

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

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

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
JIMENA MILENKA LOYOLA NUÑEZ**

**ASESOR  
JOSE CARLOS ROMERO SANCHEZ**

**LIMA- PERÚ  
2024**



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

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

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
JIMENA MILENKA LOYOLA NUÑEZ**

**ASESOR  
DR. JOSE CARLOS ROMERO SANCHEZ**

**LIMA – PERÚ  
2024**

## **JURADO**

**PRESIDENTE:** DR. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

**MIEMBRO:** DR. JOHANDI DELGADO QUISPE

**MIEMBRO:** DR. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de investigación a Dios y a la Virgen del Rosario por acompañarme y brindarme salud en esta larga, hermosa y sacrificada carrera.

A mi familia, mi mayor motivación, en especial a mis padres y hermano, son mi apoyo incondicional y fortaleza en cada etapa de mi vida, los amo.

A los médicos asistentes, médicos residentes, internos, enfermeros, técnicos de enfermería y pacientes del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” de quienes me llevo muchos aprendizajes, para ejercer mi labor de médico.

## ÍNDICE

<b>JURADO.....</b>	<b>ii</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>iii</b>
<b>ÍNDICE.....</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vi</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>vi</b>
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....</b>	<b>7</b>
I.1 Rotación en Medicina interna.....	7
I.2 Rotación en Pediatría.....	11
I.3 Rotación en Cirugía General.....	16
I.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia.....	22
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA.....</b>	<b>28</b>
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.....</b>	<b>32</b>
III.1 Rotación en Medicina Interna.....	32
III.2 Rotación en Pediatría.....	36
III.3 Rotación en Cirugía General.....	40
III.4 Rotación en Ginecología.....	45
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.....</b>	<b>50</b>
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>51</b>
<b>VI. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>52</b>
<b>VII. FUENTES DE INFORMACIÓN.....</b>	<b>53</b>

## RESUMEN

En Perú, durante el internado médico, los estudiantes de último año de medicina se encuentran en una etapa crucial de su formación, poniendo en práctica sus conocimientos teóricos y amplían sus experiencias en el ámbito clínico.

**Objetivo:** Exponer de manera detallada las vivencias, experiencias, las competencias prácticas y teóricas obtenidas en el internado médico.

**Metodología:** Revisión de diferentes historias clínicas de las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”.

**Resultados:** Se describen dos casos de las enfermedades vistas con mayor frecuencia en cada especialidad ya mencionadas.

**Conclusiones:** El internado es fundamental en la formación y educación de todo futuro médico, durante este periodo se consolidan los conocimientos adquiridos en la etapa universitaria y con el apoyo de los médicos asistentes y residentes de cada servicio poder alcanzar un diagnóstico preciso, así como también un tratamiento óptimo a cada paciente, asegurando de esa manera una práctica médica exitosa.

**Palabras clave:** Internado Médico, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna, casos clínicos,

## ABSTRACT

In Peru, during the medical internship, final year medical students are in a crucial stage of their training, putting their theoretical knowledge into practice and expanding their experiences in the clinical field.

**Objective:** To present in detail the experiences, practical and theoretical skills obtained in the medical internship.

**Methodology:** Review of different medical records of the specialties of Gynecology and Obstetrics, Internal Medicine, General Surgery and Pediatrics of the PNP "Luis N. Saenz" National Hospital.

**Results:** Two cases of the diseases seen most frequently in each specialty already mentioned are described.

**Conclusions:** The internship is fundamental in the training and education of every future doctor. During this period, the knowledge acquired at the university stage is consolidated and with the support of the attending physicians and residents of each service, an accurate diagnosis can be reached, as well as optimal treatment for each patient, thus ensuring a successful medical practice.

**Keywords:** Medical Internship, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics, General Surgery, Internal Medicine, clinical cases.



NOMBRE DEL TRABAJO

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

AUTOR

**JIMENA MILENKA LOYOLA NUÑEZ**

RECUENTO DE PALABRAS

**12765 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**74505 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**59 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**264.4KB**

FECHA DE ENTREGA

**Jun 24, 2024 10:21 AM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Jun 24, 2024 10:24 AM GMT-5****● 14% de similitud general**

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

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% 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, JOSE CARLOS**

DNI: 40651392

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

## INTRODUCCIÓN

En Perú, el internado médico se considera el peldaño final para la culminación de la carrera, donde los estudiantes de medicina, después de haber completado sus estudios teóricos durante 6 años, ponen en práctica sus conocimientos adquiridos y amplían sus experiencias en el ámbito clínico.

El interno durante esta etapa tiene posibilidad de comenzar a desarrollar la relación médico – paciente, la redacción de historias clínicas, formulación de diagnósticos, planteamiento de plan terapéutico, participación activa en curaciones, cirugías menores y mayores, seguimiento postquirúrgico y principalmente el trabajo en equipo para poder realizar todos los procedimientos médicos antes mencionados y adquirir la capacidad de evaluar críticamente situaciones clínicas en un contexto hospitalario, identificando la realidad de la práctica médica peruana, con el apoyo de los asistentes, residentes, licenciados y personal técnico para aprender tanto aspectos académicos como ético - morales.

Durante el internado médico se rota en las especialidades de: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría, garantizando un aprendizaje íntegro que fomente el crecimiento de destrezas y competencias para el futuro ejercicio médico. En este caso, todas las rotaciones se llevaron a cabo exclusivamente en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, por un periodo de diez meses, con una duración de 02 meses y medio en cada especialidad, debido a las secuelas de la pandemia por el COVID-19, ya que en circunstancias normales se realizaba durante 01 año.

El presente trabajo de suficiencia tiene como objetivo es destacar la importancia del internado médico en la educación de los futuros médicos, presentando el manejo de ocho casos clínicos de las enfermedades más frecuentes identificadas por la autora en las cuatro grandes especialidades mencionadas anteriormente.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

Se ha tenido la oportunidad de recopilar 8 casos clínicos en total, exponiendo 2 casos clínicos más frecuentes de cada especialidad rotada.

### **I.1 Rotación en Medicina interna**

#### **Caso Clínico 1**

Paciente masculino con 66 años ingresa por el servicio de emergencia, con tiempo de enfermedad de 03 días, refiriendo tos con expectoración purulenta y sensación de alza térmica no cuantificada. Hace 01 día se agrega disnea a moderados esfuerzos y dolor tipo “punzada” en base de hemitórax izquierdo 6/10 y que incrementa con la inspiración, por lo que decide acudir a nuestro establecimiento. Niega otras molestias.

#### **Antecedentes:**

- Patológicos: Infección por *Helicobacter pylori* tratado con Omeprazol, Amoxicilina y Claritromicina (Tratamiento completo hace 12 años). Hipertensión arterial desde hace 9 años en tratamiento con Enalapril 10 mg 1 vez al día. Niega RAM (reacción alérgica a medicamentos). No fumador, no consumo de alcohol ni drogas.
- Quirúrgicos: Niega intervenciones quirúrgicas.
- Familiares: Padre hipertenso controlado desde hace 15 años. Madre diabética tipo 2 controlada desde hace 5 años.

#### **Examen físico:**

- FV (funciones Vitales): Presión arterial (PA) 130/80 mmHg (milímetros de mercurio), frecuencia cardiaca (FC) 105 lpm (latidos por minuto), frecuencia respiratoria (FR) 30 rpm (respiraciones por minuto), saturación de oxígeno (SatO<sub>2</sub>) 92% y temperatura (T°) 38.8 °C.

- Cráneo: Normocéfalo, sin signos de trauma.
- PyF (piel y faneras): Piel tibia, turgente y deshidratada, no palidez, no ictericia, no cianosis, LLC (llenado capilar) < 2 segundos, sin lesiones cutáneas.
- TyP (tórax y pulmones): Tórax simétrico, amplexación conservada, VV (vibraciones vocales) aumentadas, matidez, MV (murmullo vesicular) disminuido en base izquierda, se auscultan crepitantes en la misma zona.
- CV (cardiovascular): RCR (ruidos cardiacos rítmicos) de BI (buena intensidad), sin soplos audibles.
- Abdomen: No distendido, RHA (ruidos hidroaéreos) presentes, blando, depresible, sin dolor a la palpación superficial y profunda, no masas palpables, timpanismo conservado.
- GU (genitourinario): PPL (puño percusión lumbar) negativo, PRU (puntos renoureterales) negativo, sin alteraciones aparentes.
- Sistema locomotor: Sin alteraciones.
- SNC (sistema nervioso central): Despierto, LOtep (lúcido, orientada en tiempo, espacio y persona). EG (Escala de Glasgow) 15/15, sin signos meníngeos, sin déficits neurológicos aparentes.

#### Impresión Diagnóstica:

1. Insuficiencia respiratoria aguda
  - 1.1 Neumonía adquirida en la comunidad.
2. Hipertensión arterial por historia clínica.

#### Plan de Trabajo:

- Oxigenoterapia con cánula binasal FiO<sub>2</sub>: 28% hasta SatO<sub>2</sub> > 92%.
- Vía salinizada (V.S.)
- Metamizol 1 gr endovenoso STAT, luego condicional a T° >38 C°.
- Control de funciones vitales (CFV) + observación de signos de alarma.
- Se solicita hemograma, glucosa plasmática, urea y creatinina, radiografía de tórax postero anterior y lateral, prueba rápida COVID-19.
- Reevaluación con resultados.

Reevaluación (30 minutos):

- Hemograma: Destaca leucocitosis 13.000 a predominio neutrofílico 89%.
- Glucosa plasmática: 94 mg/dl.
- Urea: 34 mg/dl
- Creatinina: 0.9 mg/dl
- Radiografía de tórax: Consolidado con broncograma aéreo en base de lóbulo inferior izquierdo, no derrame pleural.
- Prueba rápida COVID19: Negativo.

Diagnósticos:

1. Neumonía adquirida en la comunidad.
2. Hipertensión arterial por historia clínica.

Plan de Trabajo:

- Oxigenoterapia con cánula binasal si  $\text{SatO}_2 < 92\%$ .
- V.S.
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso en 100 cc de NaCl 0.9% cada 24 horas.
- Azitromicina 500 mg vía oral hoy, luego 250 mg cada 24 horas por 4 días.
- Metamizol 1 gr endovenoso condicional a  $T^\circ > 38\text{ C}^\circ$
- Enalapril 10 mg vía oral cada 24 horas.
- CFV + OSA (observación de signos de alarma)
- Se hospitaliza en medicina interna.

Paciente evoluciona favorablemente, no requiere oxígeno al segundo día de hospitalización, se mantiene afebril durante los 5 días de su estancia, sin complicaciones, por tal motivo se decide alta médica con posterior control por consulta externa de medicina interna a las 24 horas.

## **Caso Clínico 2**

Varón de 45 años ingresa por emergencia, con tiempo de enfermedad de 02 días, refiriendo edema, eritema y dolor en el ojo derecho, acompañado de

sensación de alza térmica no cuantificada. Hace 01 día se agrega dolor a la movilización ocular derecha, por lo que decide acudir a nuestro establecimiento. Niega otras molestias.

Antecedentes:

- Patológicos: Sin antecedentes de infecciones oculares previas. No enfermedades crónicas. Niega RAM. No fumador, no consumo de alcohol ni drogas.
- Quirúrgicos: Niega intervenciones quirúrgicas.
- Familiares: Niega

Examen Físico:

- FV: PA 125/70 mmHg, FC 95 lpm, FR 18 rpm, SatO<sub>2</sub> 97% y T° 38.5 °C.
- Cabeza: Sin signos de trauma. Edema y eritema periorcular derecho, caliente y doloroso al tacto.
- Ojo derecho: Inyección conjuntival escasa, no secreción, movilidad ocular limitada y dolorosa en todas las direcciones. No alteraciones pupilares.
- Ojo izquierdo: Sin alteraciones.
- PyF: Piel tibia, seca, no palidez, no ictericia, no cianosis, LLC < 2 segundos, sin lesiones cutáneas.
- TyP: Tórax simétrico de amplexación conservada, VV conservadas, timpanismo conservado, MV pasa bien por AHT (ambos hemitórax), sin ruidos agregados.
- CV: RCR de BI, sin soplos audibles.
- Abdomen: No distendido, RHA presentes, blando, depresible, sin dolor a la palpación superficial y profunda, no masas palpables, timpanismo conservado.
- GU: PPL negativo, PRU negativo, sin alteraciones aparentes.
- Sistema locomotor: Sin alteraciones.
- SNC: Despierto, LOtep. EG 15/15, sin signos meníngeos, sin déficits neurológicos aparentes.

Impresión Diagnóstica:

1. Celulitis orbitaria derecha

Plan de Trabajo:

- V.S.
- Metamizol 1 gr endovenoso STAT, luego condicional a  $T^{\circ} > 38^{\circ}C$
- Ceftriaxona 2 gr cada 24 horas, pasar en 100cc de NaCl al 0.9%
- CFV + OSA
- Hospitalización en medicina interna.

Al segundo día se realiza interconsulta al servicio de oftalmología, quienes están de acuerdo con el diagnóstico y recomiendan continuar tratamiento hasta mejora clínica del paciente. Paciente evoluciona favorablemente, disminución del edema y eritema periorcular al segundo día de hospitalización, afebril desde el segundo hasta el tercer día de hospitalización. Servicio de oftalmología realiza seguimiento al caso y sugiere alta del paciente con indicaciones:

- Cefuroxima 500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días,
- Observación de signos de alarma
- Control por consulta externa de oftalmología en 5 días.

## **I.2 Rotación en Pediatría**

### **Caso Clínico 1**

Ingresar al servicio de hospitalización recién nacido a término masculino, ventilando espontáneamente en incubadora de transporte procedente de sala de partos, acompañado de neonatólogo y enfermera de turno.

Antecedentes:

- Prenatales: Madre de 26 años, G1 P0000, fecha de última regla 07/08/2022, edad gestacional 40 semanas x ecografía, hemoglobina 11.9 g/dl, grupo y factor O+, HIV Ag/Ab no reactivo, RPR no reactivo, examen completo de orina negativo.

- Natales: fecha de nacimiento 15/05/2023, hora 9:40 a.m., parto eutócico, presentación cefálica, clampaje tardío, líquido amniótico claro, APGAR 8(1') - 9(5'), peso al nacer 3.575 kilogramos, talla 49 centímetros, perímetro cefálico 35 centímetros, perímetro torácico 34.5 centímetros

Examen físico:

- FV: FC 152 lpm, FR 49 rpm, SatO<sub>2</sub> 94% y T 36.8 °C.
- Cráneo: Normocéfalo, fontanela anterior normotensa, suturas cabalgadas, se palpa tumoración blanda en región parietal derecha que no respeta suturas de aproximadamente 3 x 2.5 centímetros.
- PyF: Piel tibia, elástica e hidratada, acrocianosis, LLC < de 3 segundos.
- TyP: tórax simétrico de amplexación conservada, clavículas íntegras, MV pasa bien por AHT, sin ruidos agregados.
- CV: RCR de buen tono e intensidad, sin soplos audibles.
- Abdomen: Poco globuloso, se evidencia cordón umbilical clampado (2 arterias + 1 vena), RHA presentes, blando, depresible, no impresiona dolor a la palpación superficial y profunda.
- GU: Fenotipo masculino, testículos descendidos presentes en bolsas escrotales. Ano permeable.
- Sistema locomotor: Barlow negativo, Ortolani negativo.
- SNC: Despierto, activo, reactivo a estímulos externos, tono acorde a edad gestacional, con reflejos primitivos presentes.

Impresión diagnóstica:

1. RN a término masculino de 40 semanas por Capurro, adecuado para edad gestacional
2. Expuesto a parto eutócico.
3. Caput succedaneum.

Plan de trabajo:

- Lactancia materna a libre demanda supervisada.
- Vitamina K 1 mg intramuscular en dosis única.
- Profilaxis ocular y de cordón umbilical.
- Vacunas: BCG y HVB.



- Incubadora a 33 grados Celsius hasta regular temperatura.
- CFV + OSA.
- Tamizaje cardiaco a las 12 y 24 horas de vida.
- Tamizaje metabólico neonatal a las 48 horas de vida.
- Pase a alojamiento conjunto.
- Se solicita Grupo sanguíneo y Fenotipo Rh

A la evolución diurna del recién nacido de 15 horas de vida extrauterina, presenta diuresis (+), meconio (+), buena succión y deglución, enfermería no reporta interurrencias. Al examen físico en la región craneal se palpa tumoración blanda en región parietal derecha que no respeta suturas. En piel y faneras se evidencia conjuntivas con leve ictericia (++/+++), tinte icterico hasta ombligo (++/+++) – zona 2 según escala de Kramer, otros aparatos y sistemas sin alteraciones. Resultado de laboratorio indica que el grupo y factor del neonato es A+ y la mamá es O+.

Impresión diagnóstica:

1. Recién nacido a término masculino de 40 semanas por Capurro, adecuado para edad gestacional.
2. Expuesto a parto eutócico.
3. Ictericia neonatal por incompatibilidad de grupo sanguíneo.
4. Caput succedaneum.

Plan de trabajo:

- Se solicita hemograma, bilirrubina total y fraccionada.
- Continuar lactancia materna a libre demanda supervisada.
- CFV + OSA.

3 horas después se cuenta con resultados de laboratorio:

- Hemoglobina 17.6 g/dl, hematocrito 55%), bilirrubina total 17 mg/dl, bilirrubina fraccionada (Directa 3 mg/dl – Indirecta 14 mg/dl), con los resultados se indica Fototerapia con protección ocular y de genitales, además de control analítico de bilirrubina post fototerapia.

A la reevaluación del neonato, se evidencia conjuntivas con leve ictericia (+/+++), leve tinte ictérico hasta el cuello (+/+++) - zona 1 según escala de Kramer, otros aparatos y sistemas sin alteraciones, enfermería no reporta interurrencias. Se obtuvo como resultado de control analítico después de 24 horas: Hemograma (hemoglobina 17.4 g/dl, hematocrito 52%), bilirrubina total 6 mg/dl, bilirrubina fraccionada (Directa 1 mg/dl – Indirecta 5 mg/dl). Se indica alta conjunta con madre con las siguientes indicaciones:

- Lactancia materna exclusiva cada 2 – 3 horas. Lactar por 20 minutos en cada mama y luego alternar. No dar bebidas, ni agüitas, no dar chupones. Lavarse las manos siempre antes de lactar y atender al bebé.
- Limpieza de cordón umbilical con gasa y alcohol al 70%, 3 veces al día hasta caída de cordón. Baño de esponja, no baño de sumersión hasta caída del cordón umbilical (caída en 7 – 10 días).
- Posición correcta para dormir. Boca arriba – costado. No boca abajo.
- Aplicar crema anti-escaldaduras en cada cambio de pañal. No usar chuño ni talco.
- Si presenta gases, eliminar bien “el chanchito”, si no funciona, usar simeticona 80 mg, 5 gotas vía oral de manera condicional.
- Si presenta congestión nasal y le impide lactar, aplicar RhinoBB 4 gotas tibias en cada fosa nasal y luego aspirar con succionador nasal, usarlo de manera condicional.
- Acudir a tamizaje metabólico neonatal a las 48 horas de nacido.
- Cita control para el niño sano a los 7, 14 y 28 días de vida por consultorio externo de neonatología
- Principales signos de alarma a tener en cuenta para acudir por el servicio de emergencia: Color amarillento/ morado en rostro o cuerpo, dificultad para respirar, fiebre, distensión abdominal, llanto incesante, dificultad o cansancio para lactar, náuseas y/o vómitos, diarrea, convulsiones, etc.

## **Caso Clínico 2**

Paciente masculino de 02 años, traído por el servicio de emergencia por su madre, quien refiere un tiempo de enfermedad de 06 días, caracterizado por

alza térmica no cuantificada que ceden con la administración de paracetamol, acompañado de rinorrea hialina, 01 día antes del ingreso se agrega tos en accesos, emetizantes y que lo llevan a la rubicundez, 12 horas antes del ingreso presenta hiporexia secundaria a accesos de tos, madre del paciente niega otras molestias.

#### Antecedentes:

- Patológicos: Niño previamente sano, vacunas completas según esquema nacional. No RAM. No hospitalizaciones previas, parto eutócico a término.
- Quirúrgicos: Madre niega intervenciones quirúrgicas.
- Familiares: Madre con asma.

#### Examen Físico:

- FV: FC 125 lpm, FR 40 rpm, T° 38.5 °C, SatO<sub>2</sub> 94% en aire ambiente.
- Cráneo: Normocéfalo, fontanelas cerradas.
- Faringe: Congestiva, no exudativa.
- Cavidad oral: Mucosa oral húmeda, no alteraciones.
- Cuello: Simétrico, no adenopatías palpables.
- PyF: Piel tibia, elástica e hidratada, no palidez, no ictericia, no cianosis, LLC < 2 segundos, sin lesiones cutáneas.
- TyP: Tórax simétrico, amplexación conservada. MV presente en AHT, sin ruidos agregados.
- CV: RCR de BI, sin soplos audibles.
- Abdomen: No distendido, RHA presentes, blando, depresible, sin dolor a la palpación superficial y profunda, no masas palpables, timpanismo conservado.
- GU: Fenotipo masculino, sin alteraciones aparentes.
- Sistema locomotor: Sin alteraciones.
- SNC: Despierto, reactivo, llanto ronco. Sin déficit neurológico aparente.

#### Impresión Diagnóstica:

##### 1. Síndrome febril

##### 1.1 Crup viral

#### Plan de Trabajo:

- Dexametasona 0.6 mg/kg intramuscular una dosis.
- Nebulización con epinefrina 0.1mg/kg cada 20 minutos hasta estabilización.
- Paracetamol 15 mg/kg vía oral STAT.
- Oxigenoterapia con cánula binasal si SatO<sub>2</sub> < 92%
- CFV cada hora + OSA
- Pasa a sala de observación.

#### Evolución Diurna (4 horas post-ingreso):

Mejoría clínica significativa tras nebulizaciones. FC 94 lpm, FR 28 rpm, T° 37.3 °C, SatO<sub>2</sub> 97% en aire ambiente. Buen estado general. Niño reactivo, jugando. Examen físico sin cambios significativos. Por tal motivo se indica alta médica con la siguiente terapéutica:

- Mantener hidratación adecuada con líquidos orales.
- Paracetamol 15 mg/kg dosis vía oral cada 6 horas por 3 días, luego condicional a fiebre.
- Seguir control en consultorio externo de pediatría en 24 - 48 horas.
- Acudir a emergencia si presenta signos de alarma (dificultad respiratoria severa, cianosis, fiebre persistente, rechazo de alimentos o líquidos, somnolencia excesiva, convulsiones).

### **I.3 Rotación en Cirugía General**

#### **Caso Clínico 1**

Paciente varón de 26 años, acude por el servicio de emergencia con un tiempo de enfermedad de 10 horas, caracterizado por malestar general, dolor abdominal tipo cólico en epigastrio de moderada intensidad, según EVA (escala visual analógica) 7/10, asociado a náuseas, vómitos en una oportunidad de contenido bilioso sin evidencia de moco ni sangre y pérdida de apetito. Además, refiere migración del dolor hacia fosa iliaca derecha hace 2

horas aproximadamente con persistencia del dolor. Indica que no se automedicó y niega otras molestias.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega antecedentes patológicos y niega RAM
- Quirúrgicos: Niega intervenciones quirúrgicas.
- Familiares: Madre hipertensa controlada desde hace 15 años.

Examen físico:

- FV: PA 110/80 mmHg, FC 89 lpm, FR 17 rpm, SatO<sub>2</sub> 99% y T° 37 °C.
- Aparente mal estado general, aparente regular estado de hidratación, aparente regular estado de nutrición, posición antiálgica.
- PyF: Piel tibia, elástica e hidratada, no palidez, no ictericia, no cianosis, LLC < 2 segundos, mucosas hidratadas.
- TyP: Tórax simétrico de amplexación conservada, VV conservadas, timpanismo conservado, MV pasa bien por AHT, sin ruidos agregados.
- CV: RCR de BI, sin soplos audibles.
- Abdomen: No distendido, RHA presentes, blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, signo de Mc Burney positivo, signo de Blumberg positivo, signo de Dunphy positivo, no se palpan masas, timpanismo conservado.
- GU: PPL negativo, PRU negativo, sin alteraciones.
- SNC: Despierto, LOTEP. EG 15/15, sin signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome doloroso abdominal
  - 1.1 Apendicitis aguda.

Plan de trabajo:

Se solicita exámenes prequirúrgicos.

- Hemograma (hemoglobina 14 g/dl, leucocitos  $13.68 \times 10^3 / \mu\text{L}$ , %neutrófilos 94%, plaquetas  $215 \times 10^3 / \text{UI}$ ).
- Glucosa 90 mg/dl, urea 21.7 mg/dl, creatinina 0.41 mg/dl.

- Perfil de coagulación (tiempo parcial de tromboplastina 65.3 segundos, tiempo de protrombina 12.3 segundos, INR 0.9, tiempo de trombina 14.9 segundos, fibrinógeno 421 mg/dl).
- Grupo sanguíneo O y fenotipo RH positivo.
- Examen de orina (leucocitos 1-2 células por campo, nitritos negativos).
- HIV Ag/Ab no reactivo, RPR no reactivo
- Electrocardiograma + riesgo cardiológico.
- Consentimiento informado para procedimiento quirúrgico.

#### Terapéutica.

- NPO (nada por vía oral).
- V.S.
- NaCl 0.9% x 1000 cc → volumen total 2600cc cada 24 horas.
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso 30 minutos antes de ingresar a SOP (sala de operaciones).
- Ranitidina 50 mg endovenoso cada 8 horas.
- CFV + OSA
- Completar pre quirúrgicos
- Programación SOP de emergencia: Apendicectomía laparoscópica.

#### Reporte operatorio:

- Diagnóstico preoperatorio: Apendicitis aguda.
- Diagnóstico postoperatorio: Postoperado inmediato de apendicectomía laparoscópica por apendicitis aguda flemonosa.
- Operación realizada: Apendicectomía laparoscópica.
- Hallazgos: Apéndice cecal de aproximadamente 8 x 2 centímetros de posición descendente interna, flemonosa en toda su extensión, base indemne. Resto de órganos sin alteraciones.

#### Terapéutica postoperatoria:

- NPO durante 6 horas, luego tolerancia oral progresiva.
- V.S.
- NaCl 0.9% x 1000 cc → volumen total 2600 cc cada 24 horas.
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso cada 24 horas.

- Ketoprofeno 100 mg endovenoso cada 8 horas.
- Ranitidina 50 mg endovenoso cada 8 horas.
- CFV + OSA
- Hospitalización en cirugía general.

## **Caso Clínico 2**

Paciente varón de 56 años, acude por el servicio de emergencia, refiriendo un tiempo de enfermedad de 10 horas, caracterizado por dolor abdominal intenso según EVA (escala visual analógica) 9/10, tipo cólico en hipocondrio derecho posterior a la ingesta de comidas copiosas que no cede a la automedicación con ibuprofeno, asociado a náuseas, vómitos en 2 oportunidades de contenido alimentario sin evidencia de moco ni sangre y sensación de alza térmica. Además, refiere que desde hace 10 meses presenta el mismo cuadro clínico, pero cedía a la ingesta de ibuprofeno o naproxeno. Niega otras molestias.

Cuenta con Ecografía Abdominal Superior (hace 9 meses): Vesícula biliar de tamaño y morfología conservado, mide 69 mm x 27 mm, paredes delgadas, se observan múltiples imágenes litiásicas en su interior, el mayor mide 11 mm. Conclusión: Litiasis vesicular.

### **Antecedentes:**

- Patológicos: Hipertensión arterial desde hace 10 años en tratamiento con Losartán y Amlodipino. Litiasis vesicular diagnosticada hace 9 meses. Niega RAM.
- Quirúrgicos: Niega intervenciones quirúrgicas.
- Familiares: Padre hipertenso controlado desde hace 30 años.

### **Examen físico:**

- FV: PA 120/80 mmHg, FC 75 lpm, FR 18 rpm, SatO<sub>2</sub> 97% y T° 38.2 °C.
- PyF: Piel tibia, elástica e hidratada, leve palidez +/+++ , no ictericia, no cianosis, LLC < 2 segundos, mucosas hidratadas.
- TyP: tórax simétrico de amplexación conservada, VV conservadas, timpanismo conservado, MV pasa bien por AHT, sin ruidos agregados.

- CV: RCR de buena intensidad, sin soplos audibles.
- Abdomen: No distendido, RHA presentes, blando, depresible, dolor a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo, no se palpan masas, timpanismo conservado.
- GU: PPL negativo, PRU negativo, sin alteraciones.
- SNC: Despierto, LOTE. EG 15/15, sin signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

1. Síndrome doloroso abdominal.
  - 1.1 D/C Colecistitis aguda calculosa.
2. Hipertensión arterial por historia clínica.

Plan de trabajo:

Se solicita ecografía abdominal y exámenes de laboratorios (Hemograma, perfil hepático, glucosa, urea, creatinina y examen de orina).

Terapéutica.

- NPO
- V.S.
- NaCl 0.9% x 1000 cc → volumen total 2800cc
- Metamizol 1 gr endovenoso STAT
- Losartán 50 mg vía oral cada 12 horas.
- Amlodipino 5 mg vía oral cada 24 horas.
- Captopril 25 mg condicional a presión arterial mayor igual a 140/90 mmHg.
- CFV + OSA

Se reevalúa con resultados:

- Hemograma (leucocitos  $17.39 \times 10^3 / \mu\text{L}$ , %neutrófilos 81.1%, hemoglobina 13.8 g/dl, plaquetas  $320 \times 10^3 / \text{UI}$ ).
- Glucosa 86 mg/dl, urea 36.9 mg/dl, creatinina 0.67 mg/dl, PCR 6.1.
- Perfil hepático (bilirrubina total 0.8 mg/dl, bilirrubina directa 0.3 mg/dl, bilirrubina indirecta 0.5 mg/dl, TGO 139 U/l, TGP 135 U/l, fosfatasa alcalina 102 U/l).
- Examen de orina (leucocitos 2-3 células por campo, nitritos negativos).



- Ecografía abdominal: Vesícula biliar de tamaño incrementado con doble halo peri vesicular, mide 104 mm x 53 mm, con presencia de múltiples imágenes litiásicas, la mayor de ellas de 17 mm. Conclusión: Colecistitis aguda calculosa. Correlacionar datos clínicos con laboratorio.

#### Diagnósticos:

1. Colecistitis aguda calculosa
2. Hipertensión arterial por historia clínica

#### Plan de trabajo

Completar pre quirúrgicos (perfil de coagulación, grupo sanguíneo y factor RH, HIV Ag/Ab, RPR, electrocardiograma + riesgo cardiológico, consentimiento informado para procedimiento quirúrgico).

#### Terapéutica.

- NPO
- V.S.
- NaCl 0.9% x 1000 cc → volumen total 2800 cc cada 24 horas.
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso 30 minutos antes de ingresar a SOP.
- Metamizol 1 gr endovenoso cada 12 horas.
- Ranitidina 50 mg endovenoso cada 8 horas.
- Losartán 50 mg vía oral cada 12 horas.
- Amlodipino 5 mg vía oral cada 24 horas.
- Captopril 25 mg condicional a presión arterial mayor igual a 140/90 mmHg.
- CFV + OSA
- Programación SOP de emergencia: Colectomía laparoscópica.

#### Reporte operatorio:

- Diagnóstico preoperatorio: Colecistitis aguda calculosa
- Diagnóstico postoperatorio: Postoperado inmediato de colectomía laparoscópica por colecistitis aguda calculosa.
- Operación realizada: Colectomía laparoscópica.
- Hallazgos: Vesícula biliar de aproximadamente 10 x 5 centímetros, de pared engrosada, plastronada parcialmente por epiplón, bilis clara, con

cálculos en su interior, el mayor de aproximadamente 15 milímetros.  
Conducto cístico de 4 milímetros, arteria cística 1 milímetros.

Terapéutica postoperatoria:

- NPO x 6 horas, luego tolerancia oral progresiva.
- V.S.
- NaCl 0.9% x 1000 cc → volumen total 2800cc cada 24 horas.
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso cada 24 horas.
- Ketoprofeno 100 mg endovenoso cada 8 horas.
- Metamizol 1gr endovenoso cada 12 horas.
- Ranitidina 50 mg endovenoso cada 8 horas.
- Losartán 50 mg vía oral cada 12 horas.
- Amlodipino 5 mg vía oral cada 24 horas.
- Captopril 25 mg condicional a presión arterial mayor igual a 140/90 mmHg.
- CFV + OSA
- Hospitalización en cirugía general

#### **I.4 Rotación en Ginecología y Obstetricia**

##### **Caso Clínico 1**

Paciente femenina de 24 años, acude por consultorio externo, con un tiempo de enfermedad de 4 días, refiriendo flujo vaginal amarillo verdoso de mal olor, asociado a prurito moderado, irritación y leve dolor en genitales externos. Niega otras molestias.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega antecedentes patológicos y niega RAM
- Quirúrgicos: Niega intervenciones quirúrgicas.
- Gineco - Obstétricos: Menarquia a los 14 años, régimen catamenial 4/30, FUR (fecha de última regla) hace 20 días, IRS (inicio de relaciones sexuales) a los 16 años, URS (última relación sexual) hace 4 días, Andría (número de parejas sexuales) 5, niega uso de métodos anticonceptivos

(MAC), fórmula obstétrica G1 P1001, G1: Parto eutócico hace 2 años, peso al nacer 2 800 kg. Último PAP hace 3 años (negativo).

- Familiares: Padre con *diabetes mellitus* tipo 2 controlada hace 5 años.

#### Examen físico:

- FV: PA 110/80 mmHg, FC 68 lpm, FR 15 rpm, SatO<sub>2</sub> 98% T° 36.3 °C.
- Aparente buen estado general, aparente buen estado de hidratación, aparente regular estado de nutrición.
- PyF: Piel tibia, elástica e hidratada, no palidez, no ictericia, no cianosis, LLC < 2 segundos, mucosas hidratadas.
- TyP: tórax simétrico de amplexación conservada, VV conservadas, timpanismo conservado, MV pasa bien por AHT, sin ruidos agregados.
- CV: RCR de BI, sin soplos audibles.
- Abdomen: No distendido, RHA presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, no se palpan masas, timpanismo conservado.
- GU: PPL negativo, PRU negativo, sin alteraciones.
- Genitales externos y Glándulas de Bartholino, Uretra, Skene: Genitales externos de acuerdo a edad, vulva eritematosa, por introito se observa flujo amarillo – verdoso escaso.
- Especuloscopia: En canal vaginal se evidencia flujo amarillo - verdoso en regular cantidad de aspecto espumoso de mal olor, cérvix eritematoso con patrón en fresa, friable al contacto con el espéculo.
- Tacto vaginal: Útero anteversoflexo de aproximadamente 7 x 6 centímetros, de bordes regulares, no dolor a la palpación bimanual, anexos libres, flujo amarillo – verdoso de mal olor y rasgos hemáticos en dedo de guante.
- Tacto rectal: Diferido.
- SNC: Despierta, LOTE. EG 15/15, sin signos meníngeos.

#### Impresión diagnóstica:

1. Vulvovaginitis: A considerar Tricomoniasis.
2. Cervicitis.
3. Conducta sexual de riesgo.

Plan de trabajo:

Se solicita cultivo de secreción vaginal.

Se da orientación y consejería en hábitos de higiene y métodos anticonceptivos.

Se indica tratamiento antibiótico empírico:

- Metronidazol 500 miligramos vía oral cada 12 horas por 7 días.
- Tratamiento a pareja sexual: Metronidazol 2 gramos vía oral (dosis única).
- Abstinencia de alcohol y relaciones sexuales durante el tratamiento.
- Lavado íntimo con jabón neutro.
- Control por consultorio externo de ginecología en 7 días.
- Concurrencia a planificación familiar.
- Concurrencia a infectología (Panel ITS).
- Toma de PAP al término de tratamiento.

## **Caso Clínico 2**

Mujer de 19 años, ingresa por emergencia el 15/11/23, con tiempo de enfermedad de 8 horas, refiriendo dolor tipo cólico en hipogastrio de intensidad moderada, según EVA (escala visual analógica) 7/10. Además, manifiesta que 02 horas antes de acudir a este nosocomio presentó sangrado vaginal de regular cantidad con presencia de coágulos. Niega otras molestias.

Cuenta con única Ecografía Transvaginal (16/09/23): Útero anteversoflexo de 72.8 x 67.9 x 50.84 mm, cavidad ocupada por saco gestacional de 12.3 x 15.3 x 17.1 bien implantado con adecuada reacción coriodecidual, con medida del diámetro medio del saco gestacional de 14.9 mm, en su interior se evidencia vesícula vitelina de 4 mm, no se evidencia embrión. Conclusión: Gestación inicial.

Antecedentes:

- Patológicos: Niega antecedentes patológicos y niega RAM
- Quirúrgicos: Apendicectomía laparoscópica hace 03 años.
- Gineco - Obstétricos: Menarquia a los 12 años, régimen catamenial 3/28, FUR 15/08/23 (dudoso), Edad Gestacional 13.1 semanas por FUR, IRS a

los 14 años, URS hace 01 día, Andría 02, niega uso de MAC, fórmula obstétrica G1 P0000.

- Familiares: Padre murió de cáncer de colon hace 5 años.

#### Examen físico:

- FV: PA 125/80 mmHg, FC 89 lpm, FR 20 rpm, SatO<sub>2</sub> 98 %, T° 36.5 °C.
- Aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación, aparente regular estado de nutrición.
- PyF: Piel tibia, elástica y poco hidratada, no palidez, no ictericia, no cianosis, LLC < 2 segundos, mucosas hidratadas.
- TyP: tórax simétrico de amplexación conservada, VV conservadas,
- timpanismo conservado, MV pasa bien por AHT, sin ruidos agregados.
- CV: RCR de BI, sin soplos audibles.
- Abdomen: No distendido, se evidencia cicatriz de 1 cm en flanco izquierdo y región suprapúbica, RHA presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, no se palpan masas, timpanismo conservado.
- GU: PPL negativo, PRU negativo, sin alteraciones.
- Genitales externos y Glándulas de Bartholino, Uretra, Skene: Genitales externos de acuerdo a edad, vulva sin lesiones macroscópicas, en introito escasas machas de sangrado vaginal.
- Especuloscopia: En canal vaginal se evidencia sangrado vaginal con escasos coágulos a través del orificio cervical externo. Al apoyo con pinza Bozeman, se evidencia orificio cervical externo e interno abierto.
- Tacto vaginal: Útero anteversoflexo de aproximadamente 10 x 9 x 8 centímetros, de bordes regulares, orificio cervical externo abierto, manchas de secreción hemática de coloración rojo vinoso en dedo de guante.
- Tacto rectal: Diferido.
- Sistema nervioso central: Despierta, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow 15/15, sin signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

1. Gestación inicial por ecografía.
2. Amenaza de aborto.

Plan de trabajo:

Se solicita ecografía transvaginal y exámenes de laboratorio (Hemograma, perfil de coagulación, glucosa, urea, creatinina, grupo sanguíneo y factor, examen de orina).

Terapéutica.

- Escopolamina 20 miligramos intramuscular STAT
- CFV cada hora + OSA
- Reposo absoluto

Se reevalúa con resultados:

- Ecografía transvaginal: Útero anteversoflexo de 120 x 88.5 x 75 mm. Endometrio heterogéneo de 16 mm. Anexos de características conservadas. Conclusión: 1. Restos endouterinos. 2. Correlacionar con BHCG.
- Hemograma (leucocitos  $15.3 \times 10^3$  / uL, %neutrófilos 81.1%, hemoglobina 13.2 g/dl, plaquetas  $225 \times 10^3$  / UI).
- Perfil de coagulación (tiempo parcial de tromboplastina 34 seg, tiempo de protrombina 13.4 seg, INR 1, tiempo de trombina 17.5 seg, fibrinógeno 342 mg/dl).
- Glucosa 92 mg/dl, urea 15.9 mg/dl, creatinina 0.54 mg/dl.
- Grupo sanguíneo O y fenotipo RH positivo.
- Examen de orina (leucocitos 1-2 células por campo, nitritos negativos, hematíes 25 - 30 por campo).

Diagnóstico:

1. Aborto Incompleto

Plan de trabajo:

Completar prequirúrgicos (HIV Ag/Ab no reactivo, RPR no reactivo, electrocardiograma + riesgo cardiológico, consentimiento informado para procedimiento quirúrgico).

Terapéutica.

- NPO
- V.S.
- Ketoprofeno 100 mg endovenoso condicional a dolor intenso
- Metamizol 1 gr endovenoso condicional a fiebre.
- CFV + OSA + CSV (control de sangrado vaginal).
- Programación SOP: Legrado uterino.

Reporte operatorio:

- Diagnóstico preoperatorio: Aborto incompleto.
- Diagnóstico postoperatorio: Postoperada inmediata de legrado uterino por aborto incompleto.
- Operación realizada: Legrado uterino.
- Hallazgos: Útero anteversoflexo, histerometría 10 centímetros. Restos endouterinos en poca cantidad sin mal olor. Sangrado aproximado de 20 centímetros cúbicos.

Terapéutica postoperatoria:

- NPO x 2 horas, luego tolerancia oral progresiva.
- Doxiciclina 100 miligramos vía oral cada 12 horas.
- Ibuprofeno 400 miligramos vía oral cada 8 horas.
- CFV + OSA
- Interconsulta a Psicología para soporte emocional.
- Probable alta, reevaluación en 3 horas.

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

El Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” (HN. PNP. LNS), de nivel III – 1, centro de mayor complejidad de referencia nacional, situado en la cuadra 26 de la Av. Brasil, distrito de Jesús María, provincia de Lima. Brinda atención integral, ambulatoria y hospitalaria al personal policial y a sus familiares con derechos (cónyuges, hijos dependientes y padres) (1).

Este nosocomio está compuesto por 2 grandes ambientes: El primero conocido como el Hospital Histórico, que en 1937 se colocó la primera piedra del actual complejo hospitalario (2), la entrada principal se ubica en la avenida Brasil; desde finales del 2022 varios servicios se mudaron al hospital nuevo, los que aún continúan son: hospitalización de medicina interna, pediatría, psiquiatría y cirugía plástica, patología clínica, centro de procedimientos de gastroenterología, inmunizaciones, unidad de hemodiálisis, programa de prevención y control de tuberculosis, área de medicina física y rehabilitación, oftalmología y servicios administrativos.

El segundo ambiente conocido como Hospital Nuevo o PIP (Proyecto de Inversión Pública), con la entrada principal por la avenida La Policía, fue inaugurado el 30 de noviembre del 2022, el cual cuenta con la unidad de emergencia, cuidados intensivos e intermedios para adultos, niños y neonatos, consultorios externos, hospitalización, diagnóstico por imagen, patología clínica, centro quirúrgico y obstétrico, anatomía patológica, nutrición y servicios auxiliares (3).

La primera rotación correspondió en Medicina Interna, desde el primero de marzo hasta el 15 de mayo, se contaba con 2 servicios dentro de la rotación: hospitalización de medicina interna que se dividía en 3 sectores por los cuales se rotaba cada 26 días y el servicio de Emergencia en donde se cumplía una guardia diurna a la semana. En esta rotación se aprendió la importancia de evaluar de forma completa al paciente, la historia clínica realizada con una anamnesis precisa, logrando un diagnóstico precoz y brindar un manejo



oportuno. Las patologías más frecuentes fueron neumonía intra y extrahospitalaria, celulitis, complicaciones tardías de la *diabetes mellitus* como el pie diabético, pielonefritis e infecciones gastrointestinales. Como complemento académico, una vez a la semana 3 internos exponían sus temas designados, con posterior retroalimentación por parte del residente, la última semana de rotación cada sector presentaba el caso clínico más interesante de su propio sector, con posterior debate sobre la patología y el manejo dado.

La segunda rotación correspondió en Pediatría, desde el 16 de mayo hasta el 31 de julio, se contaba con 5 servicios dentro de la rotación: neonatología, hospitalización pediátrica, cirugía pediátrica, consultorio externo y emergencia, por los cuales se rotaba cada 15 días. En esta rotación se aprendió la atención inmediata y mediata del recién nacido, la detección oportuna de los signos de alarma, la evaluación del desarrollo y crecimiento del niño, así como a proporcionar un adecuado y oportuno tratamiento a cada patología que se presentaba en los diversos servicios.

Las patologías más frecuentes en esta rotación fueron la ictericia neonatal, traumatismo durante el parto, crisis asmática, neumonía, crup, rinofaringitis, diarrea aguda, enfermedades exantemáticas, heridas traumáticas, hernia inguinal y apendicitis aguda. Como complemento académico, todos los días 1 interno exponía su tema designado, con posterior retroalimentación por parte de los residentes y debate de casos del mismo tema de manera conjunta.

La tercera rotación correspondió en Cirugía General, desde el primero de agosto hasta el 15 de octubre, se contaba con 3 servicios dentro de la rotación; el servicio de hospitalización (tres sectores), consultorio externo y emergencia. Se cumplía 15 días de guardias diurnas consecutivas y guardia noche cada 4 días durante la estadía en el servicio de hospitalización; adicionalmente se rotaba por 3 especialidades, entre neurocirugía, urología, cirugía de tórax y cardiovascular, traumatología, cirugía de cabeza y cuello, anestesiología y cirugía plástica, con una duración de una semana en cada especialidad otorgada de manera aleatoria. En esta rotación se aprendió a identificar los casos quirúrgicos de manera precoz para un correcto abordaje,

además se nos permitió participar activamente en las cirugías como primer o segundo ayudante ya sea succionando, camareando, suturando, en algunas oportunidades nos dieron el mando de la cirugía, todo esto con la debida supervisión del asistente, también nos permitieron explorar heridas traumáticas y suturarlas si el caso ameritaba.

Las patologías más frecuentes en esta rotación fueron colecistitis aguda, apendicitis aguda, hernia inguinal, hemorroides externas trombosadas, obstrucción intestinal alta y baja. Como complemento académico, teníamos actividades 3 veces a la semana, la primera actividad a cargo de los internos de un sector constaba de la presentación de los casos clínicos del sector correspondiente, la segunda actividad a cargo del residente era la presentación del caso clínico más relevante de su sector y la tercera actividad era la exposición de 3 internos con temas designados previamente, con posterior retroalimentación por parte del residente a cargo y asistentes presentes.

Por último, la cuarta rotación correspondió en Ginecología y Obstetricia, desde el 16 de octubre hasta el 31 de diciembre, se contaba con 4 servicios dentro de la rotación: ginecología, obstetricia, consultorio externo y emergencia por los cuales se rotaba cada 19 días. En esta rotación se aprendió la atención primaria de la mujer desde la pubertad hasta la adultez, el cuidado del sistema reproductor femenino y el embarazo, identificando signos de alarma para brindar un manejo inicial evitando complicaciones mayores, el fundamental monitoreo en gestantes a través de sus controles prenatales, los signos de alarma para proteger adecuadamente el desarrollo del embarazo con intervención oportuna y el protocolo de atención del parto vaginal y parto por cesárea.

Las patologías más frecuentes en esta rotación fueron aborto incompleto, vulvovaginitis, infección del tracto urinario gestacional, miomatosis uterina, prolapso vaginal y cáncer de mama. Como complemento académico, una vez a la semana los residentes exponían sobre las patologías más frecuentes en el servicio, con posterior debate sobre el manejo adecuado de cada patología.

En cada rotación se desarrollaron 2 exámenes tipo ENAM (Examen Nacional de Medicina), los cuales fueron valiosos para mantener un constante estudio de los casos y temas principales de cada servicio.

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### III.1 Rotación en Medicina Interna

#### Caso clínico 1: Neumonía adquirida en la comunidad (NAC)

Es la infección e inflamación del tejido pulmonar a causa de microorganismos. Este proceso perjudica las vías respiratorias en su parte final y, en algunas oportunidades, el intersticio alveolar. La inflamación produce una acumulación de células inflamatorias en los alveolos, conocida como consolidación, que produce alteración del intercambio de gases. Se considera NAC cuando el inicio de los signos y síntomas se presentan mientras el paciente no está hospitalizado o hasta 48 horas posterior a su ingreso en el establecimiento de salud (4).

Epidemiología:

Representa una de las causas más significativas de fallecimiento en el adulto mayor, en adultos es la 4ta causa y en jóvenes la 3ra causa de muerte. Se notifica una alta frecuencia de infecciones por *estreptococo pneumoniae* y un incremento constante en la resistencia a los antibióticos en todo el país (5).

Factores de riesgo:

- Edad: bebés a partir de 2 años y los adultos mayores, debido a un sistema inmunitario en desarrollo o debilitado, y la presencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores (6).
- Entorno y ocupación: permanecer en lugares concurridos como barracas militares, cárceles, residencias para ancianos, etc (6).
- Hábitos del estilo de vida: Consumo de cigarrillos, drogas y alcohol puede debilitar el sistema inmunitario (6).

Signos y síntomas:

La disnea, tos (sin o con esputo), dolor pleurítico en el pecho, escalofríos,

fiebre, malestar general y fatiga son algunos de los síntomas más frecuentes, vistos en el caso expuesto (7).

Durante el examen físico, los signos de neumonía incluyen respiración rápida, mayor esfuerzo y ruidos respiratorios anormales, como crepitantes y roncós. Otros indicios de neumonía son la egofonía, el frémito táctil y el embotamiento a la percusión. Estos signos y síntomas se deben a la concentración de leucocitos, líquido y proteínas en los alvéolos. La alteración del intercambio gaseoso alveolar puede provocar hipoxemia (7).

Diagnóstico:

- Aspectos clínicos: El cuadro clínico agudo de neumonía incluye disnea, tos (con o sin expectoración), fiebre y dolor torácico, indicadores fiables del proceso. El cuadro clínico típico (neumococo) incluye inicio brusco, fiebre alta, tos productiva y dolor pleurítico, mientras que el atípico (virus, micoplasma) presenta tos no productiva y síntomas extrapulmonares. El examen físico revela fiebre, taquipnea y crepitantes, y en mayores de 60 años, trastornos del sensorio (5).
- Radiografía de tórax: Esencial para el diagnóstico, extensión, localización y complicaciones. Con frecuencia se evidencia consolidación pulmonar. No hay un patrón radiológico específico para identificar la etiología de la neumonía (5).
- La tomografía se indica en casos de neumonías complicadas o persistentes (5).

Tratamiento:

Para el tratamiento es necesario diferenciar 3 tipos de pacientes (8):

Manejo ambulatorio:

- FE (Fármaco de elección): es la amoxicilina
- En gérmenes atípicos: +eritromicina, claritromicina o azitromicina
- En casos de alergia a PNC (penicilinas): claritromicina, azitromicina o eritromicina.

### Manejo en hospitalización

- FE: amoxicilina (vo) / ampicilina (ev)
- En gérmenes atípicos: +eritromicina, azitromicina o claritromicina (vo) o ciprofloxacino (ev)
- En casos de alergia a PNC: cefazolina
- En otras consideraciones: levofloxacina, moxifloxacina en alérgicos a las cefalosporinas

### Manejo NAC severa

- FE: ceftriaxona o cefotaxima o cefuroxima
- En gérmenes atípicos: +eritromicina, azitromicina o claritromicina (VO) o ciprofloxacino (EV)
- En casos de alergia a PNC: moxifloxacina o levofloxacina EV
- Otras consideraciones: En uno de antibióticos previo carbapenems

### **Caso clínico 2: Celulitis orbitaria**

Es una infección que afecta los contenidos de la órbita (grasa y músculos extraoculares), sin afectar el globo ocular en sí mismo (9,10).

#### Epidemiología:

Se presenta con mayor frecuencia en niños pequeños a diferencia de los adultos. Es una complicación de la rinosinusitis bacteriana, esta última es la causa principal de la celulitis orbitaria; en un alto porcentaje de casos (entre el 86% y el 98%). Se ha observado que la sinusitis etmoidal y la pansinusitis son las formas de rinosinusitis con mayor probabilidad de provocar celulitis orbitaria (9).

#### Factores de riesgo:

Suele aparecer luego de sufrir traumatismos directos, o por (11):

- Sinusitis: es la causa más común (90%).
- Picaduras: causada por insectos o mordeduras de otros animales.
- Cirugía ocular reciente

- Infecciones dentales
- Lesiones en párpados.
- Luego de un fuerte traumatismo ocular.

#### Signos y síntomas (12):

- Edema y eritema palpebral
- Proptosis
- Oftalmoplejía o limitación de movimientos oculares
- Dolor que incrementa al mover el globo ocular
- Quemosis conjuntival
- Ptosis
- Secreción purulenta
- Disminución de la agudeza visual
- Presencia de defecto pupilar aferente relativo
- Alteración en la percepción cromática
- Fiebre
- Cefalea

#### Diagnóstico:

Se basa principalmente en la evaluación clínica. Se deben considerar otros trastornos como lesiones traumáticas, mordeduras de animales, picaduras de insectos, presencia de cuerpos extraños, tumores, pseudo tumor orbitario inflamatorio o reacciones alérgicas. Si los resultados son ambiguos o hay evidencia de secreción nasal (indicativa de sinusitis), se recomienda descartar la celulitis orbitaria, tumores y pseudo tumores mediante una tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM). Cuando se tiene sospecha de trombosis del seno cavernoso, se recomienda la RM sobre la TC (13).

#### Tratamiento (9):

Las opciones típicas para el tratamiento involucran un régimen antibiótico de amplio espectro administrado por vía intravenosa, dirigido contra *S. aureus* (incluyendo cepas resistentes a meticilina), *S. pneumoniae* y otros estreptococos, así como bacilos gramnegativos. En casos donde se sospeche de extensión intracraneal, el régimen deberá incluir también cobertura para

anaerobios. Es crucial iniciar el tratamiento de manera pronta, ya que un retraso en la intervención podría resultar en pérdida de visión u otras complicaciones graves (9). Como terapia inicial cuando hay indicios de que la causa de la celulitis es por sinusitis, se recomienda el uso de cefalosporina de 2da y 3era generación, como la cefotaxima en una dosificación de 50 mg/kg por vía intravenosa cada 6 horas (para niños menores de 12 años) o de 1 a 2 g por vía intravenosa cada 6 horas (para adultos); alternativamente, se podrían emplear imipenem, ceftriaxona o piperacilina/tazobactam (13). La dosis exacta depende del grupo etáreo, la gravedad de la enfermedad y la condición clínica del paciente (9).

El drenaje quirúrgico se considera necesario para algunos abscesos detectados por imágenes, especialmente cuando son >10 mm de diámetro o existe fracaso al tratamiento ATB en un plazo de 24 a 48 horas después de recibir la terapia antimicrobiana adecuada, o si representan una amenaza para la visión. En los casos de extensión intracraneal de la infección, la cirugía suele ser imprescindible (9).

### **III.2 Rotación en Pediatría**

#### **Caso clínico 1: Ictericia Neonatal**

La ictericia se caracteriza por un tono amarillento en mucosas y piel, debido a valores elevados de bilirrubina sérica. En los recién nacidos a término, la pigmentación amarillenta es cefalocaudal (de la cabeza hacia los pies), aumentando de acuerdo a los valores de bilirrubina en suero (14). Se considera un valor elevado de bilirrubina directa cuando son mayores de 1.5 - 2 mg/dl o constituye más del 10% del valor total de la bilirrubina (14).

Epidemiología:

En Perú, se registra una incidencia en neonatos de 39 por cada 1000 nacidos vivos, con el 48% de estos casos localizados en Lima y Callao, impactando con mayor frecuencia a neonatos prematuros. En la mayoría de los casos presentan hiperbilirrubinemia después de las 48 horas de vida (15).



#### Factores de riesgo (16):

- Prematuridad
- Sospecha de enfermedad hemolítica, ya sea conocida o sospechada, debido a la destrucción de glóbulos rojos mediada por la respuesta inmune, ictericia de aparición temprana, a incompatibilidades en los grupos sanguíneos (ABO o Rh) o a trastornos hemolíticos hereditarios.
- Historial familiar o linaje que indique la presencia de un trastorno hemolítico genético o que adquirió fototerapia - exanguinotransfusión cuando era recién nacido
- Hematomas craneales, como cefalohematomas, u otros hematomas significativos debido a lesiones durante el parto.
- Síndrome de Down
- Bebé macrosómico
- Lactancia materna exclusiva con ingesta subóptima

#### Signos y síntomas (17):

- Color amarillento de la piel
- Plétora
- Macrosomía
- Hematomas craneales
- En fase temprana: hipotonía, letargia, dificultad para succionar
- En fase intermedia: irritabilidad, llanto inconsolable, rigidez muscular, fiebre, opistótonos
- En fase avanzada: daño irreversible del sistema nervioso, hipertonía, hipotonía, retraso en el desarrollo psicomotor, coma, muerte.

#### Diagnóstico:

Mediante un examen físico completo y complemento de exámenes de laboratorio, que nos permitan descartar otras patologías que puedan producir ictericia. Se solicitan exámenes de laboratorio como: Grupo sanguíneo y factor Rh en madre y niño, reticulocitos, hematocrito, dosaje de bilirrubinas totales y fraccionadas, estudio de lámina periférica, prueba de Coombs directa y otros según sospechas clínicas. (14)

Tratamiento: fototerapia

- Al comenzar la fototerapia, se recomienda acostar al recién nacido boca arriba, con el cuerpo al descubierto y la zona cubierta por el pañal reducida al mínimo (únicamente por higiene), y proteger los ojos con un protector ocular (18).
- Se debe asegurar que la luz cubra la máxima área de la piel del bebé, tanto arriba como debajo del bebé (18).
- Para una fototerapia efectiva, se necesita una intensidad lumínica mínima de 30  $\mu\text{W}/\text{cm}^2/\text{nm}$  en el rango de longitud de onda azul a azul verdoso (460 a 490 nm; con una preferencia óptima de 478 nm). Se recomienda el uso de una fuente de luz LED azul de espectro estrecho (18).

## **Caso clínico 2: CRUP**

Es un trastorno respiratorio que se manifiesta con ruidos al inspirar, tos y afonía, causados por las vías respiratorias y laringe inflamadas. Un sonido de tos similar al ladrido de un perro es típico del crup. Aunque suele ser una afección leve y que se resuelve por sí sola, en algunos casos puede provocar un bloqueo importante de las vías respiratorias superiores, que dificulta la inspiración (19).

Epidemiología:

En su mayoría, los casos de crup tienen origen viral, lo que significa que no se requiere el uso de antibióticos para tratarlo. Este problema suele afectar a niños, sobre todo varones, con mayor frecuencia de 6 meses a 3 años, representando aproximadamente el 15-20 % de todas las enfermedades respiratorias en este grupo de edad (20,21).

Factores de riesgo:

La historia familiar de crup aumenta la probabilidad de experimentar esta afección, así como episodios recurrentes. Un estudio reveló que los niños con historial familiar de crup mostraban una predisposición 3,2 veces superior para presentar un episodio de crup y tenían 4,1 veces más riesgo de padecer crup

de manera recurrente en comparación con los niños sin antecedentes familiares de la enfermedad (19).

Signos y síntomas (22):

- Fiebre variable
- Voz ronca
- Tos perruna
- Dificultad respiratoria
- Malestar general

Diagnóstico:

En los casos de crup viral es necesario poder diferenciar esta afección frente a otras de similares manifestaciones clínicas, por ello es necesario identificar la presentación que destaca esta enfermedad, para poder descartar otras alteraciones, por ejemplo (23):

- Laringotraqueítis: De seis meses a tres años, comienza de manera aguda con una tos tipo perruna, acompañado de estridor y disfonía.
- Traqueítis bacteriana: De un mes a tres años, caracterizado por tos tipo perruna, fiebre elevada, disnea y deterioro rápido.
- Epiglotitis: De tres a doce años, inicio súbito de disfagia, fiebre alta, odinofagia, babeo, ansiedad y tono de voz bajo.

Tratamiento:

Crup leve: Para los niños con crup leve que reciben atención en un entorno ambulatorio, se recomienda administrar en dosis única vía oral la dexametasona (0,15 a 0,6 mg/kg, con una dosis máxima de 16 mg) o prednisolona oral (1 mg/kg), reduciendo la duración de los síntomas y disminuye las visitas médicas posteriores (24).

Crup moderado a severo:

- Dexametasona: con dosis de 0,6 mg/kg, con un límite de 16 mg, generalmente es el glucocorticoide de elección en esta situación. Se recomienda administrar la dexametasona de la manera menos invasiva posible: por vía oral si el niño puede tomarla de esta forma, por vía

intravenosa (IV) si ya se ha colocado un acceso IV, o por vía intramuscular (IM) si no es posible la ingesta oral y no se dispone de acceso IV (24).

- Epinefrina: Se recomienda el uso de epinefrina nebulizada en pacientes con crup de moderado a grave. Epinefrina racémica en una dosis de 0,05 ml/kg (no excediendo los 0,5 ml) de una solución al 2,25%, diluida en un volumen final de 3 ml con solución salina.
- L-epinefrina en una dosis de 0,5 ml/kg (no excediendo los 5 ml) de una solución sin conservantes de 1 mg/ml (1:1000), similar a la preparación utilizada para inyección intramuscular en casos de anafilaxia. El medicamento se administra mediante nebulizador durante 15 minutos. Ambos productos son aceptables y su elección puede depender de la disponibilidad y el protocolo institucional. La epinefrina nebulizada comienza a surtir efecto en 10 minutos (24).
- Atención de apoyo que pueden incluir la administración de oxígeno o aire humidificado según sea necesario, medicamentos para reducir la fiebre y fomentar la ingesta de líquidos (24).

### **III.3 Rotación en Cirugía General**

#### **Caso clínico 1: Apendicitis aguda**

La apendicitis, una condición inflamatoria del apéndice vermiforme, que es un vestigio anatómico, se encuentra entre las causas más comunes de dolor abdominal agudo y representa uno de los motivos principales para intervenciones quirúrgicas abdominales de emergencia a nivel global. Comienza con la obstrucción del interior del apéndice, ocasionando elevación de la presión dentro de su luz debido a la acumulación de moco y el déficit de elasticidad en la capa serosa (25,26).

Epidemiología:

Representa la causa principal de dolor abdominal agudo con requerimiento de intervención quirúrgica. Aproximadamente el 7% de las personas están propensas a sufrir un episodio en algún momento de la vida. Aproximadamente, los hombres experimentan esta condición 1.4 veces más

que las mujeres, y se nota un pico de incidencia al concluir la segunda década de vida (25).

Factores de riesgo (27,28):

- Edad (15 a 30 años)
- Sexo masculino.
- Antecedentes familiares de apendicitis.

Signos y síntomas:

La presencia de dolor abdominal es el síntoma más común en pacientes con apendicitis confirmada y está presente en la mayoría de los casos. El dolor abdominal en fosa iliaca derecha, falta de apetito, náuseas y vómitos, conformar la clínica típica de apendicitis (29).

En muchos pacientes, los síntomas iniciales pueden ser atípicos o inespecíficos, y pueden incluir (29):

- Malestar estomacal o indigestión.
- Exceso de gases (flatulencia).
- Cambios en los hábitos intestinales, como irregularidades o diarrea.
- Malestar generalizado.

Diagnóstico:

La precisión diagnóstica es mediante evaluación clínica, por tal motivo es indispensable realizar de manera completa el examen físico. Además, se debe indagar a las mujeres en edad reproductiva sobre la posibilidad de embarazo y realizar examen pélvico a detalle (26). Se cuenta con la escala de Alvarado, instrumento de ayuda diagnóstica que en nuestro sistema de salud es reconocida y aceptada, valora 6 parámetros clínicos (anorexia, dolor en cuadrante inferior derecho, migración del dolor a fosa iliaca derecha, náuseas y/o vómitos, dolor a la descompresión y fiebre) y 2 de laboratorio (elevación de leucocitos y desviación a la izquierda), en donde cada parámetro tiene un valor de 1 punto exceptuando el dolor al rebote y leucocitosis que tienen un valor de 2 puntos, sumando un total de 10 puntos; esta escala nos permite clasificar en grupos de riesgo de apendicitis de acuerdo al puntaje total

obtenido, bajo riesgo de 0 a 4 puntos (evaluar otras causas), riesgo intermedio de 5 a 7 puntos (requiere observación, control seriado de la clínica y laboratorio) y alto riesgo de 8 a 10 puntos (requiere cirugía inmediata). En el caso expuesto, la puntuación del paciente según la Escala de Alvarado es de 9 puntos, requiriendo cirugía inmediata (26).

Con respecto a los estudios de imagen, al tener duda diagnóstica se puede solicitar radiografía simple de abdomen para descartar obstrucción intestinal, perforación visceral o litiasis urinaria, ecografía pélvica o abdominal donde se puede encontrar engrosamiento de la pared, diámetro apendicular aumentado y líquido libre, tener en cuenta que a pesar de contar con un operador experto cabe la posibilidad de no poder visualizar el apéndice, ecografía transvaginal para descartar patologías pélvicas en pacientes femeninas, la tomografía computarizada que a pesar de tener un alto valor predictivo negativo en etapas iniciales de la apendicitis puede no mostrar datos radiográficos típicos, es de gran utilidad para valoración de gravedad y en caso de duda diagnóstica (26).

En el caso presentado no se tomó la decisión de exámenes de imágenes complementarios al tener seguridad del diagnóstico de apendicitis aguda por la clínica y laboratorio complementario. (26).

Tratamiento:

La apendicectomía es el tratamiento de elección, siendo de preferencia la laparoscopia en las apendicitis no complicadas, ya que está asociado a menos infección de herida quirúrgica, menos dolor postoperatorio, recuperación en menor tiempo, disminuyendo la estancia hospitalaria postquirúrgica; en las complicadas la cirugía abierta es la elección (30). Idealmente, el tratamiento con antibióticos (ATB) debe cubrir tanto los microorganismos aerobios como los anaerobios. La utilización de cefalosporinas (en el caso se indicó ceftriaxona de 3° generación) e imidazoles como manejo profiláctico (30 a 60 minutos pre SOP) obteniendo el mismo impacto clínico, siendo un esquema más corto, pero efectivo, en caso de complicaciones se puede mantener el tratamiento ATB durante 3 a 5 días o hasta cuando haya resolución de clínica (30).

## **Caso clínico 2: Colecistitis aguda calculosa**

La colecistitis es cuando la vesícula biliar se inflama. Por lo general, la colecistitis aguda surge como una complicación asociada a la presencia de litos biliares. Sin embargo, en casos menos comunes, la colecistitis aguda puede ser alitiásica (31).

Importante diferenciarlo con un cólico biliar que puede presentar la misma clínica, pero con una duración mínima de 30 min hasta 6 horas que cede espontáneamente, a diferencia de la colecistitis aguda, donde el dolor es prolongado, de > 6 horas (31).

### **Epidemiología:**

Suele manifestarse en individuos que han experimentado previamente síntomas relacionados con estos cálculos. Según un estudio, se observó que la colecistitis aguda se desarrollaba en aproximadamente entre el 6 y el 11 % de los pacientes que presentaban cálculos biliares sintomáticos, en un periodo medio de 7 a 11 años de seguimiento, mientras que la colecistitis alitiásica constituye aproximadamente el 5 - 10 % de los casos (31).

### **Factores de riesgo (32):**

- Mayores de 60 años
- Dieta rica en grasas de origen animal y colesterol
- Obesidad
- Consumo de alcohol
- Enfermedades hemolizantes
- Sexo femenino
- Hipercolesterolemia
- Diabetes Mellitus
- Antecedentes familiares de enfermedad biliar

### **Signos y síntomas:**

Frecuentemente, presentan dolor abdominal, principalmente en cuadrante superior derecho o en el epigastrio, suele ser intenso, constante y de larga

duración (aproximadamente de 4 - 6 horas), el dolor se puede irradiar hacia la espalda o el hombro derecho. También se puede experimentar otros síntomas como náuseas, vómitos, fiebre, falta de apetito y taquicardia. A menudo, hay un historial de consumo de alimentos grasos aproximadamente una hora o más antes de que comience el dolor (31).

En el examen abdominal, se observa frecuentemente defensa muscular voluntaria e involuntaria. Además, es común encontrar un signo de Murphy positivo, lo que provoca un aumento del malestar y dificultad para respirar en pacientes con colecistitis aguda. Signo de alta sensibilidad, no específico. (31).

Diagnóstico:

Se cuenta con los criterios de Tokio (33):

- A. Signos de inflamación local (Signo de Murphy y masa/dolor en CSD - cuadrante superior derecho)
- B. Signos de inflamación sistémica (fiebre, PCR elevado, leucocitosis)
- C. Hallazgos imagenológicos (pared vesicular engrosada > 4 mm, presencia de cálculos en la vesícula, tamaño aumentado de la vesícula de largo > 8 cm – de ancho > 4 cm, líquido peri vesicular, signo de Murphy ecográfico)

Se determina sospecha diagnóstica cuando cumple 1 criterio A + 1 criterio B y se determina diagnóstico definitivo cuando cumple 1 criterio de A + 1 criterio B + C (33). En el caso expuesto, el paciente presenta A + B + C, obteniendo la confirmación diagnóstica de colecistitis aguda calculosa. En la colecistitis aguda no complicada por lo general, no se observa un aumento de bilirrubina total sérica, ni fosfatasa alcalina, debido a que la obstrucción es solo de la vesícula biliar. En caso de encontrarlas elevadas, pueden indicar otras patologías como colangitis, obstrucción biliar, síndrome de Mirizzi o coledocolitiasis (31).



La ecografía abdominal es el examen de imagen más específico (94%) y sensible (90%). La tomografía abdominal (menor sensibilidad que la ecografía) permite visualizar características de la vesícula biliar, pero también es de apoyo en caso de sospecha de malignidad de la vesícula biliar, la vía biliar extrahepática o de otros órganos colindantes. La gammagrafía se utiliza en casos atípicos o en ecografía no concluyente (32,33).

Tratamiento:

El tratamiento inicial comprende ayuno intestinal, hidratación por vía intravenosa, corrección de desequilibrios electrolíticos, analgesia y ATB por vía intravenosa. El tratamiento antibiótico consiste en una Cefalosporina de 2° generación + Metronidazol o una Quinolona, o bien, una Cefalosporina de 3° generación efectiva contra anaerobios (33).

La colecistectomía laparoscópica es el “gold standard” (tratamiento de elección) en colecistitis aguda leve (sin disfunción orgánica) o moderada (leucocitosis, > 72 horas de dolor en CSD, inflamación local), para evitar complicaciones se debe realizar dentro de las 24 - 72 horas de haberse hecho el diagnóstico. En caso de colecistitis aguda severa (disfunción orgánica) es recomendable primero estabilizar al paciente corrigiendo la disfunción orgánica, plantear la posibilidad de drenaje percutáneo antes de ingresar a sala para realizar la colecistectomía laparoscópica o abierta según posibilidades de abordaje (32,33).

### **III.4 Rotación en Ginecología**

#### **Caso clínico 1: Vulvovaginitis por tricomoniasis**

La vulvovaginitis se refiere a la inflamación tanto de la piel y la mucosa vaginal; sin embargo, no siempre ambas áreas se ven afectadas al mismo tiempo. En algunas ocasiones, la inflamación vulvar y/o vaginal no tiene una causa infecciosa, pudiendo ser de origen inflamatorio o alérgico (34).

La tricomoniasis es una ITS (infección de transmisión sexual), a causa del parásito protozoario *Trichomonas vaginalis*. El riesgo de contagio incrementa

especialmente durante la menstruación, ya que *T. vaginalis* utiliza el hierro del flujo sanguíneo para adherirse al epitelio escamoso vaginal (35).

Epidemiología:

La tricomoniasis vaginal es una de las ITS más comunes. Esta infección es responsable entre el 10% y el 25% de los casos de las infecciones vaginales, sin embargo, está disminuyendo su incidencia en países industrializados (36).

Factores de riesgo (37):

- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual
- Múltiples parejas sexuales
- Relaciones sexuales sin preservativo
- Haber tenido tricomoniasis anteriormente

Signos y síntomas:

Se manifiestan en un periodo de 5 a 28 días postexposición, aunque aproximadamente un 30% de las mujeres atraviesan por un periodo latente que dura hasta seis meses (38). El enrojecimiento, edematización de la región vaginal, aumento de la secreción vaginal, a veces con mal olor, variaciones en el color, prurito, ardor y dolor (vulvodinia) son los signos más frecuentes (34).

Diagnóstico:

La anamnesis es crucial para el diagnóstico, ya que la presencia de factores que alteren la microbiota, factores personales (antecedentes de diabetes o embarazo), episodios previos de vulvovaginitis y uso previo de antibióticos, pueden ser indicativos. Los síntomas clínicos antes mencionados son sugestivos, pero el diagnóstico no debe basarse solo en ellos. Es necesario realizar una exploración minuciosa y pruebas complementarias, ya que un diagnóstico incorrecto es una causa común de fallos en el tratamiento (34).

El método diagnóstico más útil y accesible es el examen en fresco de la secreción vaginal, para detectar el movimiento de la tricomona en hasta el 90% de las pacientes que presentan síntomas (38).

Tratamiento:

El tratamiento tiene que ser de manera simultánea en la mujer como en la pareja sexual para obtener mejores resultados. Se brinda Metronidazol 2 gr vía oral como dosis única o 500 mg vía oral cada 12 horas por 7 días. Se debe comunicar a la paciente la importancia de la abstinencia sexual y de bebidas alcohólicas, mínimo hasta 1 semana post ingesta de tratamiento medicamentoso (35).

## **Caso clínico 2: Aborto incompleto**

La interrupción del embarazo se conoce como aborto, con o sin expulsión del feto, anterior a las 22 semanas o cuando el peso fetal es < 500 gr (39).

Por otro lado, a la eliminación parcial del contenido del útero se le denomina aborto incompleto (39).

Epidemiología:

Entre el 15 - 20% de los embarazos concluyen en abortos espontáneos. Este padecimiento es un factor considerable en la muerte materna y puede dejar secuelas que causen infertilidad (39). Si un embarazo alcanza la séptima semana y la ecografía muestra resultados normales, el riesgo de aborto espontáneo es considerablemente bajo, menor al 5% (40).

Factores de riesgo (39,41):

- Edad materna < 15 años o > de 35 años
- Cirugías uterinas previas, abortos previos
- Embarazo no planeado
- Patologías crónicas como infecciones o problemas endocrinos
- Exposición a violencia doméstica o familiar
- Intoxicaciones ambientales
- Antecedentes familiares de abortos

Signos y síntomas (42):

- Dolor abdominal tipo cólico, sangrado vaginal y la eventual expulsión de

tejidos por la vagina.

- En el caso de un aborto espontáneo tardío, puede comenzar con el rompimiento de las membranas y la pérdida de líquido. La hemorragia generalmente no es profusa. La dilatación del cuello uterino indica que el aborto es irremediable.
- Si el producto de la concepción no es expulsado completamente, puede ocurrir sangrado uterino, a veces después de varias horas o días. También existe riesgo de desarrollar infección, pudiendo ocasionar dolor intenso, fiebre y en ocasiones sepsis (aborto séptico).

#### Diagnóstico:

Se fundamenta esencialmente en la valoración clínica y ecografía transvaginal, también es de apoyo solicitar  $\beta$ -hCG cuantitativa en pacientes sin una edad gestacional clara debido a una fecha de última menstruación no segura o en embarazo de localización desconocida (43). La ecografía transvaginal puede confirmar la eliminación parcial de productos de concepción (POC) y producto heterogéneo en el canal endocervical o cavidad endometrial en paciente con orificios cervicales abiertos, también se puede visualizar un útero de dimensiones menores a las esperadas para la edad gestacional. Una ayuda diagnóstica es el poder comparar con ecografías previas que establezcan un embarazo intrauterino (43).

#### Tratamiento (39):

- Requiere hospitalización.
- Colocación de una vía intravenosa con suero salino al 9%.
- Solicitar hemograma, grupo y factor, ecografía, examen completo de orina, exámenes serológicos (RPR o VDRL, prueba rápida de VIH)
- Cuando el útero mide  $< 12$  cm, se realizará un LU (legrado uterino) o AMEU (aspiración manual endouterina) después de dilatar el cuello uterino según requiera.
- Cuando el útero mide  $> 12$  cm, se debe evaluar el estado del cuello uterino y el sangrado. Si está abierto el cuello uterino, sangrado no abundante y presencia de contracciones uterinas, se intentará la eliminación de restos utilizando oxitocina (30 UI en 500 cc de suero salino al 9%).

- Cuando está cerrado el cuello uterino, sangrado no abundante y presencia de contracciones uterinas, se administrarán prostaglandinas para maduración del cuello (200 µg de Misoprostol cada 6 horas, en fondo de saco vaginal, con un límite de cuatro dosis). Si el sangrado es abundante, se colocará vía intravenosa, agregando oxitocina y se evacuará de inmediato el contenido uterino. Si los orificios cervicales están cerrados, se procederá a dilatar con instrumental seguido del LU, o en último caso, histerotomía abdominal.

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

Se vivió una experiencia única durante el internado médico, de enfrentar nuevos retos, realizar sacrificios, de mostrar esfuerzo, dedicación y pasión de servir a los demás; fue una montaña rusa de emociones, con días buenos y malos, pero persistiendo por la motivación de cumplir la meta de ser buenos médicos, asumiendo el compromiso de cuidar y tratar a cada paciente, buscando su beneficio y velando por su bienestar.

Los primeros meses son los más duros tanto física como emocionalmente, yendo al hospital todos los días de la semana incluyendo feriados, con un horario de ingreso entre las 5 y 6 a.m. pero sin horario de salida, ya que no podíamos abandonar el hospital dejando algún pendiente de nuestros pacientes y al volver a casa estudiar los casos y sus respectivas patologías para el pase de visita del día siguiente, el cansancio era el fiel enemigo, así que se estudiaba hasta quedarse dormidos por el agotamiento; las guardias podían extenderse hasta 36 horas de estadía hospitalaria, ya que terminada la guardia de 12 horas se volvía a hospitalización a cumplir las tareas diarias como evolucionar, hacer recetas y cumplir con los pendientes de cada paciente.

Pero todo esfuerzo tiene su recompensa, poco a poco el horario se hizo costumbre, se tenía mayor conocimiento en el manejo del servicio y del papeleo, hubo una mejor organización de pendientes, obteniendo más tiempo para reforzar temas que a inicios no se pudieron revisar y poder interactuar más con los pacientes, porque no solo se atendían sus patologías, sino también se brindaba soporte emocional.

El internado médico en el Hospital Nacional PNP. LNS. representó una oportunidad inigualable, el aprendizaje obtenido por médicos experimentados y el trabajo en equipo, proporcionó las habilidades necesarias para poder tratar con pacientes y brindarles una atención de primera, con mucha empatía, pasión y dedicación que nunca debe faltar en cada atención.

## **V. CONCLUSIONES**

En circunstancias normales, en el Perú el internado médico se da en un periodo de doce meses. Sin embargo, debido a las secuelas de la pandemia por el COVID-19, en el 2023 tuvo una duración de 10 meses, en este caso exclusivamente en el Hospital Nacional PNP. LNS.

El internado es una etapa fundamental de desarrollo de todo futuro médico, en el cual se aplica todo el conocimiento adquirido durante la formación académica, trabajando en conjunto con asistentes, médicos residentes, enfermeras y personal técnico, realizando un trabajo multidisciplinario en las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría, con el objetivo de ofrecer la atención más óptima a cada paciente, velando por su bienestar.

Esta etapa brindó la oportunidad de desarrollar habilidades, fortalecer conocimientos teóricos y prácticos, aprender el manejo de gran diversidad de patologías, en especial las más recurrentes, este conocimiento es crucial para el manejo y tratamiento de estas condiciones, lo que será de gran utilidad para un buen rendimiento en futuros planes de trabajo, como en el SERUM (Servicio Rural y Urbano Marginal).

## VI. RECOMENDACIONES

La recomendación para la Dirección de Sanidad Policial, encargados de los internos del hospital PNP Luis N. Sáenz, es de priorizar la regularización de la duración del internado médico a 12 meses, ya que los 2 meses faltantes en el año 2023 es una pérdida importante de aprendizaje práctico y académico para seguir reforzando las habilidades del interno.

Futuros internos, aprovechen al máximo su internado médico, se vive esta experiencia una vez en la vida y se pasa el tiempo más rápido de lo que creen, es el último año guiados por docentes médicos y residentes, aprovechen sus conocimientos, absuelvan todas sus dudas, involúcrense en toda actividad posible para reforzar sus habilidades.

Vivan cada caso como una experiencia única, recordando siempre que atendemos personas no enfermedades y que siempre velaremos por el bienestar de cada uno de ellos, apóyense entre co-internos, no son competencia, son la estabilidad del hospital si trabajan en equipo, ayúdense a no rendirse, a no flaquear, a levantarse mutuamente, solo entre ustedes pueden saber la gran responsabilidad y cansancio que conlleva ser un interno de medicina.

Por último, no dejen de estudiar, tenemos en nuestras manos la vida de los pacientes. Sean empáticos, respetuosos y tengan mucha paciencia, la mejor fórmula es pensar que estamos tratando a un familiar para tener una atención satisfactoria.



## VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz.” Hospital PNP. 2020 [cited 2024 Jun 12]. ATENCIÓN AL PACIENTE. Available from: <https://hospitalcentral.policia.gob.pe/>
2. Cortez S. Órbita. 2021 [cited 2024 Jun 12]. Dirección de Sanidad PNP conmemora sus 92 años de creación. Available from: <https://agenciaorbita.org/2021/08/12/direccion-de-sanidad-pnp-conmemora-sus-92-anos-de-creacion/>
3. Ministerio del Interior. gob.pe2. 2021 [cited 2024 Jun 12]. Ministro Carrasco: Nuevo Hospital de la Policía es uno de los mejores de Sudamérica. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/mininter/noticias/542173-ministro-carrasco-nuevo-hospital-de-la-policia-es-uno-de-los-mejores-de-sudamerica>
4. Martínez Vernaza S, Soto Chavez MJ, Mckinley E, Gualtero Trujillo S. Neumonía adquirida en la comunidad: una revisión narrativa. Univ Médica. 2018;59(4):1–10.
5. Herrera-flores EH, Saavedra-leveau CA. Neumonía adquirida en la comunidad. 2019;5:181–5. Available from: [file:///C:/Users/HP/Downloads/173-Texto del artículo-189-1-10-20200309.pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/173-Texto%20del%20articulo-189-1-10-20200309.pdf)
6. National Heart Lung and Blood Institute. NIH. 2022 [cited 2024 Jun 11]. Neumonía. Causas y factores de riesgo. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/neumonia/causas>
7. Ramirez J. UpToDate. 2024 [cited 2024 Jun 11]. Overview of community-acquired pneumonia in adults. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-community-acquired-pneumonia-in-adults#>
8. Organización Panamericana de la Salud, Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciones y Tropicales. Guía de práctica clínica: Neumonía adquirida en la comunidad en adultos [Internet]. 1ra Edició. SPEIT, OPS. Lima; 2009. Available from:

9. <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf><http://fiskal.kemenkeu.go.id/ejournal><http://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001><http://dx.doi.org/10.1016/j.powtec.2016.12.055><https://doi.org/10.1016/j.ijfatigue.2019.02.006><https://doi.org/10.1>
10. Gappy C, Archer S. UpToDate. 2023 [cited 2024 Jun 12]. Orbital cellulitis. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/orbital-cellulitis?search=celulitis+orbitaria&source=search\\_result&selectedTitle=1~32&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/orbital-cellulitis?search=celulitis+orbitaria&source=search_result&selectedTitle=1~32&usage_type=default&display_rank=1)
11. Fernández JB, Fernández MM. Celulitis preseptal y orbitaria. *Pediatr Integr.* 2014;18(2):108–14.
12. Sánchez Trancón. VistaSanchezTrancon Oftalmólogos. 2022 [cited 2024 Jun 12]. CELULITIS ORBITAL, LA HINCHAZÓN OCULAR QUE PUEDE PONER EN PELIGRO LA VIDA DE LOS PACIENTES. Available from: <https://vistasancheztrancon.com/celulitis-orbitaria/#:~:text=1%20Sinusitis%2C%20es%20la%20causa,4%20Infecciones%20dentales.>
13. Instituto Nacional de Oftalmología. Guía técnica: guía de procedimiento asistencial para el diagnóstico y tratamiento de la celulitis orbitaria en el Instituto Nacional de Oftalmología - INO “Dr. Francisco Contreras Campos” [Internet]. 1ra Edició. 2023. Available from: [https://www.ino.gob.pe/wp-content/uploads/2024/01/RD\\_N\\_231\\_2023\\_INO\\_D.pdf](https://www.ino.gob.pe/wp-content/uploads/2024/01/RD_N_231_2023_INO_D.pdf)
14. Allen R. Manual MSD. 2022 [cited 2024 Jun 12]. Celulitis preseptal y orbitaria. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-oftálmicos/enfermedades-de-la-órbita/celulitis-preseptal-y-orbitaria>
15. Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica para la atención del recién nacido [Internet]. 1ra Edició. Ministerio de Salud. Lima; 2007. Available from: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1027\\_dgsp198.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1027_dgsp198.pdf)
16. Tapia L. Prevalencia Y Factores Asociados a Ictericia Neonatal Patológica En Recién Nacidos Pretérmino Tardíos Del Hospital Nacional Cayetano Heredia En Julio-Diciembre Del 2019 [Internet]. Universidad Peruana

17. Cayetano Heredia; 2019. Available from: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7100/Prevalencia\\_TapiaMonsalve\\_Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/7100/Prevalencia_TapiaMonsalve_Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
18. Wong R, Bhutani V. UpToDate. 2023 [cited 2024 Jun 12]. Unconjugated hyperbilirubinemia in neonates: Risk factors, clinical manifestations, and neurologic complications. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/unconjugated-hyperbilirubinemia-in-neonates-risk-factors-clinical-manifestations-and-neurologic-complications?search=ictericia%20neonatal%20factores%20de%20riesgo&source=search\\_result&selectedTitle=1~102&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H6](https://www.uptodate.com/contents/unconjugated-hyperbilirubinemia-in-neonates-risk-factors-clinical-manifestations-and-neurologic-complications?search=ictericia%20neonatal%20factores%20de%20riesgo&source=search_result&selectedTitle=1~102&usage_type=default&display_rank=1#H6)
19. Salazar Porras D, Aguilar Hernández LM, González Alfaro FJ. Ictericia neonatal: manifestación clínica frecuente en pediatría. *Rev Medica Sinerg.* 2023;8(8):e1085.
20. Wong R, Bhutani V. UpToDate. 2023 [cited 2024 Jun 12]. Unconjugated hyperbilirubinemia in term and late preterm newborns: Initial management. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/unconjugated-hyperbilirubinemia-in-term-and-late-preterm-newborns-initial-management?search=ictericia%20neonatal&source=search\\_result&selectedTitle=2~102&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H70785594](https://www.uptodate.com/contents/unconjugated-hyperbilirubinemia-in-term-and-late-preterm-newborns-initial-management?search=ictericia%20neonatal&source=search_result&selectedTitle=2~102&usage_type=default&display_rank=2#H70785594)
21. Woods C. UpToDate. 2023 [cited 2024 Jun 12]. Croup: Clinical features, evaluation, and diagnosis. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/croup-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?search=crup+viral&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/croup-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?search=crup+viral&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
22. Mantilla D. Croup | Crup | Laringotraqueitis aguda | Diagnóstico y evaluación [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 12]. Available from: <https://www.danilomantilla.org/post/croup#:~:text=EPIDEMIOLOG%C3%8DA,los%20%20a%C3%B1os%20de%20edad.>
23. Basanta A. Laringitis aguda (CRUP). *N Engl J Med.* 2003;339(8):498–503. Ventosa P, Luaces C. Diagnóstico y tratamiento de la laringitis en

24. Urgencias. Asoc Española Pediatría [Internet]. 2020;75–82. Available from: [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/)
25. Rada A. Nuevos Conceptos De La Laringotraqueítis En Niños (Crup Viral). Rev Médica La Paz [Internet]. 2023;29(1):87–103. Available from: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582023000100087&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582023000100087&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
26. Woods C. UpToDate. 2024 [cited 2024 Jun 12]. Croup: Management. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/croup-management?search=crup%20viral%20tratamiento&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H7](https://www.uptodate.com/contents/croup-management?search=crup%20viral%20tratamiento&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H7)
27. Hospital de Emergencias Villa el Salvador. Guía para el Diagnostico Y Tratamiento De Apendicitis Aguda [Internet]. 1ra Edició. Lima; 2018. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3435747/10.%20gu%C3%ADa%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20de%20apendicitis%20aguda.pdf.pdf>
28. Martin R, Kang S. UpToDate. 2024 [cited 2024 Jun 12]. Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=apendicitis%20aguda&source=search\\_result&selectedTitle=5~150&usage\\_type=default&display\\_rank=5#H619886577](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation?search=apendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5#H619886577)
29. Seunggu H. healthline. 2019 [cited 2024 Jun 12]. Todo lo que necesitas saber sobre la apendicitis. Available from: <https://www.healthline.com/health/es/apendicitis>
30. Quezada G. Top Doctors. 2021 [cited 2024 Jun 12]. Apendicitis aguda, factores de riesgo y tratamiento. Available from: <https://www.topdoctors.mx/articulos-medicos/apendicitis-aguda-factores-de-riesgo-y-tratamiento/>
31. Martin R. UpToDate. 2024 [cited 2024 Jun 12]. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. Available from:
32. Smink D, Soybel D. UpToDate. 2024 [cited 2024 Jun 12]. Management of acute appendicitis in adults. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitisin->

- adults?search=apendicitis%20aguda&source=search\_result&selectedTitle=1~150&usage\_type=default&display\_rank=1#H18
33. Zakko S, Afdhal N. UpToDate. 2024 [cited 2024 Jun 12]. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda%20calculosa&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H7](https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=colecistitis%20aguda%20calculosa&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H7)
  34. Hospital de Emergencias de Villa El Salvador. Guía técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de colecistitis en el hospital de emergencias villa el salvador. 2023. 1–12 p.
  35. Molina F. Colecistitis calculosa aguda: Diagnóstico y manejo. Rev Medica Costa Rica y Centroam [Internet]. 2016;73(618):97–9. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc161s.pdf>
  36. Española de Ginecología Obstetricia S. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. Rev Of la Soc Española Ginecol y Obstet. 2022;65:61–75.
  37. VASQUEZ FERRO E, LOPEZ BIEL R. Tricomoniasis vaginal. Sem Med. 1954;105(1):14–22.
  38. Organización Mundial de la Salud. WHO. 2023 [cited 2024 Jun 12]. Tricomoniasis. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/trichomoniasis>
  39. Mayo Clinic. MayoClinic. 2022 [cited 2024 Jun 12]. Tricomoniasis. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/trichomoniasis/symptoms-causes/syc-20378609>
  40. Cancelo Hidalgo MJ, Cancelo Hidalgo C, Chavida García F. Vaginitis por Trichomonas. Semergen. 2005;31(3):121–4.
  41. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutoria [Internet]. Minsa. 2007. 57 p. Available from: [https://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852\\_IMP198.pdf](https://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf)
  42. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Aborto espontáneo. Soc Española Ginecol y Obstet [Internet]. 2017;6(1):207–24. Available from:

43. <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0304501310004565&r=151>
44. Correa B. Aborto incompleto :factores de riesgo y complicaciones. J Am Heal [Internet]. 2018;1(2):39–46. Available from: <http://www.jah-journal.com/index.php/jah>
45. Manual MSD. ManualMSD. 2023 [cited 2024 Jun 12]. Aborto espontáneo. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecología-y-obstetricia/trastornos-del-embarazo-temprano/aborto-espontáneo>
46. Redinger A. National Library of Medicine. 2024 [cited 2024 Jun 12]. Aborto espontáneo incompleto. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559071/>.