

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**DESARROLLO DEL INTERNADO EN LOS HOSPITALES CENTRO MÉDICO
NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA Y
HOSPITAL MÉDICO CENTRAL MILITAR CORONEL "LUIS ARIAS
SCHEREIBER" 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
GRELLY KARELIA PIZARRO DE LA CRUZ
CRISTIAN VICTOR YUFFRA LOAYZA**

**ASESOR
ERICSON LEONARDO GUTIERREZ INGUNZA**

LIMA- PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**DESARROLLO DEL INTERNADO EN LOS HOSPITALES CENTRO
MÉDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA Y
HOSPITAL MÉDICO CENTRAL MILITAR CORONEL “LUIS ARIAS
SCHEREIBER” 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

GRELLY KARELIA PIZARRO DE LA CRUZ

CRISTIAN VICTOR YUFFRA LOAYZA

ASESOR

DR. ERICSON LEONARDO GUTIERREZ INGUNZA

LIMA PERÚ, 2023

JURADO

Presidente:

Dra. KARIM ELIZABETH UGARTE REJAVINSKY

Miembro:

Dra. CYNTHIA LEGNA HUBY MUÑOZ

Miembro:

Dra. MARIA ELENA CASTRO VALLEJO

DEDICATORIA

A Dios por guiarme en todo este camino, a mis padres y mis hermanos por todo el apoyo incondicional, son mi mayor orgullo y ejemplo para seguir.

Cristian Víctor Yuffra Loayza

A Dios por guiarme es todo este camino, a mi familia por estar siempre a mi lado en todo este proceso.

Grelly Karelía Pizarro De La Cruz

AGRADECIMIENTOS

A nuestro asesor, por guiarnos de inicio a fin.

A la Universidad san Martín de Porres, por brindarnos su apoyo en todo el proceso.

ÍNDICE

ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCION	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotacion de Cirugia General	1
1.2 Rotacion de Ginecologia y Obstetricia	8
1.3 Rotacion de Medicina Interna	15
1.4 Rotacion de Pediatria	23
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	31
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	32
3.1 Rotacion de cirugia General	32
3.2 Rotacion de Ginecologia y Obstetricia	35
3.3 Rotacion de Medicina Interna	38
3.4 Rotacion de Pediatria	42
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	47
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
FUENTES DE INFORMACION	50
ANEXO 1	54
ANEXO 2	55
ANEXO 3	56

RESUMEN

El internado médico para muchos es el momento previo al inicio de la carrera profesional por ende es de vital importancia su desarrollo para los estudiantes de medicina y futuros aspirantes a médicos cirujanos, ya que tiene como objetivo el generar confianza y brinda habilidades para así poder desarrollar adecuadamente una futura atención de calidad al paciente. En el año 2022 tuvo inicio el internado médico con una duración de 10 meses, la cual tuvo inicio el 1 de junio del año 2022 y con fecha de fin de internado médico el 31 de marzo del año 2023. La división de las rotaciones fue en los servicios de cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna y pediatría. El presente trabajo se realizó con el objetivo de brindar una visión panorámica de lo que es llevar el internado en hospitales de nivel de categoría III.

Objetivo: Describir vivencias y desarrollo del internado médico en hospitales de nivel de complejidad III durante el periodo de junio del 2022 a marzo del 2023. detallar la trayectoria profesional, el contexto en el cual se desarrolló el internado médico y la aplicación en la vida profesional a futuro de los conocimientos aprendidos.

Metodología: se describieron las experiencias del internado médico realizado en el Centro Médico Naval 'Cirujano Mayor Santiago Távara' y Hospital Militar Central del Perú, así también se presentaron los casos clínicos correspondientes a cada una de las 4 rotaciones en las distintas especialidades médicas.

Conclusiones: El internado médico es una de las etapas primordiales para generar la base profesional de los futuros médicos, esta constituye el inicio para el desarrollo de habilidades y destrezas para una futura atención médica de calidad.

Palabras clave: internado médico, hospitales de nivel de complejidad III, atención de calidad

ABSTRACT

The medical internship for many is the moment before the start of the professional career, therefore its development is of vital importance for medical students and future aspiring surgeons, since it aims to build confidence and provides skills to be able to develop adequately future quality patient care. In the year 2022, the medical internship began with a duration of 10 months, which began on June 1, 2022 and with an end date of the medical internship on March 31, 2023. The division of the rotations was in general surgery, gynecology and obstetrics, internal medicine and pediatrics services. The present work was carried out with the objective of providing a panoramic vision of what it is to carry out the internship in category III hospitals.

Objective: Describe experiences and development of the medical internship in hospitals of complexity level III during the period from June 2022 to March 2023. Detail the professional career, the context in which the medical internship was developed and its application in professional life future knowledge learned.

Methodology: the experiences of the intern doctor performed at the Cirujano Mayor Santiago Távara Naval Medical Center and the Central Military Hospital of Peru were described, as well as the clinical cases corresponding to each of the 4 rotations in the different medical specialties.

Conclusions: The medical intern is one of the essential stages to generate the professional base of future doctors, this constitutes the beginning for the development of skills and abilities for future quality medical care.

Keywords: medical intern, complexity level III hospitals, quality care

NOMBRE DEL TRABAJO

DESARROLLO DEL INTERNADO EN LOS HOSPITALES CENTRO MÉDICO NAVAL C IRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA Y HOS

AUTOR

GRELLY KARELIA PIZARRO DE LA C

RECuento DE PALABRAS

13109 Words

RECuento DE CARACTERES

75626 Characters

RECuento DE PÁGINAS

65 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.0MB

FECHA DE ENTREGA

Apr 17, 2023 7:04 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 17, 2023 7:05 PM GMT-5

● **18% de similitud general**

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

- 18% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Asesor

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4725-6284>

INTRODUCCIÓN

El internado médico tuvo inicio el 1 junio del 2022 y finalizó el 31 marzo del 2023. Consta de 4 rotaciones cada uno de ellos con una duración de dos meses y medio. Las rotaciones se realizaron por los servicios de ginecología el cual abarca las especialidades de ginecología y obstetricia, cirugía general, pediatría y medicina.

Es importante tener en cuenta lo primordial que es la elaboración exhaustiva y precisa de la historia clínica, así mismo el saber por qué y en qué momento se le solicitaran los distintos exámenes auxiliares.

El haber realizado el internado médico en un hospital de nivel III, hace especial énfasis en la disponibilidad inmediata de distintas pruebas y rapidez en la entrega de los resultados para poder dar un enfoque diagnóstico a las distintas patologías que aquejan a los pacientes.

El presente trabajo de suficiencia hace referencia a 16 casos clínicos los cuales fueron escogidos debido a su aporte sustancial en conocimiento para los futuros internos de medicina humana; algunos de los casos fueron interesantes debido a su poca frecuencia y otros fueron escogidos debido a que los observamos de manera diaria en la práctica médica.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación de cirugía General

Caso clínico 1

Anamnesis

Paciente femenina de 41 años ingresa al servicio de cirugía refiriendo que hace aproximadamente 6 meses presenta malestar a la incorporación que lo relaciona con el esfuerzo físico por el gimnasio. Paciente refiere que hace dos semanas regresa a Lima, por exacerbación de sintomatología se le realiza una ecografía abdominal y ecografía transvaginal si obtención diagnóstica; se deja pendiente UROTEM. Ingres a al servicio para realizar más estudios.

Antecedentes quirúrgicos: cesárea segmentaria transversa iterativa hace 16 años

Alergias: niega

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 66x', frecuencia respiratoria: 20x', presión arterial: 110/60mmHg, temperatura: 36.6°C, saturación de oxígeno: 98% talla 165 cm y peso 70 kilos

Piel y faneras: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menos de 2 segundos, no cianosis no edemas.

Tórax y pulmones: Tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No hay ruidos agregados.

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

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes de buena intensidad en 4 cuadrantes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, matidez y timpanismo conservado. Presencia de masa que se moviliza a la palpación en zona infraumbilical.

Genitourinario: puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos.

Sistema nervioso central: Orientado en tiempo, espacio y persona, despierto sin signos de focalización.

Impresión diagnóstica:

Tumoración ovárica de comportamiento incierto

Cistoadenoma

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Ecografía transvaginal/abdominal inferior: imagen sugestiva de quiste complejo gigante de anexo derecho con alta resistencia, imagen sugestiva de quiste bilobulado de anexo izquierdo con alta resistencia, miomatosis uterina tipo 5.
- Hemograma: Leucocitos en 8300 mm³, hemoglobina 13.6 g/dL, plaqueta 244000 mm³, tiempo de protrombina: 13.7 segundos.
- UroTEM con contraste: Tumoraciones gástricas anexadas derechas sugestivas de cistoadenoma.
- Antígeno de cáncer 125 (cáncer de ovario): 17.37 U/mL
- Alfafetoproteína: 4.96 ng/mL

Plan de trabajo:

1. Dieta completa (hiperproteica)+ líquidos a voluntad
2. Interconsulta a gastroenterología
3. Control de signos vitales cada 8 horas
4. Programación a SOP para ooforectomía derecha + biopsia de congelación

Caso clínico 2

Anamnesis

Paciente masculino de 43 años que ingresa por admisión para ser programado. Paciente refiere que hace dos meses después de realizar esfuerzo físico intenso inició con dolor 2/10 en región umbilical, por lo que acude a clínica privada donde se realiza ecografía abdominal con resultados que concluyen formación de saco herniario que a maniobra de Valsalva mide 2.5x 10 mm, acude al consultorio externo de cirugía donde por el hallazgo se indica tratamiento quirúrgico.

Antecedentes quirúrgicos: niega

Alergias: niega

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 58x', frecuencia respiratoria:18x', presión arterial: 120/80mmHg, temperatura: 37.1°C, saturación de oxígeno: 97%

Piel y faneras: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos.

Tórax y pulmones: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

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

Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos positivos, blando, depresible, no doloroso a la palpación, se evidencia masa en región umbilical, 2x1 cm a maniobra de Valsalva reductible, coercible, no doloroso, sin cambios de coloración.

Sistema nervioso central: orientada en tiempo espacio y persona. Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

Hernia umbilical

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Ecografía de partes blandas. hernia en región umbilical.
- Hemograma: Leucocitos. 6600, hemoglobina: 14.1 g/dL, plaquetas: 230000 uL
- Grupo y factor: O positivo
- Tiempo de protrombina: 12.94 segundos
- INR 1.03%

Plan de trabajo:

1. Dieta completa + líquidos a voluntad
2. Interconsulta de anestesiología
3. Interconsulta de cardiología
4. Interconsulta de neumología
5. Programación a SOP según la respuesta de interconsultas

Caso clínico 3

Anamnesis

Paciente mujer de 45 años refiere que desde hace aproximadamente 4 años percibe presencia de pequeña masa en canal anal por lo cual acude por consulta externa donde le indican realizar baños de asiento. Hace aproximadamente 6 meses, se añade rectorragia y dolor anal al realizar deposiciones y a la sedestación, es evaluada nuevamente por persistencia de sintomatología y se indica necesidad de intervención quirúrgica por lo cual es hospitalizada.

Antecedentes patológicos: HTA en tratamiento (desde hace 6 años)

Antecedentes quirúrgicos: cesárea segmentaria transversa iterativa por preeclampsia (2005)

Alergias: niega

Medicación habitual: Bisoprolol 25 mg (1/2 tableta lunes, martes, viernes, domingo)

Losartan 50 mg (01 tableta 8am-8pm) Atorvastatina 20 mg (01 tableta 8pm)

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca:85x', frecuencia respiratoria:18x', presión arterial:120/80mmHg, temperatura: 36.6°C, saturación de oxígeno: 98% peso: 73 kilos

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica; llenado capilar <2"; mucosas húmedas.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos patológicos, amplexación pulmonar conservada

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: Móvil a la respiración, globuloso a expensas de panículo adiposo. Cicatriz tipo pfannenstiel, ruidos hidroaéreos presentes de adecuado tono, intensidad y frecuencia, blando, depresible, no resistencia abdominal, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, timpánico a la percusión, no masas, no visceromegalia.

Ano-rectal: paciente en posición de litotomía al tacto rectal. Pliegue cutáneo en Radio 6 de 3x2.5 cm en borde anal. Se palpa masa en radio 6 que protruye hacia afuera 1 cm a la maniobra de Valsalva y reduce espontáneamente, esfínter anal de tono conservado. Dedo en guante sin restos fecaloides o sanguíneos.

Sistema nervioso central: despierto, alerta, activo y reactivo a estímulos, orienta en lugar, tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

Hemorroides interna grado II

Plicoma perianal

Hipertensión arterial por historia clínica larga

Dislipidemia por historia clínica larga

Sobrepeso

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Hemograma: Hemoglobina en 12.2g/dL, Hematocrito en 36%., Plaquetas 285 mm³, Leucocitos 8.98 mm³
- Hepatitis B, C y VIH: negativos
- Bioquímica: Urea 34.8mg/dL, Creatinina 0.66 mg/dL, Glucosa 102 mg/dL
- Prueba COVID-19: negativa
- Sedimento urinario: Color amarillo, aspecto limpio, densidad 1.003, Cel epiteliales escasas, Leucocitos 0-5 por campo, Hematíes 0-2 por campo
- Rectosigmoidoscopia (19/02/2022):

Inspección: A la inspección pasiva se evidencia hacia la comisura posterior de repliegue cutáneo redundante por debajo del cual se observa mucosa rectal prolapsada. A la maniobra de Valsalva protrusión de cojinetes hemorroidales internos.

Tacto rectal: No doloroso, no se palpan masas, dedo de guante limpio

Instrumentación: Se progresa con el instrumento hasta 40 centímetros del margen anal, observándose mucosa de aspecto conservado con presencia de patrón vascular

Canal anal: Se objetiva cojinetes hemorroidales internos congestivos que protruyen a la luz del canal

Diagnóstico: Plicoma perianal redundante, Prolapso de mucosa rectal, Hemorroides internas grado II.

Plan de trabajo:

1. Dieta completa más Líquido a voluntad
2. Se solicita exámenes laboratoriales
3. Se programa para SOP
Cirugía programada (Hemorroidectomía MM vs Ferguson)
4. Control de funciones vitales más balance hídrico estricto

Caso clínico 4:**Anamnesis**

Paciente femenina de 25 años acude a emergencia refiriendo presentar dolor abdominal tipo cólico de intensidad moderada a nivel de fosa iliaca derecha desde hace 8 horas, indica haber realizado 1 deposición líquida sin moco y sin sangre, también 3 vómitos de contenido alimentario; niega inicio de vida sexual. Refiere sensación de alza térmica no cuantificada. Acude a emergencia por persistencia de dolor pese a haberse automedicado con paracetamol 1 gramo vía oral 4 horas antes del ingreso.

Antecedentes quirúrgicos: resección de quiste anexial paratubárico derecho hace 1 año

Antecedentes familiares: abuela paterna cáncer de ovario

Alergias: niega

Fecha de última regla: 22/01/2023, menarquia a los 11 años, régimen catamenial 6 días de menstruación cada 30 días.

Formularia obstétrica: GOP0000

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 78x', frecuencia respiratoria: 16x', presión arterial: 110/80mmHg, temperatura: 38.4°C, saturación de oxígeno: 98%

Piel y faneras: caliente, con presencia de mucosa oral seca, ojos hundidos; llenado capilar menor a 2 segundos. Palidez +/-, no presencia de edemas.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos patológicos.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos presentes. Plano; depresible, con dolor a la palpación en hipogastrio y fosa iliaca derecha. Signo de Blumberg, Psoas y Rovsing positivos.

Genitourinario: puño percusión lumbar negativa, puntos renoureterales negativos, Tacto vaginal: diferido por ser menor de edad y no haber iniciado vida sexual.

Sistema nervioso central: Paciente orientado en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

Síndrome doloroso abdominal

Abdomen Agudo Quirúrgico

Descartar: Apendicitis Aguda

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Hemograma: hemoglobina en 11.7g/dL, leucocitos en 17,900 mm³ (segmentados 93%)
- Creatinina en 0.69 mg/dL Urea en 27.9 mg/dL
- Ca 125: 20 U/mL
- Alfafetoproteína: 5 ng/dL
- Perfil de coagulación: tiempo de sangría 2 minutos, tiempo de coagulación 5 minutos 30 segundos
- Sedimento urinario: 2-5 leucocitos por campo, hematíes 0-2 por campos, gérmenes escasos.
- Ecografía abdominal: presencia de apéndice de 12.3 centímetros de diámetro, con grosor de la pared de 4.2 centímetros; conclusión de imagen: sugestiva de proceso apendicular por lo que se sugiere correlacionarlo con la clínica. Resto no contributorio.

Plan de trabajo:

1. Reposo gástrico; nada por vía oral.

2. NaCl al 0.9% 1000 cc + Dextrosa al 5% 1000 + NaCl 20% (2 ampollas) + KCl 20% 1 ampolla endovenoso.
3. Ceftriaxona 2 gramos endovenoso cada 24 horas.
4. Omeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas.
5. Control de las funciones vitales cada 8 horas.
7. Programación para SOP
Operación programada: apendicetomía laparoscópica.

1.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 5

Anamnesis

Paciente de sexo femenino de 37 años, la cual acude a emergencia refiriendo dolor abdominal de tipo opresivo situado a predominio de hemiabdomen inferior, no irradiado, el cual tuvo inicio hace doce horas con curso progresivo.

Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía laparoscópica en el año 2020

Antecedentes patológicos: niega

Antecedentes gineco-obstétricos: aborto incompleto 2019 el cual requirió un legrado uterino.

Alergias: niega

Fecha de última regla: 07/02/2023, régimen catamenial: 6 días de menstruación cada 28 días.

Formula obstétrica: G1P0010

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 100x', frecuencia respiratoria: 14x', presión arterial: 100/70mmHg, temperatura: 36.5 °C, saturación de oxígeno: 96% talla: 162 cm y peso: 62 kilos

Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2", no se evidencia edemas.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. amplexación pulmonar conservada en ambos hemitórax.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes.

Abdomen: Blando, depresible, móvil con la respiración, ruidos hidroaéreos presentes en cuatro cuadrantes, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen inferior a predominio izquierdo (fosa iliaca izquierda).

Genitourinario: puntos renoureterales negativo, puño percusión lumbar negativa,

Tacto vaginal: se evidencia sangrado escaso por vía vaginal, resto no contributorio.

Sistema nervioso central: despierta, Glasgow 15/15, orientada en lugar, tiempo, espacio y persona.

Impresión diagnóstica:

Síndrome doloroso abdominal

Descartar embarazo ectópico roto

Descartar quiste de ovario a pedículo torcido

Descartar hemoperitoneo

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Hemograma: hemoglobina 7.1g/dL; hematocrito 26.2%; plaquetas en 234 mm³; leucocitos totales 12.3 mm³ (abastados 0.0%; segmentados 87.3%, linfocitos 1.6%)
- Perfil hepático: TGO 11 U/L, TGP 9.2 U/L, GGTP 13.4 U/L
- BetaHCG en sangre: 4021.00 mU/ml
- Ecografía transvaginal/obstétrica: concluye presencia de tumoración en trompa ovárica izquierda, liquido libre en cavidad peritoneal de aspecto compatible con hemoperitoneo

Plan de trabajo:

1. Hospitalización
2. Nada por vía oral
3. Fluidoterapia
4. Ketorolaco 10mg por vía endovenosa
5. Interconsulta al servicio de Hematología por presencia de anemia severa (hemoglobina en 7.1)

6. Realizar pruebas cruzadas para transfundir 2 a 3 paquetes globulares
7. Completar prequirúrgicos para solicitar SOP
Operación programada: Laparoscopia exploratoria más resección de tumoración de trompa izquierda por embarazo ectópico roto más lavado de cavidad peritoneal.
8. Control de funciones vitales
9. Balance hídrico estricto
10. En caso de que exista deseos de salir gestando a posterioridad se debe brindar consejería en planificación familiar.

Caso clínico 6

Anamnesis

Paciente mujer de 38 años, gestante de 28 semanas acude por presentar dolor abdominal tipo contracción desde hace aproximadamente 7 horas. Niega pérdida de líquido, niega sangrado vaginal.

Antecedentes quirúrgicos: niega

Antecedentes familiares: niega

Alergias: niega

Antecedentes gineco-obstétricos: Menarquia a los 11 años, régimen catamenial: irregular, Niega métodos anticonceptivos, último papanicolaou: Niega fecha de última regla: 17/07/22, fecha probable de parto :24/04/2023; fórmula obstétrica: G3P1102 (G1: cesárea por preeclampsia en 2009, G2: cesárea por cesárea anterior en 2014 G3: actual)

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 86x', frecuencia respiratoria: 20x', presión arterial: 110/6mmHg, temperatura: 36.5°C, saturación de oxígeno: 98%

Piel y faneras: Tibia, elástica, hidratada; llenado capilar menor a 2 segundos. No palidez, no presencia de edemas.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos patológicos.

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.

Abdomen: Útero grávido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial o profunda. Altura uterina: 33 cm; situación, posición, presentación: Longitudinal cefálico derecho, frecuencia cardiaca fetal: 138x', dinámica uterina: 4/10' de intensidad moderada

Genitourinario: puño percusión lumbar negativa, puntos renoureterales negativos, Tacto vaginal: cérvix sin cambios. No sangrado vaginal en dedo de guante.

Sistema nervioso central: Paciente orientado en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow 15/15.

Impresión diagnóstica:

Gestación de 28 semanas 6/7 por fecha de última regla

Descartar amenaza de parto pretérmino

Alto riesgo obstétrico: Pacientes sin controles prenatales, cesareada anterior dos veces, con antecedente de prematuridad en anterior embarazo.

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Glucosa: 94mg/dL, Urea: 11.5mg/dL, Creatinina: 0.41mg/dL, Hemoglobina: 8.7g/dL, Hematocrito 26.9%, leucocitos: 8.61mm³. Grupo sanguíneo: "A" positivo
- Electrolitos: Cloro: 110mEq/L, potasio :3.67 mEq/L, sodio: 135 mEq/L, deshidrogenasa láctica: 106UI/L, bilirrubina total: 0.26 mg/dL, bilirrubina directa: 0.10 mg/dL, bilirrubina indirecta: 0.16 mg/dL
- Perfil hepático: TGO: 11.9U/L TGP: 9U/L.
- Perfil de coagulación: Tiempo de sangría 2' Tiempo de coagulación 6'30" T protrombina 14.1 segundo INR 1.06%
- Serológicos: Hepatitis C, VIH, Sífilis (no reactivos)
- COVID-19: NEGATIVO
- Ecografía obstétrica: Gestación única activa de 28 semanas, 2 días +/- 1 semana por biometría fetal

- Interconsulta Neonatología: Paciente de alto riesgo, se sugiere monitoreo hasta llegar a gestación a término de lo contrario el equipo de Neonatología estará atento, se sugiere monitoreo fetal continuo, completar uso de corticoides, completar laboratorios.

Plan de trabajo:

1. Dieta completa mas líquidos a voluntad.
2. NaCl 0.9% 1000cc (21 gotas por minuto).
3. Betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas.
4. Nifedipino 10 mg vía oral cada 12 horas.
5. Monitoreo fetal cada 8 horas.
6. Diclofenaco 75mg (ampolla intramuscular STAT).
7. Paracetamol 1 gramo vía oral condicional a la presencia de dolor.
8. Control de funciones vitales mas observación de signos de alarma.

Caso clínico 7

Anamnesis

Paciente femenina de 71 años que hace 5 meses ha presentado protrusión por la vía vaginal al momento que se aseaba, con el paso de los meses había una acotación de la protrusión por la vía vaginal especialmente al manto que se veía o hacia esfuerzo. Esta sintomatología se acompaña con incontinencia urinaria leve por lo cual es hospitalizada en el servicio de ginecología y obstetricia.

Antecedentes quirúrgicos: Histerectomía total (1983), apendicectomía (1972)

Antecedentes patológicos: Hipertensión arterial en tratamiento (Telmisartán 80 mg)

Antecedentes gineco-obstétricos: niega

Alergias: niega

Fecha de última regla: 1983

Fórmula obstétrica: G4P3013 (G1: aborto (1971), G2 eutócico varón 3800 gr. (1974), G3 eutócico varón 3800 gr. (1977), G4 eutócico varón (1983)) Menarquia: a los 12 años, último Papanicolaou: hace 6 meses con resultado negativo

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 88x', frecuencia respiratoria: 20x', presión arterial: 110/70mmHg, temperatura: 36°C, saturación de oxígeno:98 %

Piel y faneras: tibia, elástica, no cianosis, no ictericia, llenado capilar menor a 2 segundos

Tórax y pulmones: tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles

Abdomen: blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no cicatrices, no dolor a la palpación superficial ni profunda

Genitourinario: puño percusión lumbar negativa, puntos renoureterales negativos.

tacto vaginal: Vagina amplia, poco elástica, profunda, con mucosa rosada, semi seca, ante maniobra de Valsalva protrusión de pared anterior posterior y cérvix por introito vaginal a +1cm de carúncula multiforme.

Sistema nervioso central: Orientada en espacio, tiempo y persona, Glasgow 15/15, no signos meníngeos

Impresión diagnóstica:

Prolapso genital grado III

Artrosis

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Grupo y factor: O positivo
- Examen de orina: leucocitos en orina. 6-8 por campo, bacterias 3+
- Antibiograma: resistente a amoxicilina + ácido clavulánico, sensible a nitrofurantoína.
- Glucosa: 104 mg/d

Plan de trabajo:

1. Dieta blanda + líquidos a voluntad, nada por vía oral a partir de las 20:00 horas.
2. Preparación para SOP (solicitar interconsulta de Anestesiología, cardiología y Neumología).

3. Solicitar exámenes auxiliares prequirúrgicos (hemograma, tiempo de protrombina, EKG, radiografía de tórax)
4. Control de signos vitales + OSA
5. Telmisartán cada 24 horas por vía oral

Caso clínico 8

Anamnesis

Paciente femenina de 31 años refiere que hace un año (entre mayo y junio del 2022) por ecografía le diagnosticaron miomatosis uterina, causa de aborto de feto de 4 meses, no programo cirugía en ese entonces, El 20 de marzo del 2023 paciente ingresa a emergencia por sangrado vaginal abundante y dolor abdominal intenso, recibe analgesia y es dada de alta. Paciente ingresa a hospitalización a través de consulta externa para programar cirugía.

Antecedentes quirúrgicos: legrado uterino en el 2022 por aborto incompleto

Alergias: niega

Fecha de última regla: 12/05/2023

Formula obstétrica: G2P1011 (G1: Parto eutócico (2015), G2: óbito fetal 2021)

Menarquia: 13 años, métodos anticonceptivos: no usa no tiene pareja, régimen catamenial: 3-4 días cada 28 días.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 82x', frecuencia respiratoria: 22', presión arterial: 90/60mmHg, temperatura: 36.5 °C, saturación de oxígeno: 99%

Piel y faneras: Tibia, hidratada, elástica, no cianosis, no edema, no ictericia, llenado capilar menor a 2 segundos. Ligera palidez.

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

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

Genitourinario: Tacto vaginal se evidencia sangrado vaginal en regular cantidad (++/+++)

Sistema nervioso central: Orientada en espacio, tiempo y persona, Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica:

Sangrado uterino anormal por miomatosis uterina

Anemia severa

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Ecografía transvaginal: Miomatosis uterina, quiste de Naboth en cérvix
- Ecografía de mama: Fibroadenoma de mama derecha, Quiste en mama izquierda, BIRADS -2
- Hemograma: Leucocitos: 7000 mm³, hemoglobina: 7.7 gr/dL, plaquetas: 250000 mm³.
- Grupo y factor: A positivo
- Ferritina: 5.77 mg/ml
- CA 125: 36.79U/mL, CA 19.9: 8.09U/mL
- AFP: 1.24U/mL

Plan de trabajo:

1. Hospitalización
2. Solicitud de exámenes prequirúrgicos (hemograma, examen de orina, tiempo de protrombina, INR, EKG, radiografía de tórax).
3. Solicitar Riesgo quirúrgico: Anestesiología, Cardiología, Neumología.
4. Efectivizar resonancia magnética.
5. Control de signos vitales cada 8 horas.

1.3 Rotación de Medicina Interna

Caso clínico 9:

Paciente masculino de 20 años refiere que hace 3 semanas aproximadamente refiere prurito en miembro inferior izquierdo. Al día siguiente presentó lesiones eritematosas que al pasar de los días se volvieron lesiones costrosas con signos de flogosis, por lo que su mamá decide llevarlo por emergencia.

Anamnesis:

Antecedentes quirúrgicos: Colectomía laparoscópica (2020)

Alergias: niega

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 125x', frecuencia respiratoria:22x', presión arterial: 139/79 mmHg, temperatura: 37.5°C, saturación de oxígeno: 97% talla 170 cm y peso: 70 kilos

Piel y faneras: íbia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, no cianosis, no ictericia, miembros inferiores: se evidencia zona de 3x3cm con signos de flogosis, lesión eritematosa mácula, pápula, impetigosa, eritematosa.

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

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

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

Sistema nervioso central: Lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15, no signos de focalización ni signos meníngeos.

Impresión diagnóstica:

Celulitis en miembro interior por picadura de araña

Anemia leve

Hiperglucemia (Glucosa 124 mg/dL)

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Hemograma: Leucocitos 15500 mm³, hemoglobina 10.4 g/dL, plaquetas: 371000 mm³.
- Examen de orina: células epiteliales escamosas: 6-8 por campo, leucocitos 8-10 por campo

Plan de trabajo:

1. Dieta completa + líquidos a voluntad
2. Vía salinizada
3. Ceftriaxona 1gr. 02 ampollas endovenosa cada 24 horas
4. Clorfenamina 10mg 01 ampolla endovenoso cada 12 horas
5. Paracetamol 1gr. 01 tabletas PRN Temperatura mayor o igual a 38.5°C y/o dolor intenso

6. Dexametasona 4mg 01 ampolla endovenosa cada 24 horas
7. Omeprazol 40mg 01 ampolla endovenosa cada 12 horas
8. Hioscina 20mg/ml 01 ampolla cada 12 horas
9. Magaldrato + simeticona 10ml una hora después de cada comida
10. Crema Danier (preparado) Aplicar en zonas afectadas mañana, tarde y noche por 3 semanas
11. Metilprednisolona 0.1% aplicar en ronchas y lesiones (noche) por 10 días
12. Control de signos vitales

Caso clínico 10

Anamnesis

Paciente varón de 67 años refiere que desde hace 2 meses presenta astenia, pérdida de peso no cuantificada, epigastralgia y náuseas. Posteriormente presenta disnea a leves esfuerzos y síncope. Presenta disminución de hábito defecatorio y heces acintadas.

Antecedentes patológicos: Anemia crónica, tomografía abdominal con contraste (21.08.20): hallazgos compatibles con neoplasia maligna de origen gástrico asociado a adenopatías y alteración de grasa mesentérica, nódulo de SCHMORL. Tomografía de tórax con contraste (21.08.20): granuloma calcificado de 2.2 mm en lóbulo superior derecho.

Endoscopía digestiva (12.10.2020): se evidencia desde el tercio inferior de curvatura menor hacia la región pilórica presencia de lesión infiltrativa ulcerada de aproximadamente 12 cm de longitud, con presencia de bordes elevados, irregulares, con pérdida de pliegues, friables al roce (se le realiza biopsia) con estenosis antro pilórica de más del 90% de la luz. Se concluye neoplasia maligna gástrica: BORMANN tipo III

Tomografía de tórax con contraste (08.10.2019): Tacto fibrótico residual bi apical, no signos de consolidación del espacio aéreo, no nódulos. No adenomegalias

Tomografía abdomino pélvica con contraste (08.10.2019): Engrosamiento parietal irregular a nivel de antro gástrico sugestivo de proceso neo formativo asociado a adenomegalias regionales de aspecto secundario. Hipertrofia prostática

Alergias: niega

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca 90x', frecuencia respiratoria 12x', presión arterial: 90/60mmHg, temperatura: 37.5°C, saturación de oxígeno: 97%

Piel y faneras: Tibia, hidratada y elástica. Llenado capilar menor a 2 segundos. Palidez +++/+++.

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

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen: Distendido, ruidos hidroaéreos presentes. Dolor a palpación superficial de epigastrio.

Sistema nervioso central: Paciente despierto, reactivo, moviliza extremidades adecuadamente, no signos meníngeos, tono adecuado, ROT ++/++++.

Impresión diagnóstica:

Síndrome doloroso abdominal

Neoplasia maligna gástrica Borrmann III x Historia clínica larga

A descartar sub-oclusión intestinal por presencia de neoplasia maligna

A descartar Anemia crónica

Síndrome consuntivo

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Hemograma: Hemoglobina en 7.3 g/dL, Hematocrito 24 %, Plaquetas 452 000 mm³, Leucocitos 4310, Abastionados 0%, Segmentados 90%, Linfocitos 5%
- Glucosa basal 180 mg/dl Urea en 40.2 mg/dl, Creatinina 0.5 mg/dl
- Alfafetoproteína: 4.56U/L, CA-72.4: 2.6U/L
- Albúmina 2.24g/dL
- PCR 11.14 mg/L
- Lípidos totales 400.5mg/dL

- Cloro 96.8 mmol/L, Fósforo 3.2, Potasio 4.27 mmol/L, Magnesio 1.49, Sodio 130 mmol/L
- Perfil hepático: TGO 6 U/L, TG 5.8 U/L

Plan de trabajo:

1. Dieta blanda + Líquidos a voluntad
2. Hierro sacarato 200 mg diluidos en 250cc de NaCl 0.9%
3. Sulfato ferroso 300 mg VO c/24h
4. Omeprazol 40mg EV c/24h
5. Ketoprofeno 100mg EV PRN dolor
6. Simeticona 100mg VO c/8h
7. CFV + BHE
8. Deambulación

Caso clínico 11

Anamnesis

Paciente varón de 38 años refiere que desde hace 15 días fue diagnosticado con infección urinaria al presentar cuadro de disuria, por lo cual recibió tratamiento Ciprofloxacino 500 mg VO c/12h por 7 días. Paciente refiere que inicialmente presentó mejoría clínica, sin embargo a los dos días refiere presentar la misma sintomatología más presencia de náuseas, dolor abdominal a nivel de mesogastrio, dolor lumbar derecho de intensidad 7/10 tipo lancinante el cual se presentaba de forma intermitente. Asimismo, presentó episodios picos febriles de 38.8 y 39°C, por lo cual acude a emergencia.

Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía laparoscópica (2012)

Alergias: niega

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 92x', frecuencia respiratoria: 18x', presión arterial: 110/80mmHg, temperatura: 37.8°C, saturación de oxígeno: 99%

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax. Tórax simétrico.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad. No se auscultan soplos.

Abdomen: Plano, móvil con la respiración, ruidos hidroaéreos presentes, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en flanco derecho

Genitourinario: Puño percusión lumbar (+) bilateral, Puntos reno ureterales (+) a nivel superior derecho

Sistema nervioso central: Paciente despierto, ubicado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15, pupilas isocóricas, no focalización, no déficit motor o sensitivo, ROT ++/+++

Impresión diagnóstica:

Infección del tracto urinario complicado

Descartar pielonefritis

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Hemograma: Hemoglobina 14.4 g/dL, Hematocrito 42%, Plaquetas 211 000mm³, Leucocitos 17 470mm³
- Urea 26 mg/dl, Creatinina 1.14 mg/dl,
- Glucosa basal 100 mg/dl
- PCR 73 mg/L
- Examen de orina: leucocitos más de 100 por campo Hematíes 0-2 por campo, Gérmenes 2+ Cultivo: E. coli BLEE (Ceftazidima - presenta betalactamasas de espectro extendido)
- Urocultivo: Resistente a ácido nalidíxico, ampicilina, ciprofloxacino, fosfomicina. Sensible a amikacina, cefoxitina, ertapenem, meropenem, piperacilina / tazobactam

Plan de trabajo:

1. Ceftriaxona 2gr Ev c/24h x 4 días
2. En el 5to día se rota a Piperacilina-Tazobactam 4.5g c/8h x 7d + Amikacina 1gr c/24h x 3d por resultado de urocultivo
3. I/C Urología: indica PSA total, cultivo de esperma y ecografía reno vésico prostático

Caso clínico 12

Anamnesis

Familiar de paciente masculino de 80 años refiere que desde hace 2 días presenta malestar general, hace un día presenta hiporexia, náuseas y vómito de contenido “alimentario” líquido de una cantidad no cuantificada. Familiar indicó calcular una frecuencia cardiaca de 46 lpm por lo que llamó a la ambulancia para dirigirse al hospital. Al llegar el paciente presenta cefalea frontal y continua con náuseas.

Antecedentes familiares: Hipotiroidismo

Antecedentes patológicos: enfermedad renal crónica, hipertensión arterial (telmisartán 80 mg, rosuvastatina 40 mg, esomeprazol 20 mg, metoprolol 1/4tab, clopidogrel 75 mg), insuficiencia venosa, infarto agudo de miocardio (2019- Portador de stent coronario), depresión (diosmina 450 mg)

Alergias: Niega

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 50x', frecuencia respiratoria: 14x', presión arterial: 110/70 mmHg, temperatura: 36°C, saturación de oxígeno: 97%, talla 165 cm y peso: 60 kilos

Piel y faneras: Tibia, elástica, hidratada, no ictericia, no edema, no cianosis, llenado capilar menor a 2 segundos

Tórax y pulmones: Cilíndrico, amplexación disminuida, murmullo vesicular pasa bien por ambos campos pulmonares, no ruidos agregados, no tirajes

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, bradicardia de intensidad regular, no soplos audibles

Abdomen: Distensión leve, ruidos hidroaéreos presentes disminuidos, timpanismo en hemiabdomen superior, blando, poco depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda

Genitourinario: puntos renoureterales negativos, puño percusión lumbar positivo en el lado derecho

Sistema nervioso central: Despierto, poco alerta, orientado, no signos meníngeos ni de focalización.

Impresión diagnóstica:

Enfermedad renal crónica reagudizada

Infección de tracto urinario

Infección por SARS COV 2

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Hemograma: Leucocitos 5820 mm³, hemoglobina: 10.7g/dL, plaquetas 234000 mm³
- AGA: pH: 7.39, pCO₂: 39.4mmhg, cHCO₃: 23.4 mmol/L
- Electrolitos: calcio: 1.19mmol/L, potasio:4.0 mmol/L, sodio: 136 mmol/L
- PCR: 5.3mg/dL
- Glucosa: 97mg/dL
- Urea: 55.7 mg/dL
- Creatinina: 2.34 mg/dL
- Examen de orina: Leucocitos en orina: 6-8 por campo, hematíes en orina: 5-6 por campo
- Urocultivo: Negativo
- Prueba COVID molecular: Negativo

Plan de trabajo:

1. Dieta blanda paciente renal
2. CINA 0.9% 1000cc 45cc por hora
3. Ceftriaxona 2gr. endovenoso cada 24 horas
4. Bicarbonato de sodio 01 ampolla endovenoso cada 12 horas
5. Levotiroxina 75 mg vía oral cada 24 horas
6. Esomeprazol 40 mg endovenoso cada 24 horas
7. Rosuvastatina 40 mg endovenoso vía oral cada 24 horas
8. Clopidogrel 75 mg vía oral cada 24 horas
9. Diosmina 450 mg vía oral cada 24 horas
10. Paracetamol 1gr. endovenoso PRN dolor
11. Captopril 25 mg Sublingual PRN mayor o igual a 160/90mmHg
12. Salbutamol 1 puff cada 4 horas

1.4 Rotación de Pediatría

Caso clínico 13

Anamnesis

Paciente lactante de sexo masculino de 11 meses inicia cuadro hace 3 días con congestión nasal, posteriormente hace 2 días se añade tos productiva y fiebre cuantificada en 38.2°C, un día antes de ser traído a emergencia se añade regurgitación de leche. El día del ingreso presenta tos productiva persistente, agitación y uso de musculatura accesoria.

Funciones biológicas:

- Deposiciones: conservado, realiza meconio 3 veces
- Orina: conservado
- Sueño: conservado, consolida el sueño
- Sed: disminuidos
- Apetito: disminuido
- Actividad: despierta, alerta

Antecedentes:

Fisiológicos

Prenatal y Natal

- Edad de madre a la gestación: 20 años
- G2 P1001
- Número de Controles prenatales: 8
- Tiempo de gestación: 39 semanas por Capurro
- Tipo de parto: Distócico
- Peso al nacer: 3,520 kilos
- APGAR: 9 a 1 minuto, 9 a 5 minutos
- Complicaciones: niega

Patológicos

- RAM (-): niega RAM y alergias.
- Nebulización (-), Uso de inhalador previo (-).

Familiares

- Niega antecedentes familiares de importancia.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca:112x', frecuencia respiratoria:25x', presión arterial: 120/80mmHg, temperatura: 37°C, saturación de oxígeno: 98% peso:10 kilos.

Piel y faneras: Tibia, hidratada y elástica; no ictericia; no palidez.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, sibilancias a la espiración, roncales y subcrépitos difusos en ambos campos pulmonares.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de frecuencia incrementada, no se auscultan soplos.

Abdomen: Blando; depresible; sin resistencia; sin dolor a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos presentes, cordón umbilical en buen estado, no visceromegalia; no se palpan masas.

Sistema nervioso central: despierto, alerta, activo y reactivo a estímulos.

Impresión diagnóstica:

Síndrome Obstructivo Bronquial

Bronquiolitis

Descartar Neumonía atípica

Descartar Asma bronquial

Exámenes auxiliares:

- Exámenes laboratoriales dentro de parámetros normales, ligera linfocitosis, reactantes inflamatorios agudos dentro de rango normal; lo cual podría estar indicando proceso infeccioso de origen viral
- Se solicita radiografía de tórax.



Imagen A



Imagen B

- Radiografía de tórax (imagen A y B): Se observa aumento de trama para hilar y tramo vascular, infiltración alveolar.

Plan de trabajo:

1. Nada por vía oral
2. Mantener vía salinizada
3. Oxigenoterapia para mantener saturación de oxígeno mayor o igual a 92%
4. Nebulizaciones con solución salina al 0.9% cada 20 minutos por 3 veces.
5. Control de funciones vitales, observación de signos de alarma y balance hídrico estricto.

Caso clínico 14**Anamnesis**

Paciente de sexo masculino de 6 años de edad, acude en compañía de su madre, la cual refiere un tiempo de enfermedad de 12 horas aproximadamente; refiere que cuadro inicia con tos seca y rinorrea. Síntomas persisten a lo largo del día. 4 horas antes del ingreso por emergencia se agregan sibilantes que llegan a ser audibles sin estetoscopio, disnea y odinofagia, por lo que acude al hospital.

Antecedentes patológicos: paciente anteriormente diagnosticado de asma en tratamiento.

Antecedentes quirúrgicos: niega

Alergias: niega

Anteriores hospitalizaciones: Tres veces en el último año; última en julio del 2020 por un cuadro similar al actual.

Antecedentes familiares: Padre, 35 años, vivo: historial de atopia, abuelo materno fallecido con diagnóstico de hipertensión arterial.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardíaca: 140x', frecuencia respiratoria: 18x', presión arterial: 110/80mmHg, temperatura: 38°C, saturación de oxígeno: 93%

Piel y faneras: tibia, elástica, hidratada. No palidez, no cianosis, llenado capilar menor a 2 segundos.

Tórax y pulmones: murmullo vesicular no pasa bien en ambos hemitórax, sibilantes inspiratorios y espiratorios, y presencia de poli tirajes

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

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

Sistema nervioso central: despierto, alerta, reactivo a estímulos.

Impresión diagnóstica:

Crisis asmática severa

Insuficiencia respiratoria

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Hemograma: sin alteraciones.
- Análisis de gases arteriales: Acidosis metabólica con anión gap normal descompensada, insuficiencia respiratoria mixta
- Prueba covid-19: negativa.
- Resto de exámenes no contributorios.

Plan de trabajo:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 600cc EV STAT
3. Pasar 75cc cada 1 hora
 - a. Dextrosa 5% 1000cc
 - b. NaCl 20% 40cc
 - c. KCl 20% 15cc
 - d. MgSO4 11cc
4. Ranitidina 30mcg endovenoso cada 8 horas.
5. Metilprednisolona 110ug endovenoso STAT luego 30mcg endovenoso cada 6 horas.
6. Salbutamol 100ug 4 puff cada 20 minutos por 3 veces luego 4 puff cada 4 horas.
7. Fluticasona+Salmeterol 250ug 1 puff cada 12 horas.
8. Azitromicina 250mg vía oral cada 24 horas.
9. O2 suplementario para SatO2 mayor o igual a 94%

Caso clínico 15

Anamnesis

Neonato de 41 semanas de sexo masculino adecuado para la edad gestacional es llevado al servicio para observación.

Antecedentes de parto:

Nace de Parto: Distócico por cesárea anterior.

Líquido amniótico: Verde fluido Apgar: 9 al minuto -9 a los 5 minutos

Peso: 3640 gr. Talla: 51 cm PC: 35 cm.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 152x', frecuencia respiratoria: 56x', temperatura: 37.5°C, saturación de oxígeno: 99%.

Piel y faneras: Hidratada, rosada y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, eritema tóxico difuso.

Tórax y pulmones: Simétrico, murmullo pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, se evidencia soplo sistólico II/IV.

Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, globuloso, depresible, no visceromegalia.

Genitourinario: Genitales masculinos, testículos en bolsa escrotal.

Sistema nervioso central: Activo, reactivo a estímulos, reflejo de succión, reflejos presentes (palmar, plantar).

Impresión diagnóstica:

Recién nacido a término de sexo masculino de 41ss AEG

Cardiopatía congénita cianótica

descartar CIV vs CIA

Potencialmente infectado por líquido meconial

Exámenes auxiliares:

- Se le solicita:
- TSH: 1.10 UI/mL
- Hemograma: hemoglobina: 16 g/dL
- PCR: 4.3 mg/L

- Grupo y factor: O positivo

Plan de trabajo:

1. Lactancia materna exclusiva y/o fórmula 14% 40cc cada 3 horas hasta que madre baje de sala de operaciones, posteriormente indicar lactancia materna exclusiva.
2. Vacunas BCG Y hepatitis B.
3. Vitamina K 1mg intramuscular STAT.
4. Profilaxis ocular.
5. Control de funciones vitales y observación de signos de alarma.
6. Se solicita hemoglucotest a las 2 horas de vida
7. Solicitar ecocardiograma
7. Interconsulta a oftalmología, otorrinolaringología y odontopediatra, cardiología

Caso clínico 16

Anamnesis

Recién nacido a término de sexo masculino de 39 semanas adecuado para la edad gestacional es llevado al servicio de neonatología para observación.

Antecedentes de parto:

Nace de Parto: Distócico (motivo de la cesárea: dos cesáreas anteriores).

Líquido amniótico: Clara Apgar: 91-95

Peso: 3220 gr. Talla: 48 cm PC: 33 cm.

Examen físico

Funciones vitales: Frecuencia cardiaca: 100x', frecuencia respiratoria: 52x', temperatura: 36.8°C, saturación de oxígeno: 98%

Piel y faneras: Hidratada, rosada y elástica, llenado capilar menor a 2 segundos

Tórax y pulmones: Simétrico, murmullo pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

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

Abdomen: ruidos hidroaéreos presentes, globuloso, depresible, no visceromegalia.

Genitourinario: Genitales masculinos, testículos en bolsa escrotal.

Sistema nervioso central: Activo, reactivo a estímulos, reflejo de succión, reflejos presentes (palmar, plantar).

Impresión diagnóstica:

Recién nacido a término de sexo masculino de 39 semanas, adecuado para la edad gestacional

Exámenes auxiliares:

Se le solicita:

- Hemoglucotest: 70 mg/dL

Plan de trabajo:

1. Lactancia materna exclusiva y/o fórmula 14% 35cc cada 3 horas hasta que madre baje de sala de operaciones, posteriormente indicar lactancia materna exclusiva.
2. Vacunas BCG Y hepatitis B.
3. Vitamina K 1mg IM STAT.
4. Profilaxis ocular.
5. Cuidado de retina del recién nacido
6. Se solicita hemoglucotest a las 2 horas de vida
7. Solicitar hemograma completo, TSH
8. Solicitar Grupo sanguíneo y Rh
9. Interconsulta a oftalmología, otorrinolaringología y odontopedía, cardiología
10. Control de signos vitales cada 3 horas

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” y Hospital Médico Central Militar “Coronel Luis Arias Schreiber”; ambos centros de salud que poseen un nivel de complejidad III-1, lo cual nos indica que cuentan con todas las unidades prestadoras de salud, convirtiéndose así en centros de referencia médica.

En ambos hospitales al pertenecer a las fuerzas armadas del Perú tienen como usuarios de sus servicios de salud al personal militar en actividad, personal militar en retiro y familiares directos (madre, padre, esposa, hijos) e indirectos (suegra/o), también a personal civil en calidad de prestador de atención de salud privada.

El interno de medicina es catalogado como el primer eslabón en la atención del paciente ya que es quien desempeña la evolución diaria de los pacientes del hospital, por ello radica su importancia en el compromiso del papel que desempeña.

El internado medico tuvo inicio en el 1 de junio del año 2022 y con fecha de fin el 31 de marzo del 2023. Se designo 10 meses de práctica clínica hospitalaria para el periodo 2022-2023.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Rotación de Cirugía General

Caso clínico 1: Cistoadenoma

Uno de los mayores retos sobre el diagnóstico de tumores de ovario es la presentación que puede tener, ya que difícilmente en etapas muy temprana tiene mayor dificultad al momento de dar un diagnóstico definitivo, gran número de los casos se dan de manera asintomática y se descubren por una exploración o por ecografía, entre algunos síntomas que se presentan de forma tardía están, masa abdominal palpable, dolor abdominal y algunos síntomas relacionados a la compresión ya sea de la vejiga o el recto (1).

Entre los procedimientos a realizar está la palpación bimanual de la pelvis en el cual nos dará información de la presencia de una masa, tamaño, consistencia y movilidad; estos datos nos ayudarán a diferenciar entre un tumor benigno vs un tumor maligno. En segundo lugar, la ecografía pélvica transvaginal nos facilita la visualización del útero y los ovarios por el cual determina presencia de quistes.

Los diagnósticos diferenciales que podemos encontrar en la práctica clínica en el hospital son las miomatosis uterinas ya que presentan la misma sintomatología que un tumor ovárico, ya que presentan dolor abdominal sin embargo viene acompañado de sangrado uterino (2).

En el caso del paciente este fue inspeccionado por el asistente de cirugía general junto con el ginecólogo en el cual se programó una ooforectomía derecha más biopsia de congelación para su respectivo estadiaje, entre las neoplasias más frecuentes que se encuentran en el ovario son de origen epitelial, como por ejemplo el cistoadenoma.

Caso clínico 2: Hernia umbilical

En el caso de los adultos, las hernias umbilicales suelen aparecer debido al aumento de la presión intraabdominal ya sea por obesidad, distensión abdominal, ascitis o el embarazo.

La evaluación precoz es con un examen físico por el cual se palpa una masa blanda que puede estar ligeramente arriba o abajo del ombligo, rara vez se presenta con dolor a la palpación. En algunos casos estas hernias se reparan, pero solo en casos de presentar síntomas como dolor al esfuerzo y tener un tamaño mayor a 4 centímetros (3)

El cirujano asistente se encargó del paciente y fue sometido a una reparación de la pared abdominal cuyos hallazgos fueron un defecto herniario de más o menos de 1 cm, un saco herniario de 3x2cm de contenido de grasa pre-peritoneal. No hubo complicaciones en la cirugía ni en el postoperatorio por el cual fue dado de alta al día siguiente de la operación dando las indicaciones necesarias y recomendaciones a seguir después de una cirugía.

Caso clínico 3: Hemorroides interna grado II

Las hemorroides se caracterizan por ser estructuras de tipo vascular que se sitúa en el canal anal con normalidad, se pueden diferenciar dos tipos de hemorroides: las hemorroides internas y las hemorroides externas. La diferencia de estas se basa en su posición (en donde se sitúan) con respecto a la línea dentada: las hemorroides externas se sitúan distalmente a la línea dentada y las hemorroides internas, se sitúan proximalmente a la línea dentada. La clasificación para las hemorroides que se puede resume en:

Las hemorroides de grado I, son aquellas que no prolapsan.

Las hemorroides de grado II, prolapsan, pero se reducen espontáneamente.

Las hemorroides de grado III, prolapsan y necesitan de reducción manual.

Las hemorroides de grado IV, prolapsan y no pueden reducirse. (4)

Para el manejo de este caso se plantearon dos opciones quirúrgicas convencionales: la hemorroidectomía cerrada (Ferguson) y la hemorroidectomía abierta (Milligan-Morgan) (escisión y ligadura sin cierre de la mucosa). La hemorroidectomía cerrada (Ferguson) es el procedimiento más comúnmente realizado para la hemorroidectomía interna, esta tiene una baja tasa de infección de sitio operatorio (5).

El tratamiento farmacológico inicial para controlar el dolor posoperatorio para la hemorroidectomías consiste en analgésicos orales, como los antiinflamatorios no esteroideos y/o paracetamol (6). Se ha demostrado que el metronidazol tópico al 10 % disminuye el dolor posoperatorio después de la hemorroidectomía, así como también disminuye la incomodidad posterior a la defecación (7). También se ha estudiado que el metronidazol oral es beneficioso para el control del dolor (8).

Dado el caso clínico de esta paciente deberíamos como profesionales de la salud y promotores de ella; aparte de las distintas opciones quirúrgicas ya planteadas, centrar nuestro esfuerzo en brindar una buena prevención y promoción de la salud. Educando a los pacientes y familiares acerca cambios en los estilos de vida como:

- Adecuada alimentación:
- Menores cantidades de grasa, sodio y carnes rojas
- Mayor consumo de agua
- Realizar actividades físicas, menor sedentarismo
- Tener una alimentación rica en fibras y abundantes líquidos para así mejorar la consistencia de las heces
- Menor uso de distractores al realizar deposiciones en el baño

Caso clínico 4: Apendicitis Aguda

La apendicitis aguda es una patología muy común vista, la cual es causante del síndrome de abdomen agudo quirúrgico. Se estima que la presentación de esta patología tiene una tasa estimada del 7% a lo largo de la vida, teniendo una alta frecuencia entre los 20 y 30 años.

El diagnóstico de esta patología sigue siendo clínico, así mismo acompañado de una historia clínica bien desarrollada teniendo bastante relevancia la exploración física de manera detallada así como la búsqueda de signos clínicos como son el signo de Blumberg que es el dolor que genera la descompresión en fosa iliaca derecha; el signo de Psoas que es la presencia de dolor en fosa iliaca derecha, posterior a la elevación de la extremidad inferior derecha; el signo de Rovsing que es el dolor generado en fosa iliaca derecha a la compresión de la fosa iliaca izquierda; todas ellas vistas en el caso clínico presentado.

La evolución de este cuadro clínico se puede clasificar en distintos tipos como son:

- Apendicitis catarral
- Apendicitis flemonosa
- Apendicitis gangrenosa
- Apendicitis perforada

Todas las antes mencionadas van de un cuadro no obstructivo con limitación a mucosa y submucosa (cuadro catarral) hacia la forma más complicada, como lo es el desprendimiento de alguna placa necrótica la cual genera en un cuadro de peritonitis siendo está localizada o generalizada (cuadro agudo perforado).

Para el diagnóstico se tienen en cuenta algunos signos clínicos, como son la presencia de dolor abdominal, fiebre y vómitos

Sabiendo que el diagnóstico está basado en la historia clínica, exploración física y hallazgos laboratoriales cabe mencionar también la importancia de la ecografía abdominal, la cual en los últimos años se ha tornado de vital importancia para el apoyo al diagnóstico rápido y oportuno (9), claro está siempre teniendo en cuenta siempre los datos clínicos ya que estos no pueden estar ausentes. (10)

3.2 Rotación de Ginecología y Obstetricia

Caso clínico 5: embarazo ectópico roto

La definición de embarazo ectópico es la implantación ectópica o fuera de la cavidad uterina del ovulo previamente fecundado. Se conoce que es una de las causas más significativas en frecuencia de abdomen agudo en el servicio de ginecología.

El diagnóstico temprano de esta patología se ha visto en aumento debido al apoyo diagnóstico que nos brindan los análisis laboratoriales tales como la titulación cuantitativa de la fracción beta de la hormona gonadotrofina coriónica (b-HCG) en sangre y también por la ecografía transvaginal o pélvica en defecto. Síntomas presentes en esta patología multifactorial son la presencia de dolor abdominal o pélvico como en este caso de tipo opresivo a predominio de región pélvica; dolor sub-diafragmático que nos lleva a pensar en un hemoperitoneo, como en el caso descrito; presencia de sangrado uterino anormal; ausencia de menstruación o

amenorrea la cual se presenta en casi un cincuenta por ciento de las pacientes. Signos clínicos presentes como la resistencia abdominal; presencia de masa anexial unilateral; signos sugestivos de inestabilidad hemodinámica. Criterios laboratoriales como este caso la presencia de anemia severa debido a la pérdida intrabdominal de sangre; títulos altos de bHCG en sangre en ausencia de saco gestacional intrauterino en la ecografía transvaginal o pélvica; niveles de progesterona por debajo de los títulos establecidos para un embarazo normal.

Dentro de los factores de riesgo más importantes asociados a la presentación de embarazo ectópico:

- Uso de métodos anticonceptivos como por ejemplo el dispositivo intrauterino.
- Embarazo ectópico previo
- Enfermedad pélvica inflamatoria como antecedente en la historia clínica
- Pacientes fumadoras

La rotura tubárica es una de las causales principales de mortalidad en mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico roto como en este caso que a la paciente en sus análisis laboratoriales presento anemia severa (7.1) generada por la hemorragia intraabdominal que presento.

Caso clínico 6: amenaza de parto pretérmino

Según la organización mundial de la salud, describe al parto pretérmino como el parto que sucede entre las 22 y 37 semanas de gestación. Sabemos que esta sigue siendo una de las causas de morbilidad neonatal a nivel tanto nacional como mundial.

Este caso nos hace recordar los distintos factores de riesgo que se ven asociados a la presentación de esta patología, tales como:

- Longitud cérvico uterino corto en segundo trimestre de gestación
- Infecciones de tracto urinario
- Edad materna (embarazo adolescente o mujeres añosas) (11)
- Antecedente o historial de parto pretérmino en alguna gestación anterior
- gestación múltiple
- Legrado uterino previo (12)

- Raza negra (13)
- Enfermedades maternas crónicas (14)

Es de importante saber identificar y saber las diferentes recomendaciones para el manejo de esta patología como son:

- Uso de corticoides en gestantes entre la semana 24 y 34 de gestación.
 - o Betametasona a 12mg intramuscular cada 24 horas, 2 veces; o dexametasona a 6mg intramuscular cada 12 hora, 4 veces.
- Uso de sulfato de magnesio como neuro protección en gestantes de menos de 32 semanas de gestación. Así mismo tener en cuenta y vigilar reflejos osteotendinosos en la gestante y la colocación de sonda Foley para vigilar diuresis.
- Uso de los bloqueadores de canales de calcio, los beta agonistas adrenérgicos o antiinflamatorios no esteroideos en un plazo de 48 horas.
 - o Nifedipino dosis vía oral de 20mg, luego de 20 minutos una segunda dosis de 10mg y repetir el mismo 2 veces.

Caso clínico 7: Prolapso genital grado III

El prolapso genital tiene síntomas que pueden afectar las actividades diarias, la función sexual y el ejercicio, ya que puede tener un impacto perjudicial en la imagen corporal y la sexualidad. Entre los factores de riesgo se incluye la paridad, edad avanzada y obesidad (15)

El POP-Q es una clasificación del prolapso genital en el cual consiste en la medición de nueve puntos en vagina y peritomeo y se agrupan en una tabla de 3x3 (Anexo 1) , para prolapsos genitales es la más acertada ya que ha demostrado ser útil, de fácil aprendizaje, rápida de realizar (16).

A la paciente se le realizó una colposcopia anteroposterior + colocación de malla con hallazgo de un prolapso III Bp con una vagina rosada y atrófica. En el postoperatorio, se dio como indicaciones una dieta blanda, ketoprofeno para el dolor y deambulacion asistida junto con su medicación habitual para la hipertension arterial.

Como recomendaciones después del alta se le dio reposo relativo, deambulaci3n, ejercicio de los m3sculos del piso p3lvico, analgesia y evitar el sobreesfuerzo.

Caso cl3nico 8: Sangrado uterino anormal por miomatosis uterina

Los miomas al ser de los tumores m3s frecuentes en mujeres se observan muy a menudo en el servicio de ginecolog3a por el cual acude la mayor3a de las mujeres con sangrado uterino anormal; normalmente, son de car3cter asintom3tico.

Seg3n la clasificaci3n FIGO suelen ser:

Miomas intramurales (FIGO tipo 3,4,5): se encuentran dentro de la pared uterina y pueden alcanzar hasta la superficie de la mucosa.

Miomas submucosos (FIGO 0,1,2): derivadas de las c3lulas miometriales justo debajo del endometrio. Estas neoplasias sobresalen en la cavidad uterina (17)

La paciente fue intervenida para un tratamiento quir3rgico, en la operaci3n hubo hallazgo de 3tero levemente rotado hacia la derecha de 20 cm de longitud, presencia de m3ltiples masas de aspecto fibroso en pared anterior y posterior siendo la mayor3a de 8x8cm de pared posterior y 10x8cm en pared anterior y menor de 0.5 cm que comprometen la cavidad endometrial en pared posterior. No hubo complicaciones tanto en el intraoperatorio como postoperatorio; la paciente sigue en hospitalizaci3n con analgesia y pendiente el control de hemoglobina y descanso relativo.

3.3 Rotaci3n de Medicina Interna

Caso cl3nico 9: Celulitis en miembro inferior por picadura de araña

A menudo llega paciente de casos de celulitis, el motivo son militares activos que provienen de la selva profunda, motivo por el cual son m3s propensos de contraer picaduras de insectos o mordeduras de animales silvestre de la zona, en este caso fue una picadura de araña que llev3 al paciente ser evacuado al Hospital y se le diagnostic3 celulitis.

La celulitis al ser una de las infecciones más comunes de la piel, suele manifestarse en un área de eritema, edema, y calor en la piel, también puede presentar signos de flogosis.

Entre la etiología de la celulitis están los estreptococos betahemolíticos (grupos A,B,C,G y F), con mayor frecuencia el *Streptococcus* del grupo A o *Streptococcus pyogenes*, son las causas más frecuentes de celulitis; *s. aureus* (incluidas las cepas resistentes a la meticilina) es una causa importante pero menos frecuente. Los bacilos aerobios gramnegativos solo se encuentran ocasionalmente

Puede haber ampollas, pero en este caso hay máculas y pequeños abscesos alrededor de la picadura, por lo que se recomendaron curaciones diarias y terapia antibiótica con clindamicina + ceftriaxona. El tratamiento típico utilizado en los hospitales varía en función del grado de celulitis. No hubo problemas relacionados con el tratamiento durante la estancia de la paciente en el centro, lo que abre la puerta a la posibilidad de que sea dada de alta tras la finalización de la terapia antibiótica.

Caso clínico 10: Neoplasia maligna gástrica Borrmann III

El cáncer gástrico es el cuarto tipo de cáncer más frecuente a nivel mundial según la GLOBOCAN. Algunos de sus factores de riesgo incluyen:

- Consumo de comidas ricas en nitratos
- Tabaquismo
- Infección por *Helicobacter pylori*.

El tipo más frecuente de presentación es adenocarcinoma. Siendo la causa principal de la presentación de esta la infección por *Helicobacter pylori*. Otros incluyen linfoma, tumor carcinoide y leiomiomasarcoma. Aunque la mayoría de adenocarcinomas son detectados de manera incidental, se sabe que un 10% tiene como antecedente la patología maligna en familiares de primer grado (18), generando la llamada susceptibilidad genética para la presentación de la misma.(19)

Algunos síndromes genéticos se han visto generalmente asociados a la presencia del cáncer gástrico; síndrome como el cáncer gástrico hereditario difuso (20), el

síndrome de Lynch (21), el cáncer hereditario de mama y ovario, y la poliposis adenomatosa familiar. (22)

Dentro de las manifestaciones clínicas, no suele manifestar síntomas hasta fases avanzadas de la enfermedad, con baja de peso, anemia, disfagia, llenura precoz, hemorragia digestiva alta o signos de metástasis.

Hasta en un 50% de los pacientes el diagnóstico es realizado en estadios avanzados de la enfermedad. De los restantes, la mitad parecen tener afectación tumoral locorregional pudiendo someterse a una resección potencialmente curativa. Su diagnóstico es basado en los hallazgos de la endoscopia digestiva alta, para ello se cuenta con la clasificación de Borrmann:

- I es polipoide,
- II es ulcerada,
- III es infiltración y úlcera
- IV es infiltración difusa o linitis plástica.

Dentro de la revisión de este caso clínico me parece importante la promoción y prevención de la salud. Se ha visto en diferentes estudios que existen factores protectores para la presentación de cáncer gástrico, tales como:

- Actividad física (23)
- Consumo de vegetales frescos (24)
- Ingesta de cítricos (25)
- Consumo de selenio en la dieta (26)

Caso clínico 11: Infección del tracto urinario complicado

La infección urinaria, las cistitis (infección de la vejiga / tracto urinario inferior) y pielonefritis (infección del riñón / tracto urinario superior). Se llega a considerar complicada cuando una infección ha sobrepasado el límite de la vejiga, basado en la clínica.

La presentación típica de cistitis complicada va con la presencia de sintomatología como la disuria, frecuencia y urgencia urinarias, dolor suprapúbico e incluso hematuria. Los pacientes con infección del tracto urinario aguda complicada también tienen suelen cursar con fiebre u otras características de enfermedad

sistémica, lo es sugestivo que la infección se haya extendido más allá de la vejiga. En el caso de la pielonefritis, los síntomas son fiebre, escalofríos, dolor en el flanco, dolor a la palpación del ángulo costovertebral y náuseas / vómitos.

El diagnóstico de prostatitis debe considerarse en hombres que presentan síntomas de cistitis que son recurrentes o que se acompañan de dolor pélvico o perineal.

No se considera complicado basado en características de los pacientes, pero sí se recomienda un seguimiento más cercano en pacientes con anomalías urológicas, inmunosuprimidos y con diabetes mellitus mal controlada, ya que corren más riesgo de presentar complicaciones.

El agente causal más común es la *Escherichia coli*, seguido de enterobacterias como *Klebsiella spp* y *Proteus spp*, *Pseudomonas* y *Staphylococcus aureus*.

Se han reportado aumentos en las tasas de resistencia antibiótica, siendo los mayores factores de riesgo:

- Uso reciente de antimicrobianos de amplio espectro
- Exposiciones al cuidado de la salud y viajes a partes del mundo donde prevalecen los organismos resistentes a múltiples fármacos.

Para este caso clínico también es importante tener en cuenta las complicaciones clínicas que podrán presentarse tales como bacteriemia, sepsis, disfunción multiorgánica, shock, y también la insuficiencia renal aguda. En cuanto a las complicaciones que se presentan entorno a la pielonefritis, puede presentarse los abscesos renales cortico-medulares, abscesos peri néfricos, pielonefritis enfisematosa. En ambos se debe tener especial énfasis en el cuidado y manejo de paciente con historial de diabetes y adultos mayores. (27)

Caso clínico 12: ERC reagudizada

La enfermedad renal crónica aguda se define como una duplicación o más del nivel basal de creatinina previamente alterado y se acompaña de la ausencia de una causa aparente que puede tratarse de forma ambulatoria. Esta descripción se ofrece dentro de la categoría de enfermedad crónica aislada. (28)

Como resultado de las pruebas auxiliares normales que se realizan para comprobar cualquier cambio en la afección subyacente, actualmente es un paciente

estacionario que no ha mejorado ni ha experimentado ningún problema desde que ingresó al servicio de medicina interna. En este momento lleva tres días hospitalizado, sin cambios apreciables en su medicación habitual.

Las organizaciones sanitarias deberían considerar opciones para aumentar la accesibilidad de las terapias de sustitución renal y planificar mejores planes de prevención, detección precoz y tratamiento en estas naciones. También deberían empezar a considerar opciones para mejorar los planes de tratamiento en estas naciones. Una dificultad para los sistemas sanitarios es el coste de la terapia renal sustitutiva, que consume una parte importante de los recursos sanitarios. Casi el 90% de las personas que se someten a terapia renal sustitutiva proceden de naciones industrializadas en las que aún pueden permitirse sufragar los gastos del tratamiento.

Donde el coste de la terapia renal sustitutiva sigue estando dentro de sus posibilidades. Esto se traduce en unos costes para la sanidad pública que sólo un pequeño número de naciones puede asumir, lo que aumenta significativamente la carga de la sanidad pública importante.

3.4 Rotación de Pediatría

Caso clínico 13: Bronquiolitis

Los criterios clínicos para definir bronquiolitis fueron establecidos en 1993 por McConnochie:

Primer episodio agudo de sibilancias en un niño menor de 24 meses

Disnea espiratoria

Existencia de pródromos catarrales

El virus sincitial respiratorio (VSR) es el virus detectado con más frecuencia en los niños con bronquiolitis (hasta en un 70-80% de los casos), seguido por *rinovirus*, *bocavirus*, *adenovirus* y *metapneumovirus* (29).

Mundialmente se estimó que en el 2015 hubo más de 33 millones de episodios de infecciones del tracto respiratorio bajo por virus sincitial respiratorio en niños menores de 5 años, de estos 3.2 millones fueron hospitalizados y 59.600 fallecieron.

En Perú, las infecciones respiratorias bajas son comunes, con más de 2.3 millones de casos diagnosticados en 2017. Un estudio realizado en la sierra del país reveló que el 23% de estas infecciones fueron causadas por el virus sincitial respiratorio, especialmente en niños menores de 6 meses. Se sabe que el 70% de los niños menores de 12 meses contraen la infección por virus sincitial respiratorio, de los cuales el 22% desarrolla síntomas y el 13% presenta bronquiolitis aguda durante su primer año de vida. Un 3% de estos niños acude a urgencias.

Entre el 2% y el 5% de los niños con bronquiolitis aguda pueden necesitar ser hospitalizados, y hasta el 20% de ellos pueden requerir ser ingresados en unidad de cuidados intensivos (UCI).

El cuadro clínico comienza con síntomas catarrales como congestión nasal, tos con o sin fiebre, que pueden durar de 3 a 5 días, tal y como sucedió en el presente caso. Durante el examen físico se pueden observar signos como taquipnea, uso de musculatura accesoria para la respiración, así como sibilancias y/o estertores.

El diagnóstico es clínico. Debe distinguirse de otras entidades que pueden afectar el tracto respiratorio como neumonía (de haber fiebre, compromiso general), asma de inicio temprano, enfermedad por reflujo gastro esofágico, insuficiencia cardiaca, malformaciones y aspiración de cuerpo extraño. La evaluación de la severidad en menores de 1 año se puede realizar usando el score ESBA (Escala de Severidad de Bronquiolitis Aguda)

Por lo general, la bronquiolitis aguda sin factores de riesgo (edad menor a 3 meses, cardiopatía congénita, patología pulmonar de base, inmunodeficiencia, prematuridad) es un cuadro autolimitado que tiene una evolución clínica favorable y no suele tener complicaciones. El tiempo promedio para la resolución de la tos varía de 8 a 21 días, y la frecuencia respiratoria suele disminuir en un plazo de 2 a 5 días. La terapéutica se basa en la administración de oxígeno suplementario, fluidoterapia y nebulizaciones con suero salino, con posible aspiración de secreciones dependiendo de la demanda. No se recomienda el uso de corticoides, broncodilatadores nebulizados ni antihistamínicos. (30)

Dado que es una patología muy frecuente tanto a nivel mundial como en nuestro país, es importante conocer sus características y el manejo correspondiente, lo cual pude presenciar de primera mano durante nuestras prácticas hospitalarias.

Caso clínico 14: Crisis asmática severa

De este caso clínico podemos rescatar la importancia de la elaboración de la historia clínica dentro de ello una buena narración de la anamnesis y un exhaustivo examen físico dirigido ya que con esto se puede y se debe llegar a un diagnóstico rápido y oportuno.

El asma bronquial es una enfermedad no transmisible la cual se caracteriza por un estado crónico de inflamación de las vías aéreas, su presentación es frecuente en los niños del Perú y el mundo.

Dentro de la sintomatología es bastante florida caracterizada por la presencia de tos seca, disnea, sibilancias espiratorias e inspiratorias, cefalea, opresión en el pecho, dificultad para la respiración en decúbito. (31)

Estos síntomas se caracterizan por presentarse de manera episódica y recurrente, como en el caso expuesto. El paciente ya tenía historial de haber sido hospitalizado por presentar la misma sintomatología.

Para la clasificación del asma, esta va a depender de la clínica, recurrencia de los episodios, respuesta al tratamiento y valorar la función respiratoria. (32) (anexo 2)

Para este caso clínico debemos tener en cuenta también los factores de riesgo identificados como el historial de atopia en el padre.

Otros factores de riesgo identificados para la presentación de crisis asmáticas son:

- Obesidad
- Rinitis alérgica
- Prematuridad
- Hijo de madre fumadora
- Infección de vías respiratorias en edades tempranas en especial el virus sincitial respiratorio
- Exposición a alérgenos
- Factores genéticos

Para un adecuado manejo también es de vital importancia saber los signos de alarma los cuales conllevan a la hospitalización:

- Crisis refractaria al tratamiento
- Saturación menor de 94%
- Paciente con tratamiento irregular o con familia que no puede brindar apoyo para el tratamiento adecuado

Finalmente tener en cuenta el manejo de la crisis asmática, basada en los pilares de una adecuado oxigenoterapia y uso correcto de broncodilatadores.

Caso clínico 15: cardiopatía congénita acianótica

Si se considera la comunicación interventricular como una lesión única, representa aproximadamente el 20% de las cardiopatías congénitas. Con la excepción de la válvula aórtica bicúspide, la mayoría de los centros afirman que la CIV es el defecto cardíaco más frecuente (33). Un defecto en la pared (el tabique interauricular) entre las aurículas derecha e izquierda del corazón se conoce como comunicación interauricular (CIA). (34)

En el recién nacido a término al momento de realizar el examen físico, se auscultó soplo cardíaco sistólico II/IV, ese es motivo de la prolongada hospitalización del recién nacido, ya que presenta una posible cardiopatía congénita a descartar entre comunicación interventricular o comunicación interauricular, motivo por el cual se le solicita un ecocardiograma, también existe el potencial riesgo de una infección, ya que al momento del parto hubo líquido amniótico de coloración verdosa. El último examen físico no presentó ninguna complicaciones ni nuevos síntomas o signos.

Caso clínico 16: Recién nacido a término

En el hospital al momento de que el recién nacido sale del canal del parto se lleva a un área, donde se evalúa de manera inmediata con la ayuda del test de Apgar, también se evita la pérdida de calor cubriendo al recién nacido con sábanas tibias (se frota de manera enérgica) y estando en un ambiente que emita calor, luego se aspira tanto la nariz como la boca por prevención de aspiración de líquido amniótico, una vez echo estos pasos se evalúa la permeabilidad del ano.

Tras la evaluación, el recién nacido es transportado en una incubadora a la unidad de neonatología donde, salvo problemas, recibe el alta dos días después o al mismo tiempo que la madre. En esta fase, se suministra vitamina K, se administran las vacunas de control de la hepatitis B y BCG, se solicita grupo y factor, se realiza un hemograma y una prueba de TSH. En cuanto a la alimentación, se da leche artificial durante las primeras horas hasta que se pueda amamantar exclusivamente. Se evalúa al recién nacido al nacer, a las 2 y 4 horas, y después cada 8 horas.

El test de Apgar (anexo 3) proporciona un método universal para la evaluación del estado del recién nacido inmediatamente después del nacimiento, determina cinco variables y se le asigna un valor de 0, 1 o 2. Entre las variables están: ritmo cardiaco, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja, color. Se evalúa al minuto y a los cinco minutos luego del nacimiento. El 90% de los bebés tienen puntuaciones de Apgar a los cinco minutos entre 7 y 10, lo que significa que no suelen necesitar más ayuda. Los bebés con puntuaciones de Apgar en este rango lloran o respiran por sí solos, tienen buen tono muscular y un color decente. Para los cuidados rutinarios, pueden ser ingresados en la sala de neonatos de nivel 1 (siempre que su gestación sea inferior a 35 semanas). (34)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico es una etapa de muchos cambios, el cual busca adquirir habilidades prácticas y pulir habilidades aprendidas de manera teórica durante los 7 años de carrera previos, que al momento del internado médico se plasman en habilidades prácticas; todas ellas en beneficio del paciente, ya que lo que se busca es brindar una atención de calidad. En Perú se puede interpretar como un primer enfoque de lo que es la medicina y a que nos enfrentamos en nuestra carrera profesional como futuros médicos.

Definitivamente haber realizado práctica clínica en hospitales de nivel III, se aleja bastante de la realidad peruana, ya que se sabe que en Perú existen carencia de muchos tipos, principalmente de accesibilidad para las distintas pruebas que solicitamos día a día en la práctica médica como por ejemplo exámenes laboratoriales y de imagen. Debido a ello es fundamental el desarrollo de habilidades para el diagnóstico clínico; habilidades que se nos ha brindado en estos 10 meses en las diferentes rotaciones por distintas especialidades.

Sabemos también que el aprendizaje depende mucho del estudiante, así que consideramos necesario siempre tener predisposición para aprender.

Esta etapa de internado fue un gran aporte tanto en conocimiento como en destrezas sociales, todas ellas siempre guiadas por un tutor, un médico especialista lleno de experiencia y basto de conocimiento, el cual se tiene la seguridad que generación en generación van dándose una mano para poder sacar nuestra verdadera vocación, el brindar salud.

Finalizamos esta reflexión recordando que el médico debe contar con habilidades no solo académicas, sino también humanitarias, las cuales sirven para poder llegar a una buena relación médico-paciente, con el fin de asegurar la adherencia a los tratamientos y un mejor entendimiento por parte del paciente de las diversas patologías que los aquejan.

CONCLUSIONES

El internado médico indudablemente te llena de una vasta experiencia tanto en los conocimientos, como en la adquisición de la habilidad del trato que brindas a un paciente, porque en este periodo se pone a prueba todas tus habilidades que fueron forjadas en tus años de carrera en la universidad ; el internado médico te enseña desde lo más “básico” que es la evolución de un paciente hasta la participación de un cirugía con la supervisión tanto de médicos residentes como de médicos asistentes, todo ello con el fin de cultivar pasión por el área de la salud y sus diferentes rubros .

Cada experiencia es diferente para cada interno; ya que cada uno ve pacientes distintos con diferentes diagnósticos y en diferentes situaciones y realidades, pero lo que se tiene en común es que todos compartan las ganas de aprender y seguir adelante contra las adversidades que pueda presentarse durante el internado médico.

Concluimos que el brindar salud a un paciente tiene un enfoque multidisciplinario que involucra tanto a médicos, personal de enfermería, personal técnico y administrativo y el trabajo que se realiza día a día en los pabellones de los diferentes hospitales es un trabajo en conjunto.

RECOMENDACIONES

Para las futuras generaciones de internos de medicina queremos brindar la seguridad de que el internado es una etapa de muchas vivencias, las cuales deben de pasar con la mejor predisposición y entrega.

Las universidades deben brindar recursos educativos como por ejemplo las simulaciones; está demostrado que es de gran ayuda para así perder el miedo hacia los distintos escenarios a los cuales estaremos expuestos como médicos.

Los hospitales siempre deben estar a la vanguardia con los avances médicos y tecnológicos; así mismo el ministerio de salud debe mejorar sus guías de práctica clínica para así poder brindarnos las herramientas necesarias para una atención medica de calidad.

La duración de internado debe ser de mínimo 1 año ya que es indispensable poder tener el tiempo suficiente para desarrollar habilidades brindadas en las distintas especialidades médicas.

El gobierno también debería invertir en mejorar los establecimientos de salud con especial importancia a las postas medicas; así mismo brindar capacitación a sus médicos ya que son ellos los que instruyen a las nuevas generaciones de médicos y a la vanguardia médica.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Milián Espinosa, L.A. Chávez Betancourt, S. Jiménez Puñales. Elsevier [Internet]. Dos tipos histológicos diferentes en un tumor de ovario. A propósito de un caso, 2013 [citado el 13 de abril del 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-dos-tipos-histologicos-diferentes-un-S0210573X13001093>.
2. Lauri Hochberg, MD, Mitchel S Hoffman, MD. Uptodate [Internet]. Adnexal mass: Differential Diagnosis, 2023 [citado el 13 de abril del 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/adnexal-mass-differential-diagnosis?search=cistoadenoma%20&source=search_result&selectedTitle=1~29&usage_type=default&display_rank=1#.
3. David Brooks, MD. Uptodate. Overview of abdominal wall hernias in adults. [internet][citado 13 abril del 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-abdominal-wall-hernias-in-adults?search=hernia%20umbilical&source=search_result&selectedTitle=1~54&usage_type=default&display_rank=1#H1
4. Bleday R, Breed E. Hemorrhoids: Clinical manifestations and diagnosis. [Online].; 2020. Available from: https://www.uptodate.com/contents/hemorrhoids-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=hemorroides&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H2
5. Ferguson JA, Mazier WP, Ganchrow MI, Friend WG, The closed technique of hemorrhoidectomy. *Surgery*. 1971;70(3):480.
6. Joshi GP, Neugebauer EA, PROSPECT Collaboration, Evidence-based management of pain after haemorrhoidectomy surgery, *Br J Surg*. 2010;97(8):1155
7. Ala S, Saeedi M, Eshghi F, Mirzabeygi P. Topical metronidazole can reduce pain after surgery and pain on defecation in postoperative hemorrhoidectomy. *Dis Colon Rectum* 2008; 51:235.

8. Lyons NJR, Cornille JB, Pathak S, et al. Systematic review and meta-analysis of the role of metronidazole in post-haemorrhoidectomy pain relief. *Colorectal Dis* 2017; 19:803.
9. Huerta F. Predictores, sensibilidad y especificidad de la ultrasonografía en el diagnóstico de apendicitis aguda en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. 2007. Tesis para optar el Título Profesional de Especialista en Radiología Lima-Perú
10. Motta G, Mendez E, Martinez M, Bastida J, Aragon M, Garrido G, et al. Apendicitis atípica en adultos. *Anales de Radiología México*. 2014 Abril-Junio; 13(2).
11. Huaroto K, Paucca M, Polo A, Meza L. Factores de riesgo maternos, obstétricos y fetales asociados al parto pretérmino, en pacientes de un hospital público de Ica, Perú. *Rev méd panacea*. 2013; 3(2): p. 27-31.
12. Saccone G, Perriera L, Berghella V. Prior uterine evacuation of pregnancy as independent risk factor for preterm birth: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 214: p. 572.
13. Srinivasjois R, Shah S, Shah P. Biracial couples and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012; 91: p. 1134–1146
14. Genes V. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. *Rev. Nac. (Itauguá)*. 2012; 4(2): p. 8-14.
15. S. David Cohen. Prolapso genitalfemenino: lo que debería saber, 2013. [internet][citado el 13 de abril del 2023]. disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-prolapso-genital-femenino-lo-que-S0716864013701512>).
16. Maritza Busquets C., Felipe Castillo F. Uso del sistema POPQ para la clasificación de los prolapsos: Hospital Parroquial de San Bernardo, 2009. [internet][citado el 13 de abril del 2023]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000100002).

17. Elizabeth A Stewart, MD, Shannon K Laughlin- Tommaso, MD. Uptodate. Uterine fibroids (leiomyomas): Epidemiology, clinical features, diagnosis, and natural history, 2023. [internet][citado 13 de abril del 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-epidemiology-clinical-features-diagnosis-and-natural-history?search=miomatosis%20uterina%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H3).
18. Oliveira C, Pinheiro H, Figueiredo J, et al. Familial gastric cancer: Genetic susceptibility, pathology, and implications for management. *Lancet Oncol.* 2015;16:e60-70.
19. Zanghieri G, di Gregorio C, Sacchetti C, et al. Familial occurrence of gastric cancer in the 2-year experience of a population-based registry. *Cancer.* 1990;66:2047-51.
20. Cardoso R, Coburn N, Seevaratnam R, et al. A systematic review of the indications for genetic testing and prophylactic gastrectomy among patients with hereditary diffuse gastric cancer. *Gastric Cancer.* 2012;15 Suppl 1: S153-63.
21. Nakamura K, Nonaka S, Nakajima T, et al. Clinical outcomes of gastric polyps and neoplasms in patients with familial adenomatous polyposis. *Endosc Int Open.* 2017;5: E137-45.
22. Chen Y, Yu C, Li Y. Physical activity and risks of esophageal and gastric cancers: A meta-analysis. *PLoS One.* 2014;9:e88082.
23. Kim HJ, Lim SY, Lee JS, et al. Fresh and pickled vegetable consumption and gastric cancer in Japanese and Korean populations: A meta-analysis of observational studies. *Cancer Sci.* 2010;101:508-16.
24. Bae JM, Kim EH. Dietary intakes of citrus fruit and risk of gastric cancer incidence: An adaptive meta-analysis of cohort studies. *Epidemiol Health.* 2016;38:e2016034.

25. Gong HY, He JG, Li BS. Meta-analysis of the association between selenium and gastric cancer risk. *Oncotarget*. 2016;7:15600-5.
26. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. *Clin Infect Dis* 2011; 52:e103.
27. Hilda Maria Ajsvinac Soberanis. Enfermedad crónica agudizada. editor:Facultad de Ciencias médicas Universidad de san Carlos de Guatemala Lugar: Guatemala; 2015
28. García García ML, Korta Murua J, Callejón Callejón A. Bronquiolitis aguda viral. *Protocolo diagnosis pediatria*. 2017;1:85-102.
29. Broggi O, Koc D, Llaque P. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis. *INSNSB*. 2022.
30. Asensi M, Marcos M, García A. Manejo integral del asma en Atención Primaria. *Curso actualizado de pediatría*. 2018; 3: 489-506.
31. Sociedades científicas. GEMA4.4. Guía española para el manejo del asma Madrid: Luzán; 2019
32. Luis Ángel Osorio Góngora, Dianeyis Silot Oliveros. Comunicación interventricular: revisión de la literatura. *Scielo*, 2011 [internet][citado el 13 abril del 2023]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000600008.
33. Juan Miguel Gil Jaunerana. Comunicación interauricular. Comunicación interventricular. Canal aurículo-ventricular y Ventana aorto-pulmonar. Elsevier,2014 [internet][citado el 13 de abril de 2023].
34. Tiffany M Mckee-Garrett, MD. Overview of the routine management od the healthy newborn infant. *Uptodate*,2023 [internet][citado el 13 de abril del 2023]

ANEXO 1

Pared anterior Aa	Pared anterior Ba	Cuello uterino o cúpula vaginal C
Hiato genital gh	Cuerpo perinatal pb	Largo vaginal total tvL
Pared posterior Ap	Pared posterior Bp	Fórmix posterior D

Revista Médica Clínica Las Condes. 2013;24:202-9

Division De 9 Cuadrantes Del Popq

ANEXO 2

Tabla IV. Clasificación de la gravedad del asma				
	<i>Episódica ocasional</i>	<i>Episódica frecuente</i>	<i>Persistente moderada</i>	<i>Persistente grave</i>
Episodios	De pocas horas o días de duración, <1/10-12 semanas. Máximo 4-5 crisis anuales	<1/5-6 semanas. Máximo 6-8 crisis/año	>1/4-5 semanas	Frecuentes
Síntomas intercrisis	Asintomático, con buena tolerancia al ejercicio	Asintomático	Leves	Frecuentes
Sibilancias	-	Con esfuerzos intensos	Con esfuerzos moderados	Con esfuerzos mínimos
Síntomas nocturnos	-	-	≤2 noches/semana	>2 noches/semana
SABA	-	-	≤3 días/semana	3 días/semana
- FEV1	>80%	>80%	>70-<80%	<70%
- Variabilidad PEF	<20%	<20%	>20-<30%	>30%

FEV1: volumen espirado forzado en el primer segundo; PEF: flujo espiratorio máximo; SABA: B₂ agonista de acción corta.

Clasificación De Gravedad Del Asma

ANEXO 3

	0	1	2
Actividad cardíaca	No hay latido	Menos de 100 latidos por minuto	Más o igual a 100 latidos por minuto
Respiración	No respira	Suave o de forma irregular	Fuerte
Reflejos	No responde a estímulos	Muecas, llanto sin fuerza	Llanto fuerte, tos, estornudos
Tono muscular	Músculos flácidos	Algunos movimientos	Activo
Color de la piel	Todo el cuerpo azul	Extremidades azules	Cuerpo rosado

Test De APGAR