



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN UN
ESTABLECIMIENTO DE PRIMER Y TERCER NIVEL DE
ATENCIÓN DE LIMA ESTE**

2022-2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
CESAR DAVID PAREDES GUTIÉRREZ**

**ASESOR
HENRY NELSON MORMONTOY CALVO**

**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 UN
ESTABLECIMIENTO DE PRIMER Y TERCER NIVEL DE
ATENCIÓN DE LIMA ESTE**

2022-2023

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
CESAR DAVID PAREDES GUTIÉRREZ**

**ASESOR
MGTR. HENRY NELSON MORMONTOY CALVO**

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres, quienes han brindado su apoyo incondicional a lo largo de estos 7 años, permitiéndome estudiar esta carrera, tan sacrificada como gratificante.

A mis amigos que cada día con sus consejos, enseñanzas, cariño y buen humor forjaron una experiencia agradable e inolvidable durante esta etapa universitaria.

A mi pareja quien me alienta a mejorar día a día en el ámbito personal y profesional.

A todos mis maestros que aportaron su experiencia y conocimientos fundamentales en la formación de todo médico.

ÍNDICE

ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	3
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	19
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	21
CAPÍTULO 4. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	33
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
FUENTES DE INFORMACIÓN	36

RESUMEN

Todos los estudiantes de las ciencias de la salud culminan su etapa universitaria con un año de internado, para el caso del estudiante de medicina, este año es indispensable ya que se busca integrar y consolidar todos los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante los años previos de la carrera desarrollándose en una relación más cercana con el paciente, bajo la tutela de un médico experimentado y en conjunto con todo el equipo de profesionales que integran la atención de salud, garantizando y respetando los principios éticos de la medicina: No maleficencia, autonomía, beneficencia y justicia. Esta etapa trascendental en la formación académica de todo médico, se vio muy fuertemente afectada por la pandemia del COVID-19 que con el fin de salvaguardar el bienestar de la población desembocó en una etapa de cuarentena con aislamiento social, suspendiendo en 2020 por algunos meses el desarrollo del internado para posteriormente retomarse con las medidas de protección necesarias, no obstante se optó por algunas modificaciones en el desarrollo de la misma, resaltando la disminución de 12 meses a 10 meses, si bien no es un cambio sustancial, reduce el tiempo de rotación por las cuatro grandes especialidades. A continuación, se presenta las experiencias vividas durante esta etapa tan importante como inolvidable, tan útil como necesaria, el internado médico, desarrollado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue y en el Centro de Salud San Antonio. Presentando ocho casos clínicos de las cuatro grandes especialidades de la medicina: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Pediatría. Además, se mencionará la labor que desempeña el interno de medicina, así como las dificultades que se presentaron producto de la pandemia y las soluciones para culminar esta etapa de una manera satisfactoria.

Objetivos: Relatar el desarrollo y experiencias vividas durante el internado médico comprendido entre junio de 2022 a marzo de 2023. Detallar el contexto en el que se realizó y la aplicación clínica de los conocimientos adquiridos durante la carrera.

Metodología: Se describe las experiencias vividas durante el internado médico

realizado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue y en Centro de Salud San Antonio, presentando casos clínicos contemplados durante este tiempo.

Conclusiones: Este periodo que comprende el último año de la formación académica de todo futuro médico, es de trascendental importancia. Permitiendo integrar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera con una atención integral de salud, logrando pulir las habilidades clínicas y procedimentales preparando al futuro profesional para brindar una atención de calidad en beneficio de los pacientes.

Palabras clave: Internado médico, COVID-19, primer nivel de atención, tercer nivel de atención.

ABSTRACT

All the students of the health sciences culminate their university stage with a year of internship, in the case of the medical student, this year is essential since it seeks to integrate and consolidate all the theoretical and practical knowledge acquired during the previous years of the career developing in a closer relationship with the patient, under the tutelage of an experienced doctor and in conjunction with the entire team of professionals that make up health care, guaranteeing and respecting the ethical principles of medicine: Non-maleficence, autonomy, beneficence and justice. This transcendental stage in the academic training of all doctors was very strongly affected by the COVID-19 pandemic, which, in order to safeguard the well-being of the population, led to a phase of quarantine with social isolation, suspending in 2020 for a few months. The development of the internship to later be resumed with the necessary protection measures, however, some modifications in its development were chosen, highlighting the decrease from 12 months to 10 months, although it is not a substantial change, it reduces the time of Rotation through the four major specialties. The experiences lived during this important and unforgettable stage, as useful as necessary, the medical internship, developed at the Hipólito Unanue National Hospital and at the San Antonio Health Center, are presented below. Presenting eight clinical cases of the four great specialties of medicine: Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, General Surgery and Pediatrics. In addition, the work carried out by the medical intern will be mentioned, as well as the difficulties that arose as a result of the pandemic and the solutions to complete this stage in a satisfactory manner.

Objective: Report the development and experiences lived during the medical internship from June 2022 to March 2023. Detail the context in which it was carried out and the clinical application of the knowledge acquired during the degree.

Methodology: The experiences lived during the medical internship carried out at the Hipólito Unanue National Hospital and at the San Antonio Health Center are described, presenting clinical cases contemplated during this time.

Conclusions: This period, which includes the last year of the academic training

of all future doctors, is of transcendental importance. Allowing to integrate the knowledge acquired throughout the career with comprehensive health care, managing to polish clinical and procedural skills preparing the future professional to provide quality care for the benefit of patients.

Keywords: Medical internship, COVID-19, first level of care, third level of care.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN UN ESTABLECIMIENTO DE PRIMER Y
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE LIMA**

AUTOR

CESAR DAVID PAREDES GUTIÉRREZ

RECUENTO DE PALABRAS

10984 Words

RECUENTO DE CARACTERES

66948 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

56 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

157.4KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 17, 2023 2:45 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 17, 2023 2:48 PM GMT-5

● **11% de similitud general**

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

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Méd. Henry Nelson Mormontoy Calvo MSP
CMP 44512
<https://orcid.org/0000-0002-9230-337X>

INTRODUCCIÓN

La última etapa en la formación académica de todo profesional de salud culmina con la realización del internado, que para el estudiante de medicina esta etapa se desarrolla en el séptimo año de la carrera. Este periodo está dirigido a integrar los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos en el transcurso de la carrera con la práctica clínica diaria, tanto en el primer nivel de atención como en centros de mayor complejidad.

El internado médico es crucial en la formación de todo médico, ya que representa una oportunidad para trabajar de manera más cercana con el paciente, siempre contando con la supervisión de un médico con amplia experiencia en el ámbito clínico y todo un equipo de profesionales de la salud, que centran sus esfuerzos en brindar una atención digna y de calidad, pues tratamos con personas no con enfermedades.

Al final de este periodo se espera que el futuro profesional logre consolidar un pensamiento crítico en cuanto al diagnóstico, tratamiento y tomas de decisiones, frente a la amplia gama de patologías que aquejan a la población de nuestro país, además esta última fase permite conocer más acerca de nuestra realidad, en cuanto salud se refiere, pues muchas veces en las grandes aulas universitarias, aprendemos a practicar la medicina de países desarrollados sin tener en cuenta que en varias ocasiones no se contará con uno u otro medicamento, material o equipo necesario para la atención de un paciente. A pesar de todas las limitaciones que pueda haber indudablemente esta maravillosa e irrepetible etapa deja experiencias gratificantes e inolvidables en todos aquellos que abandonan las aulas para labrar un futuro profesional en favor del bienestar físico, mental y social.

Cabe mencionar que a raíz de la pandemia por COVID-19 el desarrollo del internado se vio interrumpido a inicio de marzo del 2020, adaptándose a una improvisada educación virtual, puesto que nos enfrentábamos a un patología

poco conocida lo cual generó una época de incertidumbre y angustia, obligándonos a estar dentro de caso cumpliendo la cuarentena obligatoria (1). A pesar de ello 5 meses después, el 15 de agosto de 2020 mediante el Decreto de Urgencia Número 090-2020, se dispuso de la reanudación e inicio progresivo de las actividades de los internos de las ciencias de la salud (2), hecho que represento una gran dificultad debido a la carencia de equipo de protección personal, motivo que no impidió lograr las metas deseadas en durante el internado médico.

Actualmente la COVID-19 persiste entre la población, a pesar de ello no se equipara a lo que en un inicio fue, dejando como enseñanza que a pesar de las barreras o dificultades que se puedan presentar, siempre habrá oportunidades para crecer personal y laboralmente.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

I.1 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Anamnesis

Paciente varón de 69 años, ingresa por el servicio de emergencia refiriendo que hace 15 días nota lesión en segundo dedo de pie izquierdo, realizando limpieza con agua y sal, una semana después nota lesión ulcerada asociado con sensación de escalofríos, realizándose limpieza y cubriéndolo con medias de lana, 3 días después nota coloración negruzca de segundo dedo del pie izquierdo asociado a dolor de moderada intensidad, por lo que comienza a cortar tejido lesionado necrótico, que con el pasar de los días (5 días antes del ingreso) síntomas empeoran comprometiendo bipedestación, deambulacion además presentando fiebre y malestar general, motivo por el cual acude al nosocomio.

Antecedentes personales: Diabetes mellitus desde hace 25 años en tratamiento irregular con metformina y glibenclamida, niega otros antecedentes de importancia.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 79, frecuencia respiratoria: 17, presión arterial: 115/70 mmHg, temperatura: 37.3 °C, Saturación: 98 %, FiO₂: 21 %.

Piel y faneras: Necrosis del segundo dedo del pie, no edemas.

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

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, no doloroso a la palpación.

Neurológico: Lúcido, orientado en las 3 esferas, Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica

- Diabetes *mellitus* con complicaciones tardías

- Pie diabético vascular a descartar infección

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 15800-Neutrofilos 78%- Bandas 1%, Hb 9.1, Plaquetas 484000

- Proteína C reactiva: 15.67 mg/dl

- Glucosa: 197 mg/dl

- Urea y creatinina: 29 mg/dl, 0.75 mg/dl

- Electrolitos: Sodio 135, potasio 4.9, cloro 103.8, lactato 1.5

- TGO, TGP y albumina: 18 U/L, 16 U/L, 3.1 mg/dl

- Grupo y factor: A +

- Perfil de coagulación: TP 17, INR 1.31, TTP 41, fibrinógeno 793

- Ecografía Doppler arterial de miembro inferior izquierdo: Signos de insuficiencia arterial, en arteria tibial posterior y pedía. Ateromatosis de miembros inferiores a predominio de arteria tibial posterior y pedía, con múltiples áreas estenóticas a predominio de arteria pedía izquierda.

- Prueba molecular COVID-19: Negativo

Plan de trabajo:

- Pasa a hospitalización.

- Dieta blanda hipoglúcida, líquidos a voluntad.

- Cobertura antibiótica con ciprofloxacino 400mg EV c/12h, clindamicina 600mg endovenoso c/8 h.

- Insulina NPH 10 UI 8am, Insulina R a escala móvil.

- Manejo del dolor con tramadol 50mg 2amp, dimenhidrinato 50mg, NaCl 0.9% 100cc. EV c/8h.

- Gabapentina 300mg VO c/24 h.

- Curaciones diarias.

- Continuar evaluación por cirugía cardiovascular y tórax, Traumatología.

Evolución

El paciente fue evaluado por los servicios de cirugía cardiovascular y tórax y

traumatología. Planteando un manejo quirúrgico mediante una amputación transtibial por el servicio de traumatología. La operación se realizó sin complicaciones, paciente presentó evolución favorable, posteriormente fue dado de alta para continuar con terapias y control por consultorio externo.

Caso clínico n.º 2

Anamnesis

Paciente mujer de 58 años, acude a centro de salud con un tiempo de enfermedad de 5 días caracterizado en un inicio por orinas mal olientes, hace 3 días se le agrega sensación de ardor al realizar la micción (disuria) además nota aumento en la frecuencia miccional (polaquiuria) y que al finalizar la micción permanece sensación de vejiga llena (tenesmo vesical), hace 1 día refiere que se agrega dolor difuso en región de hipogastrio de moderada intensidad, acompañado de malestar general, motivo por el cual decide acudir a consulta.

Antecedentes de importancia: Diabetes *mellitus* desde hace 10 años, en tratamiento con metformina de manera regular, obesidad grado 1, cuadro de infección urinaria hace 1 año. Niega otros antecedentes de importancia.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 80, frecuencia respiratoria: 17, presión arterial: 120/70 mmHg, temperatura: 37.2 °C, Saturación: 98 %, Talla: 1.54 m, Peso: 80 kg.

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica. No edemas, panículo adiposo aumentado a predominio central.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos audibles.

Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial en hipogastrio, puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos.

Neurológico Despierta, orientada en las 3 esferas, Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica

- Infección urinaria: Cistitis.
- Obesidad de grado 1

Exámenes auxiliares

Examen de orina: Leucocitos 20-30 x campo, hematíes 1-2 x campo, gérmenes abundantes, nitritos positivos.

Plan de trabajo

- Manejo ambulatorio.
- Inicio de tratamiento empírico con ciprofloxacino de 500 mg vía oral c/12 h por 7 días.
- Se le brinda orientación a paciente acerca de medidas higiénicas y de prevención de infección urinaria.
- Se realiza orientación sobre estilos de vida saludables y educación sobre enfermedades no transmisibles, además de orientación conjunta con nutricionista para dieta saludable.
- Se cita dentro de 7 días para control.

I.2 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 3

Anamnesis

Paciente femenina de 4 años, es traída por su madre al servicio de emergencia, quien refiere que hace aproximadamente una semana, menor cursa con dolor intermitente en región dentaria e hiporexia con el pasar de los días, 6 horas antes del ingreso madre refiere aumento de volumen en hemicara derecha asociada a dolor a la palpación, imposibilidad para la masticación, disminución de apertura bucal y malestar general, motivo por el cual acude por emergencia.

Antecedentes: Niega antecedentes de importancia.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 110, frecuencia respiratoria: 20, temperatura: 37 °C, Saturación: 97 %, FiO₂: 21 %, Talla:106 cm, Peso 15 kg.

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos, aumento de volumen en hemicara derecha, aproximadamente de 5 cm, dolorosa a la palpación, dificultad para la apertura bucal.

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

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

Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, no doloroso a la palpación.

Neurológico Despierta, quejumbrosa, reactiva a los estímulos externos.

Impresión diagnóstica

Absceso en cara a descartar origen odontogénico

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 9410- Neutrófilos 72%, Hb 12.1, plaquetas 404000

- Proteína C Reactiva: 5.08 mg/dl

- Urea y Creatinina: 28.33 mg/dl y 0.28 mg/dl
- Electrolitos: Sodio 136, potasio 3.57, cloro 104.7.
- Glucosa: 51.73 mg/dl
- Ecografía de partes blandas: Colección perimaseterina a nivel del espacio masticatorio derecho de 11x26x11 mm con un volumen de 2cc, que proviene aparentemente del primer premolar derecho, asociado a ganglios reactivos de los segmentos cervicales I, IIA y IIB.
- Prueba molecular COVID-19 para paciente y madre: Negativo.

Plan de trabajo

- Pasa a hospitalización.
- Dieta líquida amplia.
- Dextrosa al 5% 1000cc, NaCl 20% 40cc, KCl 20% 10cc. 25cc por hora.
- Ranitidina 15 mg EV c/8 h.
- Cobertura antibiótica con: Clindamicina 150 mg EV c/6 h.
- Metamizol 375 mg EV condicional a fiebre.
- Control de funciones vitales, observación de signos de alarma y balance hídrico estricto.

Evolución

Paciente con evolución favorable, remisión de sintomatología y mejoría del estado general, se realiza interconsulta con servicio de odontopediatría quienes continúan manejo al alta por consultorio externo a la brevedad.

Caso clínico n.º 4

Anamnesis

Paciente masculino de 7 años es traído por madre a centro de salud, quien refiere tiempo de enfermedad de aproximadamente 4 días, caracterizada en un inicio por dolor en la garganta, hace 2 días dolor aumenta de intensidad, hay disminución del apetito así como rinorrea y sensación de alza térmica motivo por el cual madre automedica con paracetamol, hace 1 día nota masas en el cuello

del menor, ante persistencia de sintomatología ahora con compromiso de malestar general, hiporexia y fiebre que no remite a pesar de tratamiento antipirético, por lo que decide acudir a consulta.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 124, frecuencia respiratoria: 22, temperatura: 39.4 °C, Saturación: 98 %, FiO2: 21 % Talla: 1.25 m, Peso 23 kg.

Piel y faneras: Caliente, hidratada, elástica, llenado capilar <2 segundos.

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

Orofaringe: Congestiva, amígdalas hipertróficas con exudado amigdalino.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles.

Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, no doloroso.

Neurológico: Despierto, quejumbroso, irritable, reactivo a estímulos externos.

Impresión diagnóstica

Faringoamigdalitis de probable etiología bacteriana

Plan de trabajo

- Manejo ambulatorio.
- Metamizol 575 mg IM STAT.
- Continuar dieta completa, evitando irritantes de la garganta.
- Inicio de tratamiento empírico con amoxicilina 7.7mL vía oral c/8 h por 10 días.
- Ibuprofeno 11.5 ml VO c/8 h por 4 días después de desayuno, almuerzo y cena.
- Paracetamol 14.4 ml VO condicional a fiebre.
- Explicar a la madre signos de alarma y medidas físicas para control de fiebre.
- Se cita dentro de 5 días para control.

I.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 5

Anamnesis

Paciente femenina de 30 años refiere que hace 7 meses inició con sangrado escaso que manchaba 2 toallas higiénicas al día, asociado a dolor pélvico tipo cólico intermitente de intensidad 8/10 en EVA. Al pasar 10 días del inicio de sintomatología acuda a centro particular donde realizan una ecografía identificando una masa compatible con mioma uterino de 7.8 cm. Indicándole terapia analgésica y explicando la resolución quirúrgica. Paciente permanece con sintomatología presentado 2 episodios de sangrado uterino de 10 días de duración cada mes, en los últimos 3 meses. Además, presenta sensación de malestar general, cansancio y astenia. Por ese motivo paciente acudió al HNHU donde es ingresada por consulta externa para continuar sus evaluaciones, completar sus análisis preoperatorios y abordaje quirúrgico.

Antecedentes obstétricos G3P1021, niega otros antecedentes de importancia.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 88, frecuencia respiratoria: 16, presión arterial: 110/70 mmHg, temperatura: 36.5 °C, Saturación: 98 %, FiO₂: 21 %, Talla: 1.55 m, Peso: 65 kg.

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica. Llenado capilar <2 segundos, no edemas.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos pulmonares, no ruidos agregados.

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

Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio.

Neurológico: Despierta, lúcida, orientada en 3 esferas.

Examen ginecológico: Tacto vaginal útero antero verso flexo, de aproximadamente 12 cm, doloroso a la palpación, en cara anterior se palpa masa.

Impresión diagnóstica

Miomatosis uterina

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 9340, hemoglobina 13.8, plaquetas 330000
- Urea y creatinina: 25 mg/dl, 0.65 mg/dl
- Tiempo de sangría: 2.30
- Tiempo de coagulación: 7
- Glucosa 84 mg/dl
- Pruebas serológicas de VHP VIH y sífilis: No reactivas
- Ecografía transvaginal: Se aprecia imagen ovoidea de borde regulares de 81x70x86 mm a predominio ístmico corporal
- Radiografía de tórax normal

Plan de trabajo

- Pase a hospitalización.
- Realización de riesgo quirúrgico.
- Miomectomía laparoscópica.

Evolución

Paciente es sometida a miomectomía, sin presentar complicaciones durante el proceso quirúrgico, posteriormente queda en observación para luego ser dada de alta y continuar con control por consultorio externo.

Caso clínico n.º 6

Anamnesis

Paciente femenina de 70 años refiere tiempo de enfermedad de 4 años caracterizada por sensación de bulto en vagina de aproximadamente 1 cm que se reducía de manera espontánea. La sintomatología no progresa hasta hace 1 año que noto aumento del bulto hasta 4-5 cm aproximadamente asociado a una reducción espontánea. Durante los meses siguientes paciente refería 2 episodios de infecciones urinarias, con disuria persistente a pesar del tratamiento, motivo

por el cual decide acudir a consulta.

Antecedentes personales: Safenectomía (2015). Niega otros antecedentes de importancia.

Antecedentes obstétricos G6P6006.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 76, frecuencia respiratoria: 17, presión arterial: 110/70 mmHg, temperatura: 37 °C, Saturación: 98 %, FiO2: 21 %, Talla: 1.48 m, Peso: 72 Kg.

Piel y faneras: Tibia, reseca, poco elástica. Llenado capilar <2 segundos, no edemas.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos pulmonares, no ruidos agregados.

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

Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial.

Neurológico: Lúcida, orientada en 3 esferas. Escala de Glasgow 15/15.

Genitales externos: No se observa perdida de orina con maniobras del Valsalva, tumoración a través de cavidad vaginal de aproximadamente 4cm.

Impresión diagnóstica

Distopia genital grado IV

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos 9500, Hb 13, Plaquetas 287000.
- Urea y creatinina: 38.43 mg/dl, 0.69 mg/l
- Tiempo de sangría: 2
- Tiempo de coagulación: 6
- Glucosa: 117 mg/dl
- Pruebas serológicas de VHP VIH y sífilis: No reactivas
- Radiografía de tórax: Compatible con broncopatía crónica

- Uroflujometría más cistometría: Vejiga normosensitiva, detrusor estable, capacidad vesical funcional conservada, no se evidencia pérdida de orina durante el procedimiento, flujo miccional patrón no obstructivo, residuo postmiccional normal.

Plan de trabajo

- Pase a hospitalización.
- Realización de riesgo quirúrgico.
- Colporrafia más histeropexia.

Evolución

Paciente es sometida a procedimientos quirúrgicos planteados sin presentar complicaciones, se mantiene en observación hasta estar en condiciones de alta y se cita para control por consultorio externo.

I.4 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 7

Anamnesis

Paciente varón de 75 años con un tiempo de enfermedad de 1 mes caracterizado por dolor abdominal tipo cólico en epigastrio, irradiado a cuadrante superior derecho, de moderada intensidad que calmaba con analgésicos, acompañado de náuseas esporádicas. Hace 5 días familiar refiere observar coloración amarillenta de la piel y escleras del paciente, además el dolor abdominal incrementa de intensidad asociado a sensación de alza térmica no cuantificada motivo por el cual acude por emergencias.

Antecedentes patológicos Diabetes mellitus con tratamiento irregular. Niego otros antecedentes de importancia.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 89, frecuencia respiratoria: 16, presión arterial: 110/70 mmHg, temperatura: 37 °C, Saturación: 96 %, FiO₂: 21 %.

Piel y faneras: Tibia, hidratada, poco elástica, no palidez, tinte icterico en piel y escleras 2/3 cruces.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos pulmonares, no ruidos agregados.

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

Abdomen: Globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, dolor a la palpación en epigastrio, Murphy (+), no signos peritoneales.

Neurológico: Lúcido, orientado en 3 esferas. Escala de Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica

Coledocolitiasis a descartar colangitis, a descartar pancreatitis aguda.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos: 13210 (neutrófilos: 12285), hemoglobina 13.3, plaquetas 423000

- Proteína C reactiva: 7.62 mg/dl
- Urea y creatinina en valores no patológicos
- Electrolitos: Sodio 128.9, potasio 4.10
- Perfil de coagulación: Fibrinógeno 1020; INR, TP Y TPP en valores normales
- Perfil hepático: Bilirrubina total 15.48, bilirrubina directa 9.04, bilirrubina indirecta: 6.44, TGO 74.15, TGP 88.93, GGT 731.23, FA: 799.62
- Perfil lipídico: Colesterol total 408.16, LDL 394.08, triglicéridos 175.06
- Amilasa y lipasa elevadas: 378.6, 709.2
- Ecografía abdominal: Se halla una vesícula biliar de paredes engrosadas de 5 mm con colección laminar, contiene bilis sin ecos, con varios litos, el mayor de 10 mm y ausencia de líquido libre perivesicular. colédoco dilatado de 8 mm, sin presencia de litos, con vena porta de 9 mm, páncreas no visibles por interposición gaseosa. A nivel hepático se halla una imagen hiperecogénica en lóbulo hepático izquierdo de medidas 22x16 mm con limitada visualización por meteorismo, vías biliares intrahepáticas no dilatadas.
- Colangiografía sin contraste evidenciando vía biliar principal dilatada con 8.5 mm con litiasis a nivel distal de 5 mm, dilatación moderada de vía biliar intrahepática sin litiasis en su interior. Con vesícula biliar distendida de paredes engrosadas, no edema mural con litiasis de 4 mm con barro biliar y cambios inflamatorios circundantes.

Plan de trabajo

- Nada por vía oral.
- Hidratación con suero fisiológico al 9 % por 1000cc.
- Manejo parenteral del dolor y de las náuseas o vómitos.
- Cloruro de sodio para corrección de medio interno.
- Antibioticoterapia con ciprofloxacino 400mg c/12 h y metronidazol 500mg c/8 h ambos endovenosos.
- Insulina R en escala móvil.
- Protector gástrico.
- Dextrosa al 33.3% condicional a hipoglicemia (HGT < 60)

Evolución

Se realizó interconsulta con gastroenterología quienes sugieren el cambio de antibioticoterapia de amplio espectro a piperacilina más tazobactam 4.5g EV cada 6 horas y completar prequirúrgicos para pase a cirugía general y realizar el procedimiento de CPRE, posteriormente paciente es sometido a manejo quirúrgico sin presentarse complicaciones, paciente permanece en observación, se completa esquema antibiótico posteriormente con evolución favorable es dado de alta con control por consultorio externo a la brevedad.

Caso clínico n.º 8

Anamnesis

Paciente varón de 61 años con un tiempo de enfermedad de 5 meses caracterizado por dolor abdominal tipo difuso en epigastrio irradiado a región lumbar de moderada intensidad asociado a náuseas, astenia y baja de peso mayor de 10 kilos en los últimos dos meses. Posteriormente nota coloración amarillenta en piel y escleras además cursa con pico febril de 38.5 °C motivo por el cual acude al servicio de emergencia. posteriormente es trasladado al servicio de Gastroenterología donde se realiza el diagnóstico de Adenocarcinoma de páncreas, siendo derivado al servicio de cirugía general para definir el tratamiento.

Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial con tratamiento irregular. Niega otros antecedentes de importancia.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 77, frecuencia respiratoria: 20, presión arterial: 90/60 mmHg, temperatura: 37 °C, Saturación: 97 %, FiO₂: 21 %

Piel y faneras: Tibia, poco hidratada, poco elástica, tinte icterico en piel y escleras 1/3 cruces.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa bien en ambos pulmonares, no ruidos agregados.

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

Abdomen: Excavado, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, dolor a la palpación superficial en epigastrio con irradiación a zona lumbar.

Neurológico: Lúcido, orientado en 3 esferas. Escala de Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica

Colangitis aguda vs coledocolitiasis a descartar neoplasia

Exámenes auxiliares

- Hemograma: Leucocitos en 4070, hemoglobina en 10.5 y plaquetas en 388000
- Proteína C reactiva: 2.68 mg/dl
- Electrolitos: Sodio 130.3, potasio 4.8
- Perfil hepático: GGT 1103.9, FA 17563, bilirrubina total 22.25, bilirrubina directa 15.7, bilirrubina indirecta 6.5, albumina 3.21
- TEM abdominal: Dilatación severa de vías biliares intrahepática y colédoco, presencia de amputación distal de colédoco intrapancreático asociado a dilatación de los conductos de Wirsung, sin embargo, no se evidencia lesión focal.
- Colangiografía magnética: Signos de coledocolitiasis, así como marcada dilatación de vías biliares tanto intra como extrahepáticas, sin embargo, tampoco se evidencia lesión focal.
- Marcadores tumorales: AFP en 6.9 y Ca 19.9 > a 1000

Plan de trabajo

Paciente pasa a hospitalización por servicio de gastroenterología donde se realizó CPRE, no obstante, el procedimiento fue frustro ya que al momento de ingresar a la segunda porción del duodeno se observó a nivel de la papila duodenal una masa proliferativa de bordes congestivos y muy friables al roce por lo que como impresión diagnóstica hallan un tumor periampular.

Se realiza interconsulta con oncología en donde se sugiere atención por radiología intervencionista para el procedimiento de drenaje biliar externo y toma de biopsia de ampolla de váter en donde se halla un adenocarcinoma de tipo intestinal bien diferenciado infiltrante con no evidencia de invasión linfovascular.

Se realiza estadiaje mediante TAC sin hallarse compromiso de ganglios

peripancreaticos ni metástasis a distancia por lo que sugiere los diagnósticos de Neoplasia periampular localizada (temprana) aparentemente resecable al tratamiento quirúrgico por lo que es trasladado a cirugía general para procedimiento de duodenopancreatectomía.

Evolución

Paciente ingresa al servicio de cirugía donde se realizó resección quirúrgica, durante el procedimiento no hubo complicación alguna, el paciente queda en observación donde se observa mejoría clínica, tolerancia oral por lo que es dado de alta al séptimo día posterior a la operación con tratamiento analgésico, citado por control externo para los servicios de cirugía general y oncología para seguimiento y pronóstico.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

A diferencia de los años previo a la pandemia por COVID-19 el internado médico tenía una duración de 12 meses, realizando las rotaciones clínicas en las 4 grandes especialidades: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Pediatría, sin embargo, actualmente el internado médico se desarrolla durante 10 meses, dividiéndose en rotaciones por un centro de primer nivel de atención y un centro de mayor complejidad. El internado médico tuvo su inicio en el mes de junio de 2022, culminando en 2023, estableciéndose todas las normativas en la Resolución Ministerial n.º 351-2022 (3).

Conforme a la resolución ministerial, la experiencia del internado del presente trabajo se circunscribe a las rotaciones médicas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) y el Centro de Salud San Antonio.

El HNHU perteneciente al tercer nivel de atención es un hospital III-1, situado en el distrito del Agustino, es considerado hospital de referencia de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de la zona Este de la ciudad de Lima (4).

El nosocomio tiene una gran afluencia de pacientes quienes acuden no solo para una atención médica ambulatoria sino también en búsqueda de la realización de procedimiento con el fin de llegar a un adecuado diagnóstico y tratamiento oportuno (5).

Históricamente nace con el objetivo de brindar atención y tratamiento a los enfermos de tuberculosis en la década de los 40 que posteriormente en el año 1944 se declara el fundo “Bravo Chico” donde se construyó el Hospital Sanatorio n.º 1 para tuberculosos, durante el gobierno del Dr. Manuel Prado (4). No es hasta el año de 1991 que se le asigna la denominación de Hospital Nacional Hipólito Unanue, concibiendo su nueva orientación en búsqueda de la calidad y excelencia de atención en salud de sus pobladores (4).

El Centro de Salud San Antonio perteneciente al primer nivel de atención, es un establecimiento I-3 que se encuentra ubicado en el distrito de Ate, perteneciendo ala, RIS Huaycán y a la DIRIS de Lima Este. Su jurisdicción abarca aproximadamente 8 km². A diario recibe una gran afluencia de pacientes, pues

oferta los servicios de medicina general, odontología, obstetricia, CRED, PCT, nutrición y laboratorio clínico. Debido a que se atienden una gran variedad de patologías que muchas veces no pueden ser tratadas por el nivel del establecimiento, se realizan la referencias hacia un establecimiento de mayor nivel, en este caso el Hospital de Vitarte de Ate.

Esta metodología del internado nos permite conocer más a fondo la realidad de nuestro sistema de salud, ya que en varias oportunidades no se cuenta con cierto material logístico, por lo que nuestro gobierno debe enfatizar sus esfuerzos en fortalecer el primer y segundo nivel de atención, ya que al ser la primera puerta a los servicios de salud, se espera que resuelvan cerca al 95 % de los problemas de salud de la población (6).

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

La diabetes mellitus es una afección crónica compleja, caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, actualmente representa una causa notable de discapacidad y muerte, afectando no solo la economía y presupuestos para la atención en salud sino también la calidad de vida del paciente, familia y comunidades (7).

Cerca al 9.5 % de la población a nivel mundial padece de esta enfermedad (8), una situación no muy distinta a nuestro país donde para el año 2020, 4.5 % de la población mayor de 15 años convive con esta enfermedad (9), cifras que no deben pasar desapercibidas pues la tendencia en estos últimos años ha sido al aumento, de la mano de la obesidad y sobrepeso, principales factores de riesgo de esta afección (10).

La diabetes *mellitus* al ser una patología compleja requiere del esfuerzo multidisciplinario de varios profesionales de la salud, enfocados en la reducción de riesgo más allá de solamente el control de la glicemia (11). Siendo los pilares fundamentales la educación y el apoyo continuo para el control óptimo de esta enfermedad, evitando así el desarrollo de complicaciones agudas y tardías, ya que la diabetes *mellitus* es una de las principales causas de ceguera, enfermedad renal, cardíaca, cerebral y amputaciones a nivel mundial (12).

Los problemas en los pies en el paciente diabético son una causa importante de morbilidad y discapacidad, presentado un riesgo de presentación de úlceras de 34 % en comparación a pacientes sin diabetes. Úlceras que de no ser reconocidas y tratadas precozmente pueden terminar en amputación, hasta en el 20 % de los casos (13).

En cuanto al caso planteado nos situamos en el contexto de un adulto mayor con complicaciones tardías de diabetes mellitus, con compromiso vascular e infeccioso, ya que el paciente por causa de su falta de conocimiento subestimó su lesión inicial, pensamiento muy arraigado a nuestra cultura, poniendo en último lugar nuestra salud.

De haberse identificado inicialmente y tratado de manera oportuna la evolución sería muy distinta, sin embargo, el paciente acudió en un estado muy avanzado y con un compromiso sistémico, que al ser evaluado por los especialistas pertinentes determinaron una solución quirúrgica, ahora bien, esto conlleva a la disminución de la calidad de vida del paciente e indudablemente una responsabilidad añadida a los miembros de la familia, por lo que hay que tener en cuenta muchos factores al momento de tomar esta decisión sobre todo si el beneficio supera los riesgos.

Afortunadamente luego de realizar los exámenes pertinentes, el paciente fue sometido a una amputación transtibial, sin complicaciones durante el acto quirúrgico y sometido a observación durante 72 horas para luego ser dado de alta, no obstante, el trabajo no termina ahí, pues tendrá que continuar con sus terapias de rehabilitación, educación y apoyo multidisciplinario, recordando siempre las metas que debemos lograr para controlar esta compleja enfermedad.

Caso clínico n.º 2

Las infecciones de tracto urinario (ITU) son una de las patologías más frecuentes y con mayor morbilidad a nivel mundial, en nuestro país es una de las causas más frecuentes de consulta en el primer nivel de atención (14). Por lo menos un 25 % de las mujeres en nuestro país han padecido una infección urinaria a lo largo de su vida, cifras que se ven aumentadas si se presenta comorbilidades como la diabetes (15).

El origen de la infección es principalmente bacteriana, hasta en un 80 % de los casos (16), primando la infección la colonización ascendente por patógenos propios de la flora fecal o vaginal (17), la presentación clínica es variable dependiendo del compromiso del tracto urinario inferior o superior, manifestándose síntomas sistémicos (fiebre, malestar general), síntomas urinarios (disuria, polaquiuria, tenesmo, urgencia miccional), síntomas locales (dolor en región lumbar y flancos, dolor en región hipogástrica y región perineal) (16).

El abordaje diagnóstico se basará eminentemente en el cuadro clínico, utilizando

como ayuda diagnóstica el examen de orina, que se encuentra disponible desde el primer nivel de atención, donde la presencia de leucocituria, piuria, con o sin nitritos positivos, descartándose otros diagnósticos probables y ante la persistencia de sintomatología, nos sitúan en una sospecha muy alta de una ITU, por lo que es menester iniciar un tratamiento antibiótico empírico, teniendo siempre en cuenta el patrón de sensibilidad y resistencia a antibióticos además del agente etiológico más frecuente (18).

El caso clínico mostrado trata de una mujer con antecedentes de diabetes mellitus y obesidad, con una presentación típica de una infección del tracto urinario inferior, ya que no mostraba signos de compromiso del tracto superior, estas infecciones hasta 50 veces más frecuentes en mujeres comparado con hombres (19), principalmente a la disposición anatómica del meato y la longitud de la uretra (20) y para el caso con la comorbilidades de la paciente representa un riesgo mayor.

Es importante una vez establecida la sospecha diagnóstica realizar un tratamiento empírico adecuado dependiendo del factor etiológico más frecuente y los patrones de resistencia antibiótica. Entre los antibióticos de primera línea destacan nitrofurantoina, trimetoprima más sulfametoxazol y fosfomicina. Frente a reacciones de hipersensibilidad o intolerancia se puede optar por amoxicilina más ácido clavulánico o en su defecto fluoroquinolonas como el ciprofloxacino (21), sin embargo este último debemos tener en cuenta la prevalencia de resistencia de hasta un 70 % de casos debido en gran parte a su mal empleo por la población general (22). Además de esto se debe educar al paciente con medidas higiénico-dietéticas para evitar la recurrencia de esta patología, se ha demostrado que la ingesta de productos con arándanos disminuye el riesgo de recurrencia, sin embargo, aún se continua en estudio (23).

III.2 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 3

La caries dental es un daño que ocurre en la superficie dental producto del desequilibrio y desproporción de los diferentes microorganismos que se encuentra en la flora oral (24), manifestándose fundamentalmente por un consumo excesivo de azúcares fermentables (25). Es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y comprende una de las causas más frecuentes de consulta odontológica en la edad pediátrica (26).

Además, esta patología se encuentra ligada con el desarrollo de 4 enfermedades crónicas importantes en la población general como: Enfermedades metabólicas (diabetes), enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias, ya que estas al igual que las caries se ven favorecidas por dietas no saludables (27).

Las infecciones odontogénicas, principalmente la caries dental produce dolor e incomodidad, no obstante, puede extenderse más allá de las barreras naturales, dando lugar a infecciones de planos profundos de la cabeza y cuello, poniendo en riesgo la vida del paciente (28).

El compromiso del espacio masticatorio como lo es en el caso presentado consiste en el compromiso del maseterino, pterigoideo y temporal, dicha infección se produce principalmente de los molares, caracterizándose por trismo dental que se traduce como dificultad para aperturar la boca y dolor en el cuerpo o rama mandibular (28).

El caso presentado trata de una menor, femenina que ilustra la negligencia y el desconocimiento de los padres, ya que dependiendo de la etapa clínica puede presentar altos índices de mortalidad que por lo general son subestimados (29).

En este caso se logró una identificación precoz mediante el uso de exámenes auxiliares como la ecografía, instaurando inmediatamente un manejo en conjunto por el servicio de pediatría y odontología pediátrica. En cuanto a la terapia empírica inicial se debe tomar en cuenta las características del paciente, como las características metabólicas fisiológicas y anatómicas dependiendo de su edad, además de la eficacia probada del fármaco para esta patología (30). De

primera elección tenemos la amoxicilina con ácido clavulánico, que tiene una buena absorción oral y que el tiempo de vida media facilita una adecuada administración de acuerdo con el paciente, en caso de hipersensibilidad se puede optar por claritromicina o clindamicina (30). A parte de brindar un manejo antibiótico se debe brindar un abordaje clínico por el especialista pertinente, que en este caso es el odontopediatra, sin embargo, hay que inculcar a los padres las medidas básicas de aseo a fin de evitar estas complicaciones que muchas veces menospreciadas o subestimadas, pueden tener un desenlace fatal si no son identificadas y tratadas a tiempo.

Caso clínico n.º 4

La faringoamigdalitis es un proceso inflamatorio de la mucosa y estructuras faringoamigdalares, caracterizado por dolor, eritema, edema y presencia de lesiones exudativas (31). Los agentes etiológicos pueden ser virus o bacterias, siendo el 75 a 80 % de causas virales (32). Requiriendo muchas de las veces solo tratamiento sintomatológico, basado en analgesia y control antipirético hasta autolimitación del cuadro infeccioso (33). Es así como nace la duda y un motivo de debate frecuente, debido en gran parte al uso indiscriminado de antibióticos, de en qué momento utilizar estos fármacos. Por este motivo se han establecido un sinnúmero de escalas predictivas que nos permitan discernir un cuadro infeccioso viral de uno bacteriano, sobre todo establecer la probabilidad de riesgo de una infección estreptocócica. Valiéndonos en el ámbito clínico de escalas como: Centor, Mclsacc, feverPAIN (34).

Particularmente la escala de Centor que evalúa aspectos clínicos como: fiebre, exudado faríngeo, ausencia de tos, adenopatías cervicales y la edad, es la más utilizada y útil al momento de valorar a un paciente pediátrico por dolor de garganta, teniendo una puntuación mayor de 3 una probabilidad del 30 a 50 % de una infección estreptocócica y una puntuación de 5 una probabilidad de hasta el 65 % de una infección de origen bacteriano (34). Estableciéndose como una herramienta fundamental, especialmente en el primer nivel de atención donde muchas veces no se cuenta con exámenes especializados, ayudando a la toma

de decisiones.

El caso clínico mostrado de un infante masculino es pan de cada día en los centros de primer nivel de atención, es por eso por lo que herramientas como las escalas predictivas toman su relevancia en la toma de decisiones. Según el cuadro clínico del paciente obtendríamos 5 puntos en la escala de Centor, sospechando altamente de un agente etiológico bacteriano con una probabilidad de hasta un 65 %, motivo que justificaría el inicio de tratamiento antibiótico empírico basado en el agente más frecuente.

Teniendo como objetivos: Reducción de la gravedad y duración de síntomas, evitar complicaciones agudas o tardías y disminuir la propagación a otras personas (35).

La penicilina es el tratamiento empírico de elección, como otras opciones terapéuticas se encuentran la amoxicilina (36) en caso de hipersensibilidad se puede optar por clindamicina o azitromicina (35). Por último, siempre es necesario instruir a los padres acerca de las consideraciones a tener en cuenta durante la recuperación del paciente y evitar la automedicación, que en muchas ocasiones no presenta ningún beneficio.

III.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 5

La miomatosis uterina o leiomiomas, son las neoplasias pélvicas benignas más frecuentes en las mujeres (37) aproximadamente el 70 % de la población femenina van a desarrollar esta afección a lo largo de su vida (38), originadas a partir del miometrio, al ser una patología hormono dependiente se presenta con mayor frecuencia durante la edad reproductiva (39) alcanzando su incidencia máxima en la quinta década de la vida (38), la mayoría de casos cursan asintomáticos y si presenta síntomas por lo general se caracterizan por un sangrado uterino anormal, asociado a dolor pélvico.

Las complicaciones asociadas a esta patología son: anemia, infertilidad, pérdida gestacional e incontinencia urinaria, su degeneración maligna es excepcional (40).

En cuanto al abordaje diagnóstico se debe realizar una historia clínica adecuada acompañada de una evaluación ginecológica completa y minuciosa, sin embargo, la mayoría de las veces cursa asintomática siendo un hallazgo incidental en la evaluación física o en un estudio complementario como la ecografía.

Para el manejo terapéutico debemos enfocarlo en primera instancia a descartar patologías concomitantes como la anemia y ante cualquier tratamiento se debe considerar el deseo de la paciente de tener hijos, ya que terapias impactan de diversa manera sobre la fertilidad (41).

La intervención quirúrgica es el pilar terapéutico en la miomatosis uterina, siendo la histerectomía el tratamiento definitivo, siempre y cuando la mujer decida no tener más hijos, no obstante, se cuenta con otras alternativas como la miomectomía (42), como se plantea en el caso mediante vía laparoscópica debido a la localización de la tumoración, resultado sin complicaciones, para posteriormente la paciente ser dada de alta en excelentes condiciones, continuando así sus controles periódicos.

Caso clínico n.º 6

Los términos de distopía o prolapso genital se utilizan para referirse al descenso total o parcial de uno o varios órganos pélvicos a través del canal vaginal (43) y la clasificación varía dependiendo del órgano pélvico comprometido.

La incidencia y prevalencia de esta patología es difícil de determinar ya que la sintomatología se da cuando se exterioriza el órgano pélvico desde el introito (43).

En cuanto a los factores de riesgo mayormente asociados se destacan: La multiparidad, la edad y los partos vaginales (44).

La importancia de una evaluación ginecológica minuciosa de la mano de exámenes auxiliares como la urodinamia, radica en poder establecer de manera certera el grado de compromiso del prolapso e identificar problemas como la incontinencia urinaria, sensación de bulto y discomfort que se da en esta afección, disminuyendo la calidad de vida de la paciente, por ese motivo es crucial llegar a un adecuado diagnóstico y brindar a la paciente la solución conservadora o quirúrgica más pertinente (45).

Muchas veces por razones culturales, sociales o de temor, las pacientes acuden a consulta con grados avanzados de prolapso, lo que indican que mantienen una calidad de vida deteriorada por mucho tiempo (46).

En cuanto al caso planteado la paciente presenta factores de riesgo para el desarrollo de esta patología, acudiendo a consulta en un estadio avanzado perjudicando su estilo de vida, a pesar de ello se llevó a cabo una resolución quirúrgica con el fin de reducir la sintomatología y mejorando la calidad de vida de la paciente.

III.4 Rotación en cirugía general

Caso clínico n.º 7

Definimos colangitis aguda como el síndrome clínico conformado por dolor abdominal, fiebre e ictericia como consecuencia de la estasis biliar e infección en el conducto biliar (47). Es mencionada como la complicación más frecuente de la obstrucción biliar, alcanzando hasta un 10 % de mortalidad en el caso que no se realice el drenaje de la vía biliar (48). Las causas comúnmente asociadas en un 28 a 70 % son los cálculos biliares, seguido de la estenosis biliar benigna con un 28% y malignidad en un 10 % de los casos, las otras etiologías son iatrogénicas (49).

La presentación clínica se caracteriza por la tríada de Charcot la cual engloba al dolor abdominal a nivel del cuadrante superior derecho, ictericia y fiebre. Se menciona que al menos un 50 % de los pacientes presenta esta triada, siendo el hallazgo más frecuente con un 80 % la fiebre y el dolor abdominal (47). Además, existe la pentada de Reynolds el cual es la Tríada de Charcot asociado a alteración del estado mental e hipotensión, el cual ya expresa un cuadro de sepsis en el paciente, ello representa solo el 5 % de los casos (49).

En el presenta caso nos presentan a un paciente varón diabético mal controlado, actor predisponente para la formación de litos a nivel vesicular, el cual acude con la triada clínica ya mencionada además se realizan los exámenes auxiliares evidenciando un hemograma con leucocitosis con neutrofilia, elevación de enzimas colestásicas como lo son la GGT y FA, elevación de las transaminasas traducido como daño hepatocelular e hiperbilirrubinemia a predominio directo expresado en el examen físico con ictericia de piel y escleras.

Lo cual nos lleva a sospechar de una coledocolitiasis aguda con una colangitis aguda es por ello que se solicita un ecografía transabdominal, la cual posee una sensibilidad del 38 a 91 % para el hallazgo de los conductos biliares dilatados (47) ya que es un procedimiento operador dependiente, en este caso al no hallar dilatación del colédoco se optó por una colangiografía magnética en donde se evidencio una vía biliar principal dilatada con 8.5 mm con litiasis a nivel distal de 5 mm, dilatación moderada de vía biliar intrahepática sin litiasis en su interior.

Con vesícula biliar distendida de paredes engrosadas, no edema mural con litiasis de 4 mm con barro biliar y cambios inflamatorios circundantes.

Una vez realizado el diagnóstico de colangitis aguda es fundamental evaluar el grado de severidad el cual se divide en colangitis aguda leve, moderada o grave (47). En este caso se clasifico como una colangitis aguda moderada ya que presentaba los parámetros de leucocitosis mayor a 12,000 y una edad igual a 75 años. Esta clasificación es relevante para las estrategias de tratamiento ya que si no se realiza de inmediato un Grado II puede evolucionar a un grado III comprometiendo la vida del paciente (49). Además, es importante tratar la etiología de la colangitis aguda y en casos severos antibioticoterapia y drenaje biliar (49).

Como medidas generales el paciente debe recibir hidratación parenteral, corrección del medio interno y analgésicos para el control del dolor, así mismo debe contar con un régimen antibiótico que en este caso al ser un paciente adulto mayor, inmunocomprometido con un grado de severidad moderada, se halla dentro del grupo de alto riesgo por lo que se administra antibiótico de amplio espectro como es la piperacilina más tazobactam 4,5 g IV cada 6 horas (47). Por último, la CPRE es el procedimiento indicado para el grado de severidad moderada en colangitis aguda, el cual debe realizarse con el paciente hemodinamicamente estable (49). Este procedimiento es importante para el drenaje biliar endoscópico así como para realizar esfinterotomía endoscópica con extracción de cálculos (50). Mencionar que este procedimiento proporciona una tasa de éxito del 95 % y una tasa de morbilidad más bajas en comparación con la descompresión quirúrgica (47).

En este caso se realiza procedimiento sin complicaciones, para posteriormente el paciente ser dado de alta y citado para su control.

Caso clínico n.º 8

El Adenocarcinoma de páncreas es considerado el segundo tumor gastrointestinal maligno más frecuente, afecta en el 95 % de los casos al páncreas exocrino el cual se encarga de producir y secretar las enzimas

pancreáticas por lo que se denomina adenocarcinoma de tipo ductal (51). Además, se encuentra en el cuarto lugar como causa de mortalidad en adultos cuya incidencia se eleva a partir de los 45 años, con mayor frecuencia en el sexo masculino y en la raza negra (52). Con respecto a los factores de riesgo el 90 % de casos son de causa esporádica sin embargo algunos estudios enfatizan en factores de riesgo como la obesidad, tabaquismo, la edad entre los 60 a 80 años y factores hereditarios como son las mutaciones en los genes KRAS, p53 y p16 (51).

En la presentación clínica destaca el dolor abdominal durante al menos dos meses, de inicio insidioso y caracterizado por localizarse en epigastrio, de carácter difuso y que se irradia hacia la espalda; la ictericia es de presentación progresiva debido a la obstrucción de los conductos biliares la cual genera una hiperbilirrubinemia de tipo colestasis y por último se ha descrito la pérdida de peso en el 85 % de los casos la cual puede llegar a ser severa y se asocia con anorexia, saciedad precoz y esteatorrea. Hay que mencionar que el 60 a 75 % de los casos la localización del adenocarcinoma es a nivel de la cabeza, mientras que el 25 % y 20 % son el cuerpo, cola y toda la glándula respectivamente (52).

Con respecto al enfoque diagnóstico no es recomendable basarse en la presentación clínica o incluso en los factores de riesgo que si bien pueden conducir a una evaluación más precoz es necesario incluir una evaluación con examen auxiliares y de imagen (51).

Se debe solicitar una batería de exámenes entre los que destacan el perfil hepático para evidenciar la elevación de las transaminasas, GGT, FA para detectar un patrón colestásico, también se debe solicitar una ecografía transabdominal cuya sensibilidad para neoplasias de cabeza y cuello de páncreas son del 95 % si los tumores son mayores a 3 cm (51). En caso estas pruebas iniciales sean positivas se debe pedir una tomografía abdominal la cual tiene una sensibilidad del 97 % para confirmar si hay presencia de masa y la extensión de la enfermedad (51).

El paciente del caso clínico mostrado no presento alguna evidencia de masa a

nivel del páncreas motivo por el cual motivo por el cual se solicitaron pruebas adicionales como es la CPRE, el cual es un procedimiento muy sensible para observar el tracto biliar y conductos pancreáticos, además según estudios posee 92 % de sensibilidad y 96 % de especificidad para el diagnóstico del cáncer de páncreas (51).

Se hace mención a los marcadores tumorales como el CA 19-9, cuya sensibilidad es dependiente del tamaño del tumor, sin embargo si el paciente presenta ictericia pierde su eficacia debido a que la obstrucción del tracto biliar produce una mayor elevación de este marcador, a pesar de ello su valor clínico es en el pronóstico después de un manejo quirúrgico curativo así como para pacientes que inician quimioterapia en etapas avanzadas (52).

Una vez establecido la sospecha de cáncer de páncreas es necesaria la confirmación diagnóstica mediante un estudio histopatológico, por lo que cualquier lesión observada durante algún procedimiento endoscópico como es la CPRE debe ser biopsiada antes de proceder quirúrgicamente, se menciona que la opción de biopsia por aspiración de aguja fina es la más recomendada (53).

En cuanto al manejo terapéutico del adenocarcinoma de páncreas consiste inicialmente en el estadiaje mediante tomografía computarizada con contraste de acuerdo a ello se elige el tratamiento más adecuado, por esa razón en caso cumpla con criterios de resecabilidad se puede realizar intervenciones como la duodenopancreatectomía brindando una mejor esperanza de vida al paciente (53). Es necesario mencionar que la resección quirúrgica completa es la mejor opción curativa, empero según la literatura solo el 20 % de los casos son candidatos a esta opción (54). En el caso del paciente cumplió criterios para resección quirúrgica siendo candidato para la duodenopancreatectomía cefálica. Durante el procedimiento no hubo complicaciones y finalmente pudo ser dado de alta al séptimo día posterior a la operación con medidas analgésicas y control por consulta externa para cirugía general y oncología para seguimiento y pronóstico.

CAPÍTULO 4. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es sin lugar a duda la última oportunidad del estudiante de medicina para poder consolidar sus conocimientos, ya que al término de esta etapa se enfrentará a los problemas que aquejan a la población en general. Debido a esto el contacto con los pacientes es fundamental, aplicando conceptos teóricos en situaciones reales fortaleciendo las habilidades clínicas diagnósticas y de tratamiento. Así mismo muy aparte de las destrezas que se espera que obtenga todo futuro médico, es necesario mantener buenas relaciones interpersonales, porque detrás de una atención de calidad se encuentra un equipo multidisciplinario conformado por médicos, enfermeras, personal técnico, personal administrativo, personal de mantenimiento entre otros y una organización armónica en un buen ambiente laboral, garantiza el cumplimiento de todas las metas u objetivos que se planteen.

El internado médico como en la vida está plagado de situaciones buenas y malas, pasando desde experiencias emocionantes, gratificantes e inolvidables hasta situaciones de maltrato y abusos hacia los médicos en formación, a pesar de ello en la mayoría de casos se rescata una reflexión positiva, sin olvidar que aún se está en formación y que el objetivo de la mayoría que siguen esta hermosa carrera, es poder ser el pilar de soporte para todos aquellos pacientes que en nuestras manos ponen su confianza.

El haber podido desempeñar el internado en el primer y tercer nivel de atención, permite ver las carencias de nuestro sistema de salud, que en primera instancia puede representar menor oportunidades de aprendizajes o destrezas, motivan a la solución creativa con lo pocos recursos que se cuenta. Otra es la cara de la moneda tratándose de un paciente, pues la limitación de los recursos muchas veces retrasa un diagnóstico y tratamiento oportuno, por lo que se insta a la reflexión buscando siempre el bienestar físico, social y mental de la población.

CONCLUSIONES

Sin duda alguna el internado médico comprende la cumbre la formación de todo médico, una etapa útil como necesaria para pulir las habilidades clínicas diagnósticas, de tratamiento y procedimentales.

Es en este periodo donde se involucra íntimamente el estudiante de medicina en la atención de salud de la mano con un equipo multidisciplinario y un médico que pueda supervisarlo ya que pese a las responsabilidades que se le son encomendadas, no se debe olvidar de que aún es un estudiante.

El desarrollo de este último año en el primer y tercer nivel de atención nos permite conocer la situación que atraviesa nuestro país en cuanto al sistema de salud, donde muchas veces pese a la carencia de determinado medicamento, examen o implemento, se busca soluciones creativas siempre garantizando el bien del paciente.

Finalmente se espera que todo futuro médico logre completar las competencias necesarias para afrontar la gran demanda de atención en salud, ya que pasaran a formar parte de la primera puerta del sistema de salud, donde se espera que se resuelvan hasta el 95% de los problemas de salud de la población.

RECOMENDACIONES

Aprovechar cada rotación que se da, siendo proactivo y participando en toda actividad con el fin de aprender ya que será la última oportunidad de consolidar sus conocimientos. El único que no comete errores es aquel que no hace nada.

Hacer valer sus derechos y recordar que aún son estudiantes por lo tanto ante cualquier duda o toma de decisión consultar con los residentes, médicos asistentes, absolviendo interrogante e interiorizando conocimientos.

Mantener la remuneración por el trabajo que se realiza pues en muchas de las ocasiones pueden pasar más de 12 horas realizando labores dentro del hospital, de esta manera la remuneración justa funge como un aliciente.

Ante cualquier injusticia o maltrato no quedarse callado pues todas las personas merecemos ser tratadas con derecho y dignidad. No por ser el último eslabón de una cadena jerárquica obsoleta merecen ser tratados de una mala manera.

Instar por la realización del internado tanto en un centro de tercer nivel como en uno de primer nivel, de esta manera podemos conocer más de nuestro sistema de salud, ya que el médico general es el encargado de resolver la gran mayoría de problemas que aquejan a la población.

Finalmente mantener la convicción y valores frente a cualquier acto que realicemos, procurando siempre el bienestar del paciente, respetando los principios éticos de la medicina.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Egresar de médico en pandemia: retrasos en la educación y precarización del internado | Ojo Público [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://ojo-publico.com/2907/egresar-de-medico-en-pandemia-retrasos-y-precuarizacion-del-internado>
2. Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19-DECRETO DE URGENCIA-N° 090-2020 [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
3. Resolución Ministerial N.° 351-2022-MINSA [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2987398-351-2022-minsa>
4. Reseña histórica del Hospital Nacional Hipólito Unanue. [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/transparencia/Datos%20generales/RESE%C3%91A%20HISTORICA.pdf>
5. Análisis situacional de salud Hospitalaria [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.hnhu.gob.pe/Inicio/wp-content/uploads/2016/04/ASIS-2021-FINAL.pdf>
6. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. [Internet]. [citado 10 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
7. Editorial: Situación actual de la diabetes en el Perú [Internet]. Alafarpe. 2022 [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://alafarpe.org.pe/situacion-actual-de-la-diabetes-en-el-peru/>
8. Diabetes: países con más enfermos en 2021 [Internet]. Statista. [citado 11

- de abril de 2023]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/612458/paises-con-mayor-numero-de-personas-con-diabetes/>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/>
10. Tarqui-Mamani C, Alvarez-Dongo D, Espinoza-Oriundo P, Sanchez-Abanto J, Tarqui-Mamani C, Alvarez-Dongo D, et al. Análisis de la tendencia del sobrepeso y obesidad en la población peruana. [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452017000200006
11. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. Introduction and Methodology: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*. [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/article/46/Supplement_1/S1/148054/Introduction-and-Methodology-Standards-of-Care-in
12. Diabetes - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
13. Evaluation of the diabetic foot - UpToDate [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-diabetic-foot?search=Pie%20diabetico&source=search_result&selectedTitle=2~66&usage_type=default&display_rank=2
14. Aristondo FM, Moyano AB, Álvarez PP. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la infección de tracto urinario no complicado. [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/tecnologias_sanitarias/GPC_ITU_Vers_Extensa.pdf
15. EsSalud: El 25% de mujeres en el Perú han padecido de infección urinaria

[Internet]. Essalud. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <http://noticias.essalud.gob.pe/?inno-noticia=essalud-el-25-de-mujeres-en-el-peru-han-padecido-de-infeccion-urinaria>

16. Infecciones urinarias agudas complicadas (incluyendo pielonefritis) en adultos - UpToDate [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=infeccion%20urinaria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H12415021

17. Kolman KB. Cystitis and Pyelonephritis: Diagnosis, Treatment, and Prevention. [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S009545431930003X?via%3Dihub>

18. RD 269-GPC para DXyTTO Infec Tracto Urinario-EMERG-29Nov-21.pdf.pdf [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2586936/RD%20269-GPC%20para%20DXyTTO%20Infec%20Tracto%20Urinario-EMERG-29Nov-21.pdf.pdf>

19. ¿Sufren por igual los hombres y las mujeres la infección de orina? [Internet]. CuidatePlus. 2002 [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/urológicas/2002/09/30/sufren-igual-hombres-mujeres-infeccion-orina-5522.html>

20. Andrés Wurgaft K. Infecciones del tracto urinario. [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-infecciones-del-tracto-urinario-S0716864010705794>

21. Acute simple cystitis in females - UpToDate [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-females?search=infeccion%20urinaria&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=3#H2761251353

22. Montañez-Valverde RA, Montenegro-Ildrogo JJ, Arenas-Significación FR, Vásquez-Alva R. Infección urinaria alta comunitaria por E.coli resistente a ciprofloxacino: características asociadas en pacientes de un hospital nacional en Perú. [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832015000500009&script=sci_abstract
23. Recurrent simple cystitis in women - UpToDate [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/recurrent-simple-cystitis-in-women?search=arandanos%20en%20infecci%C3%B3n%20urinaria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2462992982
24. Epidemiology, pathogenesis, and clinical manifestations of odontogenic infections - UpToDate [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathogenesis-and-clinical-manifestations-of-odontogenic-infections?search=abceso%20dental%20en%20ni%C3%B1os&topicRef=3416&source=related_link#H6
25. Guía de práctica clínica para la prevención_ diagnóstico y tratamiento de la caries dental en niñas y niños Guía_técnica20190621-17253-1sj2h61.pdf [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/322902/Gu%C3%ADa_de_pr%C3%A1ctica_cl%C3%ADnica_para_la_preveni%C3%B3n__diagn%C3%B3stico_y_tratamiento_de_la_caries_dental_en_ni%C3%B1as_y_ni%C3%B1os__Gu%C3%ADa_t%C3%A9cnica20190621-17253-1sj2h61.pdf?v=1561140245
26. Santos AC, Cano IL, Huéscar AG, Ferrer Ma Á. Prevalencia de caries dental en escolares de educación infantil de una zona de salud con nivel socioeconómico bajo. [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200007
27. Protocolo de diagnóstico, pronóstico y prevención de la caries de la

primera infancia. [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.odontologiapediatrica.com/wp-content/uploads/2018/06/SEOP_-_Caries_precoz_de_la_infancia_fin4.pdf

28. Complications, diagnosis, and treatment of odontogenic infections - UpToDate [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/complications-diagnosis-and-treatment-of-odontogenic-infections?search=abceso%20dental%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=1~77&usage_type=default&display_rank=1

29. Las infecciones odontogénicas y sus etapas clínicas [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912016000500302

30. Caviglia I, Techera A, García G. Antimicrobial therapies for odontogenic infections in children and adolescents. Literature review and clinical recommendations. [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392016000100002&script=sci_arttext&lng=en

31. Faringoamigdalitis [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/354%20faringoamigdalitis.pdf>

32. Guía-ABE - [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/>

33. Acute pharyngitis in children and adolescents: Symptomatic treatment - UpToDate [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-pharyngitis-in-children-and-adolescents-symptomatic-treatment?search=faringitis%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1296258926

34. Piñeiro Pérez R, Álvez González F, Baquero-Artigao F, Cruz Cañete M, de la Flor i Bru J, Fernández Landaluce A, et al. Actualización del documento de

consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de la faringoamigdalitis aguda. [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403320301843>

35. Treatment and prevention of streptococcal pharyngitis in adults and children - UpToDate [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-streptococcal-pharyngitis-in-adults-and-children?search=epidemiologia%20de%20faringitis%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1631121277

36. Guía de práctica clínica para la atención de patología más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña. [Internet]. [citado 11 de abril de 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/302_DGSP87.pdf

37. Fibromas uterinos (leiomiomas): epidemiología, características clínicas, diagnóstico e historia natural - UpToDate [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history?search=miomatosis%20uterina&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

38. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del servicio de Ginecología y Obstetricia [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3929808/R.D.%20N%C2%B0300-HNAL-D-2022.pdf.pdf>

39. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la miomatosis uterina. [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_388-2019-HCH-DG.pdf

40. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom179h.pdf>

41. Fibromas uterinos (leiomiomas): descripción general del tratamiento -

UpToDate [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment-overview?search=miomatosis%20uterina&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2037853097

42. Hernández-Valencia M, Valerio-Castro E, Tercero-Valdez-Zúñiga CL, Barrón-Vallejo J, Luna-Rojas RM, Hernández-Valencia M, et al. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en:

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412017000900611#:~:text=Los%20miomas%20tambi%C3%A9n%20son%20causa,parto%20pret%C3%A9rmino%20e%20incontinencia%20urinaria.

43. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la distopia genital. [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_430-2019-HCH-DG.pdf

44. Factores de riesgo asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el hospital militar central durante el periodo de Enero - Diciembre 2018 | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. 13 de octubre de 2022. [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/184>

45. Reátegui Rengifo R, Acosta Flores S. Importancia de la reducción del prolapso vaginal anterior severo durante el examen clínico y estudio urodinámico, en el diagnóstico de incontinencia urinaria oculta. [Internet]. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300003

46. Sandoval Diaz I, Hernández Alarcón R, Torres Arones E, Solano Choque N. Cirugía reconstructiva de la pelvis en el prolapso genital severo con uso de prótesis anterior y fijación al ligamento sacroespinoso. [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000400004

47. Acute cholangitis: Clinical manifestations, diagnosis, and management - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-cholangitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-](https://www.uptodate.com/contents/acute-cholangitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=colangitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1)

[management?search=colangitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1](https://www.uptodate.com/contents/acute-cholangitis-clinical-manifestations-diagnosis-and-management?search=colangitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1)

48. Llumitaxi Chilquina JL, Guamán Guzmán NM, Lema Tayupanda JG, Vallejo Ochoa EL, Solis Cartas U, Llumitaxi Chilquina JL, et al. Colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis en una paciente con lupus eritematoso sistémico. Rev Cuba Reumatol [Internet]. diciembre de 2021 [citado 13 de abril de 2023];23(3). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1817-59962021000300014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

49. Prevalencia y factores asociados a la Colangitis Aguda en el Hospital José Carrasco Arteaga. Cuenca 2019 [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/36172/1/TESIS.pdf>

50. Guía de procedimiento asistencial: Colangiopancreatografía retrograda endoscópica [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1807273/RD-N%C2%B0073-2021-HNHU-DG%20BGUIA%20COLANGIO.pdf.pdf>

51. Clinical manifestations, diagnosis, and staging of exocrine pancreatic cancer - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-staging-of-exocrine-pancreatic-](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-staging-of-exocrine-pancreatic-cancer?search=adenocarcinoma%20de%20pancreas&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H18176032)

[cancer?search=adenocarcinoma%20de%20pancreas&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H18176032](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-staging-of-exocrine-pancreatic-cancer?search=adenocarcinoma%20de%20pancreas&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H18176032)

52. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de páncreas. [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en:

https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2018/rd/RD_130-2018-HCH-DG.pdf

53. Ureña JF. Cáncer de páncreas. [Internet]. [citado 13 de abril de 2023].

Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/87>

54. Overview of surgery in the treatment of exocrine pancreatic cancer and prognosis - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en:

[https://www.uptodate.com/contents/overview-of-surgery-in-the-treatment-of-](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-surgery-in-the-treatment-of-exocrine-pancreatic-cancer-and-prognosis?search=adenocarcinoma%20de%20pancreas&source=search_result)

[exocrine-pancreatic-cancer-and-](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-surgery-in-the-treatment-of-exocrine-pancreatic-cancer-and-prognosis?search=adenocarcinoma%20de%20pancreas&source=search_result)

[prognosis?search=adenocarcinoma%20de%20pancreas&source=search_result](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-surgery-in-the-treatment-of-exocrine-pancreatic-cancer-and-prognosis?search=adenocarcinoma%20de%20pancreas&source=search_result)

[&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H284616662](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-surgery-in-the-treatment-of-exocrine-pancreatic-cancer-and-prognosis?search=adenocarcinoma%20de%20pancreas&source=search_result)