarrea aguda infecciosa y deshidratación moderado.

En el transcurso de los días en hospitalización, se obtuvo los resultados del coprocultivo dando resultado POSITIVO para *Campylobacter Jejuni*. Por la cual se le inicia Azitromicina 200mg por 5 días. Después de 3 días es dada de alta.

C. Medicina

Caso 1

Paciente varón de 37 años, evacuado de Pichari, ingresa por fiebre por tres días seguidos, malestar general, cefalea de moderada intensidad a nivel occipital, mialgias, náuseas y máculas eritematosas en tronco y extremidades.

A la exploración física:

- FC: 100 lpm -FR: 18 rpm.
- PA: 110/70 -T°C: 37°C.

Presenta ganglio móvil, menor a 1 cm, en cara lateral izquierda.

Se le toma hemograma, el cual da como resultado trombocitopenia, leucocitos en valores conservados, al igual que la hemoglobina; también se le toma transaminasas, las cuales salen elevadas, aglutinaciones que salen negativas, y prueba serológica para el

Dengue y para Leptospira. Ya que se sospecha de dengue, debido a la ciudad de donde proviene, se le receta Paracetamol 1 gr cada 8 horas. Posteriormente, llega el resultado positivo de Dengue.

Caso 2

Paciente masculino de 18 años de edad, acude a emergencia por fiebre de dos días de evolución de aproximadamente 38,5°C, tos no productiva, cefalea holocraneal, odinofagia, vómito de contenido gástrico en una ocasión, hiporexia, malestar general. Se automedicó con paracetamol, pero síntomas persistieron.

A la exploración física:

- T°: 37,2°C -FR: 20 rpm.
- FC: 100 lpm -PA: 100/60.

Paciente presenta orofaringe eritematosa sin secreciones, no presenta adenopatías. Los campos pulmonares presentan sibilantes a la auscultación, los ruidos cardiacos se encuentran rítmicos de buena.

Se le diagnostica faringitis, por ello se le receta Cefixima 400 mg cada 24 horas.

Se solicitan exámenes de laboratorio y radiografía de tórax, de los cuales: el hemograma sale normal, examen de orina normal, y en la radiografía se aprecia infiltrado basal izquierdo. Se establece entonces el diagnóstico de neumonía atípica, y se agrega al esquema claritromicina 500 mg cada 12 horas por 10 días.

Caso 3

Paciente mujer de 39 años acude a emergencia el día 06 de diciembre de 2020, por presentar dolor generalizado, malestar general, náuseas y vómitos. Paciente refiere un cuadro clínico de 7 días de evolución caracterizado por presentar dolor generalizado a predominio de región lumbar que se irradia desde el coxis. Además, presenta orina turbia con náuseas, vómitos y fiebre de 39°C, por la cual acude al servicio de medicina interna.

Historia previa del paciente:

a) GINECOLOGICOS:

G2 P101 1

1°: RN VIVO A TERMINO, VARON □ PARTO EUTOCICO (2007)

2°: FETO MUERTO DE 34 SEMANAS MUJER □ CESAREADA (2010)

b) PATOLOGICOS:

CLINICOS:	- Hipotiroidismo primario (2010)
HOSPITALIZACION PREVIAS:	- 04/09/2020 con diagnóstico de: <ul style="list-style-type: none">• Herpes Zoster con tratamiento completo de Aciclovir 800g 01 tableta por 7 días.• Brucelosis con tratamiento completo de doxiciclina 100mg 01 tableta cada 12hrs por 45 días y gentamicina de 160 mg/2ml 01 ampolla EV cada 24horas por 15 días.
CIRUGIAS:	- Cesareada
ALERGIAS:	- Clindamicina
MEDICACION HABITUAL:	- Levotiroxina: L-V: 50ug y S-D: 75ug
ANTECEDENTES FAMILIARES:	- PADRE: DCV

Al examen físico se observó lo siguiente:

a) FUNCIONES VITALES

FR	20
SAT	97
FC	82
PA	120/80
T°	36

b) MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

PESO	75
TALLA	1.70CM
IMC	25.95

c) EXAMEN DE PIEL Y FANERAS

- Tibia, elástica e hidratada. No presencia de cianosis nivalidez.

d) EXAMEN REGIONAL

- CRANEO: Normocefalo.
- BOCA: Sin alteraciones.
- FARINGE: Sin alteraciones.
- CUELLO: Simétrico, presencia de adenopatía bilateral de 2x2cm.
- NARIZ: Permeable.

- OÍDOS: Sin alteraciones.
- TORAX: Amplexación simétrica.
- PULMON: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.
- CV: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.
- ABDOMEN: blando, depresible. Se evidencia leve eritema encuadrante izquierdo.
- GENITO URINARIO: Diferido. PPL(-).
- AP. LOCOMOTOR: Conservado.
- NEUROLOGICO: LOTEPE.

e) EXÁMENES DE LABORATORIO

Leucocitos 18000, bastonados: 0, segmentados: 89.7, linfocitos:

4.5, hemoglobina 11.1, plaquetas:275000, LDH: 1163, b2 microglobulina 3.8, aglutinaciones negativas, marcadores tumorales con parámetros normales, PCR: 338.7.

f) PLAN DE TRABAJO

Solicitar marcadores tumorales, hemocultivo seriado, brucella 2 mercapto etanol e internarla para observación con antibioticoterapia con ceftriaxona.

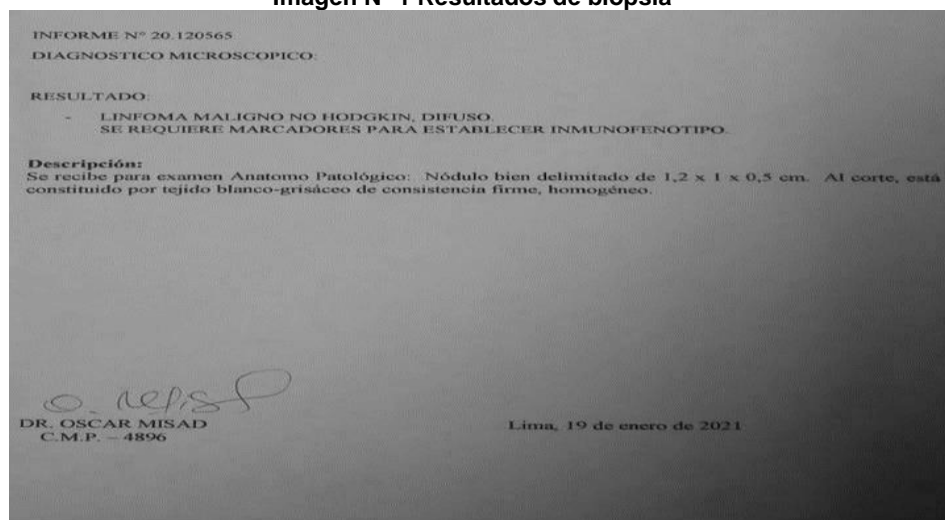
Durante la estadía en hospitalización, la paciente a partir de su segundo día, comienza a hacer picos febriles de 39°C de origen desconocido, por la cual se solicitó interconsulta con infectología y hematología, la cual indicaron biopsia de las adenopatías e interrumpir el antibiótico para mejor control.

Posterior a los 5 días se llegó con resultados de exámenes solicitados con los siguientes valores:

Tabla N° 1 Resultados de laboratorio

MARCADORES TUMORALES	10/12/2020
ALFAFETOPROTEINA	1.39 ng/ml
CEA	0.39 ng/ml
CA-125	23.73U/ml
CA 19-9	4.31 U/ml
CA 72-4	2.71 U/ml
CYFRA 21-1	2.77 ng/ml
EPSTEIN BARR (VCA) IgM	7.3 U/ml
EPSTEIN BARR (EBNA) IgM	0.33 S/CO
EPSTEIN BARR (VCA) Igg	174.1 U/ml
EPSTEIN BARR (EBNA) IgG	73.7 U/ml
BRUCELLA 2 MERCAPTO ETANOL	
Brucella con Mercapto 24 horas	NEGATIVO
Brucella con Mercapto 48 horas	NEGATIVO
Brucella sin mercapto 24 horas	NEGATIVO
Brucella sin mercapto 48 horas	NEGATIVO
ENA (perfil de autoinmunidad)	NEGATIVO
INMUNOLOGICAS	11/12/2020
HIV	NEGATIVO

Imagen N° 1 Resultados de biopsia



Con todos los resultados mencionados, se decide trasladar al servicio de oncología del hospital militar central.

Caso 4

Paciente mujer de 83 años acude a emergencias por presentar los siguientes síntomas:

- Somnolencia
- Piel fría y seca
- Temblores
- confusión

Antecedentes patológicos:

- Diabetes mellitus 2
- Hipertensión arterial
- Hipotiroidismo
- Fractura de cabeza femur 12 días antes de la emergencia

EXAMEN FISICO:

PA. 110/70mmHg. FC: 112X'. FR: 24x' T: 39.5°C. Sat O2: 96%.

Ojos: Pupilas centrales, isocóricas, reactivas a la luz y acomodación.

Boca: Mucosas secas.

Piel: Seca, tibia, poco elástica. TCSC: Presente.

Aparato Respiratorio: Vibraciones vocales y murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares

Aparato Cardiovascular: Ruídos cardíacos taquicardíacos, regulares. No soplos. Pulsos periféricos presentes.

Abdomen: Blando, depresible, RHA: Presentes. No visceromegalia.

Genitourinario: Puño percusión lumbar izquierda negativa.

EXAMENES AUXILIARES:

Hemograma: Hb: 9.20 g/dl. Hico: 27.90%. Leucocitos: 8000 mm³.

Plaquetas: 175,000 mm³. Glucosa: 480 mg/dl. Urea: 304 mg/dl.

Creatinina: 1.0 mg/dl. AGA: pH 7.25 PO₂: 82 mmHg. PCO₂: 18 mmHg. HCO₃: 7.9 mmHg. Sat O₂: 95%.

EVOLUCION

Se hospitaliza y se comienza tratamiento con:

- Levotiroxin 100 ug cada 24hrs
- Control de glicemia a las 6-4-10
- Escala móvil de insulina
- 180-200 → 02 ui
- 201-250 → 03 ui
- 251-300 → 05 ui
- 301- 350 → 07 ui
- >350 → 10 ui
- Insulina glargina 20 unidades en las mañanas
- Enoxaparina 60 mg c/12 horas

Posterior a sus 14 días fue dada de alta con indicaciones y próximos controles por el servicio de endocrinología, cardiología y traumatología

D. Cirugía

Caso 1

Paciente varón de 20 años que acude a emergencia refiriendo que inicia hace 02 días con dolor abdominal en epigastrio de intensidad 3/10; un día antes, se irradia dolor a ambos flancos asociado a náuseas y eructos.

El día que acude a emergencia, dolor se intensifica en hemiabdomen superior con una intensidad de 6/10.

A la exploración física presenta un abdomen blando no doloroso a la palpación profunda ni superficial, se palpa masa en región inguinal izquierda de bordes bien definidos no reductible.

Se le toma hemograma, que demuestra hemoglobina normal, leucocitos:17,300, plaquetas normales; examen de orina normal.

Como diagnóstico presuntivo se tiene: “Hernia inguinal izquierda” y por ello se le decide intervenir quirúrgicamente.

En el reporte postoperatorio menciona: Hernia inguinal izquierda indirecta, saco herniario de 3 x 2 cm sin contenido y lipoma no herniario.El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta al cuarto día postoperatorio.

Caso 2

Paciente varón de 78 años con antecedentes de HTA y resección transuretral por adenoma prostático acude a emergencia por cuadro de cuatro días de evolución con dolor abdominal difuso que luego se localiza en fosa iliaca derecha, posteriormente, se añade náuseas, deposiciones líquidas, malestar general y sensación de alza térmica.

A la exploración física:

- FC: 91 lpm -FR: 18 rpm
- PA: 140/90

Abdomen se encuentra distendido, con dolor a la palpación profunda y superficial en abdomen de manera difusa a predominio

de fosa iliaca derecha, presenta McBurney positivo, Blumberg positivo.

Se le toman exámenes de laboratorio que dan como resultado:

- Hemoglobina: 14 g/dl.
- Recuento de leucocitos: 15.100 con 93,1% de neutrófilos y sindesviación a la izquierda.
- Plaquetas: 250.000
- PCR: 23 mg/dl.

Se decide intervenir quirúrgicamente y el reporte postoperatorio menciona: Apéndice cecal de 10 x 2 cm aproximadamente en toda su extensión que compromete base, base friable, perforada en su 1/3 medio, fecalito libre de 2 x 1 cm, plastronado con ciego, íleon y epiplón; líquido purulento libre en sus cuatro cuadrantes.

Paciente evoluciona favorablemente con los días y posteriormente es dado de alta.

Caso 3

Paciente varón de 55 años, sin comorbilidades previas, acude a emergencia el día 28 de enero del 2021 con un tiempo de enfermedad de 2 días por presentar dolor en cuadrante superior derecha e ictericia generalizada.

Al examen físico se observó: piel icterica, abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible con dolor a la palpación superficial y profunda en cuadrante superior derecho.

Laboratorio: TGO: 50.3, TGP: 64.1, bilirrubinas totales: 2.08, Fosfatasa alcalina: 153, amilasa: 292.

Se decide llamar a gastroenterología y hospitalizar al paciente con el diagnóstico de pancreatitis aguda leve a descartar íleo biliar y para que se realice una CPRE, una Colangiografía y una ecografía.

Los resultados de los exámenes mencionados fueron:

- CPRE:

Se contrasta vía biliar, colédoco en 8mm sin evidencia litios en su interior. Se realizó esfinterotomía evidenciando salida de bilis, se pasa catéter balón más colangiografía a repleción, quedando vía biliar permeable. Probable migración de cálculo.

- COLANGIORESONANCIA:

Se concluyó en un colecisto más litiasis vesicular.

- ECOGRAFIA: Imagen sugestiva de barro biliar

Con todos los exámenes concluidos se decidió derivar al servicio de cirugía general con el diagnóstico de colecistitis crónica calculosa más barro biliar, donde se decidió realizar una colelap.

Finalmente, en su segundo día post operado y con una evolución favorable se le dio de alta con indicaciones.

Caso 4

Paciente mujer de 82 años, procedente de cañete, ingreso a emergencia el 27 de enero del 2021, con un tiempo de enfermedad de 2 meses, por lo que presento debilidad, malestar general, dolor abdominal, baja de peso, náuseas.

Historia previa al paciente:

- Hipertensión arterial controlada con amlodipino 10 mg media tableta en las noches.
- Anemia crónica.
- Transfusiones en noviembre del 2020 en el HMC.
- Colelap cañete hace 5 años.
- Hemorroides HMC hace 10 años.

La derivaron para gastroenterología la cual solicito:

a) PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO PARA BIOPSIA

se encontró una lesión sésil en colon descendente. Adenoma tubular de colon con lesión intraepitelial de alto grado.

b) COLONOSCOPIA

Ciego: lesión proliferativa friable de 7x5 cm, colon ascendente: 4x3cm, colon transverso: plexo vascular conservado. Impresión diagnóstica: neoplasia de colon, lesiones elevadas en colon ascendente y descendente.

c) TOMOGRAFIA ABDOMINAL TOTAL

Se contrasta neoplasia en región cecal, impresión asociada a intususcepción del colon ascendente.

Con los resultados ya mencionados se decide trasladarla al servicio de cirugía general con el diagnóstico de:

- Adenocarcinoma tubo papilar de colon ascendente infiltrante.
- Adenocarcinoma tubo papilar de ciego infiltrante.
- Adenoma tubular de colon descendente infiltrante.

Se le programó para entrar a sala, donde se le realizó:

- Hemicolectomía derecha más biopsias de nódulo hepático.
- Anastomosis de ílio transversal latero-lateral.
- Dren de Blacke.

Finalmente, en su día 4 post operada al tener evolución favorable, se decide darle de alta e interconsulta para seguimiento en el servicio de oncología.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

A nivel nacional la atención hospitalaria inició en 1538 con el Hospital de la Rinconada de Santo Domingo en Lima, a lo largo de los años fueron fundándose más hospitales como es el caso del Hospital Dos de Mayo, en 1875; el Hospital Arzobispo Loayza, en 1924; entre otros. La categorización de estos hospitales fue variando a través de los años con sucesivos reglamentos, y no es hasta el 2004 que se establece una Norma Técnica que se podía aplicar a todos los establecimientos: MINSA, Seguridad Social, Fuerzas Armadas y servicios privados, como se indica en la Tabla 1 y 2. (7)(8)

Tabla N° 2
Niveles de atención, niveles de complejidad y categorías de establecimientos del sector salud

Niveles de Atención	Niveles de Complejidad	Categorías de Establecimientos de Salud
Primer Nivel de Atención	1.º Nivel de Complejidad	I – 1
	2.º Nivel de Complejidad	I – 2
	3.º Nivel de Complejidad	I – 3
	4.º Nivel de Complejidad	I – 4
Segundo Nivel de Atención	5.º Nivel de Complejidad	II – 1
	6.º Nivel de Complejidad	II – 2
Tercer Nivel de Atención	7.º Nivel de Complejidad	III – 1
	8.º Nivel de Complejidad	III – 2

Tabla N° 3
Cuadro comparativo de las categorías de los establecimientos de salud

Categorías	MINSA	EsSalud	PNP	FAP	Naval	Privado
I - 1	Puesto de salud		Puesto sanitario		Enfermería servicios de sanidad	Consultorio
I - 2	Puesto de salud con médico	Posta médica	Posta médica	Posta médica	Departamento de sanidad posta naval	Consultorio médico
I - 3	Centro de salud sin internamiento	Centro médico	Policlínico B	Departamento sanitario		Policlínico
I - 4	Centro de salud con internamiento	Policlínico			Policlínico naval	Centro médico
II - 1	Hospital I	Hospital I	Policlínico A	Hospital zonal	Clínica naval	Clínica
II - 2	Hospital II	Hospital II	Hospital regional	Hospital regional		Clínica
III - 1	Hospital III	Hospital III y IV	Hospital nacional	Hospital Central FAP	Hospital Naval Buque Hospital	Clínica
III - 2	Instituto especializado	Instituto				Instituto

El Hospital Militar Central se encuentra categorizado como III-1 puesto que cuenta con unidades de atención completas, equipamiento moderno para la hospitalización, intervenciones quirúrgicas, terapéutica y cuidados postoperatorios de los pacientes. El público objetivo de este nosocomio es el personal militar, los familiares de este personal inscritos en el registro familiar, personal con derecho en el ejército, pacientes de cualquier procedencia en caso de atención médica de emergencia, así como en caso de emergencia nacional como es el caso actual. (9)

La pandemia del COVID-19 en el Perú afectó enormemente al sector salud, debido a la insuficiente inversión del estado en el área de salud, la fragmentación de nuestro sistema de salud y la debilidad de implementación del modelo de atención primaria en la salud. Esto llevó a que todos los hospitales, clínicas y centros de salud implementen distintos tipos de medidas para poder contrarrestar el impacto que generó el COVID-19.

En el caso del Hospital Militar Central, se implementó cabinas de descontaminación al ingreso y salida de su sede en Jesús María, así como en la sede de Chorrillos, gel desinfectante en cada servicio; dejaron de darse consultas externas, motivo por el cual se desarrolló los servicios de Telesalud, así los pacientes no tienen necesidad de desplazarse y se

previene el contagio; también el área de emergencia, pasó a ser área de emergencia para pacientes COVID-19, así como la Clínica Virgen de las Mercedes (la cual se encuentra dentro del HMC), pasó a ser el área de emergencia para pacientes no COVID-19; otra medida implementada fue que los médicos con factores de riesgo dejen de acudir al HMC por su seguridad recibiendo de igual manera su paga mensual; y en el caso de los médicos sin factores de riesgo, debido a la disminución del personal, se les asignó turnos en área COVID.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

En el Hospital Militar Central, los manejos en cada área hospitalaria son según las guías de práctica clínica que da el MINSA, OMS, Uptodate, entre otras.

Usando de ejemplo los casos clínicos mencionados:

AREA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

En el caso N° 1, la paciente presentaba una Vaginosis Bacteriana, si se aprecia la “Guía para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual” de la OMS, recomienda como tratamiento:

- Metronidazol 500 mg dos veces al día durante siete días.
- Da como tratamiento alternado: Metronidazol 2 g por vía oral en dosis única y Clindamicina 300 mg dos veces al día durante siete días.

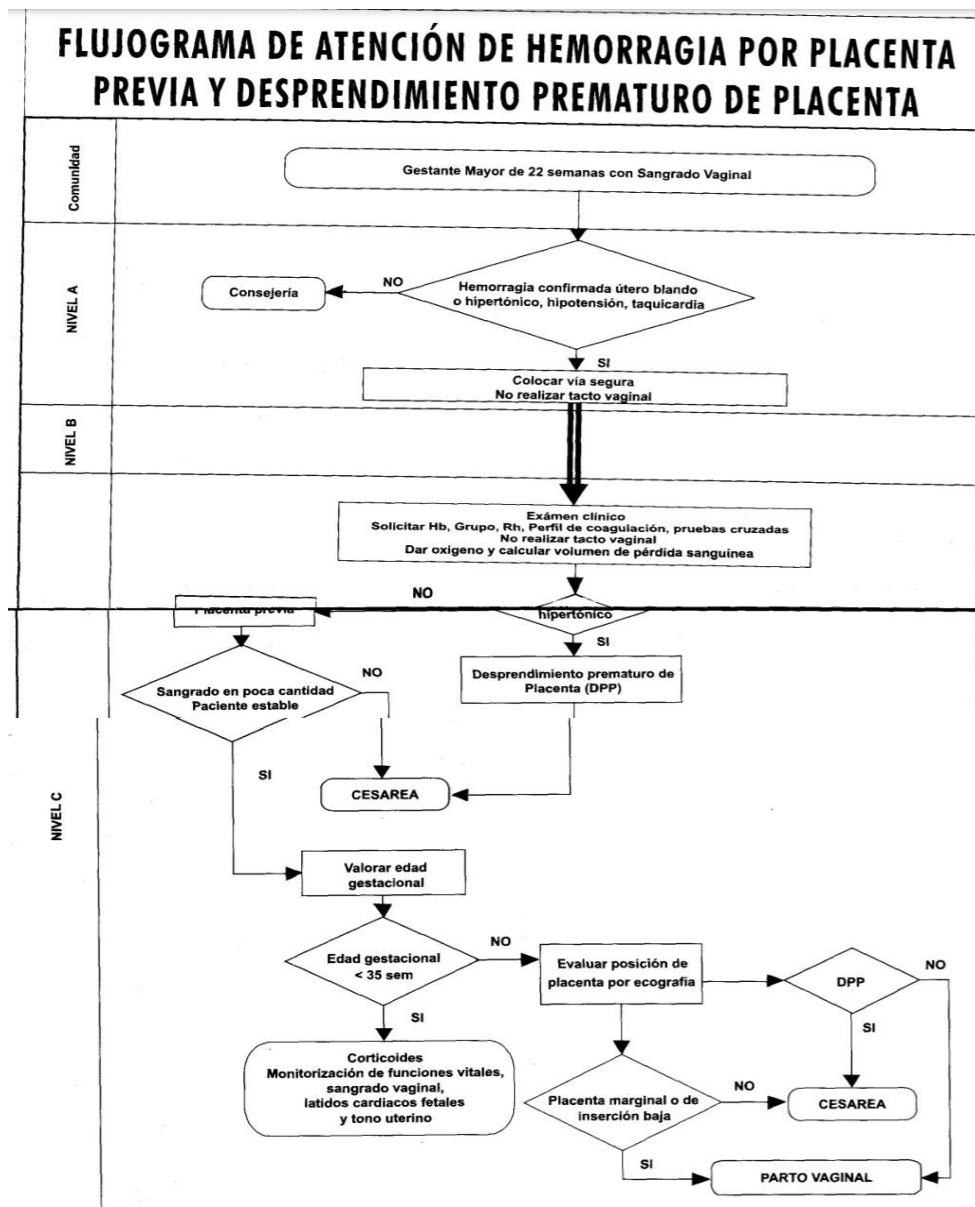
Se sabe que el Metronidazol y Clindamicina son los antibióticos de elección debido a su efectividad y cobertura con los agentes de esta enfermedad, como es el *Gardnerella Vaginalis*. (10)

En el caso N° 2, si se basa en la “Guía de atención de Emergencias Obstétricas” del MINSA presenta un algoritmo del manejo en caso

una gestante mayor a 22 semanas presente sangrado vaginal, debemos diferenciar entre un Desprendimiento Prematuro de Placenta y Placenta Previa, esto lo haremos por medio de las características clínicas: presencia de dolor, color del sangrado y presencia del útero hipertónico o no; una vez hayamos descartado DPP, habría que valorar la edad gestacional, la cantidad de sangrado y la posición de la placenta para realizar una cesárea, parto vaginal o si es menor a las 35 semanas, aplicar corticoides.

(11)

Imagen N° 2
Flujograma de atención de hemorragia por placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta



Según el caso N° 3, se trataba de una paciente con diagnóstico de Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Se llegó a ese diagnóstico debido a sus antecedentes como factores de riesgo y también por la clínica mencionada ya que cumplía con los criterios de Hager:

Tabla N° 4 Criterios de Hager

Criterios mayores	Criterios menores
Historia o presencia de dolor en hemiabdomen inferior	Temperatura > o igual a 38°C
Dolor a la movilización cervical en la exploración	Leucocitos mayor a 10500
Dolor anexial en la exploración abdominal	VSG elevada
Historia de actividad sexual reciente	Gram de exudado intracervical demostrando diplococos intracelulares sugestivos de gonococo
Ecografía no sugestiva de otra patología	

Siendo positivo si tiene un criterio mayor más 2 criterios menores.

Además, la decisión de hospitalizarla fue debido a que cumplía con los criterios de hospitalización en pacientes con EPI, que serían: signo de rebote en región anexial y pobre respuesta al antibiótico oral.

La enfermedad inflamatoria pélvica cuenta con los estadios de Monif:

Tabla N° 5 Estadios de Monif

Estadio I	Salpingitis aguda sin peritonitis
Estadio II	Salpingitis aguda con peritonitis
Estadio III	Salpingitis con absceso tubo ovárico
Estadio IV	ATO roto

En este caso, la paciente estaría en el estadio II debido a la presencia de salpingitis más pelviperitoneo que consta de el signo de rebote en regional anexial y dolor a la laterización del útero(agudo) (12).

Es por eso que se decidió hospitalizar a la paciente y comenzar antibioticoterapia de amplio espectro que sería en este caso:

- Clindamicina 900 mg endovenoso cada 8 horas
- Gentamicina 2 mg/ kg + 1.5 mg/ kg cada 8 horas

Eventual a las 48 horas se le paso a vía oral doxiciclina 100mg cada 12horas por 14 días más metronidazol 500mg vía oral cada 12 horas por 14 días.

Pasada su quinto día hospitalizada y con una buena evolución se decidecontinuar antibioticoterapia en casa. La cual se le dio de alta y con seguimiento.

AREA DE PEDIATRIA

En los casos mencionados de Pediatría, debido a la falta de guías para la práctica clínica sobre enfermedades exantemáticas, se recurrió al Uptodate, donde si nos basamos en los artículos “Kawasaki disease: Initial treatment and prognosis” y “Treatment and prevention of parvovirus B19 infection” podemos apreciar que en caso de la enfermedad de Kawasaki, el tratamiento recomendado es IG IV a una dosis única de 2 g/kg y AAS a una dosis de 30 a 100 mg/kg hasta que lafiebre se ausente 48 horas y luego se da una dosis de 3 a 5 mf/kg hastaque los exámenes laboratoriales normalice; en el caso de la quinta enfermedad o eritema infeccioso, el artículo recomienda solo dar tratamiento sintomático debido a que no hay ningún medicamento disponible para esta enfermedad.(13)(14)

En el caso 3 del segmento de pediatría la paciente presentaba shigelosis mediante un coprocultivo positivo.

Esta entero bacteria es un Gram negativo, no capsulada. Tiene diferentes tipos las cuales son: *S. dysenteriae* (serogrupo A), *S. flexneri* (serogrupo B), *S. boydii* (serogrupo C) y *S. sonnei* (serogrupo D). La forma de contagio es mediante la vía oral fecal en personas preescolares, no menor de 6 meses. (8).

En el tratamiento se utilizó:

- Azitromicina 10 mg/kg/ día Vo por 5 días.
- *Sacheromyce boulardii* un sobre cada 12 horas.
- Ranitidina 50mg/ 2ml cada 12 horas.

Se hizo un estudio descriptivo realizado en el año 2013 en el Instituto Nacional del Niño, donde se hizo un sembrado de agar TSA e incubación de 18-24 horas a 37°C para encontrar el serogrupo. Los resultados dieron que un 62.3% el serogrupo tipo B. Además, se hizo un antibiograma para ver la sensibilidad ante esta bacteria, la cual hubo más sensibilidad para ciprofloxacino y ácido nalidixico (9), la cual hay una prevalencia en vías de desarrollo como es Perú (15).

En el caso N° 4, se trató de una salmonelosis, la cual se llegó a este diagnóstico por los exámenes de laboratorio solicitados ya mencionados. La salmonella es una enterobacteria gram negativa, según la OMS, esta bacteria genera una resistencia lo cual es un problema de la salud pública. Es una de las principales causas de diarreas agudas infecciosas, donde encontramos varios subtipos, pero las más importantes serían la salmonella entérica serotipo enteritidis y la salmonella entérica serotipo typhimurium. (16).

Sus síntomas más relevantes suelen manifestarse a las 6- 72 horas postingesta de algún alimento contaminado con esta bacteria entre ellas suelen ser huevos, aves de corral, leche y entre otras (15).

Los síntomas principales son:

- Diarrea acuosa
- Cefalea
- Náuseas y vómitos
- Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$

Posterior a sus días en hospitalización, se decidió dar de alta y hacer seguimiento del caso en consultorio externo.

En el caso número N° 5 se obtuvo un diagnóstico de gastroenteritis aguda por campylobacter Jejuni.

El modo de transmisión se debe a la ingesta de alimentos como aves, leche no pasteurizada, contacto con las heces de las palomas, animales de la casa generando una gastroenteritis en personas vulnerables (17), en este caso en niños. Esta reacción produce una destrucción del tejido epitelial de la pared intestinal por la multiplicación bacteriana.

AREA DE MEDICINA INTERNA

En el caso N° 1, el paciente con Dengue evacuado de Pichari, se tomó en cuenta la “Guía de práctica clínica para la atención de casos de Dengue en el Perú” donde menciona en el flujograma para atención de casos, cuando sospechar de Dengue; en el caso de este paciente presentaba fiebre de tres días de evolución, náuseas, erupción cutánea, mialgias, dolor retroocular, cefalea y dolor abdominal, se procedió a tomar un examen confirmatorio y

notificar al INS, así como se vigiló si presentaba síntomas de alarma, los cuales si presentaba: dolor abdominal intenso y plaquetopenia moderada con aumento de la hemoglobina. Su tratamiento fue como en el grupo B, recibió hidratación endovenosa y tratamiento sintomático con Paracetamol. (18)

En el caso N° 2, el esquema terapéutico para la neumonía atípica del paciente la podemos apreciar en la “Guía de práctica clínica de Neumonía adquirida en la comunidad” de la OPS y Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, donde mencionan que el tratamiento recomendado para esta patología es con macrólidos como: Claritromicina, Eritromicina o Azitromicina. (19)

AREA DE CIRUGIA GENERAL

En el caso N° 3 de la especialidad de cirugía, se llegó al diagnóstico de adenocarcinoma tubo papilar de colon ascendente infiltrante.

Se basó principalmente en la historia clínica de la paciente, posterior a una exploración física y una colonoscopia la cual ayudó en visualizar el epitelio del intestino y el recto. Además, contaba con marcadores tumorales positivos y más la biopsia que se le realizó, confirmaba el diagnóstico (20).

Por esa razón se decidió realizar la cirugía la cual se observó:

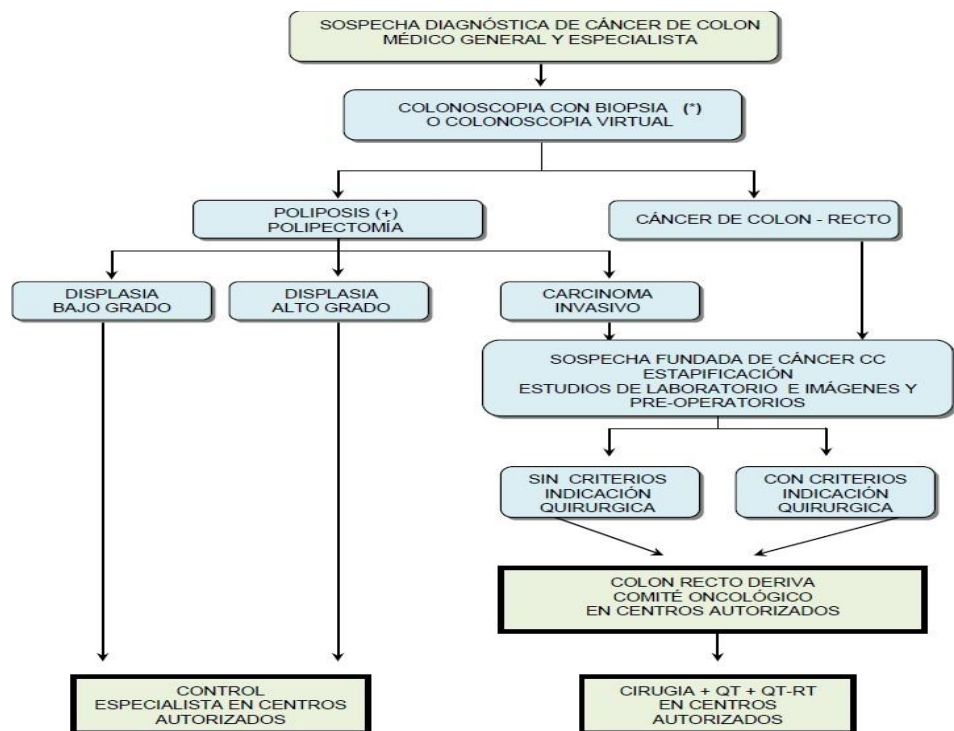
- Tumoración dependiente del ciego de aproximadamente 5 cm.
- Retracción de toda la pared, duro, multilobular con adenopatías <de 1 cm en cólica derecha.

Post operada se le dio antibioticoterapia con:

- Ceftriaxona 1 gr ev cada 12 horas.
- Tramadol 50 mg subcutáneo.
- Esomeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas.
- Dieta líquida amplia más líquido a voluntad.

Finalmente, se le dio de alta con interconsulta para oncología y así poder hacer su seguimiento correspondiente.

Imagen N° 3
Flujograma ante la sospecha diagnóstica en cáncer de colon



(*) Si colonoscopia no obtiene biopsia diagnóstico se puede confirmar con colonoscopia virtual positiva.

CAPITULO IV. REFLEXION CRITICA DE LA EXPERIENCIA

Si bien como ya se mencionó en el primer capítulo, las expectativas de los estudiantes de medicina que realizarán internado fueron altas debido a que “|por fin” desarrollarán habilidades, destrezas, procedimientos y tendrán esa interacción y responsabilidad con el paciente que uno espera tener desde primer año de la carrera, cuando se suspendieron las actividades académicas en los hospitales, esto generó mucho estrés, ansiedad, incertidumbre y preocupación en la mayoría de estudiantes puesto que no se sabía con exactitud el tiempo de suspensión del internado, el tiempo de suspensión del ENAM y la magnitud que esto afectaría la formación de estos pre profesionales.

Al volver al internado en octubre del 2020, debido al impacto del COVID-19 en la mayoría de los hospitales a nivel nacional, una cantidad de internos tuvieron que cambiar de sede a un Centro de Salud, así como otra cantidad pudieron continuar sus prácticas en sus determinados hospitales, como es el caso de las autoras de este trabajo.

El volver al Hospital Militar Central tuvo dificultades entre las cuales se encuentra la escasez de EPP, la disminución de días de prácticas hospitalarias y la dificultad de establecer una relación médico-paciente en este contexto. El primer problema fue resuelto gracias al salario mensual que recibían los internos del HMC, lo cual les permitía poder comprarse EPPS así disminuir el riesgo de contagio; el segundo problema, no pudo

ser resuelto debido a que ya había sido establecido en los “Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de las actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090-2020”, al igual que dejaron de asignar guardias por prevención, lo cual causó frustración en muchos internos de estenosocomio debido a que “en estas guardias” es donde ellos podían aprender la atención de emergencias y aplicar sus conocimientos teóricos en estos casos; la tercera dificultad, se presenta debido que a la hora de realizar la historia clínica, examen físico o tan solo “dialogar” con el paciente, el tener todo un equipo de protección no permitía realizar estas actividades como uno quisiera, sin embargo, con el pasar de las semanas y meses, por medio de la práctica, dejó de ser una dificultad.

CONCLUSIONES

El internado médico de pregrado es una fase indispensable para la formación de los futuros médicos donde integra e incorpora todos sus conocimientos teóricos y prácticos de las diferentes especialidades rotadas.

La pandemia por el SARS-CoV-2 ha afectado profundamente la formación de miles de internos pues disminuyeron las horas de rotación hospitalaria, la escasez de los equipos de protección personal, la disminución de pacientes debido al contexto lo cual dificultó su aprendizaje. Sin embargo, esto ha llevado a desarrollar valores como la solidaridad, empatía, justicia, respeto y vocación de servicio; también ha permitido aprender a manejar y tratar pacientes en un contexto totalmente diferente, a afrontar el estrés, la ansiedad por la incertidumbre que nos trajo el virus y, sobre todo, esta pandemia enseña a trabajar en equipo y desarrollar una buena actitud hacia cada situación y de la misma manera, transmitirla a los pacientes y población en general.

Finalmente, los miles de internos han ganado una experiencia de haber vivido en “carne propia” esta crisis sanitaria, lo cual hace esta, una experiencia aún más enriquecedora.

RECOMENDACIONES

1. Generar más consciencia respecto al cuidado de un personal de salud, implementando equipos de protección y capacitaciones previas a procedimientos de riesgo.
2. Facilitar el acceso a un seguro integral de salud que cubra de daños secundarios ocurridos en el hospital.
3. Habilitar sugerencias respecto a la coordinación de internado en la Universidad San Martín de Porres.
4. Fortalecer la implementación de sistemas en salud.
5. Potenciar el compromiso de la Universidad hacia los estudiantes de Medicina Humana.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Asociación Peruana de Facultades de Medicina [Internet]. Examen Nacional de Medicina. 2021.
2. Asociación Peruana de Facultades de Medicina [Internet]. BASES DELEXAMEN NACIONAL DE MEDICINA – ENAM. 2021.
3. Sánchez A, Flores R, Urbina R, Lara N. Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. Investigación en Salud [Internet]. 2008; X(1):14-21.
4. Cervantes R. Papel del interno como futuro profesional. Ginecología y Obstetricia. Enero de 1994;40(1).
5. Albitres L, Pisfil Y, Guillen K, Niño R, Alarcon C, Albitres L, et al. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Julio de 2020;37(3):504-9.
6. Arroyo A, Rojas D. Internado médico durante la pandemia del COVID- 19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. Acta méd. Peru. 2020 Oct; 37(4): 562-564.

7. Salaverry O, Cárdenas-Rojas D. Establecimientos asistenciales del sector salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. Perú. 2009.
8. GUÍA TÉCNICA PARA LA CATEGORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD. MINSA. Perú; 2014.
9. História: Hospital Militar Central [Internet]. Perú. 2019
10. Abreu H, Alary M, Ali R, Ahmed L, Jakobsone I, et al. Guías para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual. Organización Mundialde la Salud. Suiza. 2001.
11. Femme Perú. Guía de atención de emergencias obstétricas. Programade Salud Materno Perinatal. Perú. 2002.
12. Hernández D, Diaz O. Enfermedad inflamatoria pélvica. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010 Dic. 36 (4): 613-631.
13. Robert M. Kawasaki disease: initial treatment and prognosis. Uptodate [Internet]; 2020.
14. Gavilan Martin C, Garcia B. Gastroenteritis Aguda [Internet]. 1.^a ed. Direccion General de Salud de las Personas; 2012 [citado 6 junio 2020].
15. Baca Carlos, Yupanqui Lisette, Canales Jhan, Zamudio María Luz, Quispe María del Carmen, Tamariz Jesús H. Serotipos y susceptibilidad antimicrobiana de Shigella aisladas en un instituto de salud pediátrico de Lima, Perú entre enero y julio 2013. Rev Med Hered [Internet]. 2014Abr [citado 2021 Abr 14] ; 25(2): 73-79.

16. Salmonella (no tifoidea) [Internet]. [citado 14 de abril de 2021].

17. Guía de Practica para la Atención de Casos de Dengue en el Perú [Internet]. 1.^a ed. Lima- Peru: Direccion General de Salud de las Personas; 2012 [citado 6 junio 2020].

18. Neumonia Adquirida en la Comunidad en Adultos [Internet]. 1.^a ed. Peru; 2009 [citado 15 octubre 2020].

19. Rodríguez Gutiérrez V, Guzmán Osorio L, Verjan García N. Campylobacter spp. en productos aviares y su impacto en salud pública. CES Medicina Veterinaria y Zootecnia. Diciembre de 2015;10(2):203- 13.