

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL  
HOSPITAL NACIONAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL  
PERÚ LUIS N. SÁENZ, MARZO 2023–DICIEMBRE 2023**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR**

**KATHERINE PAOLA CHAVEZ REGALADO**

**ASESOR**

**JOSE CARLOS ROMERO SANCHEZ**

**LIMA- PERÚ**

**2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA  
HUMANA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL  
NACIONAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ LUIS N.  
SÁENZ, MARZO 2023–DICIEMBRE 2023**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR  
KATHERINE PAOLA CHAVEZ REGALADO**

**ASESOR  
JOSE CARLOS ROMERO SANCHEZ**

**LIMA, PERÚ  
2024**

## **JURADO**

**Presidente:**

**Dr. FLORIAN CASTILLO RICHARD FREDY**

**Miembro:**

**Dr. RUIZ SEMBA EDGAR ROLANDO**

**Miembro:**

**Dr.MARES CHAVARRI LUIS DANIEL**

## DEDICATORIA

A mi mamá y mi hermana, gracias por darme la fuerza y apoyo a lo largo de estos años de carrera; a mis amigos y compañeros, por estar en todo momento dándome motivación.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi asesor Dr. Romero Sánchez, José Carlos, cuya vasta experiencia fue fundamental para perfeccionar cada aspecto del presente trabajo.

Expreso mi agradecimiento al Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” (HNPNP “LNS”) por facilitarme las condiciones necesarias para acceder a la información esencial para mi presente trabajo. También agradezco la oportunidad brindada para llevar a cabo esta etapa preprofesional.

Reconozco el trabajo del personal de la salud por todo el compromiso en fortalecer nuestras aptitudes cognitivas durante este proceso formativo.

## ÍNDICE

RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	10
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ EXPERIENCIA	35
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	38
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	52
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	55
FUENTES DE INFORMACIÓN	56
ANEXOS	
ANEXO N° 2	61
ANEXO N° 5	62-63

## RESUMEN

Este informe, es redactado por una estudiante de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres (USMP de la FMH), donde se detalla la experiencia durante el internado médico del 1 de marzo hasta el 31 de diciembre en el Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz. El internado, realizado en el último año académico, representa la aplicación práctica de seis años de estudios. En este informe se describe las experiencias en las diversas especialidades en las que se rota Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía y Pediatría en el Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz (HNP.NP.LNS). El objetivo de este informe es analizar el proceso del internado médico, aplicando conocimientos teóricos y prácticos. Se presentan 16 casos clínicos de las rotaciones, entre marzo de 2023 y diciembre de 2023, preparándonos así para futuros servicios en entornos rurales y urbanos marginales de salud. Metodológicamente, el estudio es descriptivo, basado en reportes de historias clínicas, con cuatro casos por cada especialidad. Las conclusiones resaltan la relevancia del internado en ambientes hospitalarios y de atención primaria, enfocándose en diagnósticos y tratamientos basados en Medicina Basada en Evidencia, subrayando así la importancia del aprendizaje práctico y su aplicación en la atención médica.

**Palabras clave:** Internado médico, Experiencia clínica, Casos clínicos, Pediatría, Cirugía general, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna.

## ABSTRACT

This report is written by a student from the Faculty of Human Medicine of the San Martin De Porres University (USMP of the FHM), which details the experience during the medical internship from March 1 to December 31 at the PNP Luis N Sáenz National Hospital.

The internship, completed in the last academic year, represents the practical application of six years of study. This report describes the experiences in the various specialties in which Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, Surgery and Pediatrics are rotated at the PNP Luis N Sáenz National Hospital (HNP.NP.LNS). The objective of this report is to analyze the medical internship process, applying theoretical and practical knowledge. 16 clinical cases from the rotations are presented, between March 2023 and December 2023, thus preparing us for future services in rural and marginal urban health settings.

Methodologically, the study is descriptive, based on clinical record reports, with four cases for each specialty. The conclusions highlight the relevance of boarding in hospital and primary care settings, focusing on diagnoses and treatments based on Evidence-Based Medicine, thus underscoring the importance of practical learning and its application in healthcare.

**Keywords:** Medical internship, Clinical experience, Clinical cases, General surgery, Internal Medicine, Gyneco-obstetrics, Pediatrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA POLI  
CÍA NACIONAL DEL PERÚ LUIS N. SÁE**

AUTOR

**KATHERINE PAOLA CHAVEZ REGALAD**

RECUENTO DE PALABRAS

**13807 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**77366 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**63 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**670.7KB**

FECHA DE ENTREGA

**Mar 11, 2024 4:24 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Mar 11, 2024 4:25 PM GMT-5**

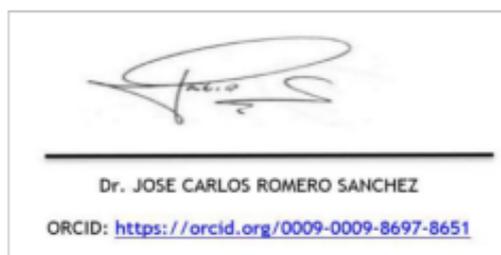
### ● 12% de similitud general

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

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

### ● Excluir del Reporte de Similitud

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



## INTRODUCCIÓN

El internado médico que se realiza en nuestro séptimo año de carrera llega a ser crucial en la formación de estudiantes de Medicina Humana, ofrece la oportunidad de consolidar conocimientos teóricos y adquirir habilidades para la futura práctica profesional. Este período de aprendizaje intensivo de nueve meses se centra en la formación integral del estudiante a través de rotaciones en especialidades médicas clave, como Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría y Ginecología.

El informe detalla la experiencia en el internado desde marzo de 2023, en el Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz, abordando diversas especialidades. Las rotaciones incluyeron responsabilidades como la elaboración de historias clínicas, participación en diagnósticos y tratamientos, y asistencia en cirugías.

El internado no solo aporta conocimiento y experiencia en la formación profesional, sino que además impacta en el desarrollo y crecimiento personal, fortaleciendo valores como la responsabilidad y la empatía. Este trabajo busca destacar las experiencias y aprendizajes del internado en diferentes establecimientos de salud, analizando la toma de decisiones y la medicina basada en evidencia.

Este periodo formativo es fundamental para comprender la situación actual del sistema de atención médica y fortalecer la relación médico-paciente. El informe se construye a partir de ocho casos y experiencias identificadas y vividas durante el internado médico en el año académico 2023.

## CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado se realizó en el siguiente establecimiento de salud: Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz (HNPNP.LNS), durante el cual se pudo recopilar las diversas experiencias que se describen a continuación.

### Rotación en Medicina Interna

#### Caso clínico n.º 1

Paciente varón de 52 años, que proviene de SJM, es traído por paramédicos en ambulancia acompañada de un familiar, con tiempo de enfermedad de 1 día de inicio insidioso y curso progresivo, que refiere se encuentra somnoliento y hablando de manera incoherente en algunos momentos, motivo por el cual opta por llevarla al hospital. Además, indica que cerca de donde se encontraba el paciente, había blísteres de clonazepam de 1 mg incompletos y amitriptilina vacíos, refiere también que tenía conocimiento que dichos medicamentos eran de tratamiento habitual pero desconocía las dosis. Al ingreso paciente con tendencia al sueño, respondiendo a interrogatorio con palabras incoherentes.

Funciones biológicas: Sin alteraciones

Antecedentes:

- Patológicos: Migraña, trastorno ansioso y depresión
- Quirúrgico: Apendicetomía
- RAMS: Niega

Examen físico:

- Paciente masculino AREG, AREN, AREH
- FV:
  - PA: 70/50mmHg
  - FC: 150 x minuto
  - FR: 14 x minuto
  - T: 37.5° C
  - SatO2: 96%

Examen físico preferencial:

- Piel y faneras: Piel tibia y mucosas secas, no edemas
- CV: Ritmos cardiacos rítmicos, taquicárdicos, no se escuchan soplos
- Neurológico: Somnoliento, Glasgow 11/15, pupilas midriáticas, no hay la presencia de signos que indiquen focalización ni signos meníngeos
- Los demás sistemas sin alteraciones.

Diagnóstico:

Intoxicación por clonazepam y amitriptilina

Plan de trabajo y tratamiento:

Exámenes auxiliares:

- Laboratorio:
  - o Hemograma:
    - Leucocitos: 7500 cel/mm<sup>3</sup>
    - Hb: 10 g/dL
    - Plaquetas: 215000 cel/mm<sup>3</sup>.
  - o Bioquímica
    - Urea: 45 mg/dL
    - Creatinina: 1 mg/dL
- Hemoglucotest: 110 mg/dl
- AGA:

PH: 7.33	Na: 140 mEq/L
PCO <sub>2</sub> : 29	K : 4 mEq/L
PO <sub>2</sub> : 76 mm Hg	Cl : 98 mEq/L
Sat O <sub>2</sub> :98%	Glucosa: 71 mg/dl
HCO <sub>3</sub> : 21 mmol/l	Lactato:1 mmol/L

EKG: Taquicardia ventricular monomórfica con bloqueo de rama derecha

- Se puso al paciente en NPO, se administro carbón activado y se notaron las

mejoras en el paciente, se hizo soporte básico ABCDE, para que la vía aérea este permeable, llegando a un Glasgow de 14/15, y se realizó monitoreo de signos neurológico y signos vitales estricto.

### **Caso clínico n.º 2**

Paciente femenino con 27 años, nacida en Lima, residente del distrito de Lince que llega a EMG con un TE de 11 días. Caracterizado por un curso insidioso y progresivo. Presentando máculas pruriginosas en extremidades. Recibiendo tratamiento específico para TBC, con un régimen de dosis fijas combinadas. Las funciones vitales de la paciente revisadas en la EMG: PA 90/60 mmHg, FC 89 x min, SatO2 95 %, FR 20 rpm, T° 36.4, peso 60 kg, talla 1.64 m, IMC 24.8.

Hace 10 días, se le hizo una prueba de sensibilidad, en la cual mostró resistencia a la isoniacida. Posteriormente, se le administró la primera dosis de LfxREZ con las siguientes: W 70 kg, Lfx 750, R 600, Z 1500, E 1200. Al día siguiente, experimentó fiebre superior a 38°, vómitos y náuseas dos veces al día. Optó por automedicarse con acetaminofén de 1 gramo, durante 5 días. Sin embargo, la sensación de náuseas y vómitos aumentó, así como la aparición de lesiones dérmico-pruriginosas, tales como máculas y petequias en miembros superiores. Ante esta situación, acude a emergencia, donde fue evaluada por el servicio de neumología, que decide suspender su tratamiento actual; por lo cual se le solicito exámenes de laboratorio y, debido a la gravedad de la situación fue hospitalizada.

Funciones biológicas: sin alteraciones

Antecedentes:

- No cuenta con antecedentes de importancia durante su infancia, tampoco ha experimentado intervenciones quirúrgicas ni condiciones patológicas. Además, no ha sido hospitalizado en el pasado
- Abuela materna fue diagnosticada con tuberculosis resistente a la isoniacida hace dos años y está bajo tratamiento, un tío también fue diagnosticado con tuberculosis resistente a la isoniacida hace un año y también continúa en tratamiento.
- Ha recibido 4 dosis de la vacuna contra el SARS-CoV-2.

Examen físico:

- Paciente femenino: AREG, AREN, AREH

Examen físico preferencial:

- Piel y faneras: T/E/H, LLC<2", máculas eritematosas en extremidades, sin edemas
- Tórax: simétrico, amplexación conservada, sonoridad conservada en ambos hemitórax, MV pasa bien en ambos campos, sin estertores
- Los demás sistemas sin alteraciones.

Diagnósticos:

- TBC pulmonar con resistencia a la Isoniacida
- RAFA hepática y dérmica

Plan de trabajo y tratamiento:

Exámenes auxiliares:

Se requieren pruebas de seguimiento durante su internamiento y periodo de observación.

Laboratorio	1.º día	3.º día	4.º día	7.º día
Leuc	19.89	11.25	7.8	7.1
Linf	35	29.1	39.2	21
Neutróf	-	60.6	49.5	73.3
Hb	13.7	12.0	11.4	12.3
Plaq	238	390	310	510
Eosinófilos%	14	01	01	02
PCR	16.72	2.78	-	-
Urea	13.77	11.5		
creatinina	0.60	0.42		
TGO	170.60	31.45	23.60	12.2
TGP	351.20	140.72	110.07	
FA	380	230.78	190.57	146.18
GGT	250.99	207.77	180.72	150.50
BT	0.7	0.4	0.3	0.45

BI	0.40	0.32	0.1	0.32
BD	0.27	0.12	0.28	0.10
Albúmina	3.50	3.20	3.01	3.3

---

Fuente: HC del HNP.NP.LNS

Se ordena una radiografía de tórax postero-anterior, que este ligeramente rotada hacia el lado derecho, con adecuada inspiración. Se observa un aumento de la trama bronco vascular en ambos hemitórax, principalmente en el derecho, y se identifica un pequeño infiltrado alveolar tenue en la región de la língula.

Adicionalmente, se realiza una ecografía abdominal mediante abordaje transcutáneo, revelando lo siguiente:

- El hígado presenta tamaño normal, con contorno y bordes normales, sin lesiones focales o difusas en el parénquima. Las venas hepáticas muestran calibre y ubicación normales, y las vías biliares no están dilatadas.
- El colédoco y la vesícula biliar no presentan alteraciones.
- El páncreas no es visible debido a la presencia de gas.
- El bazo se encuentra en su ubicación habitual y sin anomalías.
- No se observa líquido libre en los espacios peritoneales.

En resumen, los órganos que se evaluaron muestran un aspecto conservado en el momento del examen.

- El Tratamiento que incluye hidrocortisona por 7 días, clorfenamina durante 5 días, prednisona cada 12 horas por 2 días y loratadina durante 9 días. Las lesiones empiezan a desaparecer una semana después de iniciar el tratamiento y después de tres semanas se inician retos diarios para el tratamiento de la TBC por 12 días.

LFX 125	AM 250	CS 500	ETO 250
LFX 250	AM 500	CS 750	ETO 500
LFX 500	AM 1GR		ETO 750

\*Lfx: levofloxacin, Am: amikacina, Cs: cicloserina, Eto: etionamida

Fuente: HC del HNP.NP.LNS

### **Caso clínico n. °3**

Paciente masculino de 90 años, procedente de Ayacucho acude a emergencia del HEJCU, donde indica que tiene un tiempo de enfermedad de 26 horas; en la cual el paciente ha presentado tos, sin alza térmica y disnea que incrementa con el pasar de las horas y llega a la emergencia desaturando con 89 %. Se le hospitaliza y sigue desaturando hasta 86 % dos horas después de su ingreso.

Funciones biológicas: Sin alteraciones

Antecedentes:

- Alzheimer
- DM tipo 2
- Paciente dependiente parcial

Examen físico:

- Paciente masculino en AMEG, AREH, AREN
- FV:
  - PA: 110/70 mmHg
  - FC: 95 x minuto
  - T°: 37°C
  - FR: 30 x minuto
  - Sat O2: 86 %

Examen físico preferencial:

- Piel y faneras: Tibia, ligera deshidratación, laxa.
- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: RCR taquicárdicos, alejados

- Sistema nervioso central: LOTEP, agitado, conservación de las cuatro extremidades.

Evolución al día siguiente del ingreso:

- Se incrementa la dificultad respiratoria
- Presencia de hipotensión 75/60 mmHg
- Llenado capilar mayor de 2 segundos

Diagnóstico:

- Shock séptico por neumonía complicada

Plan de trabajo y tratamiento:

Exámenes auxiliares:

- Hemograma
  - o Leucocitos: 20 000
  - o Abastionados: 20%
  - o Hb: 6.4
  - o Plaquetas: 100 000
- Electrolitos
  - o Cl: 104 meq/L
  - o Urea: 165 mg/dl
  - o Glu: 160 mg/dl
- Fibrinógeno: 710
- Protrombina: 26
- TPPA: 140
- PCR: 5
- Gasometría
  - o pH: 7.45
  - o CO2: 30
  - o Sat O2: 98

- HCO<sub>3</sub>: 20
- Pa/Fi: 161
- Shunt: 19

Se solicita radiografía de tórax en la cual se evidencia existencia de consolidados en ambos campos pulmonares, signo de silueta positiva, radiopacidades en ambos bases pulmonares.

- Para el tratamiento se realiza la administración de fluidos cristaloides 30 mL/kg en 30 min + vasopresores (dopamina 0.5 mg/kg/min) y antibiótico de amplio espectro (Piperacilina-tazobactam 4 g cada 6-8 horas), oxigenoterapia.
- Se reevaluar el nivel del lactato, se solicita hacer un hemocultivo. Paciente evolucionó de manera óptima, llegando a las metas del tratamiento.

#### **Caso clínico n.º 4**

Femenino de 36 años acude a la consulta médica con tiempo de enfermedad de tres semanas, inicio insidioso y curso progresivo. Se queja de dolor en la región superior del abdomen, malestar estomacal, falta de deseo de comer sin evidenciar disminución en el peso corporal y sensación de llenura después de ingerir alimentos. Niega la presencia de heces en sangre. Además, menciona haber recibido tratamiento inicial que incluyó amoxicilina, omeprazol y claritromicina por un periodo de 14 días. A pesar de ello, regresa a la consulta médica debido a que síntomas continúan.

Se deriva a gastroenterología y se solicita Ag en heces.

Funciones biológicas: Todo conservado, excepto el apetito presenta hiporexia.

Antecedentes:

- Presenta historia de infección por la bacteria *Helicobacter pylori* que fue diagnosticada y tratada a los 14 años, refiere no tener hábitos tóxicos: no fuma y no consume bebidas alcohólicas, en cuanto a los antecedentes quirúrgicos, no reporta.

Examen físico:

- Paciente femenino en ABEG, AREH, AREN

### Examen físico preferencial

- Piel: THE, LLC<2", sin edemas
- Abd: blando, depresible, RHA aumentados, sin dolor a la palpación, sin hepatomegalia.
- Sistema nervioso central: LOTEPE, Glasgow 15/15
- Los demás sistemas sin alteraciones.

### Diagnóstico:

- Infección por *Helicobacter pylori*
- Gastritis aguda

### Plan de trabajo y tratamiento:

#### Exámenes de laboratorio:

##### Hemograma

- Hemoglobina 14.3 g/dl
- Leucocitos 6.600/ul
- VCM 89,2 fL
- HCM 25,4 pg
- Plaquetas 256 000/ul
- VSG 2 mm

---

Fuente: HC del HNPNP.LNS

Se solicitan análisis de Ag en heces, esto con el objetivo de identificar la existencia de *H.pylori*, y el resultado fue positivo. Durante la realización de la gastroscopía, se pudo examinar el esófago, el cardias, el fundus y el cuerpo gástrico, sin encontrar anomalías en ninguno de ellos. A pesar de ello, se notó hiperemia en el antro gástrico. No se detectaron hallazgos relevantes en la zona del píloro, el bulbo o la segunda porción del duodeno. Se recetó un segundo tratamiento. que incluye bismuto, metronidazol (MTZ), tetraciclina (TCN) y esomeprazol a lo largo de un lapso de 10 días. Se evidenció mejoría en los síntomas de la paciente, y se pudo confirmar la eliminación de la infección tres

semanas después de finalizarlo.

## **Rotación en Ginecología y Obstetricia**

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente mujer de 25 años, procedente de Lima, acude por consultorio externo al HNLNS PNP por prurito en zona bulbar y lesiones genitales, con un tiempo de enfermedad de 6 semanas, forma de inicio fue insidioso y de curso progresivo. Además, refiere que desde hace 5 semanas presenta lesiones no dolorosas, pruriginosas en la zona genital, y agrega que hace dos semanas inicio la presencia de flujo vaginal con mal olor.

Funciones biológicas: Sin alteraciones

Antecedentes: Niega

Examen físico:

- Paciente femenina en AREG, AREH, AREN
- FV:
  - PA: 100/70mmHg
  - FC: 60 x minuto
  - T°: 37°C
  - FR: 16 x minuto
  - SatO2: 98%
- Peso: 60 kg, talla: 160 cm, IMC: 25.4 (sobrepeso).

Examen físico preferencial:

- Genitourinario: PPL y PRU negativos bilateral
- Sistema nervioso central (SNC): Paciente se encuentra despierta, con reflejos conservados, orientada, y con respuesta a los estímulos
- Genitales externos: lesiones verrucosas, con bordes definidos y superficie plana, hipopigmentadas, ubicadas en la zona inguinal de lado derecho e izquierdo. Lesiones podrían estar relacionadas con sífilis secundaria y serian condilomas planos

- Especuloscopia: Flujo vaginal en pared lateral con secreción mucopurulenta grisácea de olor desagradable

Diagnóstico:

- Infección por sífilis (Condilomas lata)
- Vaginosis bacteriana

Plan de trabajo y tratamiento:

Exámenes auxiliares:

- Laboratorio:
  - o VDRL: Reactivo, 1:16 diluciones
  - o VIH: No Reactivo
  - o HBSAg: Negativo
  - o TGO: 85
  - o TGP: 95
  - o Ur: 18
  - o Cr: 0.7
  - o Prueba de Whiff: Positiva
  - o pH Vaginal: 4.5

Para la sífilis, se inició tratamiento. con penicilina G benzatina (bicilina) 2,4 millones de unidades internacionales, se administró IM, dosis única; se le hizo seguimiento para la evaluación de la respuesta al tratamiento. y se vio la disminución de los anticuerpos

Para la vaginosis bacteriana, se receto clindamicina tópica por 7 días, se vio mejora al terminar el tratamiento

- Se le indico un asesoramiento sobre salud sexual, esto para que tenga prácticas sexuales seguras, con el propósito de prevenir infecciones de transmisión sexual

**Caso clínico n.º 2**

Paciente de 21 años, residente de Jesús María, Lima, acude a la unidad de emergencia del HNPNS LNS, tras sentir malestar durante dos días. Presenta síntomas como falta de apetito, vómitos y náuseas, llegando a aproximadamente seis episodios diarios. Además, informa que se encuentra embarazada por siete semanas aproximadamente, calculado según FUR.

Signos vitales durante la emergencia: PA 85/65 mmHg, frecuencia cardiaca 120 lpm, frecuencia respiratoria 21 rpm, T° 36.8°, SatO2 97%, PaFi 0.21, Peso de 77 kg, altura de 168 cm.

Funciones biológicas: apetito comprometido

Antecedentes:

- G1P0001
- FUR: 14/10/23
- Madre diagnosticada hipertensión arterial

Examen físico:

- PyF: TE, piel poco hidratada y con moderada palidez, pliegue positivo, no presencia edemas
- TyP: simétrico, murmullo vesicular pasa en ACP, sin ruidos agregados
- CV: RCR, buena intensidad, no soplos
- Abd: útero con dimensión de 12 cm, RHA presentes y regulares, blando y no doloroso a la palpación.
- SNC: Consciente, orientada en tiempo, espacio y persona.

Diagnósticos:

- Hipokalemia moderada
- Hiperemesis gravídica

Plan de trabajo:

Exámenes de laboratorio: Hemograma completo

- Leuc. 13,000 mm<sup>3</sup>
- Hb. 10.8 gr/dL
- Pq. 190 000
- K. 3.2
- Na. 135

- Cl. 119

Eco TV: útero de 12 centímetros

- Se solicita niveles cuantitativos de B-HCG
- Se administra vía periférica de NaCl. al 0.9% y administración gradual de K de 10 mEq/h y suplementación con vit B1

### **Caso clínico n.º 3**

Paciente femenina de 65 años originaria de SJL, acude a emergencia e informa de un sangrado vaginal que ha persistido durante 25 días, inicialmente manifestándose como un manchado oscuro sin dolor. Inicialmente, atribuyó esta situación a la intensa actividad física que comenzó recientemente (clases de gimnasia). Sin embargo, el sangrado ha aumentado gradualmente, siendo más profuso en los últimos tres días y con presencia de coágulos. Además, ha experimentado un dolor de intensidad 3/10 en la región abdominal inferior (hipogastrio), lo que la motiva a buscar atención médica de emergencia. En los últimos 5 días, también ha experimentado disuria.

Funciones biológicas: Sin alteraciones

Antecedentes:

- FUM: 45 años
- Fumadora social
- Alérgica a penicilina
- Fiebre tifoidea a los 15 años
- ITU en último embarazo
- Abuela materna falleció de HTA
- Madre con diagnóstico de DM2, en tratamiento controlada

Examen físico:

- Paciente femenina AMEG, AREH, AREN
- FV:
  - PA: 110/70
  - T°: 36.8°
  - FC: 90 x minuto

- FR: 18 x minuto
- Peso: 75 kg
- Talla: 1.50 cm
- IMC: 33.3 (obeso)
- Piel: Ligera palidez
- Mamas: Blandas y simétricas
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Cv: RCR de buen tono, 100 lpm. No soplos
- Abd: Blando, depresible, sin dolor, no masas
- GU: PPL bilateral negativa, genitales externos con sangre
- Espéculo: escasos coágulos, cérvix orificios cerrados, se ve sangrado escaso
- 

Diagnóstico:

- Sangrado uterino anormal en post menopaúsicas
- Hipertrofia endometrial
- Anemia moderada

Plan de trabajo y tratamiento:

Exámenes auxiliares:

- Eco TV: Útero AVF, de 7.3 cm, de caracteres normales, no presenta signos de dolor en movilización. Anexos: No se palpan masas. Fondo de saco Douglas: No ocupado
- Laboratorio:
  - Hemograma:
    - Leucocitos 10 600, Neutrófilos 63 %, Abastionados 0 %. Hb 9. GS y Factor A +. Glicemia 105 gr/dl. Coagulación normal.
  - Uroanálisis: Hematíes + 100 x campo

- Biopsia Endometrial Para D/C neoplasia endometrial
- Usar El Sistema De Clasificación PALM-COEIN
- Se realizo a la paco una Histeroscopia con biopsia que es el gold estándar en la valoración de sangrado uterino anormal en pacientes post menopáusicas se encontró presencia de pólipos y se extrajeron.
- Paciente evoluciono favorablemente

#### **Caso clínico n.º 4**

Mujer de 27 años, originaria de Apurímac. TE: 24 horas, que acude a emergencia refiriendo fuerte algia a nivel del hipogastrio de intensidad 8/10 desde hace 8 horas, el cual se incrementa a la movilización, con sangrado por vía vaginal de cantidad moderada. Presenta una ecografía, que refiere una gestación inicial de 6 ss y 3 d.

Funciones vitales en su llegada a la emergencia: PA 90/55 mmHg, FR 15 rpm, FC 105 lpm, T° 37.3°C, Peso 73 kg, Talla 167 cm.

Resto de sistemas: estables

Antecedentes:

- Obstétricos G2P0010
- Sin otro antecedente de interés, que sume a la historia gineco obstétrica

Examen físico:

Paciente femenina en AREG, ABEH, ABEN.

- PyF: T/H/E, LLC<2 segundos, palidez ++/+++.
- TyP: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales audibles.
- CV: RCR, buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: blando y depresible, con RHA positivos, que duele al palpase en hemiabdomen inferior de potencia 9/10.
- Espéculo: sangrado rojo vinoso con coágulos.
- SNC: orientado en Tiempo, espacio y persona, sin signos meníngeos o de focalización.

Diagnósticos:

- Aborto no completado

Plan de trabajo y tratamiento:

Exámenes auxiliares:

- Hb 13.1 mg/dl, Leuc 18 000, PQ 220,000, Ur 24, Cr 0.7, Ex. Orina (-), Eco Tv: 17 mm de saco gestacional, no embrión, ni vesícula vitelina.

- Hemograma
- Examen de orina
- VHB/RPR/COVID
- Eco TV

Una vez con el diagnóstico se procede a tratar:

- Misoprostol 400 ug
- Realización de AMEU

## **Rotación en Pediatría**

### **Caso clínico n.º 1**

Paciente mujer de 16 años, acude a emergencia del hospital acompañada de su progenitora donde indica que hace un año la paciente presenta dolores tipo cólicos en el hipogastrio de intensidad leve a moderada, que calmaba con AINE; sin embargo, en los últimos meses estos dolores eran más seguidos, y se irradiaban a la espalda, llegando el día de la emergencia con los dolores ya intolerables, esto acompañado con disuria y tenesmo.

Funciones biológicas: Sin alteraciones

Antecedentes:

- Niega relaciones sexuales
- Niega menarquia
- Fiebre tifoidea a los 10 años
- ITU hace un año y ocho meses
- Abuela materna con diagnóstico HTA controlada
- Madre con diagnóstico de sobrepeso

Examen físico:

- Paciente femenina AMEG, AREH, AREN

- FV:
  - PA: 90/60 mmHg
  - T°: 36.5°
  - FC: 70 x minuto
  - FR: 16 x minuto
  - SatO2:98%

Peso: 55 kg, talla: 1.50 cm, IMC: 24.4 (peso saludable).

Examen físico preferencial:

- Piel: T/H/E. Llenado capilar <2segundos, palidez +/+++.
- Mamas: Simétricas, Tanner V.
- Abd: Aumento de volumen con distensión que va desde la zona del hipogastrio hasta la cicatriz umbilical, incremento del dolor a la palpación tanto superficial como profunda
- Genitales externos: Presencia de vello púbico en Tanner IV, a nivel del introito vaginal se observa mucosa himeneal abombada que protruye al exterior con vascularización violácea

Diagnóstico:

- Amenorrea primaria por himen imperforado

Plan de trabajo y tratamiento:

Exámenes auxiliares:

- Eco TV: No se realiza
- Eco TR: Presencia de tumoración blanca desde la vagina con 23 cm de longitud
- Eco Transabdominal: Presencia de hematocolpos
- Laboratorio:
  - Hemograma:
- Leucocitos 7900
- Neutrófilos segmentados: 77

- Abastionados 0 %
- Hb 10 gr/dl
- Hto: 30.8 %
- Plaquetas: 258000
- Grupo sanguíneo y factor: RH (O) +
- Glicemia: 76 gr%
- Urea: 31
- Creatinina: 0.7
  - Perfil de coagulación:
    - Fib. 456000.
    - TPo: 13.8 s
    - TTro: 15.6 s
  - RPR no reactivo
  - HIV: no reactivo

Se realizó una incisión quirúrgica (himenotomía) para abrir el himen y permitir el flujo menstrual

### **Caso clínico n.º 2**

Paciente lactante, mujer de 20 meses de edad, se presenta en emergencia con ojo rojo, malestar general, congestión nasal y sensación de fiebre, síntomas presentes desde hace un día. Durante la evaluación, no se observaron alteraciones en su actividad.

Funciones biológicas: se encuentran dentro de lo normal

Antecedentes:

Nacido a término con peso normal y se alimenta exclusivamente con leche materna. Ha seguido los controles regulares de salud y ha completado su programa de vacunación.

Examen físico:

Se puede observar una lesión inflamatoria en la esclera del ojo derecho, sin enrojecimiento en la conjuntiva. Además, se identifica enrojecimiento de la faringe y un bazo en el cual se puede ver inflamación, este es de dimensiones moderadas, ubicado

a 3 centímetros por debajo del borde inferior de las costillas en el lado izq. No se aprecian ganglios inflamados. A la evaluación oftalmológica no revela anormalidades.

Diagnóstico: Hiperemia conjuntival asociada a mononucleosis infecciosa.

Plan de trabajo:

Examen de laboratorio: El hemograma muestra una ampliación en el n.º de linfocitos, sin evidencia de reactantes inflamatorios agudos. La prueba serológica para el VHS 6 es positiva.

### **Caso clínico n.º 3**

Un infante de 5 meses de edad, originario de Cusco, es llevado a sala de emergencias por un familiar tras experimentar un día de síntomas, que incluyen un fuerte llanto, rechazo a la lactancia y tos húmeda, con presencia de flema. A pesar de que la progenitora trató de mitigar los síntomas de su hijo. con 6 gotas de acetaminofén, estos malestares continuaron. El niño días antes del inicio de los síntomas recibió sus dosis de vacunas pentavalente, rotavirus y neumococo. Las FV muestran una FR de 45 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca de 135 latidos x min, temp. de 37.5° y SatO2 del 98 %.

Antecedentes:

- Nacido a término, con un puntaje Apgar de 8-9 y un peso al nacer de 3420 gramos. No se registran otros antecedentes significativos según la madre.

Examen físico:

- Aparentemente sano y reactivo, sin alteraciones
- Piel: Tiempo de llenado capilar inferior a 2 ss y sin edemas
- TyP: MV presente y normal en ambos campos, sin ruidos añadidos
- Cv: RCR, sin soplos audibles
- Abd: plano y depresible, con RHA normales y sin dolor a la palpación superficial ni profunda

- SNC: estado en alerta y respuesta a estímulos

Diagnóstico:

- ITU (Infección del tracto urinario)

-

Plan de trabajo y tratamiento:

Exámenes auxiliares:

- Hemograma: Hemoglobina 12.3 g/dl, plaq. 620,000 mm<sup>3</sup>, leuco. 23,980 mm<sup>3</sup>.
- Examen de orina: Presencia de 18 leuco. por campo, 8 células epiteliales x campo y 1 hematíe x campo.
- Se prescribe antibioticoterapia

#### **Caso clínico n.º 4**

Paciente masculino de 4 años procedente de Huaraz llega a emergencia del hospital en compañía de su madre con un TE de 5 días. Se caracteriza por la aparición de lesiones dolorosas en la mucosa oral, las cuales se intensifican al ingerir alimentos ya sean sólidos o líquidos. Además, refiere presentar lesiones cutáneas pruriginosas en las manos y los pies, que se manifestaron el día anterior. Refiere que los síntomas se han venido acompañando de malestar general, debilidad, falta de apetito y fiebres intermitentes desde hace 5 días.

Funciones biológicas: Sin alteraciones

Antecedentes: Niega

Examen físico:

- Paciente masculino AMEG, AREH, AREN
- FV:
  - PA: 100/70
  - T°: 37.5°
  - FC: 70 x minuto
  - FR: 20 x minuto
- Peso: 19 kg

- Talla: 100 cm
- IMC: 19 (peso saludable)
- Piel: T/H/E, llenado capilar < 2 ss, se observa úlceras de 4 – 6 mm en el dorso de la lengua, también en manos y pies
- TyP: MV pasa bien por ACP
- CV: RCR de buen tono, 100 lpm. No se escuchan soplos
- ABD: RHA +, no dolorosa a palpación profunda ni superficial
- Neurológico: E. Glasgow 15/15, orientado en tiempo/espacio/persona

Diagnóstico:

- Enfermedad mano/pie/boca (Coxsackie)

Plan de trabajo y tratamiento:

- Gingivona en aerosol x 5 días
- Cetirizina 5mg/5ml
- Ibuprofeno 100mg/5ml
- Evolución favorable de los síntomas del paciente, y reducción de las úlceras en boca-mano-pie

## **Rotación en Cirugía General**

### **Caso clínico n.º 1**

Varón de 74 años, original de Lima asiste a consultorio de cirugía por aumento de volumen en la región inguinal del lado derecho acompañada de molestias constantes que se han intensificado en los últimos días, indica que consumía los AINE para calmar el dolor. El tiempo de enfermedad es de hace un año, y el aumento de volumen se da con moderados esfuerzos, Además, informa que ha experimentado pérdida de apetito y cierta fatiga generalizada, lo que ha motivado su búsqueda de atención médica.

Funciones biológicas: Disminución del apetito

Antecedentes:

- Diagnóstico de HTA en tratamiento controlado
- Colectomía laparoscópica hace 10 años atrás

- Padre fallecido de ca. de vesícula biliar
- Trabaja en construcción

Examen físico:

- Paciente masculino AMEG, AREH, AREN
- FV:
  - o PA: 120/60
  - o T°: 36°
  - o FC: 100 x minuto
  - o FR: 19 x minuto
- Peso: 85 kg
- Talla: 1.75 m
- IMC: 27.8 (sobrepeso)
- Piel: T/H/E, sin edemas visibles
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Cardiovascular: RCR de buen tono, 100 lpm. No soplos
- Abdomen: Presencia de cicatriz en la región de hipogastrio y epigastrio, esto es compatible a la laparoscopia que le realizaron hace 10 años atrás, en la región inguinal del lado derecho se evidencia una protrusión 5x5 cm, al aplicar Valsalva incrementa a 6x6 centímetros, que no produce dolor y con una masa que es reductible.

Diagnóstico:

- Hernia inguinal derecha

Plan de trabajo y tratamiento:

Exámenes auxiliares:

- Ecografía:
  - o Saco herniario de contenido intestinal de 30x19 de diámetro
  - o Hernia inguinal derecha no complicada

- Laboratorio:
  - Hemograma
  - Hb: 21 g/dl
  - Ht: 67 %
  - Neutrófilos 70 %
  - Linfocitos: 27 %
  - Monocitos 1 %
  - T. de coagulación 9´
  - T. de sangría: 2´
  - INR: 1.10
  - Glucosa: 95 mg/dl
- Se indica ospitalización del paciente y se prepara al paciente para una hernioplastia, que es la reparación con malla de la hernia inguinal.

### **Caso Clínico n.º 2**

Masculino de 35 años acude al hospital refiriendo un dolor intenso, que al consultar refiere que es de intensidad 8/10 en epigastrio, que posteriormente migró a FID y finalmente aumentando en intensidad a 10/10. TE: 15 horas, luego se le añaden náuseas y vómitos por lo cual decide automedicase con pastillas, pero al no mejorar acude a la emergencia.

Registra las siguientes funciones vitales: PA 115/70 MMhG, FC 80 lpm, FR 22 rpm, T 36.9°C.

- Apetito inexistente

Antecedentes:

- Dieta inadecuada, no realiza deporte.

Examen físico:

- PyF: THE, no se observa cianosis ni edemas, LLC<2”
- Typ: MV pasa en acp, no estertores
- Cv: RCR adecuados, sin soplos audibles
- Abdomen: sin distensión, ni cicatrices por cirugías anteriores, RHA + de 2-3 por min. Dolor a la palpación superficial en FID, sin visceromegalia, McBurney +,

Bloomberg +, con un score de Alvarado 6/0, sin leucocitos aumentados.

Diagnóstico:

- Apendicitis aguda

Plan de trabajo y tratamiento:

Exámenes auxiliares:

Hemograma: Leu. 9820 mm<sup>3</sup>, Hto 45%, Hb 12 gr/dl, PQ 250 000

Eco abdominal: Apéndice cecal tubular 40 mm x 7 mm, que se visualiza hipoecogénico y doloroso a la presión. Así mismo, se observa un incremento de la ecogenicidad del tejido mesentérico. Se concluye que la imagen es compatible con apendicitis aguda y se debe correlacionar con la clínica y laboratorios.

- Hidratación y analgesia
- Antibióticos profilácticos

Reporte operatorio:

Se observa una cantidad reducida de líquido libre, junto con un apéndice cecal de dimensiones 8x2.5 cm, que se encuentra completamente necrosado en su zona descendente interna cercana al ciego. A pesar de la necrosis, la base apendicular se encuentra en buen estado, notándose una congestión leve en el ciego.

### **Caso clínico n.º 3**

Un hombre de 75 años busca atención médica debido a un dolor agudo en la región anal al defecar que ha experimentado durante las últimas dos semanas. Recientemente, ha notado la presencia de hilos de sangre durante la evacuación, lo que le genera ansiedad para ir al baño. No reporta fiebre y ha observado cambios en sus hábitos intestinales, manifestando evacuaciones en menor frecuencia y más secas.

Funciones biológicas: Sin alteraciones notables

Antecedentes:

- Historia médica: Trata la hipertensión primaria con medicación.
- Historial quirúrgico: No ha sido sometido a cirugías.

Examen físico:

- Piel: turgencia y elasticidad normales, con un tiempo de llenado capilar < 2" y sin signos de hinchazón

- TyP: Vibraciones vocales y sonoridad conservadas, murmullo vesicular presente en ambos pulmones, sin ruidos adicionales.
- Cv: Ritmo cardíaco regular, con una frecuencia de 79 latidos por minutos y sin soplos.
- Abd: Globulosa y fácilmente compresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación (superficial y profunda). Se observa matidez conservada.
- SNC: Conciencia y orientación normales, con una escala de Glasgow 15/15

No se lleva a cabo un tacto rectal debido al intenso dolor en la región perianal. Se observa una ligera fisura en la parte posterior de la región anal, sin hemorroides externas, ni otras lesiones cutáneas evidentes.

Diagnóstico:

- Fisura anal posterior

Plan de trabajo:

Se indica nitroglicerina 50 mg más laxantes. A su vez, se sugieren baños de asiento y una dieta fibrosa.

#### **Caso clínico n.º 4**

Femenina de 62 años, originaria de Lima, acude a la emergencia a causa de dolor abdominal difuso, de tipo cólico que predomina en FID durante las últimas 72 horas, acompañado de vómitos biliosos en tres ocasiones. Sus funciones vitales se registran con una PA 110/75, FR 18 rpm, FC 87 lpm y una temperatura de 37.9 °C. Sus funciones biológicas se encuentran conservadas.

Antecedentes:

- Se sometió a una apendicectomía hace 3 años

Examen físico:

- Piel con temperatura, hidratación y elasticidad normales, sin edemas y con un tiempo de llenado capilar inferior a 2 segundos.
- TyP: MV presente en ambos hemitórax y sin rales.

- Cv: RCR, sin soplos.
- Abd: blando, depresible, con presencia de masa en la FID, que duele a la palpación, reductible y con signos de inflamación. No se auscultan RHA (-)
- SNC: orientado y consciente, sin signos de irritación meníngea ni pérdida de conciencia.

Diagnóstico:

- Síndrome doloroso abdominal a causa por obstrucción intestinal a causa de eventración abdominal.

-

Plan de trabajo y tratamiento:

Exámenes auxiliares:

- Hemograma con leucocitos elevados a 20,800 mm<sup>3</sup> y PCR 4.2, niveles de glucosa 220 mg/dL, perfil de coagulación sin alteraciones, perfil hepático normal, electrolitos sin alteraciones. Radiografía abdominal en bipedestación con niveles hidroaéreos que hacen sospechar una obstrucción intestinal.
- Reposo gástrico, sonda nasogástrica a gravedad, hidratación profusa con NaCl 0.9%, omeprazol, ketorolaco y dimenhidrinato
- Sonda rectal y enema evacuante inmediato

Dada la falta de respuesta a lo antes intentado, se decide programar una intervención quirúrgica.

Reporte operatorio:

Se lleva a cabo una exploración abdominal para liberar bridas y adherencias, arreglar la eventración y poner un dren Penrose. En el intraoperatorio se da el diagnóstico de obstrucción intestinal a causa de un síndrome adherencial.

La paciente pasa al postoperatorio con tratamiento de metronidazol, ciprofloxacino, proquinéticos y analgesia. En el segundo día postoperatorio, manifiesta vómitos tras retirar la sonda nasogástrica, optándose por reposos gástricos. En el quinto día, al soportar la dieta, se da de alta con indicaciones correspondientes.

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

### **Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz**

El Hospital de la Policía Nacional Luis N. Sáenz está situado en la urbanización limeña, en av. Brasil 26, JM, beneficiándose de una ubicación estratégica con fácil acceso. Funciona como un hospital de nivel III-1 en la jurisdicción designada por la Dirección Ejecutiva de Sanidad de la Policía Nacional del Perú, atendiendo a una población de más de 100,000 habitantes, que incluye a policías, hijos de policías, padres de policías, y cónyuges o convivientes .

su misión es proporcionar atención médica integral, tanto ambulatoria como hospitalaria, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de la salud para el personal de la Policía Nacional del Perú y sus familiares. Busca extender sus servicios a la comunidad, coordinando con las Redes y Regiones PNP mediante el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, y cumplir sus funciones con enfoque humano, calidad, creatividad e innovación. La visión del hospital es convertirse en un centro de Categoría III-1 acreditado, líder y referente nacional, ofreciendo atención integral centrada en el ser humano, respaldada por profesionales altamente capacitados, tecnología sanitaria avanzada y rigurosos niveles de excelencia (3).

En términos de servicios, los hospitales brindan medicina general, traumatología, ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía, neurología, oftalmología, oncología, endocrinología, cardiología, entre otros. Cuenta con equipos avanzados en cuidados intensivos y medicina crítica, y sus instalaciones incluyen áreas de emergencia, salas de procedimientos quirúrgicos mayor y menor, recuperación quirúrgica, sala de partos y hospitalización. Además, el HNLNS PNP utiliza las instalaciones del nuevo hospital central para consultorios, centro de imágenes y helipuerto.

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### Rotación en Medicina Interna

#### Caso clínico n.º1

En este caso nuestro paciente tuvo una intoxicación mixta, esta fue por clonazepam (un medicamento perteneciente al grupo de las benzodiazepinas) y amitriptilina (un antidepresivo tricíclico) es un escenario médico serio que requiere atención inmediata (4).

Los síntomas de intoxicación por benzodiazepinas son:

- Somnolencia extrema
- Confusión mental
- Pérdida de coordinación motora
- Depresión respiratoria

Los síntomas de intoxicación de amitriptilina son:

- Taquicardia
- Hipertensión
- Confusión
- Alucinaciones
- Convulsiones
- Coma

Hay que saber que para sospechar en este diagnóstico debemos evaluar los signos y síntomas, además de realizar una buena anamnesis, en el caso de nuestro paciente se vio que se encontraron blísteres de amitriptilina y benzodiazepinas vacíos, lo cual indicaría la ingesta de estos; hay que saber que también se puede realizar exámenes de laboratorio (hemograma, glu, e-, perfil hepático y renal, AGA). El objetivo de los exámenes de laboratorio nos ayuda para identificar las sustancias que dan la clínica, pero debemos tener en cuenta que no debemos esperar este resultado para iniciar el tratamiento. La estabilización de esta intoxicación mixta debe garantizar estabilidad de

las funciones vitales del paciente. Esto incluye asegurar una vía aérea permeable, proporcionar oxígeno y monitorear la función del sistema cardiaco y respiratorio. En situación de una ingestión reciente se puede considerar la administración de carbón activado para limitar la absorción de los medicamentos en el tracto gastro-intestinal; además se puede realizar vaciado gástrico esto si el paciente acude al centro de salud dentro de la primera hora, ya que tiene mayor eficacia para la eliminación de las sustancias tóxicas. Hay que conocer que la administración de flumazenilo se limitará a situaciones caracterizadas por depresión respiratoria, coma profundo o cuando la causa no pueda ser identificada. Su aplicación puede desencadenar convulsiones, especialmente en situaciones de intoxicación combinada con antidepresivos (5).

No hay un antídoto específico para esta intoxicación mixta, el tratamiento tiene la meta del manejo de los síntomas; sabiendo que si existe la presencia de convulsiones se debe administrar anticonvulsivos

### **Caso clínico n.º2**

La paciente, una mujer joven, está bajo tratamiento específico para la TBC con un régimen de dosis fijas combinadas; la terapia habitual para la TBC implica la combinación de INH y RIF. Sin embargo, en situaciones de sospecha de resistencia a los medicamentos o fallo del tratamiento, se puede llevar a cabo un "reto de sensibilidad". Este procedimiento implica suspender temporalmente uno de los medicamentos, generalmente INH o RIF, para evaluar la respuesta del paciente. Se realiza un seguimiento cercano, incluyendo pruebas para evaluar la respuesta bacteriológica al tratamiento. Con base en los resultados del reto y la evaluación continua, se realizarán ajustes en el régimen de tratamiento para garantizar su efectividad y prevenir el desarrollo de resistencia. Este enfoque personalizado es crucial para gestionar adecuadamente las complicaciones y asegurar una terapia eficaz contra la TBC.

En este caso se detecta resistencia a la INH y desarrollo una reacción hepato-dérmica que se caracterizó por máculas eritematosas pruriginosas en los MMSS y MMII, junto con náuseas y vómitos. Se ha planteado la posibilidad de que durante el metabolismo hepático de la isoniazida se generen radicales libres, lo que podría aumentar el estrés oxidativo. Este fenómeno podría desencadenar respuestas inflamatorias que contribuyen a las manifestaciones cutáneas. Además, la isoniazida puede provocar respuestas inmunológicas que, en algunos casos, también se dirigen hacia la piel,

dando lugar a lesiones dermatológicas. Como medida, se suspende el tratamiento previo para comenzar con levofloxacin y rifampicina, reemplazando la isoniazida.

La INH, es un fármaco de 1° línea para la TBC, al presentar esta resistencia, se asocia con un incremento en la posibilidad de falla terapéutica y recurrencia. La OMS sugiere que haya un enfoque terapéutico que incluye rifampicina, etambutol, pirazinamida y levofloxacin (6).

Para determinar la susceptibilidad a los medicamentos, existen pruebas convencionales como el medio sólido Lowenstein-Jensen y el sistema de tubo indicador de crecimiento micobacteriano (MGIT, más sensible pero costoso). No obstante, las técnicas moleculares son preferibles en el control y detección de la TBC resistente a los fármacos, ofreciendo un diagnóstico más rápido, la utilización de pruebas estandarizadas y un alto potencial de rendimiento (7).

Además, se solicita una radiografía de tórax que revela un incremento de la trama bronco vascular bilateral, predominantemente en el hemitórax derecho, y un pequeño infiltrado alveolar tenue en la región de la língula. Como parte del tratamiento, se administra clorfenamina durante 5 días, hidrocortisona durante 7 días, loratadina durante 9 días y prednisona a dosis de 20 mg cada 12 horas durante 2 días. Las lesiones cutáneas se esfuman una semana después de iniciar el tratamiento (8).

### **Caso Clínico n.º3**

El paciente del caso fue diagnosticado de shock séptico por neumonía complicada; la cual shock séptico es una condición médica crítica que surge como respuesta a una infección grave, siendo potencialmente letal. Se caracteriza por una disfunción orgánica generalizada causada por la respuesta inflamatoria desregulada del cuerpo ante la infección. Este tipo de shock es una emergencia médica que necesita ser atendida de manera inmediata.

El proceso que conduce al shock séptico generalmente comienza con una infección localizada, como neumonía o infecciones abdominales. A medida que la infección avanza, sustancias liberadas por las bacterias y la respuesta inflamatoria pueden desencadenar una cascada de eventos que resultan en una respuesta sistémica descontrolada.

Las principales características del shock séptico incluyen hipotensión persistente, disfunción orgánica (afectando principalmente riñones, hígado, pulmones y corazón), trastornos de la coagulación y alteración de la respuesta inmunológica. El diagnóstico y tratamiento tempranos son cruciales, implicando la administración de antibióticos, soporte hemodinámico con líquidos y medicamentos vasopresores (9).

El shock séptico implica sepsis acompañada de hipotensión persistente, indicando una falta de mejoría en la presión arterial media a pesar de la reposición adecuada de volumen, lo que requiere el uso de vasopresores. Estos medicamentos se utilizan para mantener la PAM por encima de 65 mmHg, junto con un nivel de lactato sérico superior a 2 mmol/L. Este tipo de shock séptico se asocia con una mortalidad hospitalaria superior al 40%.

En cuanto a la identificación temprana de la sepsis en pacientes de urgencias, se emplea la escala Quick SOFA, que evalúa tres signos clínicos: frecuencia respiratoria igual o mayor a 22/min, PAS igual o menor a 100 mmHg y escala de Glasgow < a 13. La puntuación va de 0 a 3, y una puntuación de 2 o más tiene un valor predictivo similar a la escala SOFA. Aunque la escala Quick SOFA no proporciona un diagnóstico definitivo de sepsis, es útil en el cribado, especialmente en pacientes no ubicados en unidades de cuidados intensivos (UCI).

La escala SOFA evalúa la disfunción orgánica mediante la valoración de seis parámetros (coagulación, respiratorio, sistema hepático, cardiovascular, renal y sistema nervioso central). Cada parámetro se puntúa del 0 al 4, y la puntuación total puede alcanzar un máximo de 24. Se predice mortalidad cuando la puntuación es  $\geq 2$  (mortalidad del 10%) y puede llegar hasta el 90% con una puntuación de 15 o más. La escala SOFA es útil para diagnosticar la sepsis y guiar el inicio del manejo (10).

El tratamiento de shock séptico dirigido a los objetivos es la colocación de cristaloides o coloides en 500 ml / 30 minutos; administración de vasopresores (norepinefrina, vasopresina); realizar una transfusión de concentrados de hematíes y el uso de inotrópicos (dobutamina).

Los objetivos que se buscan en el tratamiento de shock séptico y que nuestro paciente logro cumplir fueron:

- PVC de 8 a 12 mm Hg
- PAM mínimo de 65 mm Hg
- Hcto de al menos 30%
- SatO2 VC de 70% o más

#### **Caso Clínico n.º4**

Se presenta el caso de una mujer de 36 años con síntomas de gastritis aguda persistente durante tres semanas, a pesar de haber recibido un tratamiento de 1º línea que incluyó AMX, CLR y ESOM durante 14 días. La gastritis, una afección con múltiples causas y alta prevalencia a nivel global, involucra factores tanto internos como externos que pueden resultar agresivos para la mucosa gástrica. La presencia de la infección por *Helicobacter* es más común en naciones en desarrollo, afectando a más de la mitad de la población a la edad de 10 años, en comparación con un rango del 5-10% en naciones desarrolladas. El paciente experimentó su 1º infección a los 15 años y recibió tratamiento en ese momento (11).

El diagnóstico de la gastritis se establece mediante gastroscopía, asimismo de exámenes de sangre y cultivo de heces fecales. La confirmación se realiza mediante estudio histopatológico de la biopsia de mucosa gástrica extraída durante la exploración endoscópica. En este caso clínico, se solicitó una prueba de Ag en las heces para detectar la presencia de *Helicobacter*, resultando positivo. Durante la gastroscopía, se pudo detectar hiperemia en el antro gástrico. Los inhibidores de la bomba de protones y los antagonistas de los receptores histaminérgicos tipo 2 son el tratamiento de 1º elección. A pesar de haberse prescrito a la paciente amoxicilina (AMX), claritromicina (CLR) y esomeprazol (ESOM) durante 14 días, los síntomas persistieron. Se optó por un tratamiento de 2º línea, que incluyó bisoprolol (BIS), metronidazol (MTZ), tetraciclina (TCN) y esomeprazol (ESOM) durante 10 días. Se registró una mejoría en los síntomas y la erradicación de la infección se confirmó cuatro semanas después de finalizar el tratamiento (12).

## Rotación en Ginecología y Obstetricia

### Caso clínico n.º1

En este caso nuestra paciente mujer de 25 años, presento lesiones verrucosas, de bordes definidos, hipopigmentadas, que serían los condilomas planos, esto se pueden presentar en una sífilis secundaria, que se logra confirmar con las pruebas no treponémicas (VDRL); luego, tenemos en la especuloscopia el flujo que se ve el flujo vaginal y la presencia de signos de vaginosis bacteriana, como un olor desagradable, secreción grisácea o blanquecina y el aspecto de "pescado" en la prueba de Whiff.

Sífilis, tiene su agente causa el *Treponema pallidum*, una espiroqueta microaerófila gram-negativa. Su vía de transmisión es por medio de relaciones sexuales por vía vaginal, anal u oral con un portador, ingresando al cuerpo por membranas mucosas o pequeñas lesiones en la piel durante el contacto sexual. Además, la madre al hijo puede transmitirlo, causando sífilis congénita (13).

Respecto sus etapas de evolución, tenemos:

- Primaria: El chancro indoloro en el sitio de la infección es la lesión característica de este estadio, que puede manifestarse en genitales, boca o ano.
- Secundaria: Se manifiesta con erupciones en la piel, heridas múltiples en la boca, fiebre, inflamación de ganglios linfáticos y síntomas similares a la gripe.
- Latente: Los síntomas pueden desaparecer, pero la bacteria persiste en el cuerpo, dividiéndose en latente temprana (menos de 1 año desde la infección) y latente tardía (más de 1 año desde la infección).
- Terciaria: En ausencia de tratamiento, la infección progresa a una etapa grave que afecta órganos internos, el sistema nervioso y otros sistemas corporales, con una alta mortalidad asociada.

En este caso ante la presencia de condilomas planos, son una expresión infrecuente, en ocasiones la inicial y singular, de la sífilis 2°. Exhiben apariencia distintiva y son comúnmente ubicadas fuera de la región genital (14).

Vaginosis bacteriana, es una infección vaginal originada por un desequilibrio en la flora bacteriana habitual de la vagina, destacándose por el incremento de bacterias

anaerobias, como *Gardnerella vaginalis*, y la disminución de lactobacilos beneficiosos. A diferencia de otras infecciones, no se vincula a un agente causal específico, como se evidencia en pruebas como VDRL, VIH, HBSAg, TGO o TGP, ya que su origen radica en cambios en la composición bacteriana vaginal. La positividad en la prueba de Whiff y un pH vaginal elevado son señales de esta condición.

En cuanto a su evolución, la vaginosis bacteriana puede resolver espontáneamente en algunos casos, cuando el sistema inmunológico restaura el equilibrio de la flora vaginal sin intervención médica. Sin embargo, es propensa a recurrencias, a pesar de recibir tratamiento, y la persistencia de la infección puede deberse a factores como resistencia a antibióticos o condiciones médicas subyacentes. Sobre el tratamiento de la vaginosis bacteriana se receta metronidazol 500 mg c/ 12 hrs x 7 días, vía oral. Este tratamiento no es necesario para la pareja sexual, ya que no se considera una ITS y solo es una proliferación de anaerobios propios de la mujer (15). Para evitar recidivas se recomienda: el uso de condón en el acto sexual, evitar las duchas vaginales, no compartir juguetes sexuales y evitar el fumar.

## **Caso clínico n.º2**

Con base en la información recopilada del historial médico y el examen físico, la primera acción fue buscar posibles focos infecciosos. Simultáneamente, se realizaron exámenes auxiliares, que incluyen eco tv, uroanálisis, hemograma completo, e- y B-HCG cuantitativo, siendo positivo. Después de obtener los resultados y desestimar posibles focos infecciosos, se establece el diagnóstico de hiperémesis gravídica con hipokalemia. El manejo consistió en la hidratación del paciente y proporcionar vitamina B1 para prevenir complicaciones, destacando la encefalopatía de Wernicke como la más seria.

En los siguientes días, la paciente mostró una mejoría progresiva, reflejada en una reducción de la intensidad y frecuencia de los vómitos, así como aumento de los niveles de potasio en sangre. También, se demostró una mejor tolerancia a los alimentos por vía oral, cosa que días atrás era prácticamente imposible. Dada esta mejoría, se tomó la decisión de dar por concluida la estancia hospitalaria del paciente (16).

La hiperémesis se caracteriza por la presencia de náuseas intensas, proseguidas de vómitos incontrolables y persistentes, perjudicando de manera importante el buen estado general del paciente. Es por ello que esta condición se ve con mayor repetición

en los primeros tres meses del embarazo y viene asociado con pérdida del peso de la madre, que siendo superior al 5% de este, hace diagnóstico junto con cetonas en orina y deshidratación. Así como cambios en los niveles de electrolitos y metabolismo. Aunque la causa exacta aún no se ha identificado completamente, se sugiere una asociación a valores altos de la hormona B-HCG y un antecedente familiar. Otros antecedentes que influyen son la enfermedad gestacional trofoblástica, nuliparidad y obesidad.

El diagnóstico se hace mediante la exclusión de otras afecciones y se sustenta sobretodo en la clínica del paciente. Los signos y síntomas van a incluir náuseas y vómitos, por la mañana, sobre todo, aumenta de la producción de saliva, dolor en el epigastrio, halitosis o aliento olor a frutas, pérdida de peso y en casos extremos, encefalopatía de Wernicke (17).

El tratamiento de esta enfermedad se va a concentrar en aumentar la hidratación, reducir la sensación de náuseas y los vómitos, así como reparar el desequilibrio electrolítico y prevenir complicaciones. Generalmente, se va a administrar una cantidad diaria de líquidos siendo estos entre 2 a 3L, asociado a suplementos de potasio. A su vez, se sugiere el uso de suplementación con vitamina B6 y B1, específicamente 100 mg de B1 por día podría ayudar a prevenir el mal de Wernicke. Por último, se utiliza doxilamina, un antihistamínico con propiedades antieméticas, y la piridoxina, una variante de la vitamina B6, actúan en conjunto para mitigar los síntomas de náuseas y vómitos en mujeres embarazadas que padecen hiperémesis gravídica.

### **Caso Clínico n.º3**

Mujer post menopáusica de 65 años, viene por sangrado anormal uterino donde después de la evaluación con PALM-COEIN, se realizó una histeroscopia en donde se pudieron visualizar pólipos, los cuales eran los causantes del sangrado.

Un pólipo viene a ser la formación de un nódulo benigno en el endometrio, compuesto por estroma, glándulas y vasos. Su origen se considera multifactorial, y las posibles causas incluyen proliferación monoclonal benigna, anomalías cromosómicas, incremento de metaloproteinasas y citocinas, así como sobreproducción de la proteína P63, alteraciones genéticas e irregularidades entre estrógenos y progestágenos. Factores como la edad, hipertensión, obesidad y el uso de tamoxifeno son considerados riesgosos (18).

La prevalencia puede asociarse en un porcentaje entre el 10-20% de pacientes asintomáticas, pudiendo llegar hasta el 30% en aquellas con sangrado uterino anormal. La ecografía es el método ideal para el diagnóstico, con una sensibilidad del 91% y especificidad del 90%. En caso de duda, la histerosonografía se utiliza con una sensibilidad del 95% y especificidad del 92%. La histeroscopia se tiene referenciada como el estándar de oro para el diagnóstico y debe compararse con las pruebas mencionadas. Es crucial excluir el endometrio de apariencia polipoide, considerado una variante normal. La biopsia a ciegas no se recomienda ya que no permite un diagnóstico preciso ni la indicación de un tratamiento adecuado (19).

El tratamiento de pólipo endometrial en pacientes adultas mayores podríamos mencionar la observación si es que el pólipo es pequeño y no causa síntomas significativos, se puede realizar una histeroscopia y polipectomía, esto si el pólipo está causando dolores que afectan la calidad de vida de la paciente, por último, se podría indicar una histerectomía total si es que existe preocupaciones adicionales como un cáncer endometrial.

#### **Caso Clínico n.º4**

En esta situación, nos referimos a un aborto incompleto que lleva a la decisión de hospitalizar a la paciente para llevar a cabo el AMEU. Previamente, se introdujo misoprostol por vía vaginal de 400 ug de dosis, exactamente 3 horas antes del procedimiento, con la finalidad de tener listo el cuello uterino. A la mañana siguiente, se llevó a cabo lo antes mencionado, revelando un contenido endometrial de 25 cc.

El aborto incompleto es una emergencia obstétrica frecuente y es la causa número uno de hospitalización en nosocomios de países en desarrollo. Esta condición conlleva a que exista un alto riesgo de morbilidad en gestantes, ya que esto implica la eliminación parcial del contenido del útero en un embarazo, potencialmente causando sangrado y la abertura de los orificios cervical externo e interno (20).

En este caso específico, hay dos enfoques para manejar esta condición: el tratamiento médico en donde se usa misoprostol o el quirúrgico, dependiendo de la elección de la paciente. Se opta por la maduración cervical mediante 400 ug de misoprostol previos

al AMEU, conforme a las directrices de la OMS, especialmente indicado en casos con una edad de gestación menor a 12 semanas. La paciente toleró el procedimiento sin complicaciones.

Los efectos secundarios relacionados con el empleo del misoprostol para tratar el aborto incompleto, en términos generales, son fácilmente gestionables. Es esencial proporcionar a todas las mujeres información sobre los posibles efectos secundarios y cómo abordarlos. Los efectos secundarios más frecuentes son: cólicos, esto puede ocurrir las primeras horas y se recomienda que la paciente se acueste o sienta de manera en la que esta cómoda, se le da paracetamol o AINEs); escalofríos/fiebre, uso de antipiréticos; sangrado, el periodo de sangrado tiene una duración promedio de 5 a 8 días, aunque es posible que persista hasta por 2 semanas, se les indica acercarse a emergencia y se le administrada ácido tranexámico, para parar el sangrado; sangrado excesivo, se puede experimentar sangrado abundante y/o prolongado, con alteraciones notables en los niveles de hemoglobina, en este caso se administrarán líquidos intravenosos en caso de detectarse evidencia de compromiso hemodinámico, además podríamos pensar en una transfusión sanguínea; infección, endometritis y/o la infección pélvica son raras, y por lo general, las infecciones se abordan mediante el uso de antibióticos por vía oral.

## **Rotación en Pediatría**

### **Caso clínico n°1**

Esta paciente pediátrica presentaba amenorrea primaria por himen imperforado. Hay que saber que la amenorrea primaria se define como la falta de menarquia a los 15 años o más, a pesar de la presencia de otras características secundarias sexuales. Este tipo de amenorrea puede tener diversas causas, siendo el 60% de los casos atribuibles a anomalías genéticas y el 40% a trastornos endocrinológicos (22). En el caso de nuestra paciente, se evidencia amenorrea primaria durante el examen físico, donde se observa una mucosa himeneal abultada que protruye hacia el exterior, con una vascularización de color violáceo. Estos hallazgos sugieren la posibilidad de una amenorrea primaria causada por un himen imperforado, en línea con la sintomatología y otros descubrimientos en la evaluación física.

La imperforación del himen se destaca como la anomalía obstructora más común en el tracto genital femenino, con una prevalencia que varía entre el 0,0014% y el 0,1% en

los recién nacidos. Este fino tejido, que constituye una invaginación de la pared posterior del seno urogenital, actúa como una barrera entre la cavidad vaginal y el seno urogenital, y su ruptura suele ocurrir durante el periodo perinatal.

En la mayoría de casos, el himen imperforado se manifiesta como una condición aislada, eliminando la necesidad de una extensa investigación de alguna otra anomalía urogenital. No obstante, a veces puede estar relacionado con otras malformaciones, como el síndrome de McKusick-Kaufmann. El diagnóstico diferencial debe considerar los septos transversos vaginales y una evaluación preoperatoria completa es esencial para diferenciar entre estas dos entidades.

Es común que el diagnóstico del himen imperforado experimente un retraso, siendo más frecuente en la pubertad. En este período, las pacientes suelen presentar algia recurrente del abdomen, sensación de presión abdominal y palpación de una masa pélvica que sugiere la presencia de un hematometocolpo importante. Además, las complicaciones pueden incluir infecciones, retención urinaria, e inclusive dilatación de la vía urinaria superior a causa de la obstrucción (23).

El tratamiento para himen imperforado es de manejo quirúrgico se lleva a cabo una intervención de himenotomía para facilitar la evacuación del hidrocolpos y posteriormente se realiza una himenectomía. Esta última consiste en extirpar de manera amplia la membrana himeneal con el objetivo de prevenir posibles recurrencias; post operación quirúrgica se le da profilaxis antibiótica con amoxicilina 2 gr VO por una semana.

## **Caso clínico n.º2**

El caso involucra a bebé de 21 meses con ojo rojo asociado a un cuadro de resfriado de un día de evolución. Las infecciones primarias por el virus de Epstein-Barr, en la infancia suelen ser menores, y se presume que aprox. El 8% de los casos pueden presentar síntomas (24). En la edad adulta, la presentación es más frecuente con fiebre, amigdalitis exudativa y adenopatías cervicales posteriores, que juntos forman la triada clásica.

Para el diagnóstico, la clínica no es patognomónica, por lo que se va a realizar primero un hemograma, que muestre la presencia de linfocitosis atípica, un porcentaje mayor al 10% de la cantidad total de linfocitos (25). A su vez, la valoración serológica con anticuerpos Ig M específicamente para el VEB, arroja resultado positivo.

Dado que se trata de un caso pediátrico, el enfoque terapéutico es sintomático, permitiendo la administración de analgésicos y/o antiinflamatorios y se recomienda reposo total para el paciente.

### **Caso Clínico n.º3**

Nos refieren un bebé con una infección urinaria de causa desconocida usualmente en menores de 3 años. Esta afección contribuye al 25% de las alteraciones renales y del tracto urinario. En un 93% de casos, la patología suele ser provocada por enterobacterias tal como *E. Coli*. La clasificación puede variar según el lugar de la infección, dividiéndose en cistitis o pielonefritis. Los síntomas en lactantes tienden a ser inespecíficos (26).

Específicamente en esta oportunidad, se observó que el paciente no lactaba y se encontraba irritable, lo que llamó la atención de su madre y la llevó a darle una dosis no efectiva de paracetamol en gotas según el peso. Al examen físico, no se pudieron encontrar hallazgos notables, y el bebé no presentaba fiebre en ese momento.

El diagnóstico de las infecciones urinarias se realiza por urocultivo, pero en el nosocomio, no obstante, este examen suele tardar de 3 a 4 días en estar disponible. Por ende, se empleó el examen de orina alterado para diagnosticar la infección del paciente, el cual arrojó más de 11 leucocitos por campo. Se empleó ceftriaxona por vía intravenosa y acetaminofen en caso de temperatura mayor a 38.2°C y se promovió la LME a demanda.

Es crucial detectar y tratar de manera oportuna las ITU en lactantes menores, ya que pueden provocar alteraciones en el riñón y la vía urinaria en un 35% de los casos, siendo los más comunes en < 1 y causadas en un 90% por *E.coli* (27). Los síntomas en menores de 1 año pueden ser poco específicos, como fiebre, irritabilidad e hiporexia. Durante los días que permaneció en el nosocomio, el paciente no manifestó fiebre ni signos de alerta.

El tratamiento de ITU en lactantes las enterobacterias, en particular *E. coli*, son los microorganismos que se aíslan con mayor frecuencia. Por lo tanto, la elección de la antibioterapia empírica debe dirigirse hacia los bacilos entéricos Gram negativos, por

lo que el inicio del tratamiento, se emplea antibioterapia intravenosa, que puede consistir en una combinación de ampicilina y aminoglucósido (se recomienda gentamicina), solo aminoglucósido, o cefalosporina de tercera generación. Esta fase inicial se administra durante 3-5 días o al menos 72 horas después de que la fiebre haya desaparecido. Posteriormente, se continúa con tratamiento oral según el resultado del antibiograma, completando un período total de 7-14 día. La utilización de la tinción de Gram se presenta como un método valioso para guiar el tratamiento empírico, especialmente cuando hay ocasional presencia de cocos Gram positivos en recién nacidos y lactantes pequeños. Los efectos secundarios que debemos tener en cuenta sobre este tratamiento son reacciones alérgicas (erupciones cutáneas, hinchazón), problemas gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarreas), predisposición de infecciones por hongos, problemas hematológicos, daño renal, toxicidad auditiva, mareos y vértigo. En este caso se completó el tratamiento con antibióticos intravenosos, y se le recetaron cefalosporinas para tomar en casa durante 5 días.

#### **Caso Clínico n.º4**

Paciente pediátrico ingresa a emergencia por lesiones ulcerosas en boca-mano-pie, siendo diagnosticado de la enfermedad del virus *Coxsackie*. La principal causa es el virus *Coxsackie* A16, con un periodo de incubación breve de 3 a 7 días. Las manifestaciones clínicas se dividen en dos etapas: un cuadro prodrómico, que aparece aproximadamente 1 día antes del exantema y se caracteriza por fiebre, falta de apetito, dolor de garganta y ocasionalmente dolor abdominal; y un cuadro exantemático, donde se observan pequeñas vesículas ovales en las palmas y pies, junto con úlceras en toda la mucosa oral (28).

En cuanto al tratamiento, se centra en el manejo de los síntomas mediante el uso de antipiréticos, antihistamínicos, analgésicos y, en algunos casos, aplicación tópica de antibióticos para prevenir la sobreinfección de las heridas.

Podemos dar como recomendación para aliviar las molestias de las ampollas en la lengua y facilitar la alimentación: Succión de paletas heladas o trozos de hielo, consumo de helado o sorbetes con un toque de lácteo, así como la ingesta de bebidas frías como agua, pueden proporcionar alivio. Además, tomar bebidas calientes como té puede resultar reconfortante. Es recomendable evitar alimentos y bebidas ácidos, como frutas

cítricas, bebidas de fruta y refrescos, para prevenir irritaciones adicionales. Optar por alimentos blandos que no requieran mucha masticación facilitará la ingestión. En caso de que sea posible realizar enjuagues sin tragar, hacerlo con agua salada y tibia puede aliviar las molestias. Se sugiere realizar enjuagues varias veces al día para reducir el dolor e inflamación de las llagas en la boca y la garganta. Estos consejos no solo ayudarán a disminuir el dolor, sino que también harán que comer y beber sea más llevadero (29).

## **Rotación en Cirugía General**

### **Caso clínico n.º1**

El paciente presenta una hernia inguinal directa, una condición común en cirugía que se vuelve más prevalente alrededor de los 60 años. Aunque estas hernias suelen ser inicialmente sin síntomas, existe el riesgo de complicaciones como estrangulamiento intestinal o encarcelación (30). En el caso específico de hernias inguinales directas, como en este caso, estas transcurren medialmente a través de los vasos epigástricos inferiores.

Los diagnósticos diferenciales de la hernia inguinal a tener en cuenta en relación a la edad de nuestro paciente son: hernia femoral, aneurisma de la art. Femoral, hernia estrangulada, diverticulitis inguinal, lesiones o distensiones musculares, linfadenopatía inguinal, osteoartritis de la cadera. Existen varias opciones terapéuticas para los pacientes adultos mayores ya sea, observación (solo si la hernia es pequeña y no está causando malestar significativo), soporte abdominal (fajas o cinturones, ayudaran a aliviar los síntomas y brindar grado de apoyo), manejo conservador (cambio de estilo de vida ya sea mediante dieta, correcta forma de levantar cosas pesadas, además de mantener un peso adecuado), realizar una laparoscopia (se recomienda anestesia local o regional, para evitar las complicaciones de la anestesia general ya que estas se incrementan en los pacientes adultos mayores).

Se procede a evaluar al paciente, durante el examen físico y se le pide estar de pie y se le pide realizar maniobras como toser, esto con el objetivo de valorar la maniobra de Valsalva. Se va a intentar reducir el contenido herniario a la cavidad abdominal, esto nos ayudara da definir el origen de la hernia; concluyendo, que este caso involucra lo que es una hernia inguinal directa sin complicaciones evidentes (31).

La hernioplastia laparoscópica se considera el método preferido para abordar las hernias inguinales debido a su simplicidad, rapidez y bajo riesgo. Esta técnica no hay

alteración de la anatomía normal de la zona inguinal y exhibe baja morbilidad y mortalidad. Para este tipo de hernias, la técnica quirúrgica recomendada es el método de Lichtenstein, una hernioplastia sin tensión que utiliza una malla para reparar el defecto herniario, con una tasa de recurrencia o complicaciones futuras muy baja (32).

### **Caso clínico n.º2**

Una de las causas más comunes de dolor abdominal que existe es la apendicitis aguda que usualmente es de dolor repentino, esto constituye una indicación frecuente para la cirugía de emergencia anatómicamente, el apéndice vermiforme se localiza en la base del ciego, y aunque su posición puede variar, su base permanece adherida al ciego. La obstrucción de este tejido puede desencadenar una inflamación denominada apendicitis, la cual presenta un conjunto específico de síntomas clínicos. Si no se identifica de manera oportuna, esta situación podría resultar en complicaciones tales como la perforación del apéndice y peritonitis, lo que incrementa el peligro de fallecimiento y problemas de salud en los pacientes (33).

La sospecha de apendicitis aguda se genera al observar criterios clínicos, con exámenes laboratoriales e imagen. La confirmación se obtiene mediante una muestra quirúrgica para examinar la histología del apéndice. En consecuencia, se emplean diversos índices, como los de Alvarado, Air y el novedoso AAS (Adult Apendicitis Score) (34). Para hablar acerca de este caso específico, se usó lo que es el índice de Alvarado, arrojando un resultado de 6/10, indicativo de apendicitis. Consiguiente a esto, se optó por ejecutar una intervención quirúrgica después de haber administrado un antibiótico profiláctico por vía intravenosa con el propósito de prevenir infecciones y posibles complicaciones.

La apendicectomía a muñón libre se llevó a cabo, revelando un apéndice cecal ya en estado de necrosis con una base en una condición favorable. El paciente logró tolerar favorablemente el procedimiento quirúrgico y se le suministró ceftriaxona 1 gramo por vía intravenosa cada 12 horas postcirugía. Tras una evolución positiva, se procedió a dar de alta al paciente.

### **Caso Clínico n.º3**

Nuestro paciente de 75 años busca atención médica debido a un dolor agudo en la región anal al defecar que ha estado experimentando en las últimas dos semanas, siendo diagnosticado posteriormente de fisura anal. Las fisuras anales llegan a ser una

de las principales razones del dolor en la zona anal y del sangrado después de defecar. Se manifiestan como cortaduras o úlceras de tamaño reducido (< 1 centímetros) en la piel entre el orificio anal y la línea dentada. Aunque su origen no se comprende completamente, la mayoría de estas fisuras (más del 85%) se localizan en la zona posterior de la línea media.

Los signos característicos incluyen un dolor intenso y desproporcionado durante el momento o después del momento de la defecación, que puede durar desde minutos hasta unas cuantas horas, sangrado que deja rastro y tiñe el papel higiénico y picazón. Este dolor asociado con las fisuras anales a menudo sigue un patrón temporal de tres fases: intensidad máxima durante la defecación, un alivio breve y momentáneo después de la defecación, seguido nuevamente por dolor o ardor (35)

Para realizar La evaluación clínica de las fisuras anales requiere que el paciente adopte la posición genupectoral o la posición de Sims (acostado de lado con las rodillas flexionadas), lo cual es crucial. Además, va a ser importante separar adecuadamente las nalgas, ya que las fisuras a menudo suelen pasar desapercibidas durante la revisión general debido al espasmo anal asociado, lo que complica la observación de estas.

En la época actual, existe una extensa variedad de fórmulas magistrales recomendadas para tratar las fisuras. La mayoría de ellas combinan agentes sedantes, como subgalato de bis. y óxido de zinc, con corticoesteroides de tipo tópico y anestésicos locales. Hay que saber que ahora, no tenemos información sobre su evaluación en ensayos clínicos, excepto en el caso de la pomada Proctosedyl<sup>90</sup>. Además, el enfoque conservador del tratamiento implica la incorporación de suplementos de fibra dietética, laxantes reblandecedores, baños de asiento calientes, pomada con anestésico local y/o hidrocortisona, así como analgésicos de uso general. Estas disposiciones suelen generar una mejora significativa en los síntomas durante la 1<sup>o</sup> semana, con la curación completa de las fisuras entre 2 y 4 semanas (36).

#### **Caso Clínico n.º4**

La obstrucción intestinal representa una condición médica que podría dar lugar a una hospitalización en la sala de urgencias con una frecuencia que se encuentra entre el rango de 2-8 %. Los factores predominantes para que esto ocurra incluyen bridas y

adherencias, neoplasias y hernias. En aquellos pacientes con historial de cirugía abdominal antes ya realizada, debemos de considerar la probabilidad de existe de bridas y adherencias, mientras que, en los individuos de edad avanzada, las neoplasias del colon izquierdo se presentan como la explicación más factible del origen de esta obstrucción (37).

Esta condición puede ocasionar desequilibrios hidroelectrolíticos y aumentar la presión dentro del intestino, disminuyendo potencialmente la perfusión intestinal. Adicionalmente, la obstrucción intestinal puede propiciar un crecimiento excesivo de la flora intestinal, generando la translocación bacteriana a través de la pared intestinal (38).

En el caso particular de la paciente, se manifiesta una presentación clínica típica de la enfermedad, que incluye presencia de dolor abdominal de tipo cólico, acompañado de náuseas, vómitos, hinchazón abdominal, y la ausencia de expulsión de gases y movimientos intestinales, señala la existencia de una obstrucción intestinal. La raíz de este problema está vinculada a una hernia abdominal que ocurre entre la pared abdominal y el intestino delgado.

Para confirmar el diagnóstico se lleva a cabo mediante una radiografía de abdomen en posición de pie, en el cual se identifican niveles hidroaéreos característicos de una obstrucción intestinal baja. Con este paciente, resulta relevante introducir un tubo nasogástrico con el fin de aliviar la presión en el estómago, evaluar la cantidad de líquido gástrico residual y proporcionar tratamiento intravenoso con líquidos de manera temprana. Se utilizó una sonda vesical para monitorear la producción de orina y evaluar la respuesta a la administración de líquidos. Posteriormente, la paciente es dada de alta esto en consecuencia de su buena tolerancia oral, implementando un drenaje Penrose.

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

El internado médico en el HNPNP”LNS” dio inicio el 1° de marzo del 2023 y culminó el 31 de diciembre del 2023, en este periodo se realizó la rotación por cuatro especialidades designadas: Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna y Ginecología y Obstetricia . Hay que indicar que se llevaron a cabo presentaciones presenciales al inicio con el fin de familiarizarse con el entorno en el cual se llevarían a cabo las actividades académicas del internado médico. Asimismo, antes de cada rotación, se proporcionaron equipos de protección personal (EPP) de manera mensual a lo largo de todo el período del internado médico.

Es crucial que el interno cuente con una sólida base de conocimientos para brindar una atención efectiva a cada paciente. A lo largo de todo el periodo del internado médico, se adquieren aprendizajes valiosos tanto a nivel personal como en el trabajo en equipo. Estas experiencias contribuyen al desarrollo del carácter del interno, permitiéndole tomar decisiones bajo presión, siempre orientadas al beneficio del paciente. Experimentar la satisfacción de una evolución favorable constituye una fuente de alegría durante este proceso.

## CONCLUSIONES

Las prácticas preprofesionales representan la etapa final de formación académica. Aquí, los estudiantes aplican sus conocimientos teóricos y prácticos previos, aprendiendo la colaboración interdisciplinaria y estableciendo relaciones con profesionales de la salud. El internado médico fomenta un ambiente laboral enriquecedor mediante la convivencia diaria con compañeros de distintas universidades y la interacción con experimentados trabajadores de la institución.

El Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú "Luis N. Sáenz" (HNPNP LNS), se esfuerza por proporcionar una formación completa a sus internos, reconociendo la importancia de equiparlos adecuadamente con las herramientas y facilidades necesarias. Este compromiso se basa en la comprensión de que la calidad de la formación recibida durante el internado médico influye directamente en la preparación de los futuros médicos. Al brindar las condiciones y recursos adecuados, el HNPNP LNS no solo busca asegurar un aprendizaje efectivo, sino también cultivar profesionales competentes y capacitados para enfrentar los desafíos de la medicina en sus futuras prácticas.

La experiencia del internado médico abarcó el periodo del 1 de marzo hasta el 31 de diciembre del 2023; donde a lo largo de este proceso, contamos con la orientación y respaldo de nuestros tutores, quienes establecían pautas y proponían actividades académicas regulares basadas en las patologías y experiencias diarias de cada atención médica. Dichos tutores nos motivaban a reflexionar sobre nuestras acciones y desempeños como internos, y futuros profesionales de salud.

## RECOMENDACIONES

Se propone ofrecer capacitaciones teórico-prácticas a los internos de medicina, abarcando no solo la comprensión y aplicación de diversas guías clínicas para el tratamiento de enfermedades, sino también el desarrollo de habilidades blandas y específicas. Se destaca la importancia de que los internos comprendan que el manejo efectivo de las enfermedades no se limita únicamente a aspectos clínicos, sino que la comunicación con los pacientes y sus familiares desempeña un papel crucial en la evolución adecuada del paciente.

Se aconseja que los estudiantes busquen apoyo psicológico durante su último año académico, ya que están expuestos a situaciones desafiantes. Consideramos que desempeñamos un papel crucial en diversas actividades diarias, algunas de las cuales pueden llevarnos a enfrentar situaciones incómodas y desagradables. Por esta razón, contar con apoyo profesional se vuelve fundamental para optimizar nuestro rendimiento.

Para los futuros internos de medicina de los años siguientes, les recomiendo ser proactivos, responsables, respetuosos y dedicados en la ejecución de cada tarea asignada por el residente y médico asistente de cada servicio. Asimismo, se sugiere a los tutores de los establecimientos de salud que continúen fomentando actividades académicas de forma constante, brindando a los internos la oportunidad de participar activamente, compartir experiencias y aclarar dudas.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Santana J, Rodríguez L. Himen imperforado. Universidad de Ciencias Médicas. [Internet] 2021. [citado el 3 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v43n4/1684-1824-rme-43-04-1131.pdf>
2. González Monzón B, Guzmán Muñoz M. Himen imperforado con hematocolpos. A propósito de un caso. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2023 [citado el 6 de marzo de 2024];69(3). Disponible en: <http://51.222.106.123/index.php/RPGO/article/view/2558>
3. SaludPol inauguró sede en Hospital PNP Luis N. Sáenz [Internet]. Gob.pe. [citado 2024 ene 16]; Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/saludpol/noticias/654112-saludpol-inauguro-sede-en-hospital-pnp-luis-n-saenz>
4. Vasquez Arancibia V, Lara B, Basauri S. Intoxicación por antidepresivos tricíclicos. ARS Medica [internet] 2023 [citado 2024 ene 14];48(1):31-38. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-18552023000100031](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-18552023000100031)
5. Osés I, Burillo-Putze G, Munné P, Nogué S, Pinillos MA. Intoxicaciones medicamentosas (I): Psicofármacos y antiarrítmicos. An Sist Sanit Navar [internet] 2003 [citado 2024 ene 14];26:49-63. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272003000200004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000200004)
6. Castillo-Bejarano JI, Guerrero-Márquez NA. Mycobacterium tuberculosis resistente a isoniazida: el dilema del tratamiento. Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica. 2020;138-42
7. García J, Rodríguez-Tabares JF, Orozco-Erazo CE, Parra-Lara LG, Vélez JD, Moncada PA, et al. Una aproximación a la tuberculosis resistente a isoniazida: ¿un problema subestimado en Colombia? Infección [Internet]. 2020 [citado 15 de enero de 2024];24(3):173. Disponible en:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-)

8. Benner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. Guía del Colegio Americano de Gastroenterología: Manejo de la pancreatitis aguda. *Soy J Gastroenterol.* 2013;108:1400-1415. doi:10.1038/ajg.2013.218.
9. Formento Torres MT, Hernández Torres A, Martínez Lozano A. *Helicobacter pylori*. *Offfarm* [Internet]. 2004 [citado 14 de enero de 2024];23(11):104-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-helicobacter-pylori-13069635>
10. Incidencia actual de la gastritis: una breve revisión [Internet]. *Redalyc.org*. [citado 14 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1812/181230079002.pdf>
11. Formación Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria [Internet]. *Sefh.es*. [citado 2024 ene 16]; Disponible en: [https://formacion.sefh.es/dpc/framework/atf-infecciosas/paciente-sepsis-shock-septico/tema01\\_menu09\\_submenu09-3\\_diapo01.php](https://formacion.sefh.es/dpc/framework/atf-infecciosas/paciente-sepsis-shock-septico/tema01_menu09_submenu09-3_diapo01.php)
12. Alejandro BC, Ronald PM, Glenn HP. Manejo del paciente en shock séptico. *Rev médica Clín Las Condes* [internet] 2011 [citado 2024 ene 16];22(3):293-301. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-del-paciente-shock-septico-S0716864011704291>
13. Klebanoff MA, Koslowe PA, Kaslow R, Rhoads GG. Epidemiology of vomiting in early pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1988 dec;66(5):610–9.
14. Cabero L, Cerqueira MJ. HIPERÉMESIS Gravídica. *Protocolos de Medicina Materno Fetal (Perinatología)* 2nd ed. Madrid: Ergon SA, 2000; p. 149-61. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologiamaternaobstetrica/hiperemesis%20gravidica.pdf>
15. Re DRR. SIFILIS EN EL SIGLO XXI [Internet]. *Org.ar*. [citado 2024 ene 14]; Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2017/Dermatologia/Miercoles%2026/>

Re\_Infecciones%20cutaneas\_Sifilis%20en%20el%20S%20XXI.pdf

16. Martin-Gorgojo A, Bastidas-Pérez G, Bru-Gorraiz FJ. Los condilomas planos o condiloma lata como un síntoma guía de una sífilis secundaria. *Actas Dermosifiliogr* [internet] 2023 [citado 2024 ene 14];114(2):165. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-los-condilomas-planos-o-condiloma-articulo-S0001731022006780>
17. Vaginosis bacteriana [Internet]. MayoClinic.org. 2023 [citado 2024 ene 14]; Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/bacterial-vaginosis/symptoms-causes/syc-20352279>
18. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un abortoseguro [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 12 de abril de 2023]. 84 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/134747>
19. Ministerio de salud. Norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [Internet]. 2017 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
20. Álvarez A MS, Díaz RG, Rodríguez BR, Lescaille DV, Martín YR, Martínez RR. Manifestaciones oftalmológicas por virus de Epstein-Barr. *Rev Cuba Oftalmol* [Internet]. 2013 [citado 13 de enero de 2024];26(3). Disponible en: <https://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/204/htm>
21. Caballero MT, Polack FP, Stein RT. Viral bronchiolitis in young infants: new perspectives for management and treatment. *J Pediatr (Rio J)*. diciembre de 2017;93 Suppl 1:85-93.
22. Rosales P, Doren A. Métodos de estudio de pacientes con sangrado uterino posmenopáusico. Recomendaciones prácticas. *Rev Chil Obstet Ginecol* [internet] 2024 [citado 2024 ene 16];86(5):492-496. Disponibilidad en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262021000500492](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000500492)
23. Pinkerton JV. Sangrado uterino anormal [Internet]. Manual MSD versión para

- profesionales. [citado 2024 ene 16]; Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/ginecología-y-obstetricia/anomalías-menstruales/sangrado-uterino-anormal-debido-a-disfunción-ovulatoria-sua-o>
24. Lombardo-Aburto E. Approach of Pediatric Urinary Tract Infection. *Acta Pediátrica México*. 25 de enero de 2018;39(1):75-90.
25. Piñeiro Pérez R, Cilleruelo Ortega MJ, Ares Álvarez J, Baquero-Artigao F, Silva Rico JC, Velasco Zúñiga R, et al. Recomendaciones sobre el 58 diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria. *An Pediatr*. 28 de junio de 2019;90(6): 400.e1-400.e9.
26. Amenorrea [Internet]. *Mayoclinic.org*. 2023 [citado 2024 ene 14]; Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/amenorrhea/symptoms-causes/syc-20369299> Amenorrea [Internet]. *Mayoclinic.org*. 2023 [citado 2024 ene 14]; Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/amenorrhea/symptoms-causes/syc-20369299>
27. Azkargorta Amenabar A, Vila Camps E, Llerena Santa Cruz E, Pérez Gómez E, Moens V, Álvarez Castaño ME. Himen imperforado. *Prog Obstet Ginecol (Internet)* [internet] 2013 [citado 2024 ene 14];56(1):20-22. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-himen-imperforado-S0304501312002117>
28. Coral Marina Ramos Loza, Jhosep Nilss Mendoza Lopez, Javier Alejandro Ponce Morales. Aplicación de la Guía de Tokio en Colecistitis Aguda Litiásica. *Revista Médica La Paz* [Internet]. el 5 de febrero de 2018;24(v18):118–29. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-)
29. Krzyzak M, Mulrooney SM. Acute Appendicitis Review: Background, Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. *Cureus*. 14 de abril de 2020;12(6):e8562
30. Jacson P, Vigiola M. Intestinal Obstruction: Evaluation and Management [Internet]. *American Family Physician*. 2019 Dec; 98 (6). Disponible en:

<https://www.aafp.org/afp/2018/0915/afp20180915p362.pdf>

31. Benner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. Guía del Colegio Americano de Gastroenterología: Manejo de la pancreatitis aguda. *Soy J Gastroenterol*. 2013;108:1400-1415. doi:10.1038/ajg.2013.218.
32. Enfermedad de Manos, Pies y Boca (infección por virus Coxsackie) [Internet]. Health.ny.gov. [citado 2024 ene 16]; Disponible en: [https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/hand\\_foot\\_mouth/fact\\_sheet.htm](https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/hand_foot_mouth/fact_sheet.htm)
33. Enfermedad de manos, pies y boca [Internet]. Mayo Clinic. 2022 [citado 2024 ene 16]; Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hand-foot-and-mouth-disease/diagnosis-treatment/drc-20353041>
34. Hernia inguinal [Internet]. Mayo Clinic. 2021 [citado 2024 ene 14]; Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/inguinal-hernia/symptoms-causes/syc-20351547>
35. Elsevier.es. [citado 2024 ene 14]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-nursing-20-articulo-hernia-inguinal-la-lucha-contra-S0212538218300384>
36. Arap JA. Hernias inguinales y crurales (hernias de la ingle). *Rev Cuba Cir* [internet] 2009 [citado 2024 ene 14];48(2):0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-7493200900020001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7493200900020001)
37. 1. Martinena Padial E, Pozuelos Estrada J, Fernández Díaz J, Marín Lencero L. Las fisuras anales. *Med Integr* [internet] 2001 [citado 2024 ene 16];37(4):170-191. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-las-fisuras-anales-10021659>
38. Fisura anal [Internet]. Mayo Clinic. 2022 [citado 2024 ene 16]; Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/anal-fissure/diagnosis-treatment/drc-20351430>

ANEXOS

ANEXO N°2

ANEXO N°02

CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR/ES

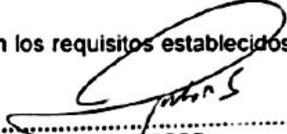
Lima, 22 de Febrero de 2024

Mediante la presente, me comprometo a asesorar desde el inicio hasta la culminación del trabajo de investigación al alumno:

CHAVEZ REGALADO KATHERINE PAOLA, en el Plan de tesis titulado:

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL  
DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ LUIS N. SÁENZ, 2023**

El cual cumple con los requisitos establecidos en el Reglamento de Investigación de la FMH – USMP.

Atentamente,   
OS-355866  
**Jose Carlos ROMERO SANCHEZ**  
COMANDANTE SPNP  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA  
HN LNS PNP  
CMP 48204 WNE 28868

Firma: .....

Asesor: *JOSE CARLOS ROMERO SAUCHEZ*

DNI: *40651392*

## ANEXO N°5



### UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA / INSTITUTO / FILIAL LIMA  
Unidad de posgrado / Departamento / Escuela de  
Medicina Humana

### FICHA DE ASESORÍA DE TESIS / TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

#### 1. INFORMACIÓN GENERAL

<b>Título de la tesis / trabajo de investigación:</b> EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ LUIS N. SÁENZ, MARZO 2023 – DICIEMBRE 2023	
<b>Grado académico por optar:</b>	MEDICO CIRUJANO
<b>Mención:</b>	
<b>Tesista / Autor (es) del trabajo:</b> CHAVEZ REGALADO KATHERINE PAOLA	
<b>Asesor (a):</b> DR. ROMERO SANCHEZ JOSE CARLOS	
<b>Fecha de asesoramiento:</b> 20/02/2024	<b>Asesoría número:</b> 1
<b>Modalidad de asesoría:</b> VIRTUAL	

#### 2. INFORMACIÓN SOBRE LA ACTIVIDAD DE ASESORÍA

<b>2.1 Sobre levantamiento de sugerencias y observaciones anteriores</b>
<b>2.2 Nuevas sugerencias y observaciones</b>

**2.3 Estado de cumplimiento del cronograma (incluye explicación causas Incumplimientos, en caso exista):**

**2.4 Otras cuestiones por informar relacionadas con el desarrollo de la tesis**



**Asesor(a)**

05-355866  
**José Carlos ROMERO SANCHEZ**  
COMANDANTE SPNP  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA  
HN LNS PNP  
CMP 46204 HNE 28868



**Asesorado(a)(s)**