

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ LUIS N.
SAENZ-LIMA-PERÚ 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
KARLA GERALDINE ALTAMIRANO LAZO
CARLOS ENRIQUE VALER MARTINEZ**

**ASESOR
JOSÉ CARLOS ROMERO SÁNCHEZ**

**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

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO EN EL
HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL
PERÚ LUIS N. SAENZ-LIMA-PERÚ 2023**

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

**PRESENTADO POR
KARLA GERALDINE ALTAMIRANO LAZO
CARLOS ENRIQUE VALER MARTINEZ**

**ASESOR
DR. JOSÉ CARLOS ROMERO SÁNCHEZ**

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

Presidente: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: DR. JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: DR. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

A nuestros queridos padres por apoyo incondicional, por el esfuerzo arduo para que pudiéramos cumplir nuestros sueños, por su disciplina e inalcanzable amor, el cual nos mantuvo fuertes y decididos para continuar en los momentos más difíciles.

INDICE

JURADO	II
DEDICATORIA	III
ÍNDICE	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	17
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	19
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	33
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
FUENTES DE INFORMACIÓN	36

RESUMEN

El trabajo de suficiencia profesional presentado resume nuestra experiencia como internos de medicina humana cursada durante el séptimo y último año universitario, este proceso unifica los conocimientos adquiridos en las aulas de clase con la realidad nacional del sistema de salud peruano. El internado médico es considerado como una etapa crítica para todo futuro profesional de la salud, nos permite desarrollar las habilidades necesarias para afrontar el mundo laboral, así como un gir de base para el primer nivel de atención del cual formaremos parte durante el subsecuente Servicio Rural. En las páginas siguientes, redactamos de forma concisa algunas de las experiencias que afrontamos durante el internado en el Hospital Central PNP "LNS" perteneciente a la Sanidad Policial teniendo como población beneficiaria al personal PNP en actividad y en retiro en extensión con sus padres, cónyuge e hijos dependientes. El trabajo consta de 16 casos clínicos repartidos en las 4 áreas principales consideradas durante el internado médico: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía general. Los temas serán descritos de manera sucinta acorde al grado de complejidad con su respectivo análisis, abordaje y referencias bibliográficas actualizadas, preservando en todo momento el anonimato de los participantes. Finalmente, esperamos que lo aquí plasmado pueda ser de utilidad para alumnos y profesionales del área de la salud que deseen conocer el manejo de las patologías descritas en el tercer nivel de atención, haciendo uso de la literatura médica basada en evidencia disponible durante el Internado Médico 2023.

Palabras clave: Internado médico, casos clínicos, patologías

ABSTRACT

The work of professional sufficiency presented summarizes our experience as human medicine interns during our seventh and last university year, this process unifies the knowledge acquired in the classroom with the national reality of the Peruvian health system. The medical internship is considered a critical stage for every future health professional, it allows us to develop the necessary skills to face the world of work, as well as to lay the basis for the first level of care of which we will be part during the subsequent Rural Service. In the following pages we write concisely some of the experiences we faced during our internship at the PNP Central Hospital "LNS" belonging to the Police Health Service, having as beneficiary population the active and retired PNP personnel together with their parents, spouse and dependent children. The work consists of 16 clinical cases distributed in the 4 main areas considered during the medical internship: Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine, Pediatrics and General Surgery. The cases will be described succinctly according to the degree of complexity with their respective analysis, approach and updated bibliographic references, preserving at all times the anonymity of the participants. Finally, we hope that the cases presented here may be useful for students and health professionals who wish to learn about the management of the pathologies described here at the tertiary level of care, making use of the evidence-based medical literature available during our Medical Internship 2023.

Keywords: Medical internship, clinical cases, pathologies

NOMBRE DEL TRABAJO

**DESARROLLO DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA
NACIONAL DEL PERÚ LUIS N. SAENZ**

AUTOR

KARLA GERALDINE ALTAMIRANO LAZO

RECUEENTO DE PALABRAS

11699 Words

RECUEENTO DE CARACTERES

69570 Characters

RECUEENTO DE PÁGINAS

51 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

108.3KB

FECHA DE ENTREGA

Feb 28, 2024 8:12 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Feb 28, 2024 8:13 AM 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

DR. ROMERO SANCHEZ, JOSÉ

DNI: 40651392

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8697-8651>

INTRODUCCIÓN

Esta etapa final en nuestra formación como médicos dio inicio el 01 de marzo de 2023, tuvo una duración de 10 meses, en el Hospital Central “LNS” de la PNP, ubicado en el distrito de Jesús María en la ciudad de Lima. Durante el internado se tuvo la oportunidad de afianzar conocimientos básicos y de desarrollar habilidades necesarias para el abordaje del paciente, no solo en el aspecto médico sino en lo psicológico y social.

Dentro del amplio mundo de la medicina, con las numerosas especialidades existentes, se consideran 4 ramas principales: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía General.

Dentro del área de Ginecología y Obstetricia se tuvo la oportunidad de realizar seguimiento a las mujeres gestantes mediante los controles prenatales y parámetros mínimos para salvaguardar el correcto desarrollo del embarazo. El hospital cuenta con un área de emergencia dedicada exclusivamente a las patologías propias de la mujer, gestante y no gestante, donde se nos enseñó a identificar los signos de alarma y a darles un manejo inicial para evitar complicaciones mayores. El pabellón de hospitalización del servicio nos permitió dar resolución a casos que ameritaban tratamiento médico o quirúrgico, patologías como aborto incompleto, embarazo ectópico, neoplasias, prolapsos vaginales, entre otras. En el área de consultorio externo de Ginecología y Obstetricia nos dio la oportunidad de prevenir, evaluar y tratar las distintas patologías que se desencadenan en la mujer, así como realizar los controles a la gestante y de dar manejo conjunto con las diferentes especialidades con las que cuenta este nosocomio.

Durante nuestra segunda rotación en la especialidad de Medicina interna, se nos enseñó acerca de la importancia de una evaluación integral del paciente y de una correcta anamnesis para la realización de un diagnóstico precoz; en el área de hospitalización, las patologías más comunes fueron las complicaciones de la diabetes, neumonías intra y extrahospitalarias y hemorragias digestivas. En emergencias de medicina, resulta indispensable poder realizar un diagnóstico lo más pronto posible para identificar aquellos casos que ameritaban ser ingresados o derivados a alguna especialidad médica para su manejo oportuno.

En la tercera rotación de Pediatría, nos permitió evaluar el crecimiento y desarrollo del niño, así como el tratamiento indicado para pacientes que llegaban a la emergencia con crisis asmáticas, convulsiones febriles o con distintos grados de deshidratación por diarrea aguda infecciosa. En el servicio de Neonatología, pudimos realizar los pasos iniciales en el recibimiento de un neonato, la atención inmediata e identificación de los signos de alarma, las enfermedades que más comúnmente pudimos encontrar fueron ictericia neonatal, hipoglicemia del neonato o traumatismos durante el parto. El hospital cuenta con el área de cirugía pediátrica donde apendicitis, malformaciones anorrectales o enfermedad hipertrófica de píloro, conformaron algunos de los casos que tuvimos la oportunidad de conocer.

Finalmente, la rotación con la que culminamos el internado fue Cirugía General, lo primero sobre lo que pudimos aprender fue a reconocer aquellos casos que necesitan un abordaje en sala de operaciones de emergencia como las apendicitis aguda con o sin complicaciones, la obstrucción intestinal alta, intermedia o baja, la colecistitis aguda y las hernias irreductibles sintomáticas. Durante esta rotación se nos dio la posibilidad de ingresar a sala y apoyar en la cirugía, así como de realizar suturas en emergencia, afrontar bordes y explorar heridas quirúrgicas.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Subsiguientemente, se presentará 4 ensayos clínicos correspondiente a cada especialidad principal, que nos permitirá resumir nuestra experiencia de rotación por cada servicio y el manejo que se dio en cada caso en el Hospital Central Luis N Sáenz periodo marzo 2023 - diciembre 2023.

1.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Femenina de 22 años, sexualmente activa, llega al nosocomio por presentar desde hace 12 días, flujo vaginal maloliente, con características amarilla verdosa, refiere intenso prurito en zona genital. Añade que tuvo relaciones sexuales sin protección.

Niega antecedentes de importancia

Antecedentes ginecológicos y obstétricos:

- FUR: Dos semanas antes de llegar a la emergencia
- # parejas sexuales: + 10
- Fórmula obstétrica: G0P0
- Papanicolau: niega
- Métodos anticonceptivos: niega

Funciones vitales:

PA: 110/70 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 19 rpm, SatO2: 99%, Tº: 36.6°C

Al examen físico dirigido:

GU: Labios mayores eritematosos, se evidencian lesiones dermatográficas.

Especuloscopía: Se evidencia canal vaginal eritematoso con presencia de flujo amarillo verdoso adherido a paredes de canal vaginal, cérvix aumentado de volumen con lesiones puntiformes eritematosas.

Tacto vaginal: Cuello posterior de consistencia blanda de 1.5 cm, no doloroso a la movilización.

El diagnóstico presuntivo es:

- Vulvovaginitis

Plan:

- Metronidazol 500 mg: 1 tableta cada 12 horas por 7 días.
- Clotrimazol 2% tópico: posterior a la higiene vaginal (1 veces al día) por la noche por 7 días.
- No relaciones sexuales hasta culminar tratamiento

- Control por consultorio externo al culminar el tratamiento prescrito.

Caso clínico n.º 2

Mujer de 26 años, G1P1001, puérpera de 15 días, se presenta en emergencias de Ginecología y Obstetricia por dolor en mama derecha con 4 días de evolución que exacerba durante la lactancia, asociado a alza termina cuantificada de 38.7°C que remitió con el uso de paracetamol vía oral.

Funciones vitales:

PA: 110/70 mmHg, FC: 66 lpm, FR: 19 rpm, Tº: 37.4°C.

Antecedentes:

Sin antecedentes de importancia

Examen Físico dirigido:

Piel y Faneras: Tibia al tacto, no presencia de edemas, turgencia cutánea conservada, sin signos de hipoperfusión, no ictericia.

Región mamaria derecha: Leve aumento de volumen, eritema peri areolar, no se aprecian grietas ni inversión del pezón, leve aumento de temperatura en la zona, doloroso a la palpación superficial, no masas palpables, no se evidencia salida espontánea de secreciones. Región mamaria izquierda aparentemente conservada, no dolorosa a la palpación.

Diagnóstico presuntivo:

- Mastitis aguda puerperal de origen Infeccioso

Plan:

- Complementar con pruebas de laboratorio (Hemograma completo, PCR)
- Ecografía de región mamaria derecha

Resultados:

- Hemograma: Leucocitos: 10.8 x10e3/uL, Hb: 12.7 g/dL, Plaquetas: 388 x10e3/uL, Neutrófilos: 7.5 x10e3/UI, PCR: 3.1 mg/dL
- Ecografía de partes blandas: No presencia de absceso.

Con los resultados de imágenes negativo para absceso en región mamaria derecha y hemograma completo que evidencia leve leucocitosis, PCR por encima de valores normales, se decide inicio de antibioticoterapia con Amoxicilina + Ac. Clavulánico en tabletas de 1000/62.5 VO cada 12 horas por 7 días más Ibuprofeno en tabletas de 200mg vía oral cada 8 horas por 5 días y posteriormente condicional a dolor, se explican signos de alarma y control

por consultorio de Ginecología y Obstetricia al finalizar el tratamiento ambulatorio.

Caso clínico n.º 32

Segundigesta de 27 años, G2P1001, sin antecedentes de importancia, con 16 semanas de gestación por ecografía del primer trimestre, llega a consultorio para control obstétrico, en donde refiere, además, polaquiuria y disuria desde hace una semana. Se le indica hemograma completo, examen completo de orina y urocultivo.

Se evidencia en exámenes auxiliares, hemograma completo sin alteración patológica, examen completo de orina patológico con 17 de leucocitos y nitritos positivos; además, se evidencia urocultivo patológico.

Funciones vitales:

PA: 108/72 mmHg, FC: 81 lpm, FR: 18 rpm, Tº: 36.8 °C, SatO2: 98% W:67 kg
T: 1.61 cm

Examen físico dirigido:

- Genitourinario: PPL (-) PPR (-) PRU (-). Genitales conservados.

Diagnóstico Presuntivo:

- Infección bajo del tracto uUrinario.

Plan:

- Nitrofurantoina de 100 mg VO C/12H x 7 días.
- Se le explican signos de alarma.
- Reevaluación por consultorio en 7 días.

Caso clínico n.º 4

Paciente de 59 años, llega a consulta donde refiere dispareunia, dolor al orinar, incontinencia urinaria, además de ardor y prurito genital desde hace menos de un año el cual progresa con los meses. Mujer presenta exámenes de laboratorio (hemograma completo, PCR, examen completo de orina) y Papanicolau no patológicos.

Funciones vitales:

PA: 112/77 mmHg, FC: 71 lpm, FR: 16 rpm, Tº: 36.5 °C, SatO2: 99% W:61 kg
T: 1.64 cm

Examen físico dirigido:

- GU: Especuloscopia: Paredes vaginales delgadas, con leve atrofia. Leve flujo vaginal sin mal olor, blanquecino. Cuello uterino levemente eritematoso. PPL (-) PPR (-).

Diagnóstico presuntivo:

- Vaginitis atrófica

Plan:

- Estradiol 0.01% Crema Tópica Vaginal: Aplicar en la noche posterior a la higiene por 7 días, posteriormente aplicar de manera interdiaria.
- Reevaluación por consultorio externo en 1 mes.

1.2 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Paciente de sexo masculino de 17 años acude a emergencias refiriendo episodios febriles de 39°C acompañado de cuadro túsígeno a raíz de realizar esfuerzo físico intenso hace 15 días, medicado con paracetamol vía oral y metamizol IM condicional a fiebre alta, además madre refiere que el menor ha bajado de peso y muestra signos de astenia, por el cuadro clínico descrito, madre del menor lo lleva a médico particular donde se le realiza radiografía de tórax encontrando patrón compatible con neumonía por lo que le inicia terapia antibiótica con ceftriaxona cada 24 horas desde hace 5 días, ante la persistencia de los síntomas es traído a este nosocomio por familiares.

Funciones vitales:

PA: 125/80 mmHg, FR: 20 rpm, FC: 75 lpm, SatO₂: 97%, T°: 38.5°C

Examen físico dirigido:

- TyP: Simétrico, Amplexación conservada, se palpan ganglios en ambas regiones axilares, MV pasa bien por AHT, sin ruidos agregados.
- Cabeza y Cuello: Presencia de ganglios retroauriculares y submandibulares, el mayor de 1x1cm en región submandibular izquierda.

Diagnóstico presuntivo:

Fiebre de Origen Desconocido:

- a. D/C Tuberculosis
- b. D/C Leptospirosis
- c. D/C HIV
- d. D/C Mononucleosis infecciosa

Plan de trabajo:

- Metamizol 1g vía endovenosa diluido en 100cc de suero fisiológico
- Se solicita pruebas de laboratorio
- Pase a Observación para monitoreo de FV

Reevaluación:

- Hemograma completo no contribuyente, resultados de bioquímica muestran LDH elevado en 580 U/L, reactantes de fase aguda dentro de límites normales.
- Pase a hospitalización de Medicina Interna para ampliar estudios.

Exámenes de laboratorio específicos durante estancia hospitalaria:

- Negativo para antígeno de superficie de Hepatitis B (0.17), negativo para Hepatitis C (0.03), Hemocultivo y Urocultivo negativos
- Proteína en Orina de 24 horas: 567.6 mg/24h
- Prueba ELISA para VIH positivo

Posteriormente, se da de alta al paciente con funciones vitales estables, con seguimiento por parte de infectología para inicio de tratamiento antirretroviral.

Caso clínico n.º 2

Varón de 69 años, natural de Lima, llega a la emergencia refiriendo hace 3 meses lesión en región de talón izquierdo asociado a dolor intenso, paciente fue hospitalizado hace 4 meses por el mismo motivo para curaciones diarias, antibioticoterapia y analgesia.

Antecedentes personales: Diabetes *mellitus* Tipo II, hipotiroidismo, usuario de insulina NPH 4 UI en la mañana, 4 UI en la noche, Levotiroxina 100mg 2 tabletas cada 24 horas.

Funciones vitales:

PA: 100/70 mmHG, FR: 16 rpm, FC: 70 lpm, SatO₂: 97% T°: 36.7C°

Examen físico dirigido:

Pie izquierdo: Lesión ulcerativa en región de talón izquierdo de 10 x 8cm de bordes irregulares con centro necrótico, se evidencia secreción seropurulenta en escasa cantidad, doloroso a la digitopresión en región perilesional.

Sistema nervioso central: despierto, orientado en las tres esferas, sin signos de focalización.

Diagnóstico Presuntivo:

Diabetes *mellitus* tipo II con complicaciones tardías:

a. Pie diabético: Texas II D

b. Neuropatía diabética

Hipotiroidismo por antecedente

Plan de trabajo:

Se solicita Hemograma completo, Bioquímica, Examen completo de orina, curación de pie diabético, reevaluación con resultados.

Reevaluación:

Hemograma completo y Bioquímica: Leucocitos: $8.27 \times 10^3/uL$, plaquetas: $385 \times 10^3/uL$, Hemoglobina: 11.5 g/dL, Proteína C reactiva: 3.1 mg/dL, Procalcitonina 0.01 ng/mL, Glucosa: 276 mg/dl, Creatinina 0.94 mg/dl, Urea 47.1 mg/dl

•Examen completo de orina no patológico

Dados los resultados de laboratorio, se indica pase a observación con controles de glucosa a escala de corrección con insulina cristalina y posteriormente hospitalización en servicio de medicina interna para cuidados de la herida por pie diabético, terapia antibiótica y analgésicos endovenosos, interconsulta con Cirugía de Tórax y Cardiovascular para definir manejo quirúrgico.

Exámenes auxiliares:

Resonancia Magnética de Pie Izquierdo: Epífisis y Diáfisis distal de tibia y peroné, presencia de edema medular óseo en calcáneo a nivel de la inserción de tendón de Aquiles.

Eco Doppler de Miembro Inferior Izquierdo: Sistema arterial de trayecto conservado asociado a significativa aterosclerosis con presencia de placas ateromatosas a predominio de arterias distales. Impresión diagnóstica: Insuficiencia arterial de MMII izquierdo con estenosis del 75 – 99% de arteria tibial anterior y arteria tibial posterior, y estenosis del 50% de arteria femoral profunda asociado a aterosclerosis.

Angiotomografía de miembros inferiores: Hallazgos en relación con enfermedad vascular ateromatosa periférica de ambos miembros inferiores con estenosis severa de arterias distales a expensas de arterias tibiales anteriores y arterias peroneas.

Interconsulta con departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular:

- Se evalúa con exámenes auxiliares solicitados durante estancia hospitalaria, se decide manejo quirúrgico por su especialidad para arteriografía con posibilidad de angioplastia de arteria periférica distal de Miembro Inferior Izquierdo.
- Se conversa con familiares y se decide realización de procedimiento quirúrgico por entidad privada.

Reporte operatorio:

- Arteriografía + angioplastia de arteria periférica, Hallazgos: Oclusión y estenosis de arteria tibial posterior izquierda, estenosis de arteria fémoro-poplitea y tronco arterial tibioperoneo izquierdo.

Caso clínico n.º 3

Paciente de sexo femenino de 23 años, llega al nosocomio por presentar hace 2 días dolor al orinar, asociado con ganas frecuentes de orinar (polaquiuria), refiere color de la orina amarillo oscuro. Refiere que, desde hace 1 día, presenta cefalea intermitente, dolor muscular y articular. Paciente manifiesta haber tenido 1 pareja sexual, con método anticonceptivo de barrera. Niega antecedentes importantes, niega antecedente de ITU. Niega alergias.

PA: 120/80 mmHg, FC: 85 lpm, FR: 20 rpm, Tº: 37.1 °C, SatO2: 97% W:57 kg T: 1.65 cm

Examen físico dirigido:

- GU: PPL (-), PRU superior y medio ausentes, PRU inferior diferido.

Plan:

- Se solicita hemograma y examen de orina completo de orina
- Reevaluación con resultados.

Diagnóstico presuntivo:

Infección baja del tracto Urinario.

Reevaluación:

Se evidencia en exámenes auxiliares hemograma no patológico, examen de orina patológico, con leucocitos 23 x campo, nitritos ++/+++.

Plan:

- Amoxicilina + ácido clavulánico 500/125 mg VO cada 8 horas x 7 días.
- Dieta completa.
- No relaciones sexuales.

- Cita por consultorio al culminar tratamiento.
- Alta con indicaciones.

Caso clínico n.º 4

Paciente varón de 57 años, taxista de oficio, llega a la emergencia refiriendo cuadro de dolor intenso a nivel de espalda baja, indica episodios similares en los últimos 16 meses, no presenta antecedentes traumáticos, el dolor exagera a la movilización y calma al reposo, paciente refiere que el dolor no limita sus actividades diarias.

Antecedentes personales: Diagnosticado con Hipertensión Arterial hace 3 años, actualmente no recibe medicación.

Funciones Vitales:

PA: 150/80 mmHg, FR: 21 rpm, FC: 95 lpm, SatO₂: 99% Temperatura: 37.2°C

Examen físico dirigido:

- CV: RCR, regular intensidad, no soplos.
- Región Lumbar: Rigidez, dolor a la palpación en región paravertebral, sin signos de irritación radicular, movilización de miembros inferiores conservada, signo de Laségue negativo.
- Sistema nervioso central: despierto, orientado en las tres esferas, sin signos de focalización.
- El diagnóstico presuntivo es:
 - Lumbalgia crónica reagudizada
 - HTA por antecedente

Plan de trabajo:

Se solicita Radiografía de columna vertebral dorso – lumbar incidencias postero anterior y lateral

Resultado:

Disminución en la amplitud del espacio intervertebral L5 – S1, sugerente de discopatía degenerativa, no se aprecia espondilolistesis.

Se reevalúa al paciente con los resultados, se coloca vía periférica y se indica tramadol + dimenhidrinato y diclofenaco vía endovenosa, pasa a observación para manejo del dolor, posteriormente se le da de alta con analgésicos vía oral y concurrencia por consultorio de Neurocirugía para evaluación.

1.3 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

Escolar mujer con 6 años, traída a la emergencia por madre, refiere presentar polaquiuria hace 3 días, 1 día antes de llegar a la emergencia presentó disuria de moderada intensidad y fiebre cuantificada de 39.2°C, motivo por el cual madre la dirige al nosocomio.

Funciones Vitales:

PA: 120/60 mmHg, FC: 123 lpm, FR: 22 rpm, SatO₂: 98%, T°: 39.3C° W: 23 kg

- Al examen físico dirigido:
- Abdomen: plano, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no reacción peritoneal.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-), diuresis espontánea.
- El diagnóstico presuntivo es:
- D/C Infección del tracto urinario
- Plan de trabajo:
- Metamizol IM
- SS Hemograma completo, Examen completo de orina y Urocultivo
- Reevaluación con resultados

Reevaluación:

Exámenes de laboratorio:

- Hemograma: leucocitos: $8.6 \times 10^3/\mu\text{L}$, plaquetas: $332 \times 10^3/\mu\text{L}$, Hb 11.1 g/dl
- Examen de orina: Leucocitos: 327/ μL , nitritos: positivos.

Se reevalúa al paciente con resultados y se plantea:

Por lo evidenciado se decide su hospitalización para tratamiento antibiótico endovenoso con Ceftriaxona 1g cada 12 horas y manejo sintomático con Paracetamol 15 ml por vía oral cada 8 horas y Metamizol 1g PRN a temperatura >38.5 °C.

Luego de 4 días hospitalizada, se obtienen los resultados de Urocultivo positivo para E. Coli, por lo cual se decide completar terapia antibiótica endovenosa.

Caso clínico n.º 2

Escolar mujer de 7 años llega al nosocomio conducida por su madre, la cual refiere que su menor desde hace 3 días presenta aparición de lesiones eritematosas, no dolorosas en región periocular derecha, asociadas a leve prurito y a disminución de agudeza visual en ojo afectado, niega fiebre, niega antecedente de varicela. Cartilla de vacunación completa acorde al esquema Minsa.

PA: 125/70 mmHg, FC: 110 latidos por minuto, FR: 21 respiraciones por minuto, SatO₂:99%, T°: 36.8C° W: 25 kg

Al examen físico dirigido:

- Piel y faneras: T/H/E, no cianosis, no palidez, no ictericia, llenado capilar < 2 segundos.
- Región peri orbitaria derecha: se evidencia lesiones vesiculares conjuntas en región palpebral, sobre base eritematosa, no se evidencian lesiones costrosas, edema palpebral +/+++.
 - Ojo derecho: conjuntivas hiperémicas, asociada a prurito.
 - Ojo izquierdo: características conservadas.
- El diagnóstico presuntivo es:
- Herpes ocular
- Plan de trabajo:
- Se le solicita Hemograma completo
- Reevaluación con pruebas de laboratorio

Reevaluación:

Exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales.

Debido a clínica de la paciente, se decide su hospitalización para tratamiento antibiótico con aciclovir vía endovenosa y en ungüento oftálmico hasta culminar tratamiento.

Caso clínico n.º 3

Menor de sexo masculino con 3 años, conducido al hospital por su padre, quien refiere aparición de lesiones dentro de cavidad oral, zona palmar y plantar, prurito y dolor desde hace 2 días. Refiere fiebre de 38.2 °C cuantificado que no cesa con paracetamol, deposiciones semilíquidas, sin moco, sin sangre y 3 oportunidades. Así mismo, refiere que otros niños del nido al que acude su menor hijo, presentaron cuadro clínico similar.

Funciones vitales:

FC: 110 lpm, FR: 26 rpm, SatO2: 98% T°: 38.8 C°

Al examen físico dirigido:

- Piel y faneras: caliente, hidratada, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, se evidencian lesiones vesiculares umbilicadas en mucosa oral, palmas y plantas, no descamativas.
- El diagnóstico presuntivo es:
- Enfermedad mano-pie-boca

Plan de trabajo:

- Se decide hospitalización en pabellón de aislados para control de síntomas con Paracetamol 9 ml horario cada 8 horas, Gingisona en aerosol antes de las comidas, metamizol PRN a temperatura >38.5°C y control de funciones vitales.

Caso clínico n.º 4

Neonato de sexo masculino con 22 días de vida, hijo de padres primerizos, es traído a la emergencia, refiriendo desde hace 3 días irritabilidad, vómitos explosivos asociados a lactancia de contenido lácteo, no fiebre, niega dificultad respiratoria. Se refiere que durante su último control de crecimiento y desarrollo le indicaron una curva de crecimiento por debajo de lo esperado con respecto a su último peso.

FC: 150 lpm, FR: 42 rpm, SatO2: 98% T°: 36.4 C°

peso al nacer: 3400 g, peso actual 3530 g

Al examen físico dirigido:

- PYF: conservado
- TYP: conservado.
- CV: conservado.
- Abdomen: no distendido, Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación profunda ni superficial.
- SNC: irritabilidad, succión conservada con avidez, no signos meníngeos ni de focalización.

El diagnóstico presuntivo es:

- Deshidratación leve
- síndrome emético: D/C estenosis hipertrófica del píloro

Plan de trabajo:

- Se solicita ecografía abdominal superior
- Se solicita hemograma completo, examen completo de orina, dosaje de electrolitos.

Reevaluación con resultados:

Exámenes de laboratorio dentro de los parámetros normales.

- Ecografía abdominal superior: se evidencia elongación pilórica de 17 mm y espesor de capa muscular de 4.5 mm. Signos compatibles con estenosis hipertrófica del píloro.
- Se decide hospitalización en pabellón de cirugía pediátrica para manejo quirúrgico.

1.4. Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 1

Masculino de 29 años, natural de Lima, no refiere antecedentes personales ni quirúrgicos, acude a la emergencia ya que hace 2 días inició con dolor abdominal, tipo cólico, ubicado en epigastrio, asociado a hiporexia. 1 día antes de llegar a la emergencia, inició con náuseas, vómitos, dolor en hemiabdomen inferior y sensación de alza térmica; por lo cual, se dirige a la emergencia de Cirugía General.

Funciones vitales:

PA: 110/80 mmHg, FC: 92 lpm, FR: 20 rpm, SatO₂: 98%, T°: 37.2C°

Examen físico:

Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos presentes, disminuidos, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha y fosa iliaca izquierda, Mc Burney +, Rovsing +, Blumberg +, reacción peritoneal + Matidez hepática conservada.

•Genitourinario: PPL (-), PRU (-)

El diagnóstico presuntivo es:

•Apendicitis aguda complicada.

Plan de trabajo:

Apendicectomía laparoscópica inmediata.

Se solicita prequirúrgicos: hemograma completo, grupo y factor, riesgo cardiológico, perfil de coagulación, glucosa, urea y creatinina, consentimiento informado y examen de orina.

Hallazgos operatorios:

1. Apéndice cecal de 8 x 1.5 cm, descendente interna, subserosa, perforada en su tercio proximal, base indemne.
2. Líquido purulento de aproximadamente 25 cc en fondo de saco recto vesical.

Posterior a la cirugía, se indica terapia antibiótica endovenosa (ceftriaxona + metronidazol), analgesia y control de las funciones vitales.

Paciente es dado de alta al 3° día sin complicaciones con tratamiento antibiótico vía oral por 7 días (ciprofloxacino + metronidazol).

Caso clínico n.º 2

Varón de 61 años, natural de Ayacucho, no refiere antecedentes de importancia, referido del Hospital de Ayacucho con un tiempo de enfermedad de 1 año. Refiere que hace 45 días, las molestias se presentaron con mayor frecuencia, dolor esporádico localizado en epigastrio y en hipocondrio derecho, que cesaba con analgésicos. Así mismo, prestaba coluria, acolia, náuseas y vómitos de manera esporádica.

Hace 10 días antes de su referencia, paciente presenta dolor en hipocondrio derecho de mayor intensidad que no cesaba con analgésicos e ictericia de escleras.

Paciente ingresa a la emergencia del nosocomio.

Funciones vitales:

PA: 120/80 mmHg, FC: 85 lpm, FR: 19 rpm, SatO₂: 97%, T°: 36.8C°

Examen físico:

- Piel y faneras: T/H/E, ictericia ++/+++.
- Abdomen: No distendido, ruidos hidroaéreos, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial, dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, Murphy negativo.

El diagnóstico presuntivo es:

- D/C colecistitis crónica calculosa
- D/C coledocolitiasis

Plan de trabajo:

- Se solicita Ecografía abdominal superior: d/c colecistitis crónica calculosa
- Se solicita CPRE.

- Se solicita prequirúrgicos hemogramas completos, grupo y factor, riesgo cardiológico, perfil de coagulación, glucosa, urea y creatinina, perfil hepático, consentimiento informado y examen de orina.

Exámenes auxiliares:

- Ecografía abdominal superior: hepatopatía difusa leve, vesícula no se logra visualizar silueta, sugerente de vesícula escleroatrófica. Se evidencia incremento del diámetro del colédoco en 7.4 mm
- CPRE: se le realizó esfinterotomía + barrido con balón, evidenciándose colédoco distal en 7 mm y salida de lito de 5 mm
- Laboratorios: leucocitos: $5.03 \times 10^3/uL$ hemoglobina: 18.2 g/dl plaquetas $152 \times 10^3/uL$ Fosfatasa Alcalina: 83 u/l Bilirrubina total: 0.9 mg/dl.

Paciente ingresa a cirugía 1 semana post CPRE y se realiza colecistectomía laparoscópica.

Hallazgos: Vesícula biliar de 1x1.5cm, de pared fibrosa, con bilis clara y barro biliar, conducto cístico dilatado en 2mm, no se evidencia arteria cística.

Caso clínico n.º 3

Varón de 73 años, con antecedentes de DM hace más de 10 años y de hernioplastia inguinal bilateral hace 8 años. Refiere que hace 5 años, durante sus actividades diarias, percibió dolor intenso a nivel inguinal izquierdo y aparición de una masa en dicha región que aumenta de volumen al esfuerzo. Actualmente, ingresa por emergencia por tumoración en región inguinal izquierda, irreductible, sin cambios de coloración, sin signos de obstrucción intestinal que compromete región inguinoescrotal izquierda.

Al examen físico:

- Región inguinal izquierda: Se aprecia tumoración de 8x8 cm. Incoercible, irreductible, sin cambios de coloración, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Aumenta de tamaño en maniobra de Valsalva. Maniobra de Landívar negativo.

El diagnóstico presuntivo es:

1. Hernia inguinal indirecta del lado izquierdo recidivante (NIHUS IVB)

Plan:

- Se solicitan exámenes prequirúrgicos completos
- SOP: Hernioplastia inguinal izquierda con malla de polipropileno.

Caso clínico n.º 4

Paciente varón de 60 años, llega a la emergencia con cónyuge, refiere dolor abdominal de moderada intensidad 9/10 tipo cólico, refiere no realizar deposiciones desde hace 4 días y niega eliminación de flatos. Así mismo, paciente presenta náuseas y vómitos desde hace 10 horas de características fecaloides, con mal olor.

Antecedentes personales: Diabetes tipo 2

Antecedentes quirúrgicos: PO (4 años) de Diverticulitis complicada Hinchey IV.

RAMS: Niega

Al examen físico:

•Abdomen: Distendido, ruidos hidroaéreos presente, disminuidos, globuloso, dolor a palpación superficial y profunda en hipocondrio y fosa iliaca izquierda ++/+++, reacción peritoneal +.

El diagnóstico presuntivo es:

Síndrome doloroso abdominal: Obstrucción intestinal por bridas y adherencias

Plan:

- Nada Por vía oral + Sonda nasogástrica
- Dextrosa al 5%: 1000cc
- Cloruro de sodio 20%: (1) + Cloruro de potasio 20%: (1)
- Se solicita prequirúrgicos
- Se solicita Radiografía abdominal de pie
- SOP de EMG

Examen de laboratorio:

- Leucocitos: $19.0 \times 10^3/uL$ Plaquetas: $210 \times 10^3/uL$ Hemoglobina: 11.1 g/dL
Glucosa: 150 mg/dL Urea: 1 mg/dL Creatinina: 0.40 mg/dL

Examen de imágenes:

- Radiografía de abdomen de pie: Dilatación a nivel de asa delgada, signo pila de monedas: positivo.

Plan quirúrgico:

Hallazgos: laparoscopia exploratoria + liberación de adherencias + aspiración de secreciones + lavado de cavidad.

Hallazgos:

1. Adherencias múltiples laxas y firmes en asa delgada y anexa a hipogastrio.
2. Líquido inflamatorio de aprox. 350cc en 2 cuadrantes.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”, se encuentra ubicado en la ciudad metropolitana de Lima, en el distrito de Jesús María, es de complejidad III – 1 y brinda servicios de salud al personal de la policía y a sus familiares, cónyuge, padres e hijos dependientes.

Entre los servicios de los que dispone se encuentran: Medicina Interna, Cirugía general, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cardiología, Neumología, Gastroenterología, Oncología, Traumatología y Ortopedia, Hematología, Otorrinolaringología, Endocrinología, entre otros. Se encuentra equipado con servicios de imágenes para la toma de rayos X, ecografías, resonancia magnética, etc.

Corresponde a un centro de salud con una alta capacidad de resolución, conformado por un cuerpo médico, área de enfermería y personal técnico y administrativo; laboratorios correctamente equipados que cumplen estándares mínimos de calidad y helipuerto para la atención a pacientes referidos de emergencia de otras partes del país.

El servicio de Ginecología y Obstetricia puede dividirse en sus 2 vertientes que tienen pabellón de hospitalización, emergencias y consultorio externo. El primero se encuentra situado en el 5to piso de la Torre A, cuenta con área quirúrgica y sala de procedimientos para la toma de muestra de biopsias y colposcopia, la hospitalización incluye aproximadamente 35 camas más los pacientes depositados en otros servicios, los internos de medicina realizan jornadas diarias de aproximadamente 12 horas, donde nuestra labor se centra en el seguimiento del paciente, la prescripción de recetas previamente elaboradas y constatadas por un médico asistente, solicitar las pruebas para la ampliación de pruebas imagenológicas que puedan ser de utilidad para la definición del abordaje en sala de operaciones; además, están habituadas las guardias nocturnas en emergencia, trabajando en conjunto con los residentes de la especialidad, se busca definir los diagnósticos a los paciente que lleguen al hospital, y discernir a aquellos que deben ser intervenidos de forma inmediata.

En Medicina Interna, consta de el área para hospitalizados más amplia del nosocomio, con capacidad hasta para aproximadamente 100 camas divididas en 3 sectores, el servicio maneja un horario de entre 8 y 12 horas diarias para los internos. En emergencia, cada paciente debe ser abordado en el menor tiempo posible, en la mayoría de casos los pacientes acuden para manejo de sus síntomas para ser posteriormente referidos a consultorio externo para ampliar estudios y darle un manejo y seguimiento a su enfermedad. Las guardias nocturnas son exclusivas de asistentes y residentes del servicio, así como de otras especialidades no quirúrgicas.

El servicio de Pediatría está constituido esencialmente por Neonatología, Consultorio externo, Hospitalización, Emergencias y Cirugía Pediátrica. El pabellón de hospitalizados posee cerca de 25 camas en el 3er piso del hospital histórico, los internos durante esta rotación realizan horarios de entre 6 y 12 horas, cumpliendo guardias nocturnas 2 veces a la semana. En emergencia se busca dar solución a los problemas que se susciten, manteniéndolos en observación hasta la resolución total o parcial del cuadro clínico, en hospitalización nuestra labor se asemeja a la ya descrita en otras especialidades médicas.

En la rotación de Cirugía general, cuenta con el área de hospitalización que concentra alrededor de 20 camas sumado a los pacientes depositados en otros servicios, los internos deben apersonarse en el hospital cumpliendo jornadas de hasta 16 horas diarias que estará a cargo de evolucionar a los pacientes de su sector, realizar las curaciones a los postoperados, llenado de Mopri (Documento para la evaluación prequirúrgica), realizar recetas y solicitar los exámenes necesarios para ampliar la historia clínica. El área de Emergencia está equipada con 2 camillas y acceso a 2 salas de observación a aquellos pacientes que requieran monitoreo por un periodo corto, aquí los internos, en número de 2 a 3, deben apersonarse cada 4 días para la guardia nocturna respectiva de 12 horas.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

Impresión diagnóstica:

- Vulvovaginitis

Análisis:

Se presenta una paciente joven, sexualmente activa, con flujo vaginal de mal olor, la clínica de inflamación vulvar puede ser indicador de origen infeccioso, los signos y síntomas denostados en el examen físico como la secreción vaginal, dolor, enrojecimiento, prurito y afección del canal vaginal, así como las características distinguibles del flujo, nos orientan al diagnóstico de vulvovaginitis infecciosa. (1)

El antecedente de múltiples parejas sexuales es consistente con la vía de contagio principal en el caso de vulvovaginitis por *Trichomona Vaginalis*, los hallazgos a la especuloscopia, el llamado cérvix en fresa, y la descripción de las secreciones terminan por detallar un cuadro clínico característico de tricomoniasis. (2)

La prueba más eficaz para el diagnóstico rápido de la tricomoniasis es el examen en fresco vaginal observado directamente al microscopio; la lámina portaobjetos pone en evidencia al parásito en casi la totalidad de los casos con síntomas; sin embargo, dependerá del correcto método para la obtención de la muestra y de la capacidad del investigador para llegar al diagnóstico. (3)

La bibliografía actual mantiene la recomendación de la CDC y la OMS sobre el tratamiento con metronidazol a dosis que no superen los 500mg dos veces al día por 7 días, no existiendo mayores estudios sobre la historia natural de la enfermedad en los varones, se mantiene la recomendación de 2 gramos a dosis única en las parejas sexuales masculinas. (4)

Caso clínico n.º 2

Impresión diagnóstica:

- Mastitis puerperal de origen Infeccioso

Análisis:

La inflamación de las estructuras de la glándula mamaria que puede o no ser de etiología infecciosa se conoce como mastitis, epidemiológicamente es común en el puerperio, hasta un tercio de las madres experimentarán esta patología dentro de los primeros 40 días de lactancia. El cuadro clínico que esboza la mastitis puerperal incluye al dolor de la región mamaria afectada, que suele ser unilateral, acompañada de signos de flogosis y cambios a nivel sistémico que se manifiestan con fiebre y hallazgos en el hemograma de leucocitosis y reactantes de fase aguda elevados; la principal complicación de la mastitis es la aparición de una colección purulenta encapsulada que corresponde al subtipo de mastitis abscedada, presente hasta en el 5 % de las pacientes afectadas (5).

En el caso presentado, el examen físico nos permite realizar el diagnóstico que es clínico, se realiza con la identificación de síntomas locales, como el dolor y signos inflamatorios, en conjunto con síntomas sistémicos, como aumento del recuento leucocitario al hemograma o la elevación cuantificada de la temperatura. La lactancia debe mantenerse, especialmente en la mama afectada para evitar la estasis de leche; en el caso de los niños prematuros será recomendable el cese momentáneo de la lactancia materna hasta identificar al agente etiológico mediante el cultivo de la leche materna, el descubrimiento de leucocitos o bacterias por encima de los límites esperados nos dará el diagnóstico de Mastitis Infecciosa. (6)

El microorganismo causal más común es el *Staphylococcus aureus*, bacteria Gram positiva que orienta al tratamiento con Amoxicilina + Ácido Clavulánico, el cual ha demostrado ser eficaz en los casos de Mastitis Aguda Infecciosa; sin embargo, una remisión completa de la patología no suele ser el escenario más esperado al concluir el tratamiento antibiótico, generalmente lo que sucede es que ante una reducción o control del agente etiológico mencionado, afloran otros microorganismos, principalmente el estreptococo, evolucionando a una Mastitis Subaguda, la cual ha demostrado responder favorablemente al uso de probióticos. Para el manejo de la inflamación y los síntomas derivados, se recomienda el uso de Ibuprofeno debido a que no representa un riesgo para el lactante por su baja o nula filtración a la leche materna. (7)

Caso clínico n.º 3

Impresión diagnóstica:

- Infección baja del Tracto Urinario

Análisis:

Una paciente gestante en su 2.º trimestre ingresa por consultorio externo para su control obstétrico refiriendo disuria y polaquiuria de 1 semana de evolución. La ITU se entiende como la presencia de microorganismo en el tracto urinario que alteran su correcto funcionamiento y produce cambios en su morfología; ante la ausencia de síntomas se dará tratamiento médico bajo condiciones especiales como la gestación. Durante el embarazo se produce una serie de cambios anatomofiológicos en la mujer que condicionan un entorno favorable para la proliferación bacteriana en las vías urinarias, esto debido a un aumento de volumen pielocalicial que ocasiona ectasia a nivel del uréter derecho por compresión mecánica del útero, esto aunado a la disminución de la capacidad de respuesta inmune durante la gestación producen la aparición de las ITU. (8)

Las ITU en gestantes pueden acarrear complicaciones perinatales como pérdidas del producto, bajo peso al nacimiento o sepsis neonatal. La prevalencia de la infección es relativamente alta durante este periodo; la bacteriuria asintomática demostró ser el tipo de infección más reportado. (9) Alrededor del 95% de los casos de ITU son producido por un único agente, la bacteria *Escherichia Coli* es el principal patógeno infeccioso descrito, este microorganismo migra desde el colon y se asienta en la vagina y de ahí asciende verticalmente por la uretra. El principal factor de riesgo identificado en este grupo etario, aparte de la gestación, fueron las relaciones sexuales, especialmente si ha cambiado de pareja sexual hace menos de 1 año, el uso concomitante de antibióticos y las infecciones previas también son mencionadas en la literatura médica como factores de riesgo de consideración. (10)

El diagnóstico se da con la clínica sugerente y resultado de urocultivo positivo con más de 100 000 unidades formadoras por campo; sin embargo, el tratamiento se inicia de manera empírica solo con el cuadro clínico para evitar mayores complicaciones; el antibiótico recomendado para la cistitis aguda en la gestante es la Nitrofurantoína en tabletas de 100mg por vía oral cada 12

horas por 7 días; otro medicamentos que han demostrado ser seguros en el embarazo son la amoxicilina, ampicilina y trimetoprima con sulfametoxazol, esta última solo durante el segundo trimestre. La remisión completa del cuadro se especifica con un nuevo urocultivo 7 a 14 días posteriores a iniciado el tratamiento. (11)

Caso clínico n.º 4

Impresión diagnóstica:

- Vaginitis Atrófica

Análisis:

Paciente mujer de 59 años presenta dolor durante el coito, refiere dolor a la micción y sensación de prurito a nivel de genitales, además de escape de orina. La atrofia vaginal forma parte de un conjunto de síntomas que conforman el síndrome genitourinario de la menopausia, su prevalencia se sitúa en 1 de cada 2 mujeres posmenopáusicas, dentro de este síndrome, la atrofia vaginal es la que más deteriora el estilo de vida de la mujer, a pesar de los esfuerzos por definir esta patología como una enfermedad crónica y progresiva, aún existe una significativa cantidad de casos infradiagnosticados o que no reciben el tratamiento adecuado. (12)

La vagina responde directamente al nivel de estrógenos circulantes, por tal motivo cuando los niveles bajan por la pérdida de la función ovárica, ocurren cambios en su morfología, se ponen de manifiesto la pérdida de los pliegues naturales de la vagina, así como el adelgazamiento del epitelio, esto se traduce como una disminución del colágeno regional. El principal síntoma que refieren las pacientes en la etapa temprana posmenopáusica es la resequedad genital que se relaciona directamente con la dispareunia. El músculo liso que se encuentra en las vías urinarias inferiores se atrofia con el tiempo como consecuencia del envejecimiento ocasionando los síntomas urogenitales y condicionan la aparición de prolapsos. (13)

El tratamiento descrito en el caso clínico es una respuesta no sistémica al déficit estrogénico, el tratamiento médico con estrógeno exógeno en bajas dosis aplicado de forma local corresponde a la primera línea farmacológica para vaginitis atrófica. (14)

Cabe mencionar que el tratamiento conservador no necesariamente debe ser farmacológico, existe evidencia que modificaciones en el estilo de vida pueden atenuar los síntomas o ralentizar su aparición como eliminar el tabaquismo, aumentar la frecuencia de relaciones sexuales y ejercicios para rehabilitar el piso pélvico. El uso de hidratantes y lubricantes para la sequedad vaginal están recomendados cuando no se puede brindar estrógenos vaginales. Se describe el papel que tiene la vitamina D en el deterioro del piso pélvico cuando los niveles vitamínicos son insuficientes, por tal motivo, el uso de tabletas por vía oral o de óvulos vaginales que contengan suplementos de VitD logran disminuir el pH vaginal ayudando a la proliferación del epitelio vaginal. (15)

3.2 Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

Impresión diagnóstica:

- Fiebre de origen desconocido: VIH

Análisis:

Paciente varón de 17 años con cuadros febriles a repetición sin causa aparente. La infección por VIH representa una problemática mundial, en el 2015 la OMS realizó un reporte de vigilancia de la enfermedad, en la cual se detalla que más de 36 millones de personas alrededor del mundo estaban infectados con VIH. Este retrovirus afecta el sistema inmune del paciente y a pesar de ser prevenible, su prevalencia mundial ha ido en aumento, los adolescentes y jóvenes son un grupo vulnerable debido al inicio de la vida sexual sin un correcto conocimiento de los riesgos que conlleva las prácticas sexuales sin protección, según datos de las Naciones Unidas, alrededor del 50% de los adolescentes tienen ideas erradas acerca de la transmisión de esta enfermedad. (16)(17)

El tratamiento antirretroviral debe iniciarse independientemente de la sintomatología o el recuento linfocitario T CD4+. Se ha encontrado que pacientes que iniciar el TAR de manera temprana, reducen la tasa de contagios de VIH. El esquema TAR incluye el uso de 2 o 3 fármacos en combinaciones específicas. (18)

Las pruebas diagnósticas de uso rápido deben ir acompañadas por exámenes complementarios que refuercen el diagnóstico a fin de evitar falsos positivos. (16)

Caso clínico n.º 2

Impresión diagnóstica:

- Diabetes *mellitus* tipo II con complicaciones tardías: Pie diabético

Análisis:

El paciente cuenta con un antecedente de importancia que es la Diabetes Mellitus tipo II, para la cual utiliza Insulina como tratamiento. El pie diabético es una complicación de la enfermedad de fondo, las úlceras en el pie aparecen con frecuencia en los pacientes que sufren de diabetes mal controlada, suele evolucionar tórpidamente generando gangrena y necrosis como consecuencia del estado hiperglucémico en el que se encuentra el paciente, al menos un 60% de los pacientes afectados por esta complicación terminan en la remoción quirúrgica de la extremidad (19).

La clasificación de lesiones de pie diabético es tema de controversia hasta hoy, la propuesta por la Universidad de Texas ha sido bien aceptada por diversos autores, este sistema se basa en dos parámetros: profundidad de la lesión y signos de isquemia, dotándola de 4 grados y 4 estadios por grado. El paciente en cuestión es catalogado como un Texas IID, lo que se traduce como una herida que compromete tendones o cápsula y que muestra signos de infección e isquemia (20).

El aumento de glucosa en el torrente sanguíneo produce lesiones a nivel endovascular, altera el correcto funcionamiento del músculo liso y produce un estado procoagulativo, los primeros vasos en resentir los daños son los sistemas microvasculares del riñón y retina. En el caso de las arterias periféricas, se sugiere el uso de ECO Doppler y Angiotomografía para llegar al diagnóstico y evaluar el daño. Las técnicas de revascularización y angioplastia muestran tasas de éxito similares en pacientes con DM2 y aquellos que no; no obstante, las personas diabéticas tienen mayor tasa de re-estenosis.(21)

Caso clínico n.º 3

Impresión diagnóstica:

- Infección del tracto urinario no complicada.

Análisis:

La infección del tracto urinario, también conocido con las abreviaturas de ITU. Esta patología es considerada una de las más frecuentes en el sexo femenino, ya que anualmente afecta a millones de personas. Así mismo, es una enfermedad que puede estar asociada a síntomas, como también, pueden ser nulas. La ITU no complicada, se producen principalmente por bacterias (85 %), encabezado por la *E. Coli*, afectan a adultos jóvenes y a pacientes pediátricos que cuentan con una estructura adecuada de las vías urinarias y con un buen mecanismo de defensa (22).

El tratamiento es dirigido hacia el o los agentes que causan la enfermedad; en caso de esta patología, sabemos que el agente más frecuente es la *Escherichia Coli*, que es un agente gran negativo de tipo anaerobio; por ello, los fármacos van dirigido a esa familia de bacterias (23)(22).

En el caso de la paciente, se le indicó amoxicilina que es un fármaco de la familia de las penicilinas, que cubren tanto gran positivos como Gram negativos y el ácido clavulánico que pertenece a los inhibidores de las betalactamasas que también cubren tanto Gram negativos como positivos. La dosis es de amoxicilina de 500 mg y ácido clavulánico de 125 mg cada 8 horas, entre 5 a 7 días (24).

Es importante el tratamiento precoz de esta patología, ya que se pueden proliferar las bacterias, virus, hongos, etc. y causar un daño más complicado en las vías urinarias. (25)(24)

Caso clínico n.º 4

Impresión Diagnóstica:

- Lumbalgia Crónica por Discopatía Degenerativa

Análisis:

La lumbalgia corresponde a la principal causa de incapacidad en la población, la gran mayoría de estos casos no tienen un origen específico o una patología de fondo, se conceptualiza como un dolor que recorre desde el borde inferior de la última costilla hasta los glúteos y que puede irradiarse a los miembros inferiores. La lumbalgia compromete el sistema

osteomuscular, así como los ligamentos circundantes. Los factores de riesgo incluyen a la edad, el sexo, el grado de actividad física, la ocupación y obesidad, se encuentran especialmente relacionados los movimientos de flexión y las vibraciones que producen microtraumatismos a nivel intervertebral, las posturas estáticas prolongadas también constituyen un riesgo para el paciente. (25)

En el caso presentado, el paciente muestra un historial de dolor a nivel de la región lumbar, además de estar expuesto a la vibración del vehículo debido a su ocupación, la literatura disponible menciona que la degeneración del disco intervertebral es de alta prevalencia en la población general y suele presentarse sin síntomas, por lo que el hallazgo imagenológico que sugiere patología discal debe ser tomado como un hallazgo incidental; sin embargo, debido a la presencia de limitación funcionales, nuestro paciente requerirá de evaluación por un especialista. El dolor podría tener su origen en la compresión de las raíces nerviosas que emergen entre los cuerpos vertebrales, la posibilidad de una hernia discal y la hipertrofia de tejido blando cercano como el ligamento amarillo, condicionan un estado de inflamación que reduce el umbral del dolor ocasionando la aparición de síntomas. (26)

Para el diagnóstico de la enfermedad, resulta imprescindible la realización de una correcta historia clínica y de un examen físico minucioso, otros estudios que van desde radiografías simples hasta resonancias magnéticas solo deben emplearse para descartar una causa específica, las maniobras de Laségue o Bragard forman parte de las herramientas del médico para evaluar radiculopatías y predecir hernias lumbares, los estudios de laboratorio no forman parte de la batería de exámenes para confirmar lumbalgia y no aportan conocimiento relevante al examinador para la patología en cuestión (26).

El tratamiento definitivo de la enfermedad requerirá una ampliación de estudios por un especialista; sin embargo, son un número limitado de pacientes los que verdaderamente necesitan la evaluación especializada, por lo que el tratamiento inicial deberá ser un manejo inespecífico y orientado a evitar la cronicidad del dolor; en el caso de nuestro paciente, lo primordial será calmar el dolor y realizar seguimiento por consultorio

externo; en cuanto a los medicamentos prescritos, se tiene evidencia acerca del uso de los AINES como primera línea para el tratamiento del dolor, sugiriéndose el uso de paracetamol solo en casos de contraindicaciones o fracaso de la primera medida terapéutica, los opioides, incluyendo el tramadol, deberán utilizarse cuando se desea un efecto más potente, los relajantes musculares pueden usarse en periodos no prolongados como consecuencia de sus múltiples efectos secundarios, no deben ser indicados de forma rutinaria. El dolor crónico afectará la calidad de vida del paciente, además de afectar directamente su economía por la limitación de sus actividades diarias y los gastos en servicios médicos, por tal motivo evitar que una lumbalgia aguda se cronifique es el pilar del tratamiento conservador en el primer nivel de atención. (27)

3.3 Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

Impresión diagnóstica:

- Infección del tracto urinario

Análisis:

La paciente escolar ingresa por la emergencia a descartar infección del tracto urinario, ya que, para su grupo etario y su sexo, la sintomatología no es específica, además que son grupo de diferentes tipos de manifestaciones clínicas que tienen como incidencia la infección por gérmenes en el tracto urinario (28), (29).

El diagnóstico se confirma mediante un examen completo de orina, además del urocultivo, tomado antes de que se prescriba cualquier tratamiento antibiótico. La muestra, en el mayor de sus casos, debe de ser realizada posterior a una adecuada higiene genital y dejar muestra de orina (chorro medio) en frasco estéril. (30) Esta clínica es asociada también a una serie de sintomatologías como la disuria, polaquiuria, también acompañado de fiebre y malestar general. El examen complementario definitivo, es el urocultivo, el cual nos permite identificar el microorganismo exacto cultivado en la muestra. El microorganismo más frecuente en pediatría es el *Echerichia Coli*, el cual se identifica alrededor del 80 % de los casos (31).

La paciente, fue hospitalizada y no ameritó pruebas de imágenes ya que era su primera infección urinaria. Por ello, se le administró de manera

endovenosa ceftriaxona y vía oral analgésicos hasta completar tratamiento.

Caso clínico n.º 2

Impresión diagnóstica:

- Herpes zoster ocular

Análisis:

La enfermedad del herpes zoster oftálmico se manifiesta mediante lesiones vesiculares, dolorosas, las cuales se encuentran agrupadas sobre base eritematosa, además de zona edematosa (32).

El diagnóstico de la patología es clínico y sintomatológico, realizando una buena descripción del examen físico como aparición de exantemas típico por herpes zóster tanto en zona frontal, parpado o en punta de nariz (33).

El herpes zóster oftálmico en pediatría, es una patología benigna, donde se debe de tratar de manera oportuna con medicamentos antivirales como el aciclovir o corticoides tópicos (34).

Caso clínico n.º 3

Impresión diagnóstica:

- Enfermedad mano-pie-boca

Análisis:

La enfermedad mano pie boca, es también llamada enfermedad exantemática con mayor incidencia en niños preescolares. Sin embargo, también puede presentarse en pacientes adultos donde en cuadro clínico se suelen presentar mayores complicaciones. El agente causal es el V. Cocksackie A16 en mayor incidencia, donde su periodo de incubación es entre el 3r y 7mo día. (38), (36)

Las manifestaciones clínicas inician con fiebre, hiporexia, malestar general, dolor abdominal, posterior inician las erupciones de vesículas ovaladas menor a 10 mm en palmas, plantas y mucosa oral. (35)

Es una patología altamente contagiosa, mediante secreciones en ambiente al toser, secreciones, heces. (37)

El tratamiento es sintomático, como mejor con analgésicos, antihistamínicos o antipiréticos; así mismo, hidratación y tratamiento tópico en lesiones para evitar complicaciones. (36)

Caso clínico n.º 4

Impresión diagnóstica:

- Estenosis hipertrófica del píloro

Análisis:

La estenosis hipertrófica de píloro es una patología que ocurre con mayor incidencia en recién nacidos y neonatos lactantes, de sexo masculino, primogénito (42); se evidencia con sintomatologías peculiares como vómitos explosivos de contenido lácteo, irritabilidad, puede evidenciarse también deshidratación por la imposibilidad del pase de la leche materna hacia el transcurso del tracto digestivo. (39), (41)

Su diagnóstico es mediante una ecografía abdominal superior, donde podremos evidenciar disminución del canal del píloro por la propia hipertrofia de la capa del músculo del esfínter, lo cual impide el vaciamiento gástrico y desencadena la patología. (39), (40)

En el caso del paciente, cumple con todos los criterios de factor de riesgo y sintomatología, incluyendo la ecografía abdominal superior, donde se llegó a evidenciar y diagnosticar la estenosis hipertrófica del píloro; por lo tanto, se le hospitaliza para estabilizar medio interno y planificar cirugía (42), (41).

3.4 Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 1

Impresión diagnóstica:

- Apendicitis aguda complicada

Análisis:

La apendicitis aguda es una patología diagnosticada mediante la clínica que presenta el paciente, un buen interrogatorio y un adecuado examen físico. Así mismo, cuando el cuadro se complica, puede evidenciar cuadro violento de la clínica y perforación apendicular causando peritonitis localizada o generalizada; asimismo, según estadísticas, los jóvenes,

suelen presentar perforación apendicular entre las 24 y 36 h de iniciado el dolor. (43)

El paciente expuesto, presenta una cronología específica de la apendicitis aguda, donde presenta una cronología ordenada, iniciando con cuadro doloroso abdominal en epigastrio, hiporexia, náuseas y/o vómitos, finalizando en dolor migratorio en flanco derecho. (44)

En el examen físico, se evidenció dolor en el flanco derecho, se encontró el signo de McBurney positivo, y otros signos característicos como el Rovsing, caracterizado por la presencia de dolor en el cuadrante inferior derecho a la compresión a nivel de la fosa ilíaca izquierda, como presentó el signo Blumberg positivo, que nos manifiesta reacción peritoneal al rebote. (43), (45)

Adicional a eso, el paciente viene con un tiempo de enfermedad de 2 días, por lo que podríamos sospechar de una apendicitis aguda complicada, ya que posterior a las 12 horas de la clínica, inicia la necrosis apendicular.

Caso clínico n.º 2

Impresión diagnóstica:

- Coledocolitiasis

Análisis:

La coledocolitiasis refiere al pase de un cálculo o lito de la vesícula hacia el colédoco, provocando obstrucción parcial o total del mismo. Lo más frecuente, referente a la sintomatología es dolor tipo cólico en hemiabdomen superior con frecuencia del lado derecho, puede estar acompañado de ictericia en piel y escleras, como también coluria. (46),(48) Así mismo, si ocurre una infección bacteriana, desencadenara una colangitis, que se manifiesta mediante la triada de Charcot como fiebre, dolor en hipocondrio derecho e ictericia.(50)

En el caso clínico del paciente, se pudo evidenciar mediante la ecografía que se encontraba un lito en el conducto cístico, como también la vesicular biliar escleroatrófica; por ello, se decidió realizarle una CPRE para poder extraer los litos realizándole una endoscopia hacia el duodeno y una esfinterotomía. (49)

La vesícula esclerotrónica se diagnostica mediante una ecografía abdominal alta, que es consecuencia del sufrimiento por colecistitis crónica calculosa; sus características refieren una pequeña vesícula, con lumen disminuido con pared fibrosa.

Por las complicaciones del paciente, primero se le realizó una CPRE y posterior a ello y la recuperación, se le realizó la extracción de la vesícula biliar mediante una colecistectomía laparoscópica. (47), (49)

Caso clínico n.º 3

Impresión diagnóstica:

- **Hernia Inguinal**

Las hernias inguinales se definen como tumoración que se produce en este nivel. Estas hernias se desarrollan por la aparición de una debilidad en la pared de la región inguinal y que no pueden contener las visceral dentro de la región abdominal pélvica (51), (52).

El diagnóstico de la hernia inguinal es clínico, donde en el examen físico hallaremos una masa que protruye en la región inguinal aumenta de volumen a la de Valsalva, y la de Landívar, que nos ayuda a evidenciar si es una hernia directa o indirecta (53).

Al paciente se le realizará una hernioplastia, donde se le repara el defecto con una malla de polipropileno, método eficaz para evitar recidivas futuras; comparado con las técnicas con tensión, se evidencio mejor tolerancia a la recuperación y disminución de complicaciones (54).

Caso clínico n.º 4

Impresión diagnóstica:

- **Obstrucción intestinal aguda por bridas y adherencias**

Análisis:

La obstrucción intestinal, refiere al bloqueo y detención del intestino de forma completa (alto o bajo), puede ser ocasionado por determinantes y/o patologías diferentes (55).

El tratamiento está orientado netamente a intervención quirúrgica, por ello hay una serie de planteamientos como laparoscopia exploratoria, la cual nos permitirá realizar una adecuada lisis y/o adhesiolisis en caso sea causa

por bridas y adherencias, como también, una derivación del tránsito intestinal mediante derivaciones o extirpación de la causa de la obstrucción (56), (57).

El tratamiento está direccionado a la resolución de la obstrucción por vía quirúrgica.

Para realizar un adecuado tratamiento se debe:

- NPO (nada por vía oral) + Colocación de sonda nasogástrica
- Hidratación con NaCl al 0.9% (reposición de pérdidas)
- Programación de SOP (emergencia)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es un periodo de sacrificio para el futuro profesional de la salud, en esta etapa podemos aplicar la medicina y usar nuestros conocimientos obtenidos a través de seis años de pregrado. Resulta innegable lo demandante que puede llegar a ser; no obstante, la experiencia es cuando menos gratificante, el poder tratar a los pacientes con distintas patologías bajo la tutela del cuerpo médico que forma parte del hospital PNP “LNS” y aprender a diagnosticar y tratar de manera precoz es una oportunidad irreplicable; durante los 10 meses de formación en las 4 grandes áreas médicas, el interno aprendió, no solo a brindar ayuda médica, sino a desarrollar habilidades que le permitan empatizar con el paciente, entregar apoyo emocional y a dar un trato más humano.

Al realizar el internado en este hospital, se obtiene la ventaja de trabajar en un entorno de solidaridad y comprensión, rodeado de profesionales de alta competencia que buscan transmitir sus enseñanzas a las generaciones venideras.

La oportunidad de realizar el internado en un hospital de las fuerzas armadas nos enseña sobre la sacrificada vida policial, el atender a los agentes del orden, en actividad o en retiro, y a sus familias; saber a lo que se exponen a diario y entender ese dolor, por lo que resulta reconfortante que exista una entidad que vele por estas personas, y el poder formar parte del equipo médico que los ayude a reestablecer su salud es la mejor experiencia que pueden llevarse.

CONCLUSIONES

El último año de la facultad de Medicina, el internado médico, indica una buena capacitación y preparación para la vida como futuros médicos, afinar destrezas hospitalarias, aplicar conocimientos adquiridos años anteriores y adaptarse al aprendizaje continuo hacia la vida médica.

La etapa del internado médico es la más importante de toda la carrera de Medicina Humana, ya que, desde una buena comunicación con el paciente, una buena historia clínica, examen físico y diagnóstico, se puede realizar tratamiento precoz de las diversas patologías.

Los diez meses de duración que tuvo el internado médico este año resultaron provechosos para nuestro desarrollo profesional; sin embargo, resulta imperioso mencionar la necesidad de aumentar este tiempo a un mínimo de doce meses para extender los conocimientos que el médico en formación pueda recibir.

El asesoramiento por parte de los tutores en las distintas rotaciones ayudó a esclarecer nuestras dudas teóricas y se nos brindó apoyo en temas extracurriculares, manteniendo en todo momento una activa comunicación y cordial relación.

El Hospital Nacional PNP Luis N Sáenz otorgó la posibilidad de desarrollar diferentes actos, con la guía del cuerpo médico de especialistas que posee este nosocomio, quienes compartieron sus conocimientos para los profesionales del mañana como cirugías, visualización de tomografías, resonancias magnéticas, procedimientos de emergencia y principalmente, una buena relación médico- paciente.

RECOMENDACIONES

Futuros internos, es importante recordar la vocación de servicio y empatía que se debe tener, ya que muchos pacientes llegan al hospital buscando personal de salud capacitado que ayude con un tratamiento médico y de seres humanos que entiendan su dolencia, capaces de explicarles con palabras simples sin necesidad de usar barreras léxicas.

Al tener la oportunidad de ser guiados por docentes médicos especialistas, exploten sus capacidades para diversos procedimientos médicos y así ganar experiencia para brindarle en un futuro, una mejor calidad de atención a sus pacientes.

Las actividades académicas como exposiciones y exámenes teóricos ayudaron a difundir un hábito de estudio que nos permitió organizar mejor nuestro tiempo fuera del hospital y maximizar las oportunidades que se nos presentaron, por ello recomendamos enfatizar en estas actividades y aumentar su frecuencia para el beneficio de los internos.

Finalmente, es importante recordar que encontrarán muchos obstáculos durante la carrera profesional; sin embargo, deben confiar en sus capacidades y entender que como médicos deben mantenerse en formación continua.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. *Prog Obstet Ginecol* 2022;65:61-75
2. Fernández M, Lombardía J. Vulvovaginitis y cervicitis en la Práctica Diaria [Internet]. Elsevier; 2002 [cited 2023 Dec 3]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-vulvovaginitis-cervicitis-practica-diaria-13025456>
3. Cancelo Hidalgo M, Cancelo Hidalgo C, Chavida García F. Vaginitis por trichomonas [Internet]. Elsevier; 2005 [cited 2023 Dec 3]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-vaginitis-por-trichomonas-13072712>
4. Muzny C, Van Gerwen O, Kissinger P. Actualizaciones en el tratamiento de Tricomonas, Incluida La infección ... [Internet]. *Current Opinion in Infectious Diseases*; 2021 [cited 2023 Dec 3]. Available from: https://fasgo.org.ar/images/Actualizaciones_en_el_tratamiento_de_Trichomonas.pdf
5. Bonilla Sepúlveda ÓA. Mastitis puerperal. *Medicina UPB*. 2019;38(2):140–6. doi:10.18566/medupb.v38n2.a06
6. Osejo Rodríguez M del, Maya Cancino A, Brenes Meseguer N. Actualización de la Clasificación y Manejo de Mastitis. *Revista Medica Sinergia*. 2020;5(6). doi:10.31434/rms.v5i6.510
7. Lactancia materna y mastitis: tratamiento empírico basado en la sintomatología y los agentes etiológicos. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2013 Sep [citado 2023 Dic 03]; 15(59): e124-e124. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000400025&lng=es.
8. Herráiz MÁ, Hernández A, Asenjo E, Herráiz I. Infección del Tracto urinario en la embarazada [Internet]. Elsevier; 2005 [cited 2023 Dec 3]. Available

- from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosasmicrobiologia-clinica-28-articulo-infeccion-del-tracto-urinarioembarazada-13091447>
9. Mera-Lojano LD, Mejía-Contreras LA, Cajas-Velásquez SM, Guarderas-Muñoz SJ. Prevalencia y factores de riesgo de infección del tracto urinario en embarazadas [Prevalence and risk factors of urinary tract infection in pregnant women]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2023 Sep 4;61(5):590-596.
 10. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Enfermedad trofoblástica gestacional . *Prog Obstet Ginecol* 2021;64:196-206.
 11. Víquez Víquez M, Chacón González C, Rivera Fumero S. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas. *Rev.méd.sinerg.* [Internet]. 1 de mayo de 2020 [citado 3 de diciembre de 2023];5(5):e482. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/482>
 12. Palacios S, Cancelo Hidalgo MJ, González SP, Manubens M, Sánchez-Borrego R. Síndrome genitourinario de la menopausia: recomendaciones de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Prog Obstet Ginecol* 2019;62(2):141-148. DOI: 10.20960/j.pog.00182.
 13. Sturdee D, Panay N. Recommendations for the management of Postmenopausal Vaginal Atrophy - ims [Internet]. International Menopause Society; 2010 [cited 2023 Dec 4]. Available from: <https://www.imsociety.org/wp-content/uploads/2020/08/ims-recommendations-2010-10-english.pdf>
 14. Palacios S, Jesús Cancelo M, Castelo-Branco C, González S, Olalla MÁ. Recomendaciones de la sociedad española de ginecología y obstetricia sobre la prevención y el tratamiento de la atrofia vaginal [Internet]. Elsevier; 2012 [cited 2023 Dec 4]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-recomendaciones-sociedad-espanola-ginecologia-obstetricia-S0304501312001513>
 15. Espitia F. Tratamiento no hormonal del Síndrome Genitourinario de la Menopausia: Non-hormonal treatment of genitourinary syndrome of Menopause [Internet]. *Redalyc*; 2021 [cited 2023 Dec 4]. Available from: <https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.3996.2021>
 16. Carvajal M, Roldán M, Herrera L. Virus de Inmunodeficiencia Humana:

- Hallazgos útiles en el diagnóstico, prevención y tratamiento [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 4]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2019/ei192e.pdf>
17. Martínez M, Adolescentes y VIH/Sida. *Universitas-XXI, Revista de Ciencias Sociales y Humanas* [Internet]. 2005; (6):73-106. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476150825004>
 18. GeSIDA. Documento de consenso de GeSIDA/ División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis del Ministerio de Sanidad respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 4]. Available from: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/06/Guia_TAR_V12.pdf
 19. Arias-Rodríguez Fabián Darío, Jiménez-Valdiviezo Milton Andrés, del Cisne-Ríos-Criollo Katherine, Murillo-Araujo Gabriela Patricia, Toapanta-Allauca David Santiago, Rubio-Laverde Katherin Andrea et al . Pie diabético. Actualización en diagnóstico y tratamiento. Revisión bibliográfica. *Angiología* [Internet]. 2023 Ago [citado 2023 Dic 04] ; 75(4): 242-258. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000331702023000400006&lng=es.
 20. González de la Torre Héctor, Mosquera Fernández Abián, Quintana Lorenzo M.^a Luana, Perdomo Pérez Estrella, Quintana Montesdeoca M.^a del Pino. Clasificaciones de lesiones en pie diabético: Un problema no resuelto. *Gerokomos* [Internet]. 2012 Jun [citado 2023 Dic 05] ; 23(2): 75-87. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000200006&lng=es
 21. Julio R, Galleguillos I. Diabetes y enfermedad vascular periférica [Internet]. 2009 [cited 2023 Dec 5]. Available from: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdfsimple&pii=X0716864009322884&r=202>
 22. Aguinaga A., Gil-Setas A., Mazón Ramos A., Alvaro A., García-Irure J.J., Navascués A. et al . Infecciones del tracto urinario. Estudio de sensibilidad antimicrobiana en Navarra. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2018 Abr

- [citado 2023 Dic 05] ; 41(1): 17-26. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272018000100017&lng=es.
23. Benedí J, Raposo C. Antibioterapia en infecciones urinarias [Internet]. Elsevier; 2005 [cited 2023 Dec 5]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-antibioterapia-infecciones-urinarias-13074095>
24. Echevarría-Zarate Juan, Sarmiento Aguilar Elsa, Osoreo-Plenge Fernando. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta méd. peruana [Internet]. 2006 Ene [citado 2023 Dic 05] ; 23(1): 26-31. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000100006&lng=es.
25. Chavarria J. Lumbalgia: Causas, Diagnostico y manejo - medigraphic [Internet]. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI; 2014 [cited 2023 Dec 5]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc143n.pdf>
26. Donnally III CJ, Hanna A, Varacallo M. Lumbar Degenerative Disk Disease. [Updated 2023 Aug 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448134/>
27. Dada Santos M, Zarnowski Gutiérrez A, Salazar Santiz A. Actualización de lumbalgia en atención primaria. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de agosto de 2021 [citado 5 de diciembre de 2023];6(8):e696. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/696>
28. Gonzales J, Rodríguez L. Infección de Vías urinarias en la Infancia - Asociación Española de Pediatría [Internet]. 2014 [cited 2023 Dec 6]. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07_infeccion_vias_urinarias.pdf
29. Cruz Roberto, Zeballos Mollinedo Maya, Guarachi Ramírez Marcia. Infección de tracto urinario en pediatría. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2007 [citado 2023 Dic 06] ; 5(2): 46-55. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582007000200008&lng=es.

30. Valdevenito JP, Álvarez D. Infección urinaria recurrente en la mujer. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2018;29(2):222–31. doi:10.1016/j.rmclc.2018.02.010
31. Hevia J. P, Alarcón O. C, González C C, Nazal Ch V, Rosati M MP. Recomendaciones sobre diagnóstico, Manejo y Estudio de la infección del Tracto Urinario en pediatría. Rama de Nefrología de la sociedad chilena de pediatría. parte 1. *Revista Chilena de Pediatría*. 2020;91(2):281. doi:10.32641/rchped.v91i2.1267
32. Natera I. Hospitalizaciones por herpes zoster en niños - docs.bvsalud.org [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 6]. Available from: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1007551/07-natera-i-35-46.pdf>
33. Roat MI. Herpes Zóster oftálmico - Trastornos Oftálmicos [Internet]. *Manuales MSD*; 2023 [cited 2023 Dec 6]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-oft%C3%A1lmicos/enfermedades-de-la-c%C3%B3rnea/herpes-z%C3%B3ster-oft%C3%A1lmico>
34. Zamora-de la Cruz D, Saucedo-Rodriguez LR, Jauregui-Franco RO, Soria-Orozco CL, Pérez-Gómez HR, Ascencio-Tene CM. Herpes Zóster oftálmico en Paciente Pediátrico sin inmunocompromiso. *Revista Mexicana de Oftalmología*. 2015;89(2):120–6. doi:10.1016/j.mexoft.2014.08.006
35. Meza R, Arenas R. Enfermedad Mano, Pie y Boca - eipediatria.com [Internet]. 2018 [cited 2023 Dic 6]. Available from: https://eipediatria.com/num_ants/octubre-diciembre-2018/01_revision_basica.pdf
36. Jiménez Cecilia, Pérez Celenia. Enfermedad de manos pies y boca presentación de un caso y revisión de la literatura. *Acta odontol. venez* [Internet]. 2004 [citado 2023 Dic 06] ; 42(2): 107-109. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652004000200007&lng=es.
37. Asociación Española de Pediatría. Enfermedad Boca-Mano-pie [Internet]. 2014 [cited 2023 Dec 6]. Available from: <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/enfermedad-boca-mano-pie>
38. Mayo Clinic. Enfermedad de Manos, pies y boca [Internet]. Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2022 [cited 2023 Dec 6].

Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/hand-foot-and-mouth-disease/symptoms-causes/syc-20353035>

39. Rojas E, Aguilar N, Compeán A. Diagnóstico y tratamiento de la ESTENOSIS HIPERTRÓFICA CONGÉNITA DE PÍLORO [Internet]. 2017 [cited 2024 Dec 7]. Available from: <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/330GER.pdf>
40. Ybarra M. Descripción del caso presentado en el número anterior: Estenosis hipertrófica del píloro. Archivos Argentinos de Pediatría. 2012;110(5):445–6. doi:10.5546/aap.2012.445
41. Torres-Guinand C. Guillermo, Reque-García Armando. Características clínicas y epidemiológicas de la estenosis hipertrófica del píloro en un hospital de Lima, Perú. Acta méd. Peru [Internet]. 2022 Ene [citado 2023 Dic 07] ; 39(1): 45-50. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172022000100045&lng=es.
42. Quintero Delgado Zoe, Cabrera Moya Viviala, Sánchez Martínez Leandro, Cabrera Machado Carlos Alberto, Cortiza Orbe Guillermo, Ponce Rodríguez Yordan. Guía de Práctica Clínica de estenosis hipertrófica del píloro. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2021 Jun [citado 2023 Dic 07] ; 93(2): e1102. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312021000200018&lng=es.
43. Dubón Peniche María del Carmen, Ortiz Flores Anahí. Apendicitis aguda, su diagnóstico y tratamiento. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2014 Ago [citado 2023 Dic 07] ; 57(4): 51-57. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000400051&lng=es.
44. Rafael P Merylin, Quispe R Kathya, Pantoja S Lilian R. Apendicitis aguda: Concordancia clínica, quirúrgica y anatomopatológica en un hospital de emergencias peruano. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet]. 2022 Jul [citado 2023 Dic 07] ; 22(3): 463-470. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312022000300463&lng=es.

45. Young Pablo. La apendicitis y su historia. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 Mayo [citado 2023 Dic 07] ; 142(5): 667-672. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000500018&lng=es.
46. Lobos JB. Colecistitis Crónica [Internet]. 2016 [cited 2023 Dec 07]. Available from: <https://sintesis.med.uchile.cl/index.php/profesionales/informacion-para-profesionales/medicina/condiciones-clinicas2/cirugia/cirugia-general-y-anestesia/130-4-01-1-025>
47. Espinel J., Pinedo E. Coledocolitiasis. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2011 Jul [citado 2023 Dic 07] ; 103(7): 383-383. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082011000700011&lng=es.
48. Prieto Ortíz RG, Duarte Osorio AI, García Echeverri P, Ballén Parraga H. Tratamiento de la coledocolitiasis mediante CPRE E instrumentación a través de un tubo en t. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2020;35(3):382–9. doi:10.22516/25007440.385
49. Segura Grau A, Joleini S, Díaz Rodríguez N, Segura Cabral JM. Ecografía de la vesícula y la Vía Biliar [Internet]. Elsevier; 2016 [cited 2023 Dec 07]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-ecografia-vesicula-via-biliar-S113835931400375X>
50. Almirante B, Pigrau C. Colangitis aguda. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2010;28:18–24. doi:10.1016/s0213-005x(10)70026-4
51. Vacca, Jr. VM. Hernia inguinal. La Lucha contra la profusión. Nursing (Ed española). 2018;35(2):26–33. doi:10.1016/j.nursi.2018.03.009
52. Arap Jorge Abraham. Hernias inguinales y crurales (hernias de la ingle). Rev Cubana Cir [Internet]. 2009 Jun [citado 2023 Dic 09] ; 48(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000200010&lng=es.
53. Carrera Laureán Narda, Camacho López Marcos Raúl. Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus. Cir. gen [revista en la Internet]. 2018 Dic [citado 2023 Dic 09] ; 40(4): 250-254. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992018000400250&lng=es.

54. Olea J. M., Díaz-Caballero A., Vicens C., Cuadrado A., Valentí V., Pastor C.. Cirugía mínimamente invasiva de la hernia inguinal. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2005 [citado 2023 Dec 11]; 28(Suppl 3): 41-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000600006&lng=es
55. Gil Romea I, Moreno Mirallas M, Deus Fombellida J, Mozota Duarte J, Garrido Calvo A, Rivas Jiménez M. Obstrucción intestinal [Internet]. Elsevier; 2001 [cited 2023 Dec 11]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-obstruccion-intestinal-13015326>
56. Mateu Calabuig G. ¿Bridas, adherencias o sinequias? *Cirugía Española*. 2018;96(9):600–1. doi:10.1016/j.ciresp.2018.06.011
57. Roberts P. Adherencias abdominales [Internet]. U.S. Department of Health and Human Services; 2019 [cited 2023 Dec 12]. Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/adherencias-abdominales>