



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL
CENTRO MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO
TÁVARA” 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

BRUNELLA ALEJANDRA ORTEGA PÉREZ-VILLARREAL

ASESOR

FERNANDO LIBERATO FELLES

LIMA- PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL HOSPITAL CENTRO
MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA” 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

BRUNELLA ALEJANDRA ORTEGA PÉREZ-VILLARREAL

ASESOR

DR. FERNANDO LIBERATO FELLES

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dra. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: Dra. Cynthia Legna Huby Muñoz

Miembro: Dra. Maria Elena Castro Vallejo

DEDICATORIA

En primer lugar, quiero dedicarle este trabajo a Daniela, mi pequeña hija, mi motor de vida. Te agradezco, hija mía, por entender que mamá tenía que estar fuera de casa por largas horas – a veces, días - y, aun así, recibirme en casa con esa carita que desborda emoción y preguntándome sobre los pacientes del hospital. Daniela, tú eres la mayor motivación que pueda existir en el mundo para ser mejor persona, madre y médico. Te amo.

A mis padres, Marco y Patricia, mis incondicionales. Por ustedes he podido ser lo que anhelé desde que era una niña: un médico. Han estado conmigo en todo momento, en la dicha y en la adversidad, entregándome de su parte todas las herramientas y asistencias para ser yo una mujer de éxito. Estaré eternamente en deuda con ustedes dos.

A mis hermanos: Romina y Renato. Los tres poseemos mentes tan disímiles, siendo no un motivo de ser ajenos uno del otro, más bien, genera que tengamos un panorama más amplio sobre la vida. El amor que sentimos entre nosotros nos une y unirá de forma perenne.

Finalmente, a Capuchino, mi fiel mascota. Recordaré las madrugadas de estudio durante estos largos años de carrera, en que solo tú me acompañabas. Vivirás siempre en mi corazón.

AGRADECIMIENTO

Al Hospital Centro Médico Naval, por permitirme ser interna de su dichosa sede. Siempre tendré presente que fue en el CEMENA en donde básicamente me convertí en médico.

A sus asistentes y residentes – tanto militares como civiles -, por enseñarme con la mayor dedicación e ímpetu, y pulir pequeños detalles para mi formación como médico-cirujano. Y a los pacientes, porque sin ellos, no habría sobre qué aprender, qué tratar ni qué motivarnos.

A la Facultad de Medicina Humana de la Universidad San Martín de Porres, por brindarnos profesores de alta calidad desde el primer año de la carrera, quienes emanan con conocimientos científicos desde lo más profundo de nuestro ser, generando que la medicina forme parte de nosotros mismos.

Contenido

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	1
I. 1. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA	1
Caso clínico Nro. 1: Gastroenteritis	1
Caso clínico Nro. 2: Infección del tracto urinario.....	2
I. 2. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL	4
Caso clínico Nro. 1: Fístula anal	4
Caso clínico Nro. 2: Hernia inguinal.....	5
I. 3. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA.....	7
Caso clínico Nro. 1: Celulitis	7
Caso clínico Nro. 2: Trastorno adaptativo o reacción situacional	8
I. 4. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.....	11
Caso clínico Nro. 1: Embarazo ectópico roto.....	11
Caso clínico Nro. 2: Embarazo molar	12
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA ..	14
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	15
III.1. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA	15
Caso clínico Nro.1: Gastroenteritis	15
Caso clínico Nro.2: Infección del tracto urinario.....	16
III.2. ROTACIÓN DE CIRUGIA GENERAL	17
Caso clínico Nro.1: Fístula anal	17
Caso clínico Nro.2: Hernia inguinal.....	17

III.3. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA	19
Caso clínico Nro.1: Celulitis	19
Caso clínico Nro.2: Trastorno adaptativo o reacción situacional	19
III.4. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA	21
Caso clínico Nro.1: Embarazo ectópico roto.....	21
Caso clínico Nro.2: Embarazo molar	22
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....	24
CONCLUSIONES.....	28
RECOMENDACIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	30

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN EL HOSPITAL CENTRO MÉDICO NAV
AL "CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVA
RA"**

AUTOR

**BRUNELLA ALEJANDRA ORTEGA PÉREZ
-VILLARREAL**

RECuento de palabras

10691 Words

RECuento de caracteres

58821 Characters

RECuento de páginas

45 Pages

Tamaño del archivo

114.8KB

Fecha de entrega

Apr 14, 2023 12:58 PM GMT-5

Fecha del informe

Apr 14, 2023 12:59 PM GMT-5

● **9% de similitud general**

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

- 9% Base de datos de Internet
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

Mg. FERNANDO, LIBERATO FELLES

ASESOR

DNI: 06183815

ORCID: 0009-0000-3160-8156

RESUMEN

El internado médico es la última etapa del pregrado de la carrera de Medicina Humana, en donde los conocimientos de los seis años previos se ponen en práctica en la sede hospitalaria durante – en teoría – doce meses. Es aquí en que el interno de medicina va a poder familiarizarse en el entorno hospitalario y adquirir las habilidades y destrezas necesarias como futuro médico-cirujano: realizar procedimientos básicos, diagnosticar y tratar enfermedades.

Este se divide en cuatro rotaciones: Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna y Ginecología-Obstetricia, pues se busca que el interno tenga las competencias elementales sobre cada una de estas especialidades.

El presente trabajo consta de ocho casos clínicos del Hospital Centro Médico Naval durante el Internado 2022, que inició el junio de 2022 y culminó el 31 de marzo de 2023. Son dos casos clínicos por cada rotación – mencionadas anteriormente-, los cuales fueron escogidos por la alta prevalencia en la población o por interés personal del interno. Además, se describirá al Hospital CEMENA y la experiencia de realizar un internado en época de pandemia por la SARS-CoV-2.

ABSTRACT

The Medical Internship is the last stage of the undergraduate course in Human Medicine, where the knowledge of the previous six years are put into practice at the hospital headquarters during – in theory – twelve months. It is through this that the medical intern will be able to become familiar with the hospital environment and acquire the necessary skills and abilities for a future doctor-surgeon: to perform basic procedures, diagnose and treat diseases.

There are four rotations: Pediatrics, General Surgery, Internal Medicine and Gynecology-Obstetrics, since it is sought that an intern has the basic skills in each of these specialties.

This paper consists of eight clinical cases from the Naval Medical Center Hospital during the 2022 Internship, which began in June 2022 and ended in March 31, 2023. There are two clinical cases for each rotation -mentioned above-, which were chosen by the high prevalence in the population or a personal interest of the medical intern. In addition, the CEMENA Hospital - Callao headquarters - and the experience of conducting an internship in times of the SARS-CoV-2 pandemic, will be described.

INTRODUCCIÓN

El internado médico es la última etapa del estudiante de Medicina Humana, que es fundamental y obligatorio para su desarrollo preprofesional, ya que todos los conocimientos durante los primeros seis años de carrera – tres años de preclínica y tres años de clínica-, serán consolidados para tener las competencias necesarias al finalizar el pregrado y empezar con los conocimientos elementales como médicos generales. Este se divide en cuatro rotaciones: Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna y Ginecología-Obstetricia.

En teoría, el internado tiene una duración de doce meses, pero debido a la pandemia del SARS-CoV-2, esto ha cambiado. El 15 de marzo del año 2020, se declaró Estado de Emergencia en Perú, dejando a los internos de medicina en la incertidumbre. Cinco meses después, se publicó un Decreto Supremo Nro. 090-2020, en donde se dispuso la reanudación de las actividades de los internos de ciencias de la salud a partir del 15 de agosto de 2020 (1). Un día antes de la reanudación, hubo una publicación del Ministerio de Salud del Perú: la Resolución Ministerial Nro. 622-2020, en donde se aprobó el Documento Técnico sobre los lineamientos para la reanudación de las actividades de los internos. Allí se anunció que el interno será contratado por el MINSa, a través de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos (OGGRH), por lo que tendrá una remuneración, cobertura de seguros y equipos de protección personal brindado por el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES). Además, debido al Estado de Emergencia, el MINSa puso a disposición los establecimientos de primer nivel, I-3 y I-4, para que los internos tuvieran acceso a un lugar cerca a su domicilio para culminar el internado, evitando así exponerse al contagio de SARS-CoV-2 al desplazarse por largas horas. Los horarios eran específicos, se asistía de lunes a sábados por seis horas por quince días del mes, los otros quince días se descansaba. La excepción de ello eran las guardias diurnas de 7:00 a 19:00, siendo un máximo de dos guardias mensuales (2). El Internado Médico 2020 finalizó el 30 de abril de 2021 (3).

La siguiente promoción, es decir, la del 2021-2022, tuvo de inicio su internado en el mes de julio de 2021 a abril de 2022. Básicamente los lineamientos eran

los mismos que el año anterior, en donde el interno seguiría teniendo la misma remuneración – setecientos setenta nuevos soles-, un seguro de salud y de vida. La duración seguía siendo de diez meses, rotando la mitad en un centro de salud y la otra mitad en un hospital (4).

El internado médico 2022-2023 fue diferente a las dos últimas promociones, ya que la mayor parte de la población peruana ya estaba vacunada con dos o más dosis (5). La pandemia se había vuelto nuestra nueva normalidad, por lo que ahora se tenía que asistir durante todo el mes y la remuneración bajaba a cuatrocientos nuevos soles. El Internado Médico seguía teniendo una duración de diez meses para poder nivelarse con unas promociones más, para que, llegado el momento, el internado sea de enero a diciembre, como ha sido siempre. Los internos del MINSA seguían teniendo una rotación dividida en centros de salud y establecimientos de salud de tercer nivel. El internado comenzó el 1 de mayo de 2022 para los internos del MINSA, a excepción del Hospital Naval que fue el 1 de junio de 2022 (6).

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

A continuación, se presentarán dos casos por cada especialidad en el siguiente orden: Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna y Ginecología-Obstetricia.

I. 1. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

La primera rotación fue la de Pediatría. Fue del 1 de junio de 2022 al 14 de agosto de 2022. Se dividió en Pediatría (62 días) y Neonatología (13 días), en donde se acudió a hospitalización, emergencia y consultorio.

Caso clínico Nro. 1: Gastroenteritis

Paciente pediátrica de sexo femenino, de 2 años, acude a emergencia acompañada de su madre quien refiere que su hija presentó fiebre de 38.5 °C que no cede con antipiréticos asociada a cuatro vómitos, por lo que fue llevada a emergencia el día anterior, en donde se le hizo tolerancia oral, se le administró metamizol IM¹ y se le dio de alta. Sin embargo, a las seis horas regresa a emergencia, ya que la menor vomitó las galletas que comió, la fiebre persistía y además presentó una deposición líquida sin moco ni sangre de color oscuro de olor fétido.

Sus funciones biológicas fueron apetito: conservado, sed: aumentada, orina: conservada, deposiciones: aumentada, sueño: disminuido, peso: disminuido.

Los antecedentes personales fueron RNAT² de 40 semanas por Capurro por cesárea. Lactancia materna exclusiva por seis meses. Desarrollo psicomotor en rangos normales según el mes de edad. Inmunizaciones completas hasta el primer año. No enfermedades, hospitalizaciones ni cirugías.

Al examen físico, las funciones vitales fueron la FC³: 133 lpm⁴, FR⁵: 21 rpm⁶, T: 36.9 °C (hace 30 minutos recibió metamizol IM). El aspecto general fue AREG⁷,

¹ IM: Intramuscular.

² RNAT: recién nacido a término.

³ FC: frecuencia cardíaca.

⁴ Latidos por minuto.

⁵ FR: frecuencia respiratoria.

⁶ Respiraciones por minuto.

⁷ AREG: aparentemente regular estado general.

AMEH⁸, AMEN⁹. Piel: levemente seca, signo del pliegue: desaparece lentamente, llenado capilar menor de dos segundos, ojos levemente hundidos. TCSC¹⁰: sin edemas. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no rales. Cardiovascular: ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos. Abdomen: blando, depresible. RHA¹¹ incrementados, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalia. Genitourinario: PRU¹²: negativo, PPL¹³: negativo. SNC¹⁴: estado de consciencia alerta, conectada con el entorno; estado metal sin alteraciones; sin signos meníngeos.

El plan de trabajo fue realizar exámenes de laboratorio, cuyos resultados fueron leucocitos: $18 \times 10^3 \text{ mm}^3$ y PCR: 48.03 mg/dl. La reacción inflamatoria en heces: consistencia: líquida, leucocitos: > 100 por campo, PMN¹⁵: 90, MN¹⁶: 10, hematíes: 1-2 por campo. Por lo que el médico de guardia indicó: 1) NPO¹⁷, 2) NaCl 0,9% 250 ml EV¹⁸ STAT¹⁹, 3) dextrosa 5% 1000 ml + NaCl 20% 40 ml + KCl 20% 10 ml, en 44 cc/h. 4) Dimenhidrinato 15 mg EV, Ranitidina 15 mg EV cada 6 horas y 5) se hospitaliza para tratamiento antibiótico EV.

El tratamiento fue ceftriaxona 450 mg cada 12 horas por 5 días. Luego, suspende y se le añade cefuroxima 250 mg / 5 ml: 3 ml VO cada 12 horas por 3 días.

La evolución fue favorable, al quinto día de su internamiento fue dada de alta y se le deja antibióticos VO²⁰ para continuar el tratamiento en casa.

Caso clínico Nro. 2: Infección del tracto urinario

Paciente de sexo femenino, de 8 meses de edad, acude a emergencia pediátrica acompañada de su madre, quien refiere que la menor presentó múltiples

⁸ AMEH: aparentemente mal estado de hidratación.

⁹ AMEN: aparentemente mal estado nutricional.

¹⁰ TCSC: tejido celular subcutáneo.

¹¹ RHA: ruidos hidroaéreos.

¹² PRU: puntos renoureterales.

¹³ PPL: puño percusión lumbar.

¹⁴ SNC: sistema nervioso central.

¹⁵ PMN: polimorfonucleares.

¹⁶ MN: mononucleares.

¹⁷ Viene del latín: "nil per os", cuyo significado es "nada por vía oral".

¹⁸ EV: endovenoso.

¹⁹ Proviene del latín *statim*, que significa "urgente" o "inmediatamente".

²⁰ VO: vía oral.

episodios de fiebre que oscilaban entre los 38 – 39.5 °C desde hace 19 horas aproximadamente, que no cede con el metamizol ni con medios físicos.

Los antecedentes natales fueron RN postérmino de 42 semanas por Capurro por parto eutócico, teniendo un peso de 3600 gramos y una talla de 50 cm al nacer, sin complicaciones. Tuvo lactancia materna exclusiva, la alimentación complementaria inició a partir de los 6 meses. El desarrollo psicomotor dentro de los parámetros normales. Inmunizaciones completas para la edad.

El único antecedente patológico fue una infección del tracto urinario de hace un mes, por el cual tuvo que hospitalizarse.

Las funciones vitales al momento del triaje fueron FC: 180 lpm, FR: 60 rpm, T: 37.5 °C, peso: 7.3 kg. El examen físico sin alteraciones.

Se le realizó exámenes laboratoriales de sangre y orina. Recuento de leucocitos dentro del rango normal, sedimento urinario: leucocitos: 12-15 por campo, hematíes: 0-2 por campo, gérmenes: escasos. Sin embargo, se encuentra en el historial de los exámenes de laboratorio de la paciente, un urocultivo tomado diez días atrás, en donde se aisló *Escherichia coli*.

El diagnóstico fue una infección del tracto urinario, por lo que se le hace antibioticoterapia con amikacina, previa toma de muestra para urocultivo. A los cuatro días, salió el resultado del urocultivo, en el que se aisló nuevamente *Escherichia coli*, esta sensible a varios antibióticos, entre ellos, a la amikacina, por lo que se continúa con dicho tratamiento.

Durante la hospitalización, se realizó una ecografía renal para descartar hidronefrosis, cicatrices renales y otras patologías relacionadas. La impresión diagnóstica fue que ambos riñones no tenían malformaciones ni lesión alguna.

La evolución fue favorable y su alta médica fue dada a los cinco días, ya que la paciente se encontraba afebril desde el segundo día de hospitalización. En el último papel de indicaciones médicas, se suspendió la amikacina endovenosa, cambiándola por la intramuscular por dos días para completar el esquema de tratamiento.

I. 2. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

La rotación de Cirugía General inició el 15 de agosto de 2022 y culminó el 30 de octubre de 2022. Se subdivide en Cirugía General (41 días), Traumatología (21 días) y Urología (10 días). Se acude a hospitalización y emergencia (en donde también se ven casos de Neurocirugía, Otorrinolaringología y Oftalmología).

Caso clínico Nro. 1: Fístula anal

Paciente de sexo masculino de 35 años. Refiere que hace ocho meses presenta una pústula en la región perianal, la cual fue drenada en el Policlínico de Ancón. A los 15 días aproximadamente, presenta sensación de humedecimiento en la región perianal, por lo que desde esa fecha utiliza gasas para no mojar su ropa interior.

Las funciones biológicas, apetito: conservado, sed: conservada, sueño: conservado, orina: sin alteraciones, deposiciones: irregular, defeca cada dos a cuatro días, Bristol tipo 2-3. Sin antecedentes patológicos de importancia. Niega intervenciones quirúrgicas. No RAMs²¹. No utiliza medicamentos habituales.

Al examen físico, las funciones vitales sin relevancia clínica. Apariencia: AREG, AREH, AREN. Piel: tibia, húmeda elástica, llenado capilar menor de dos segundos. Abdomen: móvil a la respiración, blando, depresible, RHA presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Genitourinario: PPL (-), PRU (-). Rectal: granuloma de 0,8 cm de diámetro a 2 cm aproximadamente del introito anal con secreciones serohemáticas. Dolorosa a la palpación superficial. Tacto rectal diferido. SNC: LOTEP²², escala de Glasgow 15/15, no signos meníngeos.

El diagnóstico del paciente fue clínico, una fístula anal. Durante la hospitalización, se amplió su estudio, mediante una fistulograma, en donde se evidenció que había un pasaje anormal del contraste a través de la fístula, sin poder concluir si era anterior o posterior, ya que se encontraba a las 03:00 horas en posición mahometana según la regla de Goodsall.

²¹ RAM: reacción alérgica medicamentosa.

²² LOTEP: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona.

La intervención quirúrgica fue una fistulectomía. No hubo complicaciones posoperatorias.

Caso clínico Nro. 2: Hernia inguinal

Paciente de sexo masculino, de 66 años. Refiere que desde hace seis meses aproximadamente nota presencia de masa que protruye en región inguinal, pequeña, que incrementaba con la actividad física. Con el transcurso de meses, la masa aumenta de tamaño y no logra reducirse. Hace un mes, se agregan episodios de dolor inguinal tipo punzante, de leve intensidad, el cual remite espontáneamente.

Antecedentes patológicos: HTA²³ (-), DM²⁴ (-), HBP²⁵ diagnosticada en junio de 2022, hernia de disco lumbar L4-L5 diagnosticado en el 2019. No RAMs. Sin medicación habitual. Intervenciones quirúrgicas: reducción cruenta + osteosíntesis de pulgar de mano izquierda por fractura por PAF²⁶ (1990) y varicocelelectomía (2015). Antecedentes familiares: madre con neoplasia maligna de páncreas, padre con diabetes mellitus tipo 2 y hermano mayor con neoplasia maligna de pulmón.

Al examen físico, las funciones vitales sin alteraciones. Peso: 59 kg, talla: 1.65 m, IMC: 21.7 kg/m². Apariencia: AREG, AREH, AREN. Piel: tibia, húmeda y elástica. Llenado capilar menor de dos segundos. Tórax: murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Amplexación conservada. Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes. Abdomen: globuloso. RHA presentes, propulsivos, de buen tono e intensidad. Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Región inguinal: pérdida de simetría del área inguinal por protrusión de masa izquierda de aproximadamente 5x6 cm de diámetro, reductible, incoercible, levemente dolorosa y que aumenta con Valsalva. Anillo de aproximadamente 3 cm de diámetro. Genitourinario: PPL (-), PRU (-), no globo vesical. SNC: Glasgow 15/15. LOTEPE.

²³ HTA: hipertensión arterial.

²⁴ DM: diabetes mellitus.

²⁵ HBP: hiperplasia benigna de próstata.

²⁶ PAF: Proyecto de Arma de Fuego.

El paciente ya contaba con exámenes laboratoriales, ya que se trata de una intervención quirúrgica programada. Hemograma: Hb: 14,9 mg/dl, Hto: 44.7%, plaquetas: 245.000, leucocitos: 4800. Perfil de coagulación: tiempo de sangría: 2.30, tiempo de coagulación: 5.00. Grupo y factor: B Rh (+). Bioquímica: glucosa: 108 mg/dl, urea: 26.5 mg/dl, creatinina: 0.74 mg/dl. Serológicos no reactivos. Examen de orina todo en el rango normal.

El paciente fue diagnosticado de una hernia inguinal izquierda, por lo que fue intervenido quirúrgicamente con una hernioplastia convencional tipo Lichtenstein. En el periodo postoperatorio no hubo complicación alguna.

I. 3. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Esta rotación tuvo de inicio el 31 de octubre de 2023 y de fin el 15 de enero de 2023. Es aquí en donde al paciente se le estudia con más detalle, es decir, en forma holística, e a diferencia de otras especialidades.

Caso clínico Nro. 1: Celulitis

Paciente de sexo femenino de 47 años, natural de Piura, procedente del Callao, refiere que le creció una “extensión de piel” a nivel del lecho ungueal del quinto dedo de la mano izquierda, razón por la cual, se la arrancó ella misma. A los días, presentó en dicha región un dolor tipo punzante de intensidad 5/10, con aumento de volumen con cambio de coloración. Entonces, la paciente empezó a aplicarse soluciones mentoladas, lo que generó que el aumento del volumen sea mucho más evidente. Por este motivo, acude a emergencia por primera vez, en donde se le indicó tomar medicamentos, no recuerda cuáles. Pese a cumplir con tratamiento, al no notar mejoría, acude a emergencia en 3 oportunidades donde le indican continuar con medicación. La paciente nota que el aumento de volumen se extiende hasta el dorso de la mano izquierda y se agrega una coloración tipo-negrusca. Por lo acude a emergencia nuevamente, en donde se le hospitaliza.

Antecedentes patológicos: diabetes mellitus tipo 2 desde hace diez años. Cirugías previas: histerectomía en el 2015 y colecistectomía laparoscópica en el 2015. Medicamentos de uso frecuente: Trayenta Duo 2.5 mg/850 mg (Linagliptina + Metformina) en desayuno y almuerzo.

Antecedentes familiares: padre fallecido por coma diabético, abuela y tía maternas fallecidas por cáncer de útero.

Al examen físico, funciones vitales conservadas, talla: 1.50 m, peso: 50 kg, IMC: 26.56 kg/m². AREG, AREN, AREH. Piel: tibia, húmeda, elástica. Llenado capilar menor de dos segundos. No palidez, no cianosis, no ictericia. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, sin ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, sin soplos. Abdomen: blando, depresible. RHA (+), sin dolor a la palpación superficial ni

profunda. SOMA²⁷: la mano izquierda con eritema y aumento de volumen en quinto dedo. Flogosis ++/+++, dolor a la digitopresión, lecho necrótico de 0.5 cm de diámetro en cara interna de región ungueal. SNC: LOTEF. Glasgow 15/15.

El diagnóstico de ingreso fue celulitis del quinto dedo de la mano izquierda. Siendo el plan de trabajo: análisis laboratoriales, radiografía de la mano izquierda para descartar compromiso óseo y hospitalización para llevar el manejo con antibioticoterapia endovenosa.

Durante la hospitalización, se realizaron dos exámenes de imágenes:

- Ecografía de la mano izquierda (quinto dedo): colección laminar en el plano subcutáneo de la porción distal del quinto dedo. Requiere correlación clínica. Tendinosis del flexor propio del quinto dedo.
- Radiografía de la mano izquierda: se evidencia aumento de tejido blando alrededor del quinto dedo. No se evidencia de signos de osteomielitis.

Se le solicitó un UFC²⁸ + antibiograma para poder comprobar si el tratamiento empírico con meropenem era el adecuado. El resultado del antibiograma salió a los siete días, siendo resistente a este, por lo que se le modificó el tratamiento a ceftriaxona y claritromicina.

Caso clínico Nro. 2: Trastorno adaptativo o reacción situacional

Paciente de 23 años, de sexo femenino, natural y procedente de Lima. Fue evacuada de BAP²⁹ Aguirre, debido a que el personal de enfermería reportó que se encontraba lábil emocionalmente y ansiosa, por lo que se decidió llevarla al CEMENA. La paciente refirió que, en la noche del día anterior, ingirió cinco pastillas de diferentes medicamentos - que no recuerda cuáles exactamente - en su domicilio, por lo que, al ser encontrada inconsciente por su conviviente, fue llevada a un hospital en donde se le realizó un lavado gástrico. Posteriormente la paciente solicitó alta voluntaria, justificando que tuvo ese reaccionar por problemas familiares y laborales. Tiene el antecedente que hace un mes tuvo un

²⁷ SOMA: sistema osteomioarticular.

²⁸ UFC: Unidades Formadoras de Colonias.

²⁹ BAP: Buque de la Armada Peruana.

aborto espontáneo, según consta en la historia clínica de la paciente. El diagnóstico al ingreso fue reacción situacional.

Al ser internada en el Hospital CEMENA, la paciente se encontraba lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Aseo personal y vestimenta adecuada según la estación. Su lenguaje era fluido, claro y coherente. Funciones básicas y superiores conservadas.

Se le realizó una interconsulta con psicología. Los resultados fueron que tiene poco control de sus impulsos sin medir las consecuencias de sus actos; socialmente se muestra reservada, pero busca constantemente la aceptación del grupo, siendo vulnerable a las críticas presentando sentimientos de inseguridad, lo cual genera conflictos en el ámbito laboral; al momento de la evaluación, no presenta indicadores de ansiedad y depresión clínicamente significativos.

En el tercer día de la hospitalización, la paciente comentó que se sentía deprimida por tres motivos: la primera, por una situación de maltrato y acoso por un alumno de tercer año, a quien la Institución le dio de baja. Actualmente dicho caso se encuentra en la vía judicial. Los compañeros de su dependencia actual la molestaban diariamente refiriendo que “ellos deben tener cuidado con ella para que no les den de baja”, a pesar de carecer de confianza con ellos. En segundo lugar, su madre está con cáncer al igual que su padre y ella tiene que ver por la salud de sus progenitores, debido a que su hermano menor un adolescente. Por último, años atrás el ginecólogo le había mencionado que no podría tener hijos – no recuerda el diagnóstico -. Sin embargo, pudo quedar embarazada, lo que le llenó de sentimientos positivos, no obstante, un mes atrás tuvo un aborto espontáneo.

El primer día de su hospitalización, se le administró:

- Clonazepam 2 mg VO cada 12 horas
- Olanzapina 10 mg VO STAT
- Midazolam 15 mg IM PRN agitación psicomotriz + sujeción mecánica

Después cambió su medicación a:

- Clonazepam 0.5 mg VO 1 tab a las 09:00 horas y 16:00 horas
- Fluoxetina 20 mg VO 1 tab a las 09:00 horas y 16:00 horas

- Valproato sódico 500 mg VO a las 16:00 horas

I. 4. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

La última rotación comenzó el 16 de enero de 2023 y terminó el 31 de marzo de 2023. En esta rotación se acude a consultorio, hospitalización y emergencia tanto de Ginecología y Obstetricia.

Caso clínico Nro. 1: Embarazo ectópico roto

Paciente de sexo femenino de 32 años, refiere que desde hace ocho horas presenta dolor en hemiabdomen inferior, que no le permite caminar. Añade también malestar general. Hace cinco horas, presenta sangrado escaso rojo oscuro y cansancio. Debido a la persistencia del sangrado y la intensificación del dolor abdominal, acude a emergencia.

Niega antecedentes patológicos de importancia. No RAMs. No medicación habitual.

Los antecedentes ginecológicos fueron menarquia: 12 años, PRS³⁰: 18 años, NPS³¹: 2, G3 P2002. Las intervenciones quirúrgicas: cesárea segmentaria transversa primaria por trabajo de parto disfuncional, cuyo producto fue un recién nacido a término de sexo masculino de 3490 gramos (2015); y otra cesárea segmentaria transversa iterativa por pródromo de trabajo de parto y cesárea anterior una vez, con un recién nacido a término de sexo masculino que pesó 3560 gramos (junio de 2022).

Al examen físico, las funciones vitales: FC: 105 lpm, FR: 21 rpm, Temperatura: 36.3 °C, SatO₂: 96% a FiO₂ 0.12. Piel y anexos: tibia, húmeda, elástica. Llenado capilar de 2 segundos. No edemas. Abdomen: distendido, cicatriz Pfannenstiel. RHA presentes, disminuidos en tono, intensidad y frecuencia. Doloroso a la palpación superficial y profunda, a predominio de fosa iliaca izquierda. Resistencia (+), rebote (+). Genitourinario: PPL (-), PRU (-). Cérvix cerrado, sangrado escaso activo. SOMA: tono conservado. Disminución de la fuerza en ambos miembros inferiores. Uso de silla de ruedas en emergencia, debido al

³⁰ PRS: primera relación sexual.

³¹ NPS: número de parejas sexuales.

dolor intenso. SNC: somnolienta, activa y reactiva a estímulos. LOTEP. Escala de Glasgow: 14/15.

Se solicita B-HCG cuyo resultado fue 937 mUI/ml, por lo que se realiza una ecografía transvaginal, en donde se apreció líquido libre en cavidad y una tumoración en la trompa izquierda.

La paciente se hospitaliza y se le prepara para SOP³². La cirugía realizada fue laparoscopia exploratoria + resección de la tumoración en el 1/3 medio de la trompa izquierda por embarazo ectópico roto + resección en cuña de quiste paratubárico en trompa derecha + lavado de cavidad + colocación de dren tubular + hernioplastia umbilical.

Al quinto día postoperada, se le retira el dren tubular y es dada de alta. Sin complicaciones médicas.

Caso clínico Nro. 2: Embarazo molar

Paciente de sexo femenino, de 38 años, procedente de San Juan de Lurigancho, de ocupación militar, acude el 06/03/23 a la emergencia de Ginecología-Obstetricia, debido a que hace trece días, presentó sangrado vaginal. Este fue de inicio brusco y de curso progresivo. Hace dos días, se realizó una ecografía transvaginal en una clínica particular, en la que se concluyó la existencia de un embarazo no evolutivo. Ahora el sangrado es ocasional y escaso, y presenta un dolor tipo cólico en el hemiabdomen inferior.

Los antecedentes ginecológicos: FUR³³: 04/01/23, RC³⁴: 2-5 / 28 días, MAC³⁵: niega. Niega patologías, intervenciones quirúrgicas y RAMs. Solo ha sido hospitalizada en el 2009 por un parto eutócico de un RNAT de sexo femenino, de 3680 gramos, sin complicaciones.

³² SOP: sala de operaciones.

³³ FUR: fecha de última regla.

³⁴ RC: régimen catamenial.

³⁵ MAC: método anticonceptivo.

El examen físico, ella no presentó alteraciones. Genitourinario: tacto vaginal, en donde el cérvix estaba cerrado, posterior, de consistencia indurada, sin sangrado ni leucorrea.

Se solicitó un B-HCG, siendo esta de 190'885 mUI/ml y una ecografía transvaginal, en donde se observó un útero aumentado de tamaño con endometrio engrosado e irregular de hasta 30 mm. Ecogenicidad heterogénea con presencia de líquido hipoeoico y múltiples vesículas. Se concluyó que los hallazgos ecográficos son sugestivos de un embarazo molar.

El diagnóstico de ingreso fue aborto retenido D/C embarazo molar. Al ingresar a su habitación, se le colocó dos tabletas de misoprostol sublingual. Fue examinada un par de horas después y no había cambios cervicales ni sangrado vaginal, dedo de guante limpio. Ocho horas después, se le volvió a dar otras dos tabletas, presentando esta vez sangrado escaso y OCI cerrado. Por lo que se emitió una orden para SOP: legrado uterino. Ese mismo día se le realizó el procedimiento, en cuyo hallazgo operatorio fue contenido endouterino con múltiples formaciones vesiculares en regular cantidad, confirmándose así la patología: mola hidatiforme.

La B-HCG postoperatorio inmediato fue de 69'799 mUI/ml, y en los días posteriores, 17'049 mUI/ml (09/03/23) y 2'239 mUI/ml (15/03/23), evidenciándose así su descenso gradual. Se le indica el alta médica a los dos días post legrado.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” se encuentra en la Avenida República de Venezuela S/N, en el distrito de Bellavista, perteneciente a la provincia constitucional del Callao. Esta institución prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) pertenece al Nivel III-1, debido a que cuenta con subespecialidades, UCI, hemodiálisis, radioterapia, sala híbrida, entre otros (7).

La cartera de servicios del CEMENA cuenta con más de treinta especialidades: cardiología, cirugía de mamas, cirugía de cabeza y cuello, cirugía general, cirugía plástica, cirugía pediátrica, cirugía de tórax y cardiovascular, dermatología, endocrinología, ginecología, gastroenterología, traumatología, geriatría, hematología, medicina general, medicina física, neurología, neurocirugía, neumología, nefrología, neuropsicología, obstetricia, optometría, otorrinolaringología, oftalmología, oncología, pediatría, psiquiatría, psicología, reumatología, urología y odontología. Además, dentro de sus instalaciones tienen exámenes imagenológicos como ecografías, radiografías y mamografías -en el tercer piso- y un pabellón exclusivamente de resonancia magnética y tomografía (8).

Durante la primera y segunda ola de la pandemia, los servicios sanitarios del hospital se limitaron, enfocándose únicamente en las emergencias de adultos, gineco-obstétricas y pediátricas, y en los pacientes sintomáticos moderado a severos de COVID-19 que necesitaban hospitalizarse para tener la posibilidad de sobrevivir. Las consultas ya no eran presenciales, se dio paso a la telemedicina. Toda operación que no era una emergencia, por ejemplo, una colecistitis crónica calculosa o hernia inguinal no encarcelada ni estrangulada, iban a estar en una espera indeterminada (9).

Desde el 2022, se ha estado normalizando la atención sanitaria, tal como era antes de la pandemia, habiendo nuevamente hospitalizaciones en las diferentes especialidades, programaciones para SOP y consultorio externo presencial.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso clínico Nro.1: Gastroenteritis

La enfermedad diarreica aguda (EDA) es la presencia de deposiciones líquidas o semilíquidas, con tres o más cámaras dentro de las 24 horas. Se clasifica según su duración, pudiendo ser aguda – cuando es menor de 14 días – o crónica – a partir de los 14 días. Esta enfermedad, que conlleva a una deshidratación y desnutrición, es uno de los motivos más frecuentes por el que el paciente pediátrico acude a emergencia (10).

En el caso clínico, la madre lleva a la niña a emergencia debido a que presenta fiebre alta – que no ceden a antipiréticos – y una deposición líquida sin moco ni sangre aparente. Se realizó una reacción inflamatoria en heces, cuyos resultados fueron la presencia de más de 100 leucocitos y 1-2 hematíes por campo. Por lo que se trata de una diarrea disentérica, pues es una diarrea con sangre, presencia de fiebre elevada y mal estado general. La etiología por la que más se sospechó fue *Shigella* sp., no solo porque es una de las más frecuentes en la población pediátrica, sino por la fiebre alta y el compromiso del estado general, además del tipo de deposiciones (10).

Cuando se presenta un niño con diarrea, se tiene que hacer una evaluación del estado de hidratación. En el examen físico se evidenció ojos levemente hundidos y el signo del pliegue que desaparece lentamente. Según la teoría, cuando presenta dos o más signos del Plan B, significa que tiene una deshidratación y se debe seguir en un plan terapéutico, que es la terapia de rehidratación oral (TRO). Pero, en este caso, el paciente no toleraba alimentos ni líquidos, y encima tiene una diarrea considerada “de riesgo” que es la disentérica, por lo que debe hospitalizarse (11).

El tratamiento empleado para la shigelosis fue la ceftriaxona, con la cual hubo la esperada resolución del cuadro. También pudo utilizarse ciprofloxacino, amikacina o cualquier cefalosporina de tercera o cuarta generación (12).

Caso clínico Nro.2: Infección del tracto urinario

La infección urinaria es una de las patologías más habituales en pediatría, tanto en consultorio externo como emergencia. En general, esta suele ser más frecuente en mujeres, a excepción en los primeros 3 meses de vida en que la incidencia es mayor en el sexo masculino (13).

El caso clínico se trata de una lactante de sexo femenino de 8 meses que presenta fiebre, por lo que podemos notar que contamos con dos factores de riesgo: el sexo y la edad. La fiebre es considerada un síntoma inespecífico, el cual suele estar presente en este cuadro. Si hay presencia de síndrome febril sin foco en un paciente pediátrico, en primer lugar, hay que sospechar de infección de tracto urinario y, por lo tanto, solicitar los exámenes laboratoriales necesarios para corroborar esta. Tras el examen de orina patológico -a expensas del resultado del urocultivo + antibiograma -, se confirma la infección del tracto urinario, iniciando el tratamiento empírico.

El agente más frecuente suele ser la *Escherichia coli* por lo que se tiene que elegir un tratamiento que cubra esta bacteria, como lo es la amikacina, como recibió la paciente (14). En los artículos más recientes, se aconseja el uso de este aminoglucósido como monoterapia, ya que tienen una efectividad del 99%, seguidas por las cefalosporinas de tercera generación cuya efectividad es del 96-98% (15) (16). Por lo que se puede concluir, que se otorgó el manejo más recomendable para dicha patología.

III.2. ROTACIÓN DE CIRUGIA GENERAL

Caso clínico Nro.1: Fístula anal

La fístula anorrectal, perianal o anal es un trayecto inflamatorio crónico entre el conducto anal o recto inferior y piel perianal. Estos se originan debido a una infección en las criptas glandulares del canal anal, a nivel de la línea pectínea, ocasionando un absceso en el espacio interesfintérico, que es el más frecuente. Existen otras causas como el trauma, la enfermedad inflamatoria que afecta la región perianal y la enfermedad inflamatoria intraabdominal que drena hacia la piel (17)(18). Esta es más frecuente en el sexo masculino, de cada dos o tres hombres, hay un caso en mujeres, sobre todo entre los 30 y 50 años (19). Se dice que tiene una estrecha relación con el antecedente de absceso perianal, en más del 30% (17)(20). Como es en este caso, que se trata de un paciente de sexo masculino de 35 años con la historia previa de un absceso que fue drenado semanas atrás.

La clínica de esta enfermedad es característica: dolor y drenaje de las secreciones (exudado), tal cual refirió el paciente en su historia clínica.

El tratamiento de elección es la fistulotomía, en donde se realiza un destechamiento del trayecto de la fístula, eliminando así los orificios primarios y secundarios. Las ventajas de esta son su recuperación rápida y pocos casos de recidivas (21). Sin embargo, al paciente no se realizó esta técnica, sino la fistulectomía, la cual consiste en la extracción de todo el trayecto fistuloso. La inconveniencia de esta última es que el tiempo de cicatrización es mayor y aumenta considerablemente el riesgo de lesionar el esfínter anal, ocasionando una incontinencia fecal (22).

Caso clínico Nro.2: Hernia inguinal

La hernia inguinal es una protrusión de una víscera – siendo el intestino delgado el más herniado - o tejido a través de un orificio o defecto de la pared abdominal. Este tipo de hernia es la más frecuente de todas -alrededor de un 75%- , de ahí le continúa en orden de frecuencia la hernia crural o femoral, la umbilical, la epigástrica e incisional (23).

La hernia inguinal se ve más en el sexo masculino – tres de cada diez hombres son diagnosticados por una hernia inguinal - y tiene dos picos de incidencia: durante la infancia y a partir de los cincuenta años de edad. Suele ser más frecuente en el lado derecho (23)(24).

Los factores de riesgo son todos los relacionados con el aumento de la presión intraabdominal: el sobrepeso u obesidad, estreñimiento, tos crónica, esfuerzo crónico para orinar o al levantar objetos pesados, embarazo; colagenopatías; sedentarismo; tabaquismo y la herencia genética (23)(25).

En este caso clínico, se trata de un paciente de sexo masculino de 66 años con antecedente de hiperplasia benigna de próstata recién diagnosticada. Por lo que los factores de riesgo de este individuo son ser hombre, tener más de cincuenta años y probablemente el esfuerzo crónico al orinar. Hay que recordar que, al inicio de la hipertrofia de próstata, va a haber también una hipertrofia del músculo detrusor para vencer la obstrucción y poder así miccionar; en la segunda fase, este músculo no va a poder con la obstrucción, pudiendo haber retención urinaria (26)(27).

El diagnóstico va a ser clínico en más del 95% de los pacientes, como es en este caso. Se va a palpar una masa en la zona inguinal, pudiendo esta ser dolorosa o no, y reductible o no. Es difícil diagnosticarlo de forma clínica en obesos mórbidos, adultos mayores o infantes.

La intervención quirúrgica que se realizó al paciente fue la adecuada y recomendada, ya que la hernioplastia anterior sin tensión tipo Lichtenstein es la técnica de elección por sus bajas tasas de recidivas a corto y largo plazo (28).

III.3. ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso clínico Nro.1: Celulitis

La celulitis es la inflamación en el tejido celular subcutáneo, lo que genera cambios en la circulación en el área afectada debido a bacterias – frecuentemente estreptococos del grupo beta hemolítico o estafilococo aureus – por lo que el manejo es con antibioticoterapia (29).

A la examinación, se evidencia el eritema, calor local e incluso edema. Los bordes no suelen ser definidos, a diferencia de la erisipela.

Existen circunstancias específicas en que el paciente debe ser hospitalizado como en el síndrome de shock tóxico, infección necrotizante, infección profunda, síndrome compartimental, inmunosupresión, entre otros. En estos casos, hay una probabilidad de una intervención quirúrgica (30). La paciente de caso clínico tenía una lesión necrótica en el lecho ungüal.

Según las guías, la paciente debía tener una terapia parenteral, por la rápida progresión del eritema y comorbilidades (diabetes mellitus) – tal como se manejó en el hospital Naval –. El tratamiento inicial puede ser vancomicina + cefepime o carbapenem + vancomicina. A la paciente solo se le administró carbapenem (meropenem), el cual es una alternativa para un adecuado tratamiento (30). Este medicamento fue cambiado a ceftriaxona + claritromicina (macrólido), porque el resultado del urocultivo se demostró su resistencia. *UpToDate* no recomienda los macrólidos por la resistencia y reservan el uso de ceftriaxona en los pacientes ambulatorios para que se les coloque una vez al día (30).

Caso clínico Nro.2: Trastorno adaptativo o reacción situacional

El trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales – ya sea depresión o ansiedad- debido a un factor estresante, el cual puede ser identificable por el propio paciente, que ocurre a los tres meses post exposición de estresor y tiene una duración no mayor de seis meses. En los casos que ocurre un evento agudo que actúa como un factor estresante - como es en este caso clínico, pues la paciente tuvo una pérdida gestacional en el primer trimestre

de embarazo-, el inicio puede verse de forma inmediata y suele tener una duración leve. El trastorno adaptativo se ve en el 5-20% de los pacientes ambulatorios de psiquiatría, siendo el diagnóstico más frecuente del consultorio de Psiquiatría (31).

El factor de riesgo es el medioambiental (31). Esta paciente, además del aborto, desde hace dos años labora en un ambiente hostil, el juicio contra su acosador aún continúa, y sus padres padecen cáncer.

Tener un trastorno de adaptación o también conocido como reacción situacional, se asocia con un aumento del intento suicida -tal como la paciente- y suicidios consumados (31,32). El duelo por el que está pasando, no es normal, sino es desproporcionado: ha querido culminar con su existencia.

El tratamiento es la psicoterapia y el farmacológico. El CEMENA cumple en realizar el manejo adecuado, ya que la paciente tuvo diariamente sesiones psicológicas durante su hospitalización y luego dos veces semanales por consultorio externo, además del uso de antidepresivos que ayudarían a aliviar los síntomas (32).

III.4. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA

Caso clínico Nro.1: Embarazo ectópico roto

El embarazo ectópico tiene como definición la implantación del cigoto en un sitio ajeno del endometrio, sucediendo alrededor del 2% de los embarazos (33). Es más frecuente en el tercio exterior de la ampolla, seguido por el istmo – con alto riesgo de una rotura precoz-, fimbrias, intersticial – que presentan roturas tardías, siendo a partir de las ocho semanas- y abdominal (34). El embarazo ectópico es la segunda causa de hemorragia de la primera mitad del embarazo, siendo la primera el aborto.

Los factores de riesgo son en pacientes jóvenes, antecedente de una gestación ectópica, cirugía tubárica, tabaquismo, endometriosis, DIU y enfermedad pélvica inflamatoria (35). No obstante, casi la mitad de los embarazos ectópicos no tienen factores de riesgo identificables, como es en este caso clínico (33).

La sospecha inicial de un embarazo ectópico roto se da cuando acude por emergencia una gestante con sangrado vaginal y abdomen agudo. También puede haber inestabilidad hemodinámica. Al examen físico, el dolor abdominal suele localizarse en un solo lado y hay signos de irritación peritoneal, tal cual ocurrió con la paciente. El siguiente paso es el estudio imagenológico con una ecografía transvaginal para confirmar el embarazo ectópico, siendo esta más sensible y específica que una ecografía abdominal (33)(36). La B-HCG va a tener un valor disminuido al referente según la semana gestacional.

El manejo es quirúrgico: una laparoscopia exploratoria de emergencia, que es el gold standard. La paciente quien posee 32 años de vida, aún tiene deseo genésico, por lo que el ginecólogo optó la salpingostomía en vez de una salpingectomía para no disminuir drásticamente su fertilidad (37). Durante la intervención quirúrgica debe revisar el anexo contralateral para comprobar que la ausencia de alteraciones.

Caso clínico Nro.2: Embarazo molar

El embarazo molar o enfermedad trofoblástica gestacional es un tumor de la placenta, en donde hay una degeneración quística hidrópica, generalmente ocurre a partir de las ocho semanas de gestación. Esta patología tiene mayor incidencia en la población asiática en 5 por cada 1000 embarazos, con alto riesgo de malignización, en los países latinoamericanos, la incidencia es de 4,6 por cada 1000 embarazos (38). En el Perú, se han hecho varios estudios sobre la incidencia de esta enfermedad en diferentes hospitales, cuya incidencia varía entre los 2,33-4,77 por cada 1000 embarazos (39).

Los factores de riesgo más importante es la edad extrema: tener menos de 16 años incrementa el riesgo por seis, y a partir de los 35-40 años, el riesgo es diez veces mayor (40). Existen otros factores de riesgo como al antecedente de un embarazo molar, aborto espontáneo, el uso de anticonceptivos, multiparidad, dieta hipoproteica o baja en betacarotenos, tabaquismo, el consumo de alcohol, bajo estado socioeconómico, entre otros (40).

Podríamos considerar que ser peruana de 35 años a más es un factor de riesgo. Además, hay que reflexionar sobre la ocupación de la paciente quien es militar, cuyo “rancho” se basa en carbohidratos y baja cantidad de carnes, siendo la hipoproteinemia otro factor de riesgo.

Al examen físico solo se realizó un tacto vaginal, más no se le midió la altura uterina, siendo esta relevante para esta patología, ya que suele haber una altura uterina aumentada para la edad gestacional. La B-HCG fue mayor de 100.000 mUI/ml, lo que la sospechará de una mola hidatiforme. La ecografía es la prueba confirmatoria, cuyo patrón característico es en “racimo de uvas”, “panal de abejas” o “tormenta de nieve”.

El tratamiento es el legrado – en el caso que la edad gestacional sea mayor de doce semanas o esté hemodinámicamente inestable – o AMEU – en las pacientes con una edad gestacional menor de doce semanas o estables- (41). Idealmente, nuestra paciente debió realizarse un AMEU ya que cumplía con los parámetros: una gestación de 8 semanas 5 días por FUR en el día del ingreso y estable. Desgraciadamente, el hospital CEMENA no cuenta con el equipo de AMEU, por lo que este nunca fue una posibilidad, teniendo que llevarse a cabo

un legrado uterino. Parte del tratamiento es la B-HCG seriada cada semana hasta dos semanas después de que esté dentro de los valores normales.

Lo que se debió considerar en esta paciente que dicho sea de paso tiene factores de mal pronóstico como haber tenido una B-HCG mayor de 100'000 mUI/ml o estar muy cercana de pertenecer a la base cuatro de edad, es – además de la B-HCG seriada que sí se exigió - pedir una radiografía y una TAC, ambas pulmonares. La primera, para descartar que el trofoblasto se haya escapado al sistema venoso al evacuar la mola; la segunda, por la alta frecuencia de metástasis pulmonar (42).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es de suma importancia en la formación del estudiante de medicina, debido a que, en este último periodo, el interno va a permanecer en el hospital los 365 días del año -en teoría-, adquiriendo los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para convertirse en un médico profesional.

Sin embargo, debido a la pandemia del COVID-19, fue suspendido repentinamente a nivel nacional el 15 de marzo del 2020, por lo que, a partir de dicha promoción, el internado se modificó a diez meses con una serie de cambios ya descritos anteriormente. Por lo que las rotaciones de los distintos servicios: Pediatría, Ginecología, Cirugía General y Medicina Interna, tienen ahora una duración de 75 días, ya no de 90 días.

Pediatría fue el primer servicio en que roté que dio inicio el primero de junio de 2022. Esta se divide en Pediatría y Neonatología, las cuales cuentan con hospitalización, emergencia y consultorio. Debido a que esta rotación comenzó a finales de un otoño muy frío y continuó por todo el invierno, la mayoría de los pacientes de emergencia pediátrica eran diagnosticados con infecciones de la vía respiratoria: neumonía, asma, bronquiolitis, resfrío común, entre otros. También era frecuente los niños con infección del tracto urinario, otitis media aguda y faringoamigdalitis aguda. El flujo de los pacientes era alto, entre sesenta a ochenta pacientes en veinticuatro horas. Las emergencias pediátricas quirúrgicas se veían ocasionalmente, siendo la más frecuente los casos de apendicitis aguda, seguida por quemaduras y fracturas del miembro superior. Más de la mitad de los pacientes de consultorio de Pediatría, acudían por chequeo preventivo- debido a que, durante la pandemia, los padres habían decidido no llevar a sus pequeños para evitar el contagio del COVID-19-, por lo que al paciente se les solicitaban análisis laboratoriales: hemograma automatizado, ferritina, TSH y T4, examen de orina y parasitológico seriado, para poder descartar anemia ferropénica, hipotiroidismo, infecciones del tracto urinario y parásitos gastrointestinales. En la hospitalización había dos pacientes crónicos con leucemia linfoblástica aguda- quienes estuvieron durante toda mi rotación-, y los demás eran casos de gastroenteritis aguda, neumonía o infecciones del tracto urinario. Lo que aprendí en esta rotación fue a cómo tratar a un paciente pediátrico. Un niño es un paciente más, por lo que merece el mismo

respeto de explicarle el procedimiento, diagnóstico y tratamiento con palabras simples y voz suave, lejos de las amenazas. Es importante sonreírles y hablarle con gestos y diferentes entonaciones. Debido a la gran cantidad de niños que se presentaban durante la guarida diurna – siendo la mayoría no una emergencia propiamente dicha-, con casi las mismas enfermedades, se volvió fácil realizar diagnósticos y, por ende, hacer un buen tratamiento. La población que se atiende en el Hospital CEMENA, tiene educación sanitaria, puesto a que son ellos quienes llevan a sus hijos menores de edad sanos al consultorio por el simple hecho de verificar que su salud sea la óptima y que cualquier enfermedad sea detectada por el médico a tiempo.

La segunda rotación fue Cirugía General. Se fragmenta en diferentes especialidades quirúrgicas: Cirugía General, Urología y Traumatología. El horario era incierto, pues dependía mucho de la cantidad de pacientes, operaciones, curaciones, riesgos quirúrgicos efectivizados -que dependen de Cardiología y Neumología-, papeleos de ingreso o ingreso, interconsultas, exámenes laboratoriales o de imágenes, entre otros. Generalmente el turno finalizaba a las 17:00-18:00 horas, excepto los fines de semana, en donde la salida era alrededor de las 12:00 horas.

Las guardias de Cirugía General eran donde se aprendía más con cada paciente. Ninguna guardia era como la anterior. Había días en que llegaban politraumatizados o mordeduras de perro; otros días, heridas abiertas que necesitaban ser suturadas o patologías que requerían ir al quirófano como apendicitis aguda, colecistitis aguda, hernia estrangulada, etc.

En esos dos meses y medio, el interno llega a tener una habilidad de llenar formatos de manera rápida, realizar curaciones a los pacientes de manera eficiente y un mayor contacto con los pacientes. Además de ser partícipe en la sala de operaciones, volviéndose parte del equipo médico que está operando en el quirófano, colocando los trócares en una cirugía laparoscópica, ayudando con la cámara o suturando la piel. En esta especialidad, el interno va a comprobar por sí mismo si tiene alguna inclinación hacia la cirugía para cuando haga su residentado.

En Medicina Interna, el interno solo hace hospitalización y emergencia. Es en piso, en que el interno va a tener diferentes pacientes con múltiples diagnósticos. Eso generará que el interno tenga un contacto estrecho con los médicos asistentes o residentes de otras especialidades, ya que el manejo es conjunto. Es en esta especialidad en que la mayoría de los pacientes son adultos mayores con enfermedades terminales. Así que en que el interno debe aprender a ver a un paciente en su totalidad, realizar una anamnesis amplia y exhaustiva, hacer un examen físico completo -no dirigido- y, recordar que hay pacientes que no pueden ser curados, por lo que la muerte en ellos siempre estará cerca.

Ginecología y obstetricia fue la última rotación. Esta se divide en hospitalización, emergencia y consultorio. La actividad académica eran todos los martes, jueves y sábados de las 07:30 – 08:00 horas, previo a la visita médica, en donde se exponía los temas necesarios para repasar lo que ya habíamos aprendido en nuestras facultades. Al final de la rotación, se tomó un examen para verificar si habíamos adquirido los conceptos básicos de esta especialidad.

La hospitalización y la emergencia gineco-obstétrica se realiza en el quinto piso, que coincide con Neonatología. Lo que más ejercía el interno era el monitoreo fetal no estresante en las gestantes, sobre todo a los que presentaban una edad gestacional de veinte semanas o más con factores de riesgo, o las ya diagnosticadas con alguna enfermedad como preeclampsia, diabetes gestacional, RCIU, una anomalía fetal, siendo estas solo un ejemplo. En la emergencia obstétrica era habitual ver durante las guardias diurnas las hemorragias del primer trimestre siendo la más frecuente el aborto o gestantes en pródromos de trabajo de parto. Respecto a la emergencia ginecológica, acudían pacientes por hemorragia uterina anormal y en consultorio eran para hacer programaciones de sala de operaciones para algún tipo de neoplasia maligna. El consultorio de obstetricia estaba a cargo de una obstetra – no médico ginecólogo – quien se encargaba de hacerle seguimiento el embarazo para reportar lo más pronto posible al médico especialista si encontraba algún evento anormal.

Esta especialidad es trascendente para el interno, ya que va a aprender qué técnicas realizar, para recibir a un neonato de un parto eutócico. Esto será de

mucha utilidad, más aún, si el interno acude al SERUMS, en donde él va a ser cargo de la vida de la gestante y su bebé.

En conclusión, durante el internado médico se pudo aprender sobre cada especialidad. La pandemia no fue un impedimento para adquirir la práctica, la cual es de gran importancia para nuestro futuro como médicos generales, pues “la práctica hace al maestro”.

CONCLUSIONES

El Internado Médico es la etapa en que todo lo aprendido desde el primer día de clases en la universidad hasta el último día del sexto año de Medicina Humana, se pone en práctica en la sede hospitalaria que uno escogió. Es en ese momento, en que el interno va al hospital día tras día, sin importar los feriados, manifestaciones, ni el mañana, con el fin de permanecer en el nosocomio para estar al lado de los pacientes, los cuales nos ayudan a poner en práctica todo lo estudiado. Es allí, en el hospital, en donde están nuestros guías, o sea, los asistentes y residentes. Ellos son quienes van a estar detrás de nosotros, verificando que toda acción que se haga sea para el beneficio del paciente y que a partir de cada caso clínico visto haya un concepto para fortalecer o incrementar nuestras sapiencias. Por lo que este periodo nos ayudará de manera potencial en nuestra formación como futuros médicos. Además, será la primera vez que se trabajará en equipo con los otros internos, médicos, enfermeras y otro personal de salud, y que se tendrá un vínculo estrecho con el paciente.

Desde marzo de 2020, hubo varias modificaciones en el Internado Médico debido a la pandemia del COVID-19. Los cambios que aún han perdurado con esta promoción 2022, son la duración del internado a solo diez meses, la remuneración - no alcanzando el sueldo mínimo- y la rotación de los hospitales de MINSA -cinco meses en un centro de salud y los otros cinco meses en un hospital-. Felizmente, las guardias de doce horas, de dos a tres veces por semana, volvieron a la normalidad, ya que es ahí, en las emergencias, en que el interno se pone a prueba, en un accionar rápido y eficaz.

El Hospital Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” es un establecimiento de salud de tercer nivel de atención, tiene el mayor nivel de especialización y capacidad resolutive. Como pertenece a las FF.AA, el internado médico es exclusivamente en ese establecimiento, generando que el interno se adapte con al hospital y personal de salud, dando resultado que el estudiante de medicina de último año trabaje de manera eficiente.

RECOMENDACIONES

El Internado Médico es vital para la formación del futuro médico-cirujano. La teoría debe estar perfectamente manejada para que en la práctica -que es con los pacientes en el hospital – sea realizada de la mejor manera, pues los internos estamos ya tratando con una vida, no con un libro. Por lo que es recomendable que en el mismo hospital – muy aparte de las clases que lleve el interno en su universidad-, tenga al menos un tiempo para dedicar a repasar los conocimientos previos con actividades académicas y las dudas sean aclaradas por sus superiores. Esto ayudará al interno también para su preparación al Examen Nacional de Medicina (ENAM) que suele ser semanas antes de culminar el internado.

Los hospitales de tercer nivel, como el Hospital Centro Médico Naval, deberían tener una biblioteca con numerosos libros de diferentes especialidades, destinado a estudiantes de medicina, ya sean internos o externos, residentes e incluso asistentes, para que tengan acceso a la información y un ambiente tranquilo para la lectura. Y aún mejor, que también este ambiente cuente con computadoras para acceder a artículos o revistas científicas actualizadas.

Es importante la bioseguridad en cualquier trabajador que se encuentra en un hospital o centro de salud, pues es un foco de enfermedades, entre las más contagiosas hoy en día el coronavirus SARS-CoV-2. Por lo que el mismo hospital debería entregarle a los internos EPP's (equipo de protección personal) y un seguro de salud.

El interno forma parte – en la práctica- de la organización interna del hospital. Pues, es el estudiante de último año de medicina quien agiliza los trámites de los pacientes, llena diferentes formatos, toma las funciones vitales, evoluciona al paciente, entre otros. Incluso el interno hace sus prácticas hospitalarias por más de doce horas – sin contar las guardias – a veces, quedándose incluso hasta más de treinta y seis horas, recibiendo una remuneración de tan solo cuatrocientos soles, menos de un sueldo mínimo. Antes de la pandemia, la remuneración era solo para los primeros puestos del MINSA, recién a raíz de la pandemia se ha concedido otorgar un salario a los internos en su totalidad. Se recomienda que haya pandemia o no, el interno tiene el derecho de recibir un sueldo mínimo, además de hacerse respetar el horario de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud del Perú. Decreto de Urgencia Nro. 090-2020. Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID-19 [Internet]. [citado el 25 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>).
2. Ministerio de Salud del Perú. Lineamientos para el inicio o reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el Marco del Decreto de Urgencia Nro. 090-2020 [Internet]. [citado el 25 de marzo de 2023]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1237052/DOCUMENTO_TECNICO.pdf?v=1597704079
3. Ministerio de Salud del Perú. Oficio Circular Nro. 178-2020-DG-DIGEP/MINSA [Internet]. 2020 [citado el 25 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://drive.minsa.gob.pe/s/SyFP7bW6M347wgd>)
4. Ministerio de Salud del Perú. Actividades de los Internos de Ciencias de la Salud 2021 en el Marco de la Emergencia Sanitaria. 2021.
5. UNICEF. Vacunar a la mayoría de los peruanos contra la COVID-19 es la mejor garantía de cuidar a la sociedad frente a la pandemia [Internet]. 2022 [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/vacunar-la-mayoria-de-los-peruanos-mejor-garantia-cuidar-contra-covid>
6. Ministerio de Salud del Perú. Oficio Circular Nro. 291-2021-DG-DIGEP/MINSA. 2021.
7. Resolución Directoral Nro. R.D. 006-2022 MGP/DISAMAR [Internet]. Callao; 2022 [citado el 27 de marzo de 2023]. (Folio 010-011). Disponible en: https://www.disamar.mil.pe/wp-content/uploads/2022/03/R.D-No-006-2022-DISAMAR-2022_info.pdf

8. Dirección de Salud de la Marina. Cartera de Servicios IPRESS 2022 [Internet]. 2022 [citado el 27 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/2406-2/>
9. Alfaro Medina CA, Chamorro Angulo ML. Experiencia del internado médico en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” antes y durante la pandemia de COVID 19 en el periodo 2020-2021. 2021.
10. González Corona EA. Diarrea aguda, prolongada y persistente en niños y su diferencia de la diarrea crónica. MEDISAN [Internet]. 2017 [citado el 28 de marzo de 2023];21(9). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000900012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Instituto Nacional de Salud del Niño: Unidad de Atención Integral Especializada - Emergencia. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Diarrea Aguda Infecciosa en Paciente Pediátrico. Lima; 2022 abr.
12. Chacón Nacarno J, D'Angles Hurtado J, Cabanillas Lozada P. Shigelosis en niños, susceptibilidad in vitro. 25–29 p.
13. Valdivia Medina. José Luis. Infección del tracto urinario en el servicio de Pediatría del Hospital Regional de Moquegua Urinary tract infections in the Pediatric Unit of the Hospital Regional de Moquegua. Horiz Med [Internet]. 2022 [citado el 28 de marzo de 2023];22(1). Disponible en: <https://doi.org/10.24265/horizmed.2022.v22n1.03>
14. Hernández MR, Daza A, Serra Marín J. Infección urinaria en el niño (1 mes-14 años). [citado el 28 de marzo de 2023]; Disponible en: www.aeped.es/protocolos/
15. Poey N, Madhi F, Biscardi S, Béchet S, Cohen R. Aminoglycosides Monotherapy as First-Line Treatment for Febrile Urinary Tract Infection in Children. Pediatric Infectious Disease Journal [Internet]. el 1 de noviembre de 2017 [citado el 28 de marzo de 2023];36(11):1104–7. Disponible en: https://journals.lww.com/pidj/Fulltext/2017/11000/Aminoglycosides_Monotherapy_as_First_Line.25.aspx
16. Delgado Velázquez R, Fuentes MB, Felina M, Cardosa H. Infección del tracto urinario en lactantes. Revista Información Científica [Internet]. 2017 [citado el 28

de marzo de 2023];96(2):205–12. Disponible en: <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/13/1002>

17. Rodríguez Wong U. Abscesos y fístulas anorrectales. Rev Hosp Mex [Internet]. 2013 [citado el 25 de marzo de 2023];80(4):243–7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2013/ju134f.pdf>
18. Soffia S P, Coca V A, Martínez V C, Schiappacasse F G, Bosch O E, Ríos O G, et al. Caracterización de Fístulas Anorrectales mediante Resonancia Magnética de Alta Resolución: Revisión Pictográfica. Revista chilena de radiología. 2006;12:92–102.
19. Jarquín Vásquez D, Navarrete Cruces T, Jiménez Bobadilla B, Bolaños Badillo LE. Fístula anal, experiencia de 5 años en el Servicio de Coloproctología del Hospital General de México. Rev Cir Gen. 2014;36(4):218–24.
20. Ulises S, Escobedo P, Bobadilla BJ, Antonio J, Herrero V. Factores de riesgo asociados al desarrollo de fístula anal [Internet]. Vol. 35. 2013. Disponible en: www.medigraphic.org.mx Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>
21. García Gutiérrez A, Villasana Roldós L. Fístula anorrectal: Definición, clasificación, diagnóstico y tratamiento. Revista Cubana de Cirugía. 2008;47:0.
22. Edgar Grageda Flores. ¿Fistulotomía o fistulectomía? Análisis sobre la calidad de vida y relación clínica en nuestros pacientes sometidos a cirugía. Rev Ocronos. julio de 2021;4(7).
23. Correa Martínez L, Domínguez Rodríguez DL. Epidemiología de pacientes afectados de hernia inguinal bilateral. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. 2018 [citado el 25 de marzo de 2023];22:82–9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942018000300009
24. Marta Rós Berndsen TGFHB. Hernia inguinal - un artículo de revisión. Laeknabladid [Internet]. septiembre de 2019 [citado el 25 de marzo de 2023];105(9):385–91. Disponible en: 10.17992/lbl.2019.09.247

25. Mahfouz MEM, Al-juaid RS. Prevalence and risk factors of abdominal hernia among Saudi population. J Family Med Prim Care [Internet]. 2021;10(8). Disponible en: https://journals.lww.com/jfmpc/Fulltext/2021/10080/Prevalence_and_risk_factors_of_abdominal_hernia.64.aspx
26. Barboza Hernández M, Médico *. HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA). Vol. 2, Revista Médica Sinergia. 2017.
27. Veiga Fernández F, Malfeito R, Casiano J, Pineiro L. Hiperplasia benigna de próstata. 647–653 p.
28. Duménigo Arias Oscar de APBMFGGHA. Hernioplastia inguinal de Lichtenstein: la mejor opción. Rev Cubana Cir [Internet]. 2007;46(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932007000100007&lng=es
29. Burbano Barreros LD, Gonzáles Romero AC, Araujo Baptista LMA, Cruz Tenempaguay RE. Celulitis y erisipela: Manejo en atención primaria. Revista chilena de infectología [Internet]. 2003 [citado el 27 de marzo de 2023];20:104–10. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2661-67422020000200019
30. Spelman D, MBBS, FRACP. Acute cellulitis and erysipelas in adults: Treatment [Internet]. UoToDate. 2023 [citado el 28 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-cellulitis-and-erysipelas-in-adults-treatment#H1307446157>
31. American Psychiatric Association. DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 2014. 286–289 p.
32. Barnhill JW. Trastornos de adaptación [Internet]. 2020 [citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiQUI%3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%3%A9s/trastornos-de-adaptaci%3%B3n>
33. Torres-Pineda M, Urrego-Pachón MA. Hemorragias durante el primer trimestre del embarazo: revisión narrativa. Ginecol obstet Méx [Internet]. julio de 2022

[citado el 26 de marzo de 2023];90(7):590–8. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412022000700006&lng=es. Epub 26-Sep-2022. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i7.7662>.

34. Espinoza García S, Garnier Fernández JC, Pizarro Alvarado G. Generalidades sobre embarazo ectópico. *Revista Médica Sinergi*. 2021;6(5).
35. Hernández Núñez J, Valdés Yong M, Torres Chávez A. Factores de riesgo asociados al embarazo ectópico. *MediSur* [Internet]. diciembre de 2013 [citado el 26 de marzo de 2023];11(6):647–55. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000600006
36. Valera Valero C, Sánchez Casas Y, González Lucas N, Fernández Rodríguez F. Diagnóstico del embarazo ectópico. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2003;7:365–84.
37. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. *Rev Chil Obstet Ginecolog* [Internet]. 2020 [citado el 28 de marzo de 2023];85(6):697–708. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262020000600697&script=sci_abstract
38. Vázquez Martínez YE, Brito García A, Delgado Peruyera L, Vázquez Merayo EJ. Caracterización clínica de la enfermedad trofoblástica gestacional, Hospital Ginecobstétrico “Ramón González Coro” (2008-2012). *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2014;52:173–81.
39. Huanca-Llamo J, Aranzabal-Alegria G, Chanduvil W. Factores asociados a enfermedad trofoblástica gestacional en un Hospital De Referencia Peruano. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2020;20:64–9.
40. Durón González R, Bolaños Morera P. Enfermedad trofoblástica gestacional. *Med leg Costa Rica* [Internet]. marzo de 2018 [citado el 23 de marzo de 2023];35(1):30–43. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152018000100030

41. Hospital San José del Callao. Guías de la práctica clínica de Obstetricia. Callao; 2013. p. 32–6.
42. Coronado P, Marquina G, Diestro M. Guía de Asistencia Práctica: Enfermedad trofoblástica gestacional. Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2020 [citado el 28 de marzo de 2023];63(3):165–84. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n3/05-GAP-enfermedad-trofoblastica-gestacional.pdf>