

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN LOS
HOSPITALES: HOSPITAL MILITAR CENTRAL – HOSPITAL DE
HUAYCÁN Y PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: CENTRO DE
SALUD SAN ANTONIO DE PEDREGAL DURANTE EL AÑO
2022-2023.**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

GRIZEL PAMELA ROQUE CALDERÓN

TANIA MARCELINA ROSAS MATIAS

ASESOR

HENRY NELSON MORMONTOY CALVO

LIMA- PERÚ

2023



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN LOS HOSPITALES:
HOSPITAL MILITAR CENTRAL – HOSPITAL DE HUAYCÁN Y
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: CENTRO DE SALUD SAN ANTONIO
DE PEDREGAL DURANTE EL AÑO 2022-2023.**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICA CIRUJANA**

PRESENTADO POR

GRIZEL PAMELA ROQUE CALDERÓN

TANIA MARCELINA ROSAS MATIAS

ASESOR

DR. HENRY NELSON MORMONTOY CALVO

LIMA – PERÚ

2023

JURADO

Miembro: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestros padres, quienes gracias a su apoyo incondicional durante todos estos años que nos permitieron terminar de forma exitosa nuestra carrera profesional.

Este trabajo esta dedicado a las familias Roque Calderón y Rosas Matías.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a cada doctor y docente que pudo impartir en nosotras parte de sus conocimientos, amor, dedicación y vocación para formar los profesionales de salud que hoy seremos y que hoy son amigos con los que se puede contar. También agradecer a la institución que fue parte de nuestra formación profesional.

INDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	10
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	37
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	41
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	58
CONCLUSIONES	59
RECOMENDACIONES	60
FUENTES DE INFORMACIÓN	61
ANEXOS	66

RESUMEN

El internado médico se realizó en el periodo 2022 -2023, teniendo algunas limitaciones por los efectos de la pandemia por el COVID 19. Por este motivo, se realizó este trabajo para poder transmitir la experiencia y aprendizaje vivido durante la etapa del internado médico en un contexto hospitalario y de atención primaria.

Se hizo una recopilación de las actividades médicas realizadas durante este periodo de 10 meses, mencionando los objetivos logrados en el aspecto académico y práctico. Se pudo lograr el aprendizaje en hospitales los hospitales: Hospital Militar central (III-1) y Hospital de Huaycán (II-1).

Se presentarán casos clínicos que se vieron durante la práctica clínica, exponiendo la sintomatología y manejo brindado durante la rotación de Ginecología y obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría. Finalmente se realizará un análisis de la parte teórica de las patologías presentadas.

Palabras clave: Internado médico, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna Cirugía General, Pediatría

ABSTRACT

The medical internship was realised in the period of the year 2022-2023, this experience had some limitations, because we had to practice during the pandemic of COVID-19. For this reason, we made this work because we want to transmit our experience and learning that we lived during the medical internship in a hospital and primary attention.

This work collects experiences of medical activities realized during this internship of 10 months, also we transmit our objectives achieved in the academic aspect and medical practice. Mostly of our learning was realized in hospitals like: Military Central Hospital (III-1) and Huaycan Hospital (II-1).

Also presented some clinical cases that we sat during our clinical practice, writing about the symptomatology and treatment in different pathologies that we saw during our rotations in: Obstetrics & Gynecology, Internal Medicine, General Surgery and Pediatrics.

Keywords: Medical Internship, Obstetrics & Gynecology, Internal Medicine, General Surgery, Pediatrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN LOS HOSPITALES: HOSPITAL MILITA
R CENTRAL - HOSPITAL DE HUAYCÁN Y**

AUTOR

**GRIZEL PAMELA ROQUE CALDERÓN TA
NIA MARCELINA ROSAS MATIAS**

RECUENTO DE PALABRAS

17049 Words

RECUENTO DE CARACTERES

96672 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

66 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

1.6MB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 7:18 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 7:19 PM GMT-5

● **15% de similitud general**

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

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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



Mèd. Henry Nelson Mormontoy Calvo MSP
CMP 44512
<https://orcid.org/0000-0002-9230-337X>

INTRODUCCIÓN

El Internado Médico es el último año de la carrera de Medicina Humana, en el cual se pone en práctica todos los conocimientos durante los 6 años previos y que desde ya hace 3 años se ha visto afectado por la reciente pandemia; donde su inicio era un 31 de diciembre y la duración era de 12 meses, podíamos escoger la totalidad de hospitales de nuestra capital y los horarios eran 24/7 con algunos descansos postguardia; todo ello hacía de una manera más completa el aprendizaje ya que permitía empaparnos al máximo de cada paciente y sus patologías y en el proceso aprender a tratar dichas patologías.

En nuestro caso las experiencias fueron distintas, pero no menos valoradas ya que se realizó en 3 distintos establecimientos: el Centro de Salud San Antonio de Pedregal, el Hospital de Huaycán y el Hospital Militar Central.

Este internado 2022 inicio 1ero de mayo para el Hospital Militar Central culminando el 28 de febrero del 2023 y para los Hospitales Minsa comenzó el 1ero de junio por un periodo también de 10 meses, pero con un primer periodo de 5 meses en el Primer Nivel de Atención y los siguientes 5 meses en el Hospital culminando así el 31 de marzo del 2023.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado medico se da durante el ultimo año de la carrera de medicina humana, en esta etapa el estudiante debe poner en practica todo lo que aprendió durante sus años de formación en pregrado, buscando consolidar los conocimientos e integrar nuevas habilidades que le servirá en su práctica profesional.

En este periodo de 10 meses los internos participan de forma activa en la atención de pacientes ya sea en centros de atención primaria como hospitales especializados. Trabajan de la mano con un equipo multidisciplinario para poder conseguir el bienestar de los pacientes.

Es importante rescatar que durante este periodo de formación el interno tendrá que trabajar con sus pares quienes son otros estudiantes de diferentes universidades, desarrolla habilidades blandas, se enfrentara a situación de mucho estrés las cuales tendrá que sobrellevar de la mejor maneja para poder tener un resultado optimo en el manejo de sus pacientes. Para esto será necesario trabajar en equipo, siempre ir con disposición de aprender y ayudar a quien lo necesita. De todas las actividades se aprende así sea en un primer nivel de atención como en un centro especializado.

Esta experiencia le permitirá al interno a consolidar conocimientos los cuales podrán ser usados en su vida profesional. Esta esta etapa requiere muchos sacrificios, debido a que por el horario se puede ver disminuida las horas de estancia con la familia, puesto que se cumple con un horario en el centro que asistimos. De igual forma, el interno organiza su tiempo para poder cumplir con sus actividades hospitalarias y académicas puesto que al finalizar su formación debe enfrentarse a una evaluación de conocimientos a nivel nacional.

A continuación, se presentarán 16 casos que aprendimos a manejar durante las 4 rotaciones (Ginecología y obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría) y que forman parte de la experiencia vivida durante el internado.

I.1. ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

I.1. 1. Caso Clínico N°1 (Hospital de Huaycán)

Paciente mujer de 17 años, gestante de 24ss x eco 2ºT acude a la emergencia por presentar sensación de alza térmica y malestar general desde hace más o menos 1 día, niega sangrado vaginal, niega PPL y percibe movimientos fetales. También refiere que hace 10 días antes acudió a Emg por el mismo motivo: Síndrome febril a descartar ITU con tratamiento irregular no concluido con cefuroxima VO. A la toma de funciones vitales se corrobora una Tº:40.2ºC PA:100/60 fc:130 FR:20 y SO2:97%. Como antecedentes de importancia refiere haber sido cesárea (2019) por preeclampsia y haber tenido 2 abortos incompletos (2AMEU). Al examen físico de Abdomen presento AU:25cm LCF: 138x SPP: indiferente MF:(++) DU:(-) y GU presento TV: diferido PPL:(-), PPU:(-) Por lo que se decide pasarla a hospitalización con los Diagnósticos:

- Síndrome febril.
- Descartar Infección Tracto Urinario.
- Cesárea anterior 1 vez.
- Abortadora recurrente.

Estando en condición estable iniciando tratamiento de metamizol 1gr endovenoso PRN mayor o igual a 38ºC y ceftriaxona 1gr endovenoso cada 12 horas. Además de la espera de resultados de hemocultivo, examen de orina y urocultivo.

Al día siguiente de su hospitalización la paciente refiere dolor pélvico que en horas de la noche fue mejorando. Al examen físico: Abdomen: ocupado por útero, LCF: 142x, AU: 23cm, MF:(+), tono uterino normal, DU: ausente. TV: diferido; con las siguientes impresiones diagnósticas:

- G4P1021 22ss 2/7 por ECO 2ºT.
- Síndrome febril a Descartar ITU con tratamiento.
- Cesárea anterior 1 vez.

La paciente se encontraba estable con tratamiento antibiótico y antipirético condicional. Se recibió resultado de hemocultivo donde se evidencio una leucocitosis. Se continua con antibióticos y a la espera de los siguientes resultados.

A las primeras horas de su 3er día de hospitalización se hace llamado al Dr. encargado de la guardia en centro obstétrico quien refirió no haber presencia de

latidos cardiacos fetales con Doppler, se le hace una ecografía para verificar la actividad cardiaca fetal y se confirma la ausencia de actividad cardiaca explicando a la paciente lo sucedido.

La paciente refiere leve dolor pélvico y al examen físico preferencial: LOTEPE, Abdomen: feto sin actividad, tono uterino normal; TV: DU:1cm, I:85%, AP: -3; con las siguientes impresiones diagnósticas: Óbito fetal 22ss por ECO.

Se deja el plan de manejo expectante y reevaluación en 2 horas, se le explica de la situación a su madre y manifiesta que cuenta con condiciones para expulsión de óbito fetal por vía vaginal.

Se procede a la extracción de restos ovulares post expulsión de producto y alumbramiento. Previa anestesia parcial la colocación de espéculo, fricción del cérvix con pinza Foester, histerometría de más o menos 14cm, legrado con cloruro de sodio y extracción de restos ovulares más o menos 50cc, se procede al escobillonaje y se deja tapón en vagina.

Posterior a los 20 min el procedimiento refiere un leve dolor a nivel de hipogastrio, se revisa cavidad vaginal, cérvix y útero y se llegó a extraer restos ovulares notificando al personal de obstetricia del producto con peso de 440gr y placenta de 390gr por lo que se considera: Aborto.

Al examen preferencial: Abdomen: útero contraído maso menos 4 cm debajo de cicatriz umbilical, leve dolor a nivel de hipogastrio; con las siguientes impresiones diagnósticas:

- Puérpera inmediata de aborto tardío.
- ITU con tratamiento

La paciente permaneció hemodinámicamente estable con evolución favorable continuando con tratamiento antibiótico para la infección urinaria y se le indico retiro de tapón vaginal en 2hrs y seguir indicaciones. Finalmente, se le indicó alta con indicaciones y cita de control por consultorio externo de ginecología en 1 semana.

I.1.2. Caso Clínico N°2 (Hospital de Huaycán)

Paciente mujer de 38 años de gestación doble de 36 semanas por FUR acude a la emergencia del HH por dolor tipo contracciones y por pérdida de líquido amniótico desde las 6am. Antecedente: G4P3003. En cuanto a sus funciones vitales: T°: 36. 7°, PA: 130/80, FC:84x, FR:20x, So2: 98% y al examen físico preferencial: AU: 36cm, LCF1:140x, LCF2:126x, SPP1=LCD y SPP2= feto transverso dorso inferior Se examinó a la paciente: TV=10cm, I=100%, AP=+1, MO=rotas. Con los diagnósticos:

- Multigesta de 36ss por FUR.
- Embarazo doble.
- Segundo feto transverso.
- Expulsivo.
- Paridad satisfecha.
- Cesárea 1 vez.

Se programa para Cesárea de Emergencia. Se recibió a la paciente en SOP encontrando solo LCF de un producto por lo que se informa al jefe de guardia y familiar; a la finalización uno de los productos paso a incubadora hasta la recuperación de madre.

A las 2 horas se acude a la llamada del personal de obstetricia quien reportó Presión Arterial elevada pero paciente niega síntomas premonitorios. Al examen físico: Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, palidez +/+++; Abdomen: B/D útero contraído a -1 cm de cicatriz umbilical; Herida Operatoria: afrontada con apósitos secos; TV: loquios hemáticos escasos; Genitourinario: sonda Foley permeable, orina clara; SNC: Lotep, Glasgow 15/15 ROT conservados. Con las impresiones diagnósticas:

- Puérpera de 2 horas de CSTI por embarazo gemelar de 35ss.
- Expulsivo.
- Cesárea 1 vez.
- Edad materna avanzada.
- Preeclampsia con criterios de severidad.

También se notifica que paciente ingresa a SOP sin pre qx ni riesgo qx; en recuperación no presenta presiones arteriales elevadas, al pase de estadía en su área presenta los peores registros que oscilan entre 190/110 y 150/110, donde se le

administró captopril y se inicia Clave Azul colocándole sulfato de magnesio y se agrega nifedipino.

Al 2do día de hospitalización; paciente no refiere molestias y niega algún síntoma premonitorio sus presiones al día están de 140/90, 130/80 mmhg y con resultados de laboratorio: Hemoglobina=10.8g/dl, Plaquetas=194000mm³, Glucosa=71mg/dl, Creatinina=1.1mg/dl, TGO=34U/L, TGP=17U/L, DHL=856UI/L, Diuresis de 3 hrs=450cc. Con dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio, se solicita control de protocolo cada 6hrs y continuar con MgSO₄. Al 3er día de hospitalización paciente continúa sin referir molestias y de evolución favorable; comienza con dieta líquida y continua con 3er frasco de NaCl 0.9% 1000cc + oxitocina 30UI y también de nifedipino 10mg VO; se cambió a control de presión arterial cada 2 horas.

Luego de 4 días de hospitalización la paciente ya deambula con mayor facilidad, con buena secreción de leche; al examen físico: Abdomen: se palpa útero contraído a 3 cm debajo de cicatriz umbilical, Herida Operatoria: afrontada sin signos de flogosis. Por indicación del doctor de turno se retira sonda Foley y se pide control de batería de preeclampsia y se reevaluará con resultados de laboratorio para posibilidad de alta.

Por la tarde del mismo día paciente es reevaluada con resultado de Hemoglobina en 8.6g/dl y se agrega Hierro sacarato 200mg + NaCl 0.9% 200cc=EV en 2 hrs; al término está de alta con indicaciones de paracetamol 1gr VO cada 8 hrs y tramal 50mg SC condicional a dolor intenso, se le indica cuidados del puerperio, lactancia materna exclusiva y se le indica acudir a su cita de control por consultorio externo de ginecología en 01 semana.

I.1. 3. Caso Clínico N°3 (Hospital Militar Central)

Paciente mujer 33 años refiere presentar dolor tipo contracción uterina desde hace 1 día aproximadamente, el dolor fue incrementándose en frecuencia e intensidad. Refiere percibir movimientos fetales, niega pérdida de líquido y/o sangrado vaginal. Por este motivo la paciente acude al servicio de emergencia del HMC. En cuanto a los antecedentes se encuentra lo siguiente:

- Médico: colestasis intrahepática gestacional (diagnosticada hace 03 semanas).

- Quirúrgicos: Cesárea (2016).
- Medicación habitual: Ácido ursodesoxicólico 250 mg cada 8 horas.
- Gineco obstétricos:
 - Menarquia: 12 años.
 - Último PAP: Negativo (2015).
 - FUR: 10/08/2021.
 - Fórmula obstétrica: G2P1001
 - G1: Cesárea por desproporción cefalopélvica y feto macrosómico (2016-HMC).
 - G2: Actual.

Al examen físico, se valoraron las funciones vitales: FC: 86 lpm, FR: 18 rpm, PA: 120/90 mmHg, Temperatura: 36°C, SatO₂: 98%. Examen preferencial de abdomen: grávido, AU: 37 cm, SPP: LCD, latidos cardiacos fetales: 132 lpm, DU: +/- esporádica. En el aspecto genitourinario: PPL (-), PRU: (-), VAEP, AP: -3, I: 50%, D:0. Tacto vaginal: cérvix blando posterior dehiscente. Se llegó a la siguiente impresión diagnóstica:

- Gestación de 38.6 semanas por FUR.
- Colestasis intrahepática gestacional en tratamiento
- Pródromo de trabajo de parto

Se hospitaliza a la paciente para realizar monitoreo materno fetal y programación para cesárea. Posteriormente, se le realizó una cesárea segmentaria transversa junto con el bloqueo tubárico bilateral. Los datos del parto fueron los siguientes: Recién nacido vivo de sexo femenino con un peso de 3760g, talla: 58cm, perímetro cefálico: 36cm, perímetro torácico: 36.5cm, APGAR: 9-9. Alumbramiento por extracción manual. La paciente post cesárea se mantuvo en NPO por 8 horas para luego iniciar dieta líquida amplia, además recibió hidratación con dextrosa al 5% 1000cc, oxitocina 10UI, manejo antibiótico con ceftriaxona 1g EV c/12h, manejo del dolor con ketoprofeno 100 mg EV c/8h, metoclopramida 10 mg EV c/8h y control puerperal. La paciente evoluciona favorablemente, la herida operatoria se encuentra bien afrontada y no presenta signos de flogosis. Presenta loquios hemáticos escasos. Luego de 02 días la paciente es dada de alta con indicaciones, se le indica sulfato ferroso complementado con ácido fólico por 30 días, citrato de calcio más vitamina D por 30

días, ketorolaco para manejo del dolor por 10 días, se le indica acudir por consultorio de ginecología para retiro de puntos en 10 días.

I.1.4. Caso Clínico N°4 (Hospital Militar Central)

Paciente mujer de 41 años acude por emergencia al presentar sangrado vaginal, dolor pélvico y fatiga. Refiere que hace 7 meses aproximadamente tiene menstruaciones con una duración de 13 a 15 días y agrega que el volumen es abundante. Por otro lado, refiere que hace 1 mes aproximadamente tiene regla “normal” pero observa presencia de más coágulos y menciona que al realizar ejercicios presenta fatiga. En su último periodo de su última regla presenta dolor de gran intensidad que no cede con analgésicos. Hace un día presentó un sangrado muy abundante motivo por el cual decide acudir al servicio de emergencia del HMC. En cuanto a sus antecedentes se encontró lo siguiente:

- Médicos: Artrosis de rodilla (diagnosticada hace 8 años).
- Quirúrgicos: Niega
- Vacunas COVID: 03 dosis.
- Ginecológicos:
 - FUR: 18/04/22.
 - Inicio de relaciones sexuales: 22 años
 - Parejas: 01.
 - Menarquia: 17 años.
 - Gestaciones: ninguna.

Al examen físico: AREG, AREN, AREH. Piel y faneras: palidez marcada ++/+++ , llenado capilar <2 segundos, mucosas pálidas e hidratadas. En aparato respiratorio y cardiovascular no se evidencian alteraciones. Abdomen: blando depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda y la paciente refiere sangrado vaginal. Se llega a la siguiente impresión diagnóstica: Sangrado uterino anormal e Infección de tracto urinario.

Se procede a hospitalizar a la paciente para poder realizar exámenes tales como ecografía transvaginal, exámenes complementarios y evaluar la posibilidad de ingresar a sala de operaciones completando previamente los riesgos quirúrgicos.

Se le realiza una ecografía transvaginal al momento del ingreso donde se encontró lo siguiente:

- Vejiga: Vacua.
- Útero:
 - Posición: retroverso flexo, superficie lisa y regular.
 - Medidas: L: 67.5 mm, AP: 52.9 mm, T: 68.6mm.
 - Miometrio: Ecotextura homogénea.
 - Endometrio: 6.7 mm de grosor.
 - Cavity: ocupada por mioma submucoso de 40.6 mm x 29.3 mm.
 - Cérvix: ecotextura normal. Longitud: 28.7 mm.
- Anexos:
 - Ovario derecho: mide 31.3 mm x 19.5 mm x 25.0 mm. Volumen 7.9 cc. Multifolicular estroma ovárico de ecotextura normal.
 - Ovario izquierdo: Mide 35.0 mm x 20.5 mm x 23.3 mm. Volumen 8.7 cc. Multifolicular, estroma ovárico de ecotextura normal.
 - Trompas: No visibles.
- Fondo de saco de Douglas: no se evidencia líquido libre.

Al examen se concluye: mioma uterino submucoso, ovarios multifoliculares. De igual forma se le realizan exámenes auxiliares donde se evidencia que la paciente presenta una hemoglobina de 7g/dl y linfocitos en 145. AFP: 1.12, Ca 125: 45, CEA: 1.21. Teniendo en cuenta los exámenes auxiliares se llega a los siguientes diagnósticos:

- Sangrado uterino anormal
- Mioma uterino submucoso
- Anemia moderada
- Infección de tracto urinario

Dentro de las indicaciones se dejó dieta completa y completar los riesgos quirúrgicos y poder programar para la sala de operaciones. Además de esto se le indicó ácido tranexámico 250 mg c/8h, ceftriaxona 1g EV c/12h, sulfato ferroso complementado con ácido fólico.

El 20/05/22 la paciente fue operada de una miomectomía por laparotomía por un mioma uterino intramural (tipo 3). Durante la operación se encontró un útero con mioma fúndico posterior tipo 3 de 6 x 5 x 4 cm que no comprometieron las trompas uterinas. El ovario izquierdo no se encontraba comprometido, mientras que el ovario derecho presentó cuerpo lúteo que al momento del procedimiento se rompió, motivo por el cual se colocó punto hemostático. El sangrado intraoperatorio fue de 100 cc y la diuresis intraoperatoria fue de 50 cc de orina clara. Al final de la operación se envía mioma uterino a patología para estudios posteriores. En sala de recuperación la paciente recibió terapia de rehidratación, manejo de dolor con ketoprofeno 100 mg y tramadol 100mg condicional, manejo antibiótico con ceftriaxona y clindamicina. Luego la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con una evolución favorable motivo por el cual se procede a dar el alta enviando a casa con las siguientes indicaciones: dieta completa, cefaclor 500 mg c/12h, ketorolaco 10 mg c/8h, clindamicina 300 mg c/8h, reposo relativo. Además de esto se le recomendó a la paciente no tener relaciones sexuales por 42 días, se recomendó realizar lavado de herida operatoria con agua y jabón. Finalmente, se le indico acudir a su cita de control por consultorio externo de ginecología en 01 semana y en caso de presentar los siguientes signos de alarma: dolor intenso, fiebre o sangrado vaginal acudir por servicio de emergencia.

I.2. ROTACION DE MEDICINA INTERNA

I.2.1. Caso Clínico N°1 (C.S. San Antonio de Pedregal)

Paciente varón de 13 años con antecedente de Retardo mental leve y Epilepsia es un paciente frecuente para actualización de hoja de referencia al Hospital de Chosica (dpto. de Pediatría).

Hace más o menos 1 semana el paciente presenta episodios de hiperactividad con dificultad para la atención. Al examen físico preferencial: Tórax y Pulmones: MV pasa bien en ACP, Cardiovascular: RCR de buena intensidad, no soplos audibles, Abdomen: B/D RHA (+) no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Con diagnóstico de: Trastorno de déficit de atención con Hiperactividad. Por lo que se refiere al paciente a Psicología del Centro de Rehabilitación de Chosica.

Hace 2 días paciente presenta tos productiva con hemoptisis, dolor torácico, sensación de alza térmica, disfagia y malestar general. Al examen físico preferencial: Piel: tibia, elástica, hidratada. No edemas, TyP: MV pasa bien en ACP, CV: RCR de buena intensidad. No soplos audibles. ABD: blando, depresible. RHA (+), no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Con los diagnósticos de:

- Faringitis Aguda.
- Descartar TBC Pulmonar.

En cuanto al tratamiento se indicó: Penicilina Benzatínica 1'200000UI + Dexametasona 4mg→ambas Intramuscular; además de Paracetamol 500mg VO cada 8 hrs. Se solicitó BK en esputo.

I.2.2. Caso Clínico N°2 (Hospital de Huaycán)

Paciente mujer de 59 años acude a Emergencia del HH por presentar desde hace más o menos 3 horas desmayo, agitación, estreñimiento y ansiedad; con leves mareos y náuseas. Como antecedente de importancia presenta Fibrosis, EPID y Artritis Reumatoide. En cuanto a sus funciones vitales tiene T°: 36°C, PA: a la 1era toma 150/85 y a la 2da toma 170/100, FC: 68x, So2: 92 - 95%. Al examen físico: Piel: T/H/E R<2", SNC: lotep, Glasgow 15/15. Con los diagnósticos de: Síndrome ansioso. Presenta un HGT=170 mg/dl y se le solicita hemograma, examen de orina, PCR, creatinina y perfil hepático.

El tratamiento que se le dio fue: NaCl 0.9% 250 cc, metamizol 1gr, orfenadrina y metoclopramida 10 mg endovenoso.

Se reevalúa con resultados y pasa a Observación. Al examen físico más riguroso:

- Aparato respiratorio: disminución del pasaje de murmullo vesicular con rales difusos. So2: 88 - 90%.
- Extremidades: se evidencia úlcera de aproximadamente 2 cm en dorso de cara anterior de pierna izquierda.

Los diagnósticos presuntivos son:

- Trastorno del sensorio a Descartar Hiponatremia.

- Úlcera infectada.
- Descartar EPID infectado.
- Obesidad.

Paciente ya en observación refiere que desde hace 5 días presenta vómitos biliosos al despertar, somnolencia, mareos motivo por el cual la trajeron a la Emergencia y desde ya hace 6 meses ella tiene el diagnóstico de fibrosis pulmonar de evolución estacionaria y comienza a saturar entre 88 - 90% motivo por el cual pasa a hospitalización de Medicina.

En su 1er día de hospitalización la paciente refiere dolor corporal intensidad 8/10 que le imposibilita conciliar el sueño. Al examen físico: AREG, AREN, AREH, portadora de CBN.

- Piel: T/H/E, con presencia de lesión ulcerativa en pierna derecha con características inflamatorias.
- Abdomen: B/D, RHA (+), globuloso, doloroso a la palpación superficial y profunda en flanco derecho (++)/+++ y flanco izquierdo (+/+++).
- Genitourinario: portadora de sonda vesical.
- SNC: Lotep, poco colaboradora al interrogatorio.

Hemodinámicamente estable, permaneciendo afebril y con los diagnósticos:

- EPOC + EPID descompensada.
- Obesidad mórbida.
- HTA.
- Úlcera infectada en MMII derecho.
- Artritis reumatoide en tratamiento.

Al plan se agregó el manejo analgésico, continuar con curaciones de úlcera, se agrega corticoide vía oral y se solicitó AGA y electrolitos.

Al 2do día de hospitalización se reevalúa al paciente con respuesta de interconsultas de Neumología: quien evalúa la paciente postrada, lúcida con obesidad mórbida y portadora de O2 por cánula binasal a 3 litros So2: 96% con diagnóstico:

- EPID por artritis reumatoide.

- Obesidad mórbida.
- Acidosis respiratoria con CO₂ alta.

El neumólogo a cargo sugiere continuar con ceftriaxona hasta completar 7ma dosis, suspender B2 agonista, continuar con Bromuro de ipratropio 2 puff cada 6 hrs, suspender budesónida, continuar con N acetilcisteína VO cada 8 hrs y destete progresivo de O₂.

En cuanto a la interconsulta con cardiología, el especialista evaluó a la paciente que está con apoyo ventilatorio con CBN y tolerando decúbito con exámenes auxiliares de enzimas cardíacas CK MB:97 Y AGA: pH=7.44, po₂=60, pco₂=46.4, Na=127, K=4.1 fio₂=24%. A su impresión diagnóstica:

- IRA tipo I.
- EPID descompensado.
- Falla cardíaca crónica.
- AR por antecedente.
- HTA por antecedente.
- THE hiponatremia.

Sus sugerencias son: enoxaparina 40mg SC cada 24hrs, corrección del medio interno, enalapril 10mg VO cada 24hrs.

En su 3er día de hospitalización la paciente tiene leve mejoría y con buen pronóstico al destete de O₂ al examen físico: tórax y pulmón: presencia de roncus, MMII derecho: sin presencia de edemas, presencia de lesión superficial de 8cm, dolorosa al contacto con cara posterior de la pierna. Se continua con antibióticos y So₂=95% con O₂x CBN de 1lt.

Al día siguiente paciente no refiere molestias con funciones vitales estables, con apoyo oxigenatorio 1lt, tolerando vía oral, afebril con cobertura antibiótica con ceftazidima y ciprofloxacino, presenta edemas con Ecografía de rodilla que evidencia bursitis vs derrame articular, se pide su hemograma de control y examen de orina para indicación de alta médica.

I.2.3. Caso Clínico N°3 (Hospital Militar Central)

Paciente de 40 años procedente de Chiclayo, refiere que hace 4 días presenta malestar general asociado a cefalea y sensación de alza térmica por lo que se medica con Paracetamol, pasan 3 días y aun persistente los síntomas. La esposa del paciente le cuantifica la fiebre encontrando una temperatura de 39°C, motivo por el cual vuelve a medicarse con Paracetamol. A pesar de la medicación, persiste la sintomatología motivo por el cual acude a cita en Medicina Preventiva donde le indican tomarse prueba de antígeno para COVID-19 la cual resulta negativa. Por el contrario, el paciente presenta dificultad para caminar y la sintomatología se incrementa, motivo por el cual acude al servicio de emergencia del HMC. Con respecto a sus antecedentes se obtuvo lo siguiente:

- Familiares: Padre (aparentemente sano), madre (cáncer de útero).
- Patológicos: Niega.
- Quirúrgicos: Apendicectomía (2003)
- Alergias: Niega.
- Viajes recientes: África (regresó el 25 de junio del 2022).

Funciones biológicas: apetito disminuido, sed conservada, diuresis incrementada, deposiciones conservadas y sueño disminuido.

Al examen físico se puede observar lo siguiente: AREG, AREN, AREH, FC: 77 lpm, T°: 36.5°C, FR: 18 rpm, SatO2: 98%, PA: 120/70 mmHg.

- A nivel de piel y mucosas: se observa ictericia +/-+++ en piel y escleras.
- Abdomen: blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Aparato locomotor: moviliza las 4 extremidades con tono y fuerza disminuida.

Se plantea la siguiente impresión diagnóstica: Malaria.

El paciente es hospitalizado para poder realizar un manejo más amplio, se solicita exámenes de apoyo diagnóstico: hemograma completo, gota gruesa, perfil hepático, PCR, examen completo de orina, electrolitos, glucosa, urea, creatinina, CPK MB, perfil de coagulación, calcio, fósforo, magnesio y una radiografía de tórax Además se envía una interconsulta al servicio de Infectología. Se obtienen los resultados de laboratorio:

- Perfil hepático: TGO: 45.91, TGP: 58.2, bilirrubina total: 1.47, bilirrubina directa: 0.67.
- PCR: 39.7, CPK- MB: 15.97
- Perfil de coagulación: dímero D: 7.23, TP: 15.6, INR: 1.19
- Examen de orina: negativo
- Hemograma: hemoglobina: 16.2, leucocitos: 4.3, plaquetas: 80.
- Glucosa: 119, Urea: 50, Cr: 1.60.

Para el manejo se indica paracetamol 1g EV si la temperatura es mayor a 38°C, ketoprofeno 100 mg EV c/8h, ranitidina 50 mg EV c/8h. Con el resultado del examen de gota gruesa se determinó que el paciente presentaba Malaria por plasmodium falciparum. Por este motivo el paciente recibió Artesunato + mefloquina + primaquina.

I.2.4. Caso Clínico N°4 (Hospital Militar Central)

Paciente varón de 59 años procedente de Lambayeque, refiere que hace 15 días notó una pequeña úlcera en cara interna del tobillo derecho la cual le provocaba prurito por lo cual empezó a tomar cefalexina y se colocó parches para curar la lesión. Refiere que hace 4 días apareció un dolor en la zona de la lesión de intensidad 9/10 según la escala EVA, que fue aumentando a medida que avanzaban los días llegando al punto de impedirle la deambulacion, motivo por el cual acude al servicio de emergencia del HMC. En lo que respecta a sus antecedentes es observa lo siguiente:

- Familiares: Madre fallecida por cirrosis. Padre fallecido
- Patológicos:
 - Trombosis venosa profunda, secuela de tromboflebitis (diagnosticada en el año 2004, recibe tratamiento con clopidogrel 75 mg).
 - Úlcera varicosa en miembro inferior derecho (2013 y 2015).
 - Diabetes mellitus tipo II (2016)
- Quirúrgicos: Apendicectomía (2005).
- Alergias: Niega.
- Medicación habitual: Clopidogrel 75 mg c/24h, metformina 850 mg c/12h, vildagliptina 50 mg c/12h.

Al examen físico el paciente se encontraba en AREG, AREN, AREH, FC: 70 lpm, temperatura: 36.5°C, FR: 20 rpm, PA: 100/80 mmHg.

Piel y TCSC: tibia hidratada elástica, llenado capilar <2 segundos. Se observa edema en miembro inferior derecho +/+++ con presencia de úlcera varicosa. Además, se observa presencia de cicatrices y deformidad en tobillo derecho.

Tórax y pulmones: Simétrico, con amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se evidencian ruidos agregados.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Pulsos periféricos: en miembro inferior derecho +/+++ , pulso en miembro inferior izquierdo +++/+++.

Se solicitaron exámenes auxiliares. perfil de coagulación, glucosa, urea, creatinina, PCR, diámetro D, hemograma completo. Se llega a la siguiente impresión diagnóstica:

- Úlcera varicosa en miembro inferior derecho
- Insuficiencia venosa crónica.

Se procede a hospitalizar al paciente para iniciar tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2g c/24 h + clindamicina 600 mg EV c/8h. Insulinoterapia con insulina lispro a escala móvil. Manejo del dolor con ketoprofeno 100 mg EV c/8h. Realizar curaciones de la úlcera de miembro inferior derecho c/24h. El paciente continuó la hospitalización hasta completar el tratamiento y completar las curaciones. Posterior a eso se le indicó que mantenga su tratamiento con los antidiabéticos orales y control posterior por consultorio de endocrinología y cirugía de tórax y cardiovascular.

I.3. ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL

I. 3.1. Caso Clínico N°1 (Hospital Militar Central)

Paciente varón de 48 años deportista, refiere que hace 02 años aproximadamente presentó crecimiento de masa en región inguinal izquierda no dolorosa, esta era blanda y móvil de 6 x 5 cm de diámetro a lo cual el paciente no le tomó importancia. Para el año 2022, en el mes de enero presentó nuevo crecimiento de la masa en la región inguinal derecha la cual era blanda, móvil, más pequeña que la masa de la región inguinal izquierda y no era dolorosa, esta tenía un diámetro de 4 x 4 cm. Para el mes de febrero acude al servicio de emergencia del HMC por presentar dolor, el paciente fue revisado y recibió manejo con analgésicos. Durante el mes de diciembre

el paciente viendo que el tamaño de la masa iba en aumento y el dolor se incrementó decide acudir a consultorio externo de Cirugía General del HMC, donde lo revisan y programan la operación para hernia inguinal bilateral.

El paciente presenta funciones biológicas conservadas y con respecto a los antecedentes se obtiene lo siguiente.

- Familiares: Ambos padres fallecidos. Hermanos aparentemente sanos.
- Quirúrgicos: Extirpación de ganglio ubicado en cara interna de muslo (1966)
- Patológicos: Niega.
- Alergias: Niega.

Al examen físico específico en región abdominal: abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes, abdomen no doloroso a la palpación superficial ni profunda. En región inguinal izquierda, se evidencia una masa palpable de 6 x 5 cm de diámetro, no dolorosa a la palpación, blando, móvil, reductible e incoercible a la maniobra de Valsalva, se palpa a la salida del canal inguinal. Impresión diagnóstica: Hernia inguinal bilateral.

Luego se procede a hospitalizar al paciente que ya cuenta con sus exámenes prequirúrgicos y riesgos quirúrgicos completos para programar la cirugía. Se le realiza una hernioplastia laparoscópica con técnica totalmente extraperitoneal (TEP). Dentro de los hallazgos operatorios se encontró un saco herniario en ambas regiones inguinales más la presencia de un lipoma preherniario de 5 x 2 cm aproximadamente en región inguinal derecha. La operación no tuvo complicaciones, posterior a la cirugía el paciente recibió cobertura para manejo del dolor con Ketoprofeno 100 mg EV c/8h, simeticona 80 mg VO c/8h y paracetamol 1g EV c/8h. El paciente tuvo una evolución favorable y no presentó complicaciones durante la hospitalización, motivo por el cual se le da de alta con indicaciones.

I. 3.2. Caso Clínico N°2 (Hospital Militar Central)

Paciente mujer de 72 años que ingresa por consultorio externo de cirugía general, refiere que hace 4 meses aproximadamente acude al hospital por presentar cuadro infección de tracto urinario por lo cual es hospitalizada. Se le realizan exámenes apoyo diagnóstico y mediante una ecografía le diagnostican de forma incidental

cálculos y un pólipo vesicular. Por este motivo acude a consultorio de cirugía general donde es evaluada y se le solicitan los exámenes prequirúrgicos para poder realizar los riesgos quirúrgicos correspondientes y poder programar la cirugía. Con respecto a los antecedentes de la paciente se obtiene lo siguiente:

- Familiares: Padre y madre fallecidos (por hipertensión arterial)
- Patológicos:
 - HTA (diagnosticada en el 2014): toma valsarán y amlodipino
 - Artritis (diagnosticada en el 2017).
 - EPOC (paciente no recuerda la fecha de diagnóstico): bromuro de ipratropio c/12h.
- Quirúrgicos:
 - Histerectomía total (hace 10 años).
 - Operación de Glaucoma (hace 08 años).
 - Litotripsia (hace 06 años) por cálculo renal.
- Vacunas COVID 19: 04 dosis.

La paciente presenta funciones biológicas conservadas, sus funciones vitales fueron las siguientes: FR: 75 lpm, FR: 19 rpm, SatO2: 96%, PA: 120/70 mmHg. Al examen físico regional preferencial en región abdominal: abdomen plano, blando depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. La paciente contaba con un estudio de ecografía de abdomen superior donde describen lo siguiente:

- Hígado: 112 mm de tamaño conservado, contorno regular, parénquima homogéneo, ecogenicidad aumentada. No se observa dilatación de vías biliares intrahepáticas. No imágenes quísticas. Murphy ecográfico negativo.
- Vesícula biliar: Piriforme de 770 x 30 mm, pared de 3mm con pólipo de 10 x 11 mm y lito de 24 mm. Vena porta: 9 mm, Conducto Colédoco: 3 mm.
- Páncreas: Cabeza de 20 mm de morfología y densidad conservada, cuerpo y cola parcialmente visible por interposición gaseosa.
- Bazo: Con forma y ecogenicidad conservada. Tamaño conservado. Dimensiones 93 x 32 mm.

Teniendo en cuenta este examen y se llega al siguiente diagnóstico presuntivo: Litiasis vesicular más pólipo vesicular.

Se procede a hospitalizar a la paciente para completar los exámenes prequirúrgicos y riesgos quirúrgicos, complementando lo antes mencionado se programa a la paciente para la operación. El día de operación la paciente ingresa con el diagnóstico de colecistitis crónica celulosa más pólipo vesicular se le realiza una colecistectomía laparoscópica bajo la técnica francesa. Dentro de los hallazgos quirúrgicos se encontró una vesícula biliar de 12 x 4 cm de paredes gruesas y con contenido de múltiples cálculos, el mayor fue de 4 cm aproximadamente. Arteria y conducto cístico presentes. No hubo complicaciones durante la intervención. Se envió para estudios de anatomía patológica la vesicular biliar. La paciente recibe antibioticoterapia con ceftriaxona 2g EV c/24h por 03 días, manejo del dolor con ketoprofeno 100 mg EV c/8h, paracetamol 500 mg VO c/8h, simeticona 80 mg 40 gotas VO c/8h. La paciente continuó con su medicación para la hipertensión Valsartan + amlodipino 160mg/5gm 1 tab c/24h. La paciente tuvo una evolución favorable y no presentó complicaciones durante la hospitalización motivo por el cual es dada de alta con indicaciones.

I.3.3. Caso Clínico N°3 (Hospital Militar Central)

Paciente varón de 61 años, refiere que en Febrero del 2022 nota sangrado rojo rutilante y en algunas ocasiones es de color rojo vino al momento de la defecación, a esto se asocia una sensación de ardor lo cual que genera dolor, por este motivo el paciente acude al consultorio externo de Gastroenterología donde le programan una colonoscopia donde le diagnostican hemorroides internas grado IV, hemorroides externas complicadas más plicomas, motivo por lo cual es derivado al consultorio de Cirugía General donde le indican tratamiento quirúrgico. El paciente se hospitaliza para ser sometido a intervención quirúrgica. Dentro de los antecedentes del paciente:

- Patológicos
 - Hipertensión arterial (junio 2022), recibe tratamiento con enalapril 20 mg c/12h.
 - Osteoporosis (2022).
 - Herpes Zoster (2022), recibió tratamiento completo.
- Familiares: Hipertensión arterial por línea materna, padre falleció de causa natural.
- Quirúrgicos: Hernia umbilical (Hace 44 años).
- Alergias: Niega.

Paciente presenta funciones biológicas conservadas, sus funciones vitales fueron las siguientes. PA: 130/80 mmHg, FC: 81 lpm, Fr: 18 rpm, SatO₂: 97%, T°: 36.8°C. Al examen físico regional específico se observa lo siguiente: Abdomen blando depresible con ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Se observa una cicatriz transversa infraumbilical de 6 cm aproximadamente por intervención quirúrgica de hernia umbilical. No se evidenciaron signos peritoneales. En la región recto-anal al tacto rectal el esfínter anal se encuentra normotómico, se evidencia presencia de hemorroides dolorosas a la palpación. Dedo de guante (+), se evidencia sangrado activo. Se llegó a la siguiente impresión diagnóstica: Hemorroides grado IV.

Se procedió a hospitalizar al paciente para completar los riesgos quirúrgicos ya que el paciente ya tenía los exámenes prequirúrgicos completos y posteriormente programar la cirugía. El paciente ingresó a sala de operaciones con un diagnóstico preoperatorio de hemorroides grado IV más plicoma. Se le realizó una hemorroidectomía abierta con ligadura. Dentro de los hallazgos quirúrgicos se encontró lo siguiente: Hemorroides en corona, se observa gran dilatación de los paquetes hemorroidales en hora 3 (lateral izquierdo), y 7 (posteroinferior) y 9 (lateral derecho), esfínter hipotónico. Hemorroides de IV grado interna con presencia de plicomas en misma posición de paquetes hemorroidales. Se enviaron paquetes hemorroidales para estudios de anatomía patológica. La cirugía no tuvo complicaciones el paciente recibió cobertura antibiótica con ceftriaxona 2g EV c/24h, Metronidazol 500 mg, manejo del dolor con Ketoprofeno 100 mg EV c/8h, tramadol 100 mg SC condicional a dolor intenso, continuo con su tratamiento antihipertensivo con Enalapril 20 mg VO c/12h, Amlodipino 5 mg VO c/24h. Se le recomendó realizar aseo en región anal con paños húmedos para evitar infecciones. El paciente evolucionó de forma favorable y no presentó complicaciones durante la hospitalización, por lo cual fue dado de alta con indicaciones.

I.3.4. Caso Clínico N°4 (Hospital de Huaycán)

Paciente varón de 35 años acude a la consulta externa de traumatología del HH para consultar presencia de hematomas y aumento de dolor en sitio operatorio, hay aumento de volumen por lo que se le realiza un drenaje (sangrado de 200ml) y

curación.

En cuanto a sus antecedentes, el paciente fue operado:

- RAFI + anclaje de la Fractura de húmero izquierdo.
- Reducción + Recolocación de material de osteosíntesis de húmero izquierdo.

Y antecedentes patológicos: uso frecuente de sertralina por enfermedad psiquiátrica. Actualmente el paciente se encuentra con tratamiento antibiótico postoperatorio y se decide hospitalizarlo por fracaso al tratamiento oral.

Al examen físico: MMSS: presenta dolor en sitio operatorio y limitación a la movilización del brazo izquierdo y antebrazo, moviliza los dedos, pero dedo pulgar no moviliza a la flexión. Signo de la charretera (+) en hombro izquierdo.

A la impresión diagnóstica:

- PO luxa fractura de hombro izquierdo.
- ISO.
- Luxación glenohumeral izquierdo.
- TDHA en tratamiento.

En los siguientes días el paciente presenta una evolución estacionaria con curaciones de herida operatoria cada vez que gasas se encuentran húmedas con secreción sero-sanguinolenta de aproximadamente 30cc. Se sugiere limpieza quirúrgica debido a valores elevados de VSG y PCR.

Una vez realizado la cura quirúrgica obteniéndose gran cantidad de secreción seropurulenta, donde se evidencia 2 grandes cavidades disecadas; una hacia pectoral y otro hacia $\frac{1}{3}$ distal y $\frac{1}{3}$ medio de cara interna, se deja con pronóstico reservado sugiriendo las curas cada 48 hrs y se cambia de antibiótico a meropenem y vancomicina.

Al 1er día postoperatorio, al examen físico: MMSS izquierdo: presencia de herida afrontada de secreción seropurulenta pero hemática, portador de cabestrillo, pero persistiendo VSG y PCR elevados; y en los siguientes días el hombro presenta aumento de volumen y se le retiran los Dren, hay limitación funcional en brazo

izquierdo con persistencia de secreción purulenta. Se evidencia herida operatoria con puntos de suturas afrontadas de aproximadamente 20cm.

Se envía interconsulta a terapia y rehabilitación, infectología y a medicina interna; a lo que responden como sugerencia y/o recomendaciones:

- Medicina Interna: Desescalar glucopéptido y meropenem e iniciar piperacilina 4.5gr cada 4hrs EV, oxacilina 2gr cada 4hrs EV, amikacina 1gr cada 24hrs EV. Enoxaparina 40mg SC cada 24hrs, Metamizol 1gr cada 8hrs EV, captopril 25mg (PRN PAM>110). A la vez que se solicita hemograma, ex orina, G, U, Cr, AGA más electrolitos.
- Infectología: se hace cultivo secreción de herida: Staph. Aureus MRSA. Resultados no cumple con estándar de linfomas de cultivos, dificultad para identificar fenotipo. con las siguientes impresiones diagnósticas:
 - Infección de tejidos blandos por cuerpo extraño (material de osteosíntesis).
 - Consolidación defectuosa de fractura de húmero izquierdo.

Lo sugerido es retiro de material de osteosíntesis, limpieza quirúrgica de tejido adyacente, toma de muestra de tejido para Gram y cultivo intraSOP, ventana terapéutica de suspender antibiótico hasta post retiro de MOS y toma de cultivos, reinicio de antibióticos ciprofloxacino + clindamicina hasta resultados de cultivo, control de VSG, PCR, glucosa, creatinina, pre y post quirúrgicos.

I.4. ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

I.4.1. Caso Clínico N°1 (C.S. San Antonio de Pedregal)

Paciente varón de 1 año 5 meses llega a consulta del establecimiento por preocupación de la madre ya que el menor venía tosiendo hace más de 1 semana a pesar de estar con tratamiento para FAGA, que presenta como antecedente de importancia contacto de TBC por la tía con estado actual de curado.

Al examen general: AREG, AREH, AREN, LOTEPE, no ictericia, no palidez; y al examen por sistemas: Cardiovascular: RCR de buena intensidad no presencia de soplos; y presentando un peso de 11kg.

En cuanto a los exámenes auxiliares se le pidió un hemograma, creatinina, urea, examen de orina, radiografía de tórax y PPD. Se evalúa nuevamente al paciente son resultados de laboratorio: PPD→ 16mm y aspirado: (+) y rx tórax: sin cambios significativos, de opacidad homogénea en tercio superior de hemitórax derecho, y su impresión diagnóstica:

- TBC pulmonar.
- Descartar TBC pulmonar MDR.

Se indica comenzar el tratamiento con el Esquema Uno: isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida.

A la semana se envía al paciente con referencia para el Instituto Nacional de Salud del Niño para un mejor manejo; con lo que refieren que por evolución radiológica se ampliará 1era fase por un mes más, al fondo de ojo: normal. con los diagnósticos:

- TBC pulmonar sensible a Rifampicina.
- Contacto TBC múltiple sensible a H, R.
- Anemia moderada.

En el plan se decide continuar 1er fase por 1 mes: H-110 mg, R-165 mg, E-220 mg, Z-330mg, todo ello vía oral cada 24 hrs. Se pide un control en 1 mes con BK y radiografía de tórax, además del resultado de hemoglobina con 8.5gr/dL se le indica hierro polimaltosado→ 20 gotas diarias por 4 meses.

A un mes acude con nuevos resultados, actualmente tos ocasional, no fiebre, un día antes presentó náuseas y vómitos sin ganancia ponderal: BK AG (-), CULTIVO DE BK: (-), Antibiograma: sensible a R.

Al cabo de 5 meses el paciente acude a consultorio por término de I fase (Esquema sensible) ampliado por indicación del médico neurólogo del Hospital del niño; el cual refiere una evolución lenta. Persiste con anemia e indica Interconsulta a Nutrición - Hematología.

Se evidencia tolerancia al tratamiento, madre refiere que enfermó después de la

tomografía, pero se ve la manera de darle. Actualmente se controla al menor mediante los Aspirados Gástricos hasta la actualidad (-) y dos cultivos (-)

Como parte adicional, a la actualidad se solicita evaluación de la madre por Neumología con Rx tórax y esputo inducido actualizado y debido a un mantenimiento ineficaz del tratamiento por falta de conocimientos se le brinda educación para la salud a madre y apoderado para sensibilizar a los contactos y control de la toma de medicamentos.

Por último, debido a la Anemia Crónica de Etiología a Determinar que viene presentando el menor se pidió más exámenes específicos: reticulocitos, hierro sérico, transferrina, ferritina sérica, vitamina B12, ácido fólico y hemograma completo.

I.4.2. Caso Clínico N°2 (Hospital de Huaycán)

Paciente mujer RN de 14 días que cursa con ictericia llega a la Emergencia de Pediatría debido a que madre refiere que esta ha ido en aumento con el pasar de los días. Entre sus signos y síntomas principales la madre refiere sobre el grupo sanguíneo: O Rh (+) igual al de la madre y un peso al nacer de 2815 gr. En cuanto a sus funciones vitales: T:37°C, FC:128x, FR: 42x, So2: 99% y un peso actual de 2535 gr. Al examen físico preferencial: despierta, ictericia moderada a nivel de muslos. Tono normal. P (+), S (+). Con los diagnósticos de Ictericia neonatal Con resultados de laboratorio: BT: 22.8, BD: 0.9, BI: 21.9. Pasa a hospitalización y se indican líquidos (LME a libre demanda), electrolitos y fototerapia.

Como antecedentes importantes: presenta 8 CPN y al 5to mes de embarazo, la madre presentó infección de tracto urinario. El RN tuvo un Apgar de 9 al minuto y 9 a los 5 minutos.

Al 2do día de hospitalización la madre refiere que la menor no presenta interurrencias, tiene un peso actual de 2675 gr, permanece afebril, hay buena succión al estímulo y madre buena producción de leche. Al examen físico: Piel: presenta ictericia en tórax y miembros inferiores, Locomotor: MMSS y MMII móviles de regular tono muscular. Con los diagnósticos de:

- Ictericia neonatal en tratamiento.

- Deshidratación en tratamiento.

El plan a seguir fue de Hidratación endovenosa (Dextrosa 7% + NaCl 20% + KCl 20% = 13cc/hr), Lactancia materna exclusiva a libre demanda y Fototerapia continua con protección ocular y de genitales; se solicitó hemograma actual, electrolitos, bilirrubina total e indirecta, Test de Coombs y reticulocitos.

A las horas se reevalúa con resultados de hemograma y PCR dentro de los límites normales, Test de Coombs negativo, BT: 17.2, reticulocitos dentro de los valores normales, examen de orina negativo.

El Plan a seguir con estos resultados fue de regular la Dextrosa (7.2%) más electrolitos (NaCl 20% + KCl 20% = 11cc/hr) y continuar con la fototerapia, HGT 2 hrs luego del cambio de dextrosa, mejorar la técnica de LME.

Al 3er día de hospitalización la madre refiere que su menor hija no presenta interurrencias, sigue con buena succión, tiene un peso actual 2652 gr. Al examen físico: Piel: ictericia en tórax, abdomen y extremidades, SNC: despierta, reacciona a estímulos, Locomotor: MMSS y MMII con movimientos activos y de buen tono muscular. Con el diagnóstico: Ictericia neonatal multifactorial. La paciente hospitalizada sigue recibiendo fototerapia, sus bilirrubinas están en descenso (22.8→20.1→17.2). Se pide control para el día actual y según su resultado se plantea el alta médica. Tiene succión adecuada del 100% leche materna. El plan a seguir: se solicita bilirrubina total + bilirrubina fraccionada, además de disminuir el volumen de hidratación (Dextrosa 7.2% + NaCl 20% + KCl 20% = 7cc/hr) y continuar fototerapia alterna con protección ocular y genital.

I.4.3. Caso Clínico N°3 (Hospital Militar Central)

Paciente de sexo femenino de 3 años, cuya madre refiere que paciente desde hace 15 días aproximadamente presenta dificultad para respirar y fiebre cuantificada, motivo por el cual es llevada a hospital de Ate Vitarte donde se le solicita examen de orina el cual resulta no patológico y PCR: 134. La paciente recibió tratamiento para Infección de tracto urinario con ceftriaxona por 07 días, el cual solo cumplió por 03 días. La paciente luego de no presentar síntomas por 02 días vuelve a presentar

cuadro caracterizado con disnea y fiebre cuantificada, motivo por el cual acude a servicio de emergencia de HMC. Dentro de los antecedentes de la paciente:

- Familiares: Padres y hermanos aparentemente sanos.
- Patológicos:
 - Displasia congénita de cadera (a los 9 meses): recibe tratamiento hasta los 11 meses.
 - Polidactilia.
 - ITU (2020): recibió tratamiento con amikacina 3 días y nitrofurantoína 7 días, pero no se le llegó a realizar urocultivo.
- Quirúrgica: Extracción de dedo supernumerario.
- Alergias: Niega.

Al examen físico la paciente se encuentra en AREG, AREN, AREH. Sus funciones vitales fueron las siguientes: FC: 120 lpm, T°: 39°C, FR: 22 rpm, peso: 13.40 Kg. En el examen regional específico se encuentra lo siguiente:

- Boca: Mucosa oral hidratada, comisura labial conservada
- Faringe: Levemente congestiva.
- Cuello: Simétrico, no se palpan adenopatías.
- Aparato respiratorio: Tórax simétrico, murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax y no se evidencian ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.
- Abdomen: blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, timpanismo conservado.
- Genitourinario: puntos renouretrales (-), puño percusión lumbar (-).
- Neurológico: Reactiva a estímulos, no signos meníngeos ni de focalización.

Se llega a la siguiente presunción diagnóstica: Infección de tracto urinario. La paciente es hospitalizada para realizar mayores estudios, se le solicita hemograma, urea, creatinina, PCR cuantitativo, urocultivo y una ecografía de vías urinarias bilateral. El examen de orina sale con resultado positivo: leucocitos en orina 25-28 por campo. PCR: 66.9 mg/dl. Se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona 540 mg EV c/12h junto con amikacina 190 mg EV c/24h esto posterior a toma de urocultivo. Además, se agrega paracetamol 190 mg EV condicional a temperatura mayores a 37.5°C.

Se le realiza ecografía renal a la paciente donde se determina la siguiente impresión diagnóstica: pérdida de la diferenciación cortico medular del riñón derecho. La madre de la paciente busca la posibilidad de que la niña sea atendida por nefróloga pediatra, la cual se encuentra en Hospital del Niño. Se cumplen los días de tratamiento antibiótico y posterior a esto se realizan trámites de transferencia para que la paciente sea atendida en Hospital del Niño ya que este cuenta con la especialidad de Nefrología Pediátrica.

I.4.4. Caso Clínico N°4 (Hospital Militar Central)

Paciente de 2 años de sexo femenino, cuya madre refiere que paciente empieza a presenta hace 1 días tos seca y rinorrea. Al día siguiente, la madre refiere que la niña presentó dificultad respiratoria y observa que hace uso de músculos accesorios. Para esto la madre decide darle jarabe de Amoxicilina + Bromhexina con lo cual la tos no disminuye, por este motivo la madre decide llevar la niña al servicio de emergencia del HMC. Con respecto a los antecedentes de la paciente se encontró lo siguiente:

- Familiares: Madre sufre alergias con frecuencia.
- Patológicos: Niega.
- Alergias: Niega.
- Vacunas: completas.

Al examen físico la paciente se encuentra en AREG, AREN, AREH. Sus funciones vitales fueron las siguientes: FC: 135 lpm, T°: 36°C, FR: 20 rpm. Peso: 14 kg. Al examen físico regional se encontró lo siguiente:

- Boca: Mucosa oral hidratada
- Faringe: No congestiva.
- Cuello: Simétrico, no se palpan adenopatías.
- Tórax: Amplexación conservada, se observa uso de músculos accesorios costales.
- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien por ambos hemitórax, se auscultan sibilantes y roncales.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

- Abdomen: Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Neurológico: Paciente reactiva a estímulos no se observan signos meníngeos ni de focalización.

Se determina como impresión diagnóstica:

- Síndrome obstructivo bronquial
- Neumonía atípica.

Se hospitaliza a la paciente para iniciar antibioticoterapia con ceftriaxona 630 mg EV c/12h, azitromicina 140 mg VO c/24h. Además, recibió Omeprazol 14 mg EV c/24h, Sulfato de magnesio al 20%: 560 mg Ev c/12h. Se indicó iniciar terapia inhalatoria con nebulizaciones con 02 ampollas de adrenalina + 3 cc de SF c/8h, Salbutamol 100 mg: 4 puff c/3h, bromuro de ipratropio 4 puff c/3h por aerocámara e hidrocortisona 25 mg EV c/6h. Se agregó oxígeno por cánula nasal condicional si la SatO₂ es menor o igual 92%. La paciente recibió antibioticoterapia por 05 días, tuvo una evolución favorable y al no presentar complicaciones durante la hospitalización es dada de alta con indicaciones. Se le recomienda a la madre llevar a la paciente al consultorio externo de Pediatría en 7 días para control, al igual que la paciente debe mantener reposo relativo. De igual forma va a casa con terapia inhalatoria de mantenimiento.

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

2.1. Sistema de Salud en Perú

El sistema de salud en nuestro país es de un modelo segmentado caracterizado por las personas que no cuentan con seguro de salud que en su mayoría son las personas de bajos recursos que vienen a ser atendidas por el ministerio de salud (MINSA) gracias al seguro integral de salud (SIS). Otro grupo son los usuarios que tienen capacidad de pago y utilizar un sistema privado de salud y los asegurados que principalmente está conformado por los usuarios que tienen trabajos formales y que cuentan con EsSalud (1).

Asimismo, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional pertenecen al Ministerio de Defensa reciben cobertura por parte de la Institución Administradora de Aseguramiento en Salud (IAFAS), esta aseguradora cubre a los miembros titulares de las fuerzas armadas en brindando una atención integral en diagnóstico, hospitalización y tratamiento (2).

2.2. Centro de Salud San Antonio de Pedregal

Este establecimiento de salud es de categoría I-3 en el distrito de Lurigancho y corresponde a la DIRIS Lima Este. Tiene el objetivo de favorecer la integridad de las personas, impulsando la salud, previniendo las enfermedades y avalando la atención universal de salud de sus pobladores; ofreciendo y manejando los lineamientos de políticas de salud en concertación con actores sociales y públicos.

Se ubica en el distrito de Lurigancho, provincia de Lima, departamento de Lima, cuya dirección es Av Alfonso Ugarte S/N. Cuenta con 2 médicos, 1 odontólogo, 2 obstétricas, 4 enfermeras y 2 personal de laboratorio; al igual que con 3 personales en la parte administrativa, 2 técnicos, 1 auxiliar y 1 de mantenimiento.

2.3. Hospital de Huaycán

El Puesto de Salud de Huaycán del Ministerio de Salud, abrió sus puertas en septiembre de 1984, en un local construido con Esteras, situado frente a la Canchita de Invermet como puesto dependiente del actual Hospital de Referencia «Hipólito Unanue» prestando atención de un turno de 06 horas contando con un Médico Jefe,

una Obstetrix, 05 Técnicos de Enfermería (realizando labores asistenciales y administrativas) y 01 Técnico de Farmacia.

En septiembre de 1986 fue inaugurado el Centro de Salud, pero no contaba con el adecuado material médico y equipamiento, un año después amplió su horario de atención a 12 horas por tal motivo se incrementaron un Médico y un Técnico de Enfermería más para la atención.

Desde 1990 el Centro de Salud de Huaycán, desarrolló un trabajo coordinado y sostenido con su comunidad lo que le permitió a pesar de sus escasos recursos humanos alcanzar adecuadas coberturas de salud en sus los Programas Preventivos Promocionales y desarrollar exitosas campañas de Vacunación, ejemplares en la subregión de Salud Lima Este. En 1992 por iniciativa del Señor Presidente de la República en coordinación con el Comité Ejecutivo Central y el Centro de Salud de Huaycán se decidió ampliar la infraestructura hasta constituirse en un Hospital Materno Infantil, el Ministerio de Salud financió la ampliación del Materno Infantil la cual consideraba entre otros la construcción de una sala Quirúrgica que era la única que contaba con condiciones técnicas acordes a su uso dentro del ámbito de los establecimientos periféricos de la UTES-01. En agosto de 1994 se hicieron las gestiones necesarias para la adquisición de una Ambulancia donada por Backus y Jhonson que fue culminada el 15 de octubre con la entrega del vehículo al Centro de Salud. A partir de esta fecha se contrataron personal profesional calificado (Pediatra, Ginecólogo, Tecnólogos, Enfermeras y Técnicos de Enfermería) ampliando el horario de atención a 24 horas y aperturando: Consultorios Externos (Medicina General, Ginecología, Pediatría y Obstetricia), Hospitalización (Gineco-Obstetricia), Emergencia (Noche).

En enero de 1998 la DISURS-IV-LE realiza una reestructuración conformando Micro Redes asumiendo la Coordinación de la Red 05, y responsable de la administración de los Puestos de Salud Horacio Zevallos y Señor de Los Milagros, conformantes de esta red.

La complejidad de las ocurrencias en los diferentes servicios de atención de salud encaminó a que en agosto del 2003 mediante Resolución Ministerial N° 0868-2003-SA/DM el Hospital Huaycán fuera elevado a la categoría de Hospital de Baja

Complejidad I, el cual es el inicio de una nueva etapa del desarrollo institucional en beneficio de la comunidad más necesitada de Huaycán.

El 2007 el Hospital Huaycán se culminó el acondicionamiento de los ambientes para la atención de Emergencia y Observación. En octubre del 2009 se Realizó el mantenimiento de pasadizos y servicios higiénicos, lo cual mejora la imagen del Hospital Huaycán. En marzo del 2010 se realizó el Mejoramiento del almacén especializado de medicamentos en el Hospital Huaycán y en el mes de agosto del 2010 se inicia la construcción del Centro de Excelencia para la atención de personas afectadas de tuberculosis con el proyecto «MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN A PERSONAS AFECTADAS DE TUBERCULOSIS» 2011 se realiza mejoramiento de las salas de esperas, pasadizos y consultorios externos del Hospital Huaycán en el marco del Programa Agosto te atiende mejor. En el 2012 Ley de presupuesto 2013 aprueba la creación como unidad ejecutora (3).

2.4. Hospital Militar Central

Este establecimiento de salud es un hospital categoría III-1, se ubica en la avenida José Faustino Sánchez Carrión sin número en el distrito de Jesús María, Lima. Dicho hospital cuenta con una moderna infraestructura para hospitalización, intervención quirúrgica, cuidados post operatorios. Además, tiene unidad de cuidados intensivos polivalente (UCI- polivalente) y área de coronarias (UCI-coronarias). Cuenta con un centro de diagnóstico por imágenes de alto nivel: tomografía, resonancia magnética nuclear, angiotomografía, etc (4).

El hospital cuenta con los servicios de múltiples especialidades: Medicina Interna, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Infectología, Hematología, Nefrología, Neumología, Neurología, Oncología Medica, Reumatología. En el campo quirúrgico el hospital cuenta con especialistas de Cirugía General, Cirugía Plástica, Traumatología y Ortopedia, Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Anestesiología y Neurocirugía. De igual forma, el hospital brinda atención en la especialidad de Pediatría y Ginecología - Obstetricia. Todos los servicios cuentan con personal capacitado que brinda un servicio de calidad al usuario.

Una característica de este hospital es el sistema de aseguramiento al usuario que está regido por el IAFAS - EP, que cubre a los miembros del ejército peruano (personal en actividad, disponibilidad, miembros retirados, cadetes y alumnos de la escuela de oficiales y de la escuela técnica) y/o personal asimilado al ejército. A los familiares del personal titular se brinda el plan de segunda capa, el cual le brinda descuento en la atención hospitalaria, operaciones, medicamentos y demás servicios (5).

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

En este capítulo se desarrollará la parte teórica de los casos clínicos presentados, teniendo en cuenta las referencias correspondientes y el orden respectivo de los casos presentados en el capítulo II.

3.1. Ginecología

3.1.1. Aborto tardío

Hoy en día se ha visto que al menos 15-20% de los embarazos, terminan como pérdidas y sólo el 50-60% de todas las concepciones progresan hasta las 20 semanas de edad gestacional o superior a ella.

Lo que ocurre antes de la expulsión o extracción completa del producto de la concepción se le denomina muerte fetal. Actualmente las muertes fetales se dividen solo en dos: abortos y mortinatos. Los abortos incluyen las muertes de los productos del embarazo hasta antes de las 22 semanas de gestación y menos de 500 gramos. Estos se clasifican a su vez en tempranos y tardíos. Se define aborto tardío como la pérdida del embarazo con edad gestacional entre 12 y 22 semanas o expulsión del feto con peso inferior a 500 gramos (6).

En cuanto a signos y síntomas que podremos evidenciar en este tipo de pacientes son: la falta o disminución de percepción de movimientos fetales, disminución del tamaño del abdomen, desaparición de síntomas que se asocian con la gestación. Para un adecuado manejo se necesita una buena anamnesis registrando la paridad, los antecedentes gineco obstétricos y personales al igual que reacciones alérgicas y/o medicamentosas. Y para confirmar la ausencia de latidos fetales, validando la presentación del feto, alguna anomalía de LA o placenta y confirmar edad gestacional precisa nos ayudamos de la Ecografía. En todo caso se necesita realizar pruebas complementarias como: hemograma, bioquímica con función hepática, coagulación incluyendo fibrinógeno y dímeros D. Serología: toxoplasma, rubeola, citomegalovirus (IgM), herpes virus, parvovirus 19 (IgM), listeria, lúes (VDRL y Elisa). Test de Coombs, escrutinio de anticuerpos irregulares y grupo sanguíneo. Hemoglobina fetal o células RhD en sangre materna para la identificación de la hemorragia fetomaterna (“Test de Kleihauer-Betke”).

Si la paciente está asintomática y pruebas complementarias normales, la inducción podría demorar de 12-24 horas. Y para el inicio del tratamiento: Inducción del parto con Misoprostol (si BISHOP<6) u Oxitocina (si BISHOP>6), luego se le sumará el ansiolítico con Diazepam 5 mg vía sublingual que podría continuar con 5mg/12-24horas según tolerancia y por último la Analgesia con la bomba de 4ml/hr de Dexketoprofeno 100mg + tramadol 100mg + metadona 5mg + ondansetron 4mg que irá progresando según el dolor. (Anexo 1)

Para el manejo intraparto, se examinan el feto, la placenta, las membranas, el cordón umbilical y el líquido amniótico. Y finalmente, para la atención del posparto inmediato, si no hay amplificación, se deben tomar 400 mg de misoprostol por vía oral; si la situación persiste después de dos horas, se utilizará aspiración y profilaxis antibacteriana; y para la atención del posparto tardío se realizan estudios de hemoglobinopatías, folato-anticuerpos, trombofilia y tiroides (7).

3.1.2. Preeclampsia con criterios de severidad

La preeclampsia en el Perú es la segunda causa de muerte materna, con 32%. En la Dirección de Salud de Lima Ciudad es la primera causa de muerte, entre los años 2000 a 2009, con 33%, esta ha sido una enfermedad que ha ido en progreso de forma irreversible y afecta múltiples órganos (8).

La preeclampsia con criterios de severidad evoluciona hacia complicaciones graves como edema agudo de pulmón, falla renal, encefalopatía hipertensiva con hemorragia cerebral, desprendimiento de retina, desprendimiento prematuro de placenta, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática, síndrome HELLP.

En preeclampsia se presenta una contracción del contenido intravascular, donde se evidencia oliguria por falta de fluidos, a pesar del edema. Para una expansión adecuada del intravascular se inicia con solución salina al 0.9%, a razón de 60 gotas por minuto un primer litro (si persiste la oliguria, iniciar coloides 500 mL a goteo rápido, seguido de furosemida 10 mg e.v.). Se indican por lo menos tres litros de cristaloides durante las primeras 24 horas. Se hará control de la diuresis con sonda de Foley y bolsa colectora; se monitorea la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno cada 15 minutos. Iniciar por vía endovenosa una infusión de sulfato de magnesio para la prevención de convulsiones. La infusión se

prepara combinando 5 ampollas de sulfato de magnesio al 20% (ampollas de 10 mL) con solución salina 0.9% 50 mL. Durante la administración del sulfato de magnesio se controlará los reflejos rotulianos, la frecuencia respiratoria que debe ser por lo menos 14 respiraciones/minuto y la diuresis, que no debe ser menor de 25 a 30 mL/hora.

En gestantes con menos de 24 semanas, la supervivencia perinatal es de 6,7%; por lo que se debe culminar la gestación lo más pronto posible para evitar mayor morbilidad materna.

Las indicaciones de finalización del embarazo son:

- Indicaciones maternas: presencia de plaquetopenia progresiva, persistencia de la hipertensión a pesar del tratamiento, evidencia de los signos prodrómicos de eclampsia, deterioro de la función renal y oliguria persistente, deterioro progresivo de la función hepática, hemorragia cerebral, edema pulmonar, hematoma subcapsular hepático o rotura hepática, desprendimiento prematuro de placenta, cefalea persistente o escotomas y dolor persistente en epigastrio o hipocondrio derecho.
- Indicaciones fetales: cuando exista riesgo de pérdida del bienestar fetal demostrado en un registro cardiotocográfico patológico o un perfil biofísico menor de 4 o restricción severa del crecimiento fetal, con Doppler de arteria umbilical que muestra diástole ausente o revertida, presencia de oligohidramnios o signos de restricción del crecimiento intrauterino (9).

3.1.3. Colestasis intrahepática gestacional

La colestasis intrahepática del embarazo suele presentarse de la siguiente manera en la gestante, la paciente refiere prurito, se observa una elevación de los ácidos biliares. Esta patología suele presentarse en la segunda mitad del embarazo (2do o 3er trimestre) y suele resolverse en el post parto (10).

Dentro de los factores de riesgo se encuentran los factores hormonales (a nivel de estrógeno y progesterona), hereditarios (alteración en el gen ABCDB4), edad materna, presentar una enfermedad hepática de fondo, etc (11).

En lo que respecta a la clínica aparecen síntomas como prurito a nivel de palmas y plantas de los pies después de la 30ava semana, debido a que la mayoría de los casos ocurren a partir de la 2da mitad del embarazo. Esto puede afectar el descanso de la paciente debido a que suele incrementarse durante la noche. Se pueden evidenciar rasgos de rascado debido al prurito, en algunos casos es posible que se observe la presencia de ictericia que suele aparecer 4 semanas posterior al inicio del prurito. A nivel de laboratorio se evidencia lo siguiente: aumento de las enzimas hepáticas se duplica, la fosfatasa alcalina suele elevarse 4 veces, así como las bilirrubinas directa e indirecta se elevan (10) (12).

El diagnóstico se confirma con la presencia de prurito característico, valores elevados de ácidos biliares y transaminasas elevadas. Para el tratamiento se recomienda administrar Ácido ursodesoxicólico 300 mg c/8h hasta el momento del parto. Asimismo, es importante hacer monitoreo materno fetal constante y hacer seguimiento a los niveles de ácidos biliares durante lo que resta de la gestación y en el postparto (11) .

3.1.4. Sangrado uterino anormal y Miomas uterinos

El sangrado uterino anormal hace referencia al aumento de cantidad, duración o volumen de sangrado. Esto puede producirse por una alteración uterina estructural (pólipos, miomas, neoplasias, etc) o no uterina (disfunción ovulatoria, fármacos, trastornos de hemostasia), que puede resumirse en la clasificación PALM-COEN (Anexo 2) (13).

Los miomas uterinos son una causa de hemorragia uterina anormal. La mayoría son benignos y suelen afectar a mujeres en edad reproductiva. Es importante identificar la localización de estos que puede evidenciar con la clasificación de estos ubicándolos a nivel de la submucosa, zona intramural o zona subserosa (Anexo 3), los síntomas característicos son sangrado anormal, dolor pélvico e infertilidad (14).

Para el diagnóstico es necesario hacer una historia clínica y examen físico detallado, es importante recabar información de los antecedentes. Dentro de los exámenes que se pueden realizar se encuentra la ecografía, esta permite visualizar las características del útero y ovario. Otro mecanismo es la histerectomía que permite realizar un muestreo mediante biopsia endometrial (15).

El manejo se puede dar de múltiples maneras, la paciente puede recibir tratamiento médico sintomático tal como AINES, anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos con levonorgestrel, antagonistas de GnRH. Por otra parte, se puede realizar el manejo quirúrgico, se puede realizar una miomectomía laparoscópica (para miomas submucosos o de tipo 0, 1 ,2), Se realizar el procedimiento de miomectomía siempre y cuando la paciente aun tenga deseo genésico; esta intervención permite extirpar los miomas y reconstruye el útero. Finalmente, el manejo definitivo es la histerectomía radical (16).

3.2. Medicina Interna

3.2.1. TBC pulmonar

Tanto para mantener la salud del paciente como para evitar que la enfermedad se propague entre la población, el tratamiento de la TB es fundamental. Sus bases bacteriológicas son el elevado número de bacterias que se encuentran en la mayoría de las lesiones tuberculosas humanas y la capacidad de mutación de *M. tuberculosis* cuando alcanza un elevado número de divisiones; esto hace imprescindible la combinación de fármacos que impidan la selección de mutantes resistentes. La forma más eficaz de tratamiento farmacológico implica la combinación de isoniazida, rifampicina y pirazinamida durante dos meses, seguida de otros cuatro meses de tratamiento con los dos primeros fármacos. Los tuberculostáticos de primera elección son generalmente bien tolerados, sin embargo, pueden tener efectos secundarios no deseados, posiblemente graves, que vale la pena conocer y poder manejar.

Se deben tener en cuenta dos hechos cruciales al tratar la TB. La primera es la mutación espontánea e irreversible que surge de forma natural a partir de un número determinado de población bacteriana en función del fármaco utilizado; es por esto que el uso de un solo fármaco (H) en una quimioprofilaxis tiene la capacidad de erradicar la población bacteriana donde aparecen mutantes cuando las concentraciones son mayores. En segundo lugar, cuando se inicia el tratamiento con un solo fármaco para la TB cavitaria; después de la fase inicial en la que se erradica la mayoría de las bacterias y el paciente experimenta una mejoría clínica, surge un subconjunto de bacterias resistentes que pronto superará a la mayoría de la población (el fenómeno de "caída y ascenso"). Dado que la resistencia de la TB es cromosómica, absoluta e

irrevocable en este caso, el medicamento ahora será ineficaz por el resto de la vida del paciente. (ANEXO 3) (17).

Entre los factores que contribuyen a la mala detección de casos se encuentran los siguientes:

- Problemas comunes de acceso a los servicios de salud.
- Falta de confianza en estos servicios.
- Los pacientes no reconocen sus síntomas como graves.
- La comunidad médica no ve la TB como un problema de salud.
- Falta de materiales y recursos (frascos, colorantes, microscopios, etc.).

Una vez que se ha identificado un caso de tuberculosis a través de un frotis de esputo positivo utilizando servicios de microscopía, se requiere que profesionales de la salud bien preparados, miembros de la comunidad y voluntarios vigilan al paciente y se aseguren de que reciba la dosis adecuada de medicación antituberculosa durante 6 a 8 meses. La prueba de esputo se repite cada dos meses para monitorear el progreso del paciente, y se repite una vez más al final del curso del tratamiento. A lo largo de este período, se realiza un seguimiento del progreso del paciente mediante un software para registros e informes.

La mala detección de casos es un problema que ayuda a la propagación de la enfermedad. Solo se notifican alrededor de dos tercios de los casos, el 50% de los pacientes con tuberculosis activa que no reciben tratamiento mueren dentro de los cinco años posteriores al diagnóstico, y un portador de tuberculosis puede transmitir la enfermedad a entre 10 y 15 personas en un año, según estimaciones.

Se cree que menos del 70% de los casos de tuberculosis que inician tratamiento en América Latina se curan por completo. El tratamiento inoportuno o incompleto puede contribuir directamente a la propagación de bacterias resistentes, la incurabilidad de la enfermedad y la muerte (18).

3.2.2. EPID, EPOC

El término "enfermedad pulmonar intersticial difusa" (EPID) hace referencia a un grupo heterogéneo de afecciones pulmonares que se caracteriza radiológicamente por una aparente infiltración intersticial que afecta principalmente a las bases pulmonares y clínicamente por disnea y empeoramiento de la función pulmonar.

Esto es válido para todos los tipos de neumopatías intersticiales. El paso más crucial es integrar la clínica, los laboratorios (como el lavado bronquioalveolar, la espirometrización y la pletismografía), la tecnología de imágenes (con mayor frecuencia, un TAC de alta resolución) y el departamento de patología. Una vez combinados todos los conceptos, se realiza un diagnóstico multidisciplinario (19).

Los diversos patrones radiológicos y su distribución son la base para la evaluación de pacientes con EPID mediante un TACAR. Los principales hallazgos radiológicos incluyen patrón septal y reticular, micronodular, quistes aéreos, alteración estructural, densidad en vidrio esmerilado (o densidad deslustrada) y consolidación alveolar.

Además, se deben tener en cuenta los mismos síntomas asociados que se observaron en la radiografía de la toxina.

Actualmente, el TACAR cumple las siguientes funciones en el estudio de EPID: a) detección y caracterización de EPID, incluidos los procesos tempranos que no son visibles en las radiografías de toxinas; b) auxiliar en el diagnóstico de enfermedades específicas sin necesidad de biopsias pulmonares; c) determinar el pronóstico y la respuesta al tratamiento; y d) elegir la ubicación y el tipo de biopsias pulmonares cuando sea necesario.

En cuanto a su tratamiento los objetivos principales son (20):

1. Prevenir la exposición a la sustancia causante, lo que solo es posible cuando se conoce.

2. Eliminar el componente inflamatorio de la enfermedad. Los fármacos utilizados son glucocorticoides e inmunosupresores. La dosis y la duración variaron según el tipo de EPID.

3. Tratamiento de las compatibilidades. En casos de insuficiencia respiratoria se utiliza la oxigenoterapia, la rehabilitación respiratoria, dejar de fumar, tratar el reflujo gastroesofágico, etc.

3.2.3. Malaria

La malaria es una enfermedad parasitaria causada por el Plasmodium, cuyo vector es el mosquito anopheles. Los síntomas suelen presentarse luego de 10 a 15 días post picadura, estos son los siguientes: fiebre, cefalea, vómitos, malestar general. El diagnóstico se hace con el estudio de gota gruesa, el cual permite identificar al

parásito. Las especies más comunes son: *P. vivax* y *P. falciparum*, esta última es la que tiene mayor complicación por afectar a nivel renal y cerebral (21).

Dentro de los grupos de riesgo se encuentra la población pediátrica y embarazadas que pueden desarrollar anemia y tener recién nacidos con bajo peso. Dentro de las manifestaciones clínicas producidas por el *P. falciparum* que puede generar el cuadro de paludismo no complicado el cual se presenta en pacientes que fueron a zonas endémicas de paludismo, en ellos suele manifestarse malestar general, fiebre, náuseas, vómitos, dolor abdominal. Generalmente suelen resolver el cuadro con antimaláricos: Artesunato (1 tab) 4mg/kg/día por 3 días, Mefloquina (3 tabletas) 12.5 mg/kg/día por 2 días y Primaquina (3 tabletas) 0.75mg/kg/día el primer día (22) (23).

La malaria severa suele observarse la presencia de *P. falciparum* o el *P. vivax* los cuales se encuentran en el sudeste asiático. Los pacientes suelen presentar alteraciones a nivel de las células endoteliales llegando a producir disfunción orgánica. La sintomatología se caracteriza por: alteración de la consciencia, convulsiones, anemia severa, hipoglicemia, coagulopatías, acidosis metabólica, falla renal y hepática. Para el manejo es necesario hospitalizar al paciente es necesario realizar los estudios diagnósticos de forma oportuna para tener un manejo inmediato, el esquema de manejo es el siguiente: Artesunato ampolla de 60 u 80 mg separado en 3 dosis y Clindamicina 10 mg/kg diluido en dextrosa al 5% (23).

3.2.4. Insuficiencia Venosa crónica

En la insuficiencia venosa se ve afectado el retorno venoso desde las extremidades hacia el corazón debido a una obstrucción parcial de los vasos. Los factores de riesgo que predisponen al desarrollo de esta patología son: edad avanzada, historia familiar de insuficiencia venosa, tabaquismo, etc. (24).

Los síntomas más frecuentes que presentan los pacientes son la sensación de pesadez en los miembros inferiores, el dolor es ardiente y en algunos casos punzante. También refieren hinchazón en dichos miembros, que llega a dificultar la marcha en algunos casos. En los casos crónicos suele observarse edema severo, cambios en la coloración de la piel por alteración del flujo venoso llegando al punto de formar úlceras venosas (25).

Para el diagnóstico se realizan estudios con ecografía Doppler que permite observar la presencia de retorno y la obstrucción venosos. Este estudio puede utilizarse en estadios crónicos y atípicos. Si se observa un retorno mayor a 0.5 se considera un resultado anormal. En pacientes que tengan ulceración se recomienda utilizar el índice tobillo brazo si este es mayor o igual a 0.4 confirma la enfermedad arterial oclusiva (26).

Para el manejo conservador de se debe evitar los factores de riesgo, se recomienda realizar actividad física para activar la circulación de los vasos periféricos. En algunos casos se utilizan medias compresivas las cuales incrementan el retorno de la sangre hacia el corazón. En el manejo farmacológico se utilizan anticoagulantes como medida profiláctica en pacientes de alto riesgo trombótico. En algunos casos se utiliza láser, escleroterapia y cirugía (27).

3.3. Cirugía General

3.3.1. Hernia inguinal

Las hernias son protrusiones de contenido de la cavidad abdominal por una zona debilidad de la pared abdominal. La gran mayoría son del tipo inguinal, generalmente el contenido de estas son las asas intestinales de dicha región (28). Los factores de riesgo relacionados con la aparición de hernias inguinales son los siguientes: sexo masculino, edades entre 70- 80 años, historia familiar de hernias en familiares de primera línea, alteración en el metabolismo del colágeno, y antecedentes de cirugía de próstata. Los casos recurrentes suelen presentarse en paciente de sexo femenino, operadas previamente por hernia directa y falta de pericia del cirujano (29).

Se pueden clasificar como directas e indirectas. Las hernias directas se caracterizan por salir a nivel medial de los vasos epigástricos inferiores, por dentro del triángulo de Hesselbach, estas son resultado de la debilidad del canal inguinal. Mientras que las hernias indirectas, protruyen del anillo inguinal interno. El saco herniario se encuentra en el lado derecho (29).

En cuanto a los síntomas estos suelen presentarse con el esfuerzo físico y en algunos casos salen con la maniobra de Valsalva (maniobra que se usa para examinar). Generalmente estas hernias son lisas y redondeadas. En el caso de las hernias

incharacteradas puede evidenciar dolor, náuseas, vómitos y distensión abdominal. Es necesario utilizar apoyo de diagnóstico por imágenes: ecografía o tomografía (30).

Con respecto al manejo se hace mediante cirugía, para esto existe múltiples técnicas: reparación con malla sin tensión (Lichtenstein) estas tienen una recuperación rápida y la tasa de recurrencia es mínima. Otro mecanismo es la técnica de aproximación primaria (Shouldice, McVay), en este caso está contraindicado el uso de malla porque el paciente puede tener un proceso infeccioso activo. Finalmente, esta la técnica mínima mente invasiva por medio de laparoscopia dentro de las técnicas se encuentra a totalmente extraperitoneal (TEP) y la reptación con parche preperitoneal transabdominal (TAPP) ambas utilizan malla no generan tensión (31).

3.3.2. Litiasis Vesicular

Los cálculos biliares son de composición mixta (colesterol y fosfolípidos), pero estos se pueden clasificar en no pigmentados, pigmentados (bilirrubina + bilirrubinato cálcico) y marrones. Esta litiasis se produce por una alteración en la homeostasis de los componentes de la bilis (32).

Los pacientes presentan un cuadro clínico súbito de dolor tipo cólico que se ubica en el cuadrante superior derecho o epigastrio, suele presentarse luego del consumo de comidas copiosas en su mayoría ocurre durante la noche. Se recomienda solicitar estudios de apoyo diagnóstico como ecografía abdominal y laboratoriales donde se observaría el incremento de la fosfatasa alcalina (32) (33).

El tratamiento se hace mediante cirugía mínimamente invasiva, la cuales la colecistectomía laparoscopia. Esta cirugía permite retirar la vesícula en conjunto con los cálculos siempre manteniendo la integridad del triángulo de Calot (esto puede verse mediante la visión crítica de seguridad). además, tiene una menor tasa de complicaciones post operatorias y proporciona una recuperación mas rápida en los pacientes (34).

3.3.3. Hemorroides

Las hemorroides son estructuras vasculares que se forman en el canal anal producto de una alteración en el drenaje de los vasos hemorroidales. Estas se clasifican en

internas y externas. Las de tipo interna se ubican por encima de la línea dentada y tiene las siguientes posiciones: lateral izquierda, posterior y anterior derecha. Aparte suele clasificarse según su grado de prolapso (35):

- I: sobresalen a la luz, pero no sobrepasa la línea dentada.
- II: Salen por fuera de canal anal al esfuerzo y tiene reducción espontánea.
- III: están protruyen al esfuerzo y necesita reducción manual.
- IV: Irreductibles y pueden llegar a estrangularse.

El diagnóstico se hace mediante el examen físico con el tacto rectal, permitiendo valorar el grado de extensión. Con respecto al manejo este puede ser conservador con la implementación de dieta rica en fibra y aumentando el consumo de agua. Se recomienda los baños de asiento. Se realizar algunos procedimientos tale como escleroterapia, fotocoagulación esto en caso de hemorroides de bajo grado. La hemorroidectomía es el tratamiento definitivo utilizado en hemorroides grado III y IV, no se debes sacar mas de 3 paquetes hemorroidales para evitar la estenosis del canal anal (36).

3.3.4. ISO por osteosíntesis

Toda intervención terapéutica es vulnerable a la infección. El requerimiento de profilaxis antimicrobiana en cirugía ortopédica para casos quirúrgicos rasurados difíciles o electivos se ha establecido como un procedimiento de rutina. El riesgo de infección aumenta en cirugía ortopédica y traumatológica cuando se necesitan implantes metálicos para realizar osteosíntesis o sustituir superficies articulares porque son materiales extraños que deben introducirse en el organismo. En estas situaciones, la terapia antibiótica preventiva es de suma importancia (37).

La mayoría de los ISO provienen de las membranas mucosas, el tracto gastrointestinal o la piel del paciente. Los principales patógenos aislados son *Staphylococcus aureus*, enterococos spp., estafilococos coagulasa negativos y *E. coli*.

Se ha demostrado que los antibióticos con actividad profiláctica reducen las tasas de infección, morbilidad y mortalidad en pacientes con diabetes. Según las recomendaciones más recientes, los antibióticos para la profilaxis deben

administrarse 60 minutos antes de la incisión quirúrgica o dentro de las dos horas si se utiliza Vancomicina.

Es fundamental tener en cuenta que una técnica quiropráctica eficaz no puede ser sustituida por un fármaco profiláctico antibiótico.

Si el médico determina que el paciente presenta un riesgo especialmente alto para la ISO, la administración de la profilaxis antibiótica está muy justificada. La profilaxis reduce la morbilidad a corto plazo, los costos hospitalarios y probablemente reduce la necesidad de medicación antibiótica. Sin embargo, no existen ensayos clínicos controlados que demuestren que la profilaxis antibiótica reduzca la morbimortalidad a largo plazo. Sin embargo, no se ha demostrado que la profilaxis sea clínicamente efectiva, lo que es similar a los efectos a corto plazo de la infección y probablemente aumenta el consumo de antibióticos en relación con su beneficio clínico. La respuesta terapéutica de la profilaxis antibacteriana no logró distinguir entre los grupos. Cefadroxilo es igualmente eficaz que la cefazolina para la profilaxis antimicrobiana en pacientes con fracturas que requieren la implantación de material de stent (38). Las Metas de perfiles antibiográficos:

- a) Reduciendo el ISO.
- b) Usar antibacterianos que hayan demostrado ser efectivos.
- c) Reducir el impacto del antibiótico sobre el sistema inmunológico y las bacterias del paciente.
- d) Reducir los efectos negativos.
- e) Acortar la duración y el gasto de la atención del paciente (costo-efectividad).

3.4. Pediatría

3.4.1. Anemia crónica en TBC

Una enfermedad crónica, infecciosa y granulomatosa denominada TB surge en contextos específicos de riesgo ambiental, social, sanitario y personal. Se puede prevenir, tratar y su prevalencia tiende a disminuir de forma natural; sin embargo, en las últimas décadas, los factores socioeconómicos, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la farmacorresistencia han dificultado su manejo. Existen factores de riesgo que favorecen la propagación de la bacteria y la progresión de la infección a enfermedad, como la edad, la inmunodeficiencia, la desnutrición, el estrés, el alcoholismo y la migración.

La mayoría de los niños que padecen TB pulmonar pueden presentar pocos o ningún síntoma. Los siguientes síntomas son los más frecuentes:

- Tos.
- El síndrome febril.
- Anorexia o falta de apetito.
- Pérdida de peso o falta de progreso.
- Aburrimiento o falta de actividad

Los niños pequeños y las madres lactantes tienen más probabilidades de experimentar síntomas como fiebre, pérdida o aumento de peso inadecuado, deterioro y síntomas respiratorios. Estos pasos finales dependen de la forma clínica y la extensión de las lesiones pulmonares. Los síntomas iniciales de la tuberculosis primaria son leves, pero a medida que aumenta el tamaño del mediastino, pueden aparecer signos y síntomas de compresión de las vías respiratorias, como tos y sibilancias. La probabilidad de encontrar un caso infeccioso en la familia inmediata aumenta a medida que el niño crece (preescolar, lactante), pero también es posible que haya infectado otras infecciones bacterianas si tuvo una interacción repetida con ellas (39).

No existen muchos estudios sobre este tema en la literatura, siendo la anemia con leucograma ambiguo y la plaquetosis el hallazgo más frecuente en relación con un hemograma. Quizás la mayor pista para este diagnóstico es la ausencia de leucocitosis, que es común en un cuadro pulmonar febril severo. El umbral para las pruebas inflamatorias suele ser alto; sin embargo, algunos estudios han cuestionado el valor del VHS como ayuda para el diagnóstico de la TB. Otros parámetros de laboratorio necesitan más investigación para tener un valor probado en la detección y el diagnóstico de enfermedades pediátricas.

Se han descrito numerosos cambios hematopatológicos relacionados con la TB. El hallazgo más frecuente es la anemia crónica, normocrómica y normocítica, así como la disminución del número total de hemoglobina. El hemograma puede mostrar neutropenia, leucopenia, linfopenia, linfocitosis, leucocitosis y monocitosis, entre otras condiciones. La monocitosis puede desarrollarse con el tiempo en los casos más graves de linfopenia. Quizás el factor más útil es la ausencia de leucocitosis significativa en una arteria pulmonar grave, lo que podría llevar a considerar la TB.

A pesar de estar relacionado principalmente con los virus Epstein-Barr y citomegalovirus, se han informado nuevos casos relacionados con la tuberculosis. En estas circunstancias también pueden ocurrir alteraciones del coagulograma. De esta forma, ese diagnóstico siempre debe aceptarse, especialmente en pacientes que tienen una mala respuesta al tratamiento de la TB, teniendo en cuenta su gravedad. La mayoría de las veces, todos los cambios en el hemograma se resuelven con la terapia antituberculosa (40).

3.4.2. Ictericia neonatal

Ictericia es un término clínico utilizado para describir la piel y las membranas mucosas de color albaricoque provocadas por el depósito de bilirrubina. Un nivel de bilirrubina plasmática superior a lo normal se conoce como hiperbilirrubinemia, un término de la biología. Es habitual notar bilirrubinemia en recién nacidos (RN) cuando supera el umbral de 5 mg/dL.

La ictericia fisiológica es una condición que se presenta con frecuencia (en el 60% de los recién nacidos) en el período neonatal y se caracteriza por ser monosintomática, de corta duración (2 a 7 días), leve (bilirrubinemia menor de 12,9 mg/dL si recibe lactancia artificial o menos de 15 mg/dL si recibe lactancia materna), y de predominio indirecto (41) .

Y será una ictericia patológica cuando comienza dentro de las primeras 24 horas, se acompaña de otros síntomas, aumento de la bilirrubina en más de 5 mg/dL diarios (6% de los recién nacidos), y si es que esta es superior a 2 mg/dL o dura más de una semana en el RN al final (excepto si el paciente está recibiendo lactancia de la madre, en cuyo caso puede durar más de una semana), o más de dos semanas en el pre-RN. En cuanto al cuadro clínico se da por (42):

1. La pigmentación amarilla clara o anaranjada de la piel y mucosas de la hiperbilirrubinemia indirecta. Es posible evaluarlo formalmente en base a la progresión de las cefalocaudal, desde la zona 1 a zona 4 donde estos valores son aplicables a personas recién nacidas (ANEXO 5)
2. La característica clínica principal de la hiperbilirrubinemia directa es un tinte amarillo o verdoso.

3. En sus etapas avanzadas, la encefalopatía asociada a hiperbilirrubinemia suele ir acompañada de un conjunto de síntomas que incluyen falta de apetito, irritabilidad, fiebre, convulsiones e hipertonia muscular.

Para hacer un diagnóstico es en base a la clínica y al laboratorio. Mantener una hidratación adecuada es crucial porque no hacerlo a través de la dieta significa tener que implementar una perfusión endovenosa. La terapia con antibióticos solo proporcionará información cuando se sospeche una infección. Además del tratamiento dirigido a la causa subyacente, las siguientes medidas son muy útiles:

- Fototerapia. Es la medida innegable de la utilidad. La formación más hidrosoluble de fotobilirrubina resulta de la fotoisomerización de la bilirrubina provocada por la radiación luminiscente.
- Fenobarbital. Actúa como inductor enzimático, favoreciendo la absorción de bilirrubina, la glucuronoconjugación y la excreción a nivel del hepatocito. Su acción no comienza hasta dentro de tres días, como se indica en algunas observaciones prematuras. La dosis es de 10 mg/kg/día, y se vigilará tanto el riesgo de aspiración de alimentos como de depresión neuroléptica.
- Estaño-protoporfirina. Esta mezcla y otras metaloporfirinas (zinc, manganeso y cromo) tienen fuertes acciones inhibitorias de carácter competitivo con la hemoxigenasa, que reduce la síntesis de bilirrubina. Han demostrado ser útiles en el tratamiento de la anemia hemolítica relacionada con ABO y la enfermedad de Crigler-Najjar. Las metaloporfirinas son una alternativa terapéutica prometedora, pero no han recibido aprobación unánime para su uso en RN.
- Exanguinotransfusión. Actúa en el tratamiento de la ictericia eliminando la bilirrubina del organismo.

Para prevenir la aparición de ictericia nuclear, es imperativo tratar de evitar las condiciones que hacen que la bilirrubina de la albúmina se mueva, "rompa" la barrera hematoencefálica, como hipertensión, meningitis, deshidratación, hiperosmolaridad, hipercapnia, anoxia y traumatismo del cráneo. Estas condiciones también pueden conducir a la acidosis.

Como parte de sus complicaciones aparte de las formas etiológicas de enfermedad hepática aguda o crónica y la disfunción hepática resultante, el riesgo más destacable de la ictericia del recién nacido es la aparición de encefalopatías biliares en sus diversas manifestaciones clínicas. La encefalopatía bilirrubínica transitoria se caracteriza por hipotonía, disminución transitoria de los reflejos primitivos, anomalías en la deglución y disminución de la motilidad.

Los síntomas desaparecen sin dejar rastro, aunque en la pubertad y adolescencia pueden estar relacionados con trastornos neurológicos más leves (41).

3.4.3. Infección de tracto urinario en pediatría

Esta patología ocurre con frecuencia en infancia que pueden llegar a afectar las vías urinaria superiores, esto puede provocar alteraciones a futuro producto de la cicatrización renal que generarían una nefropatía terminal. Esta infección se da por el crecimiento de gérmenes en el tracto urinario y en algunos casos el cuadro es asintomático. El patógeno principal es la E. coli (suele estar presente en el 80% de casos), pero esto no excluye que se presenten otros tipos de bacterias o virus. Los factores de riesgo más comunes son: edad menor a 4 años, sexo femenino, alteraciones morfológicas, obstrucción urinaria, reflujo vesicoureteral (43).

Los niños suelen presentar síntomas inespecíficos un cuadro febril sin foco. En algunos casos se observan vómitos, cansancio incrementado y rara vez se observa alteraciones durante la micción. A la exploración física puede encontrarse signo de percusión lumbar positiva o presencia de masas a nivel renal, de igual forma es importante realizar un examen abdominal debido a que pueden referir irradiación del dolor. Es importante realizar exámenes complementarios de laboratorio como: hemograma, PCR, examen completo de orina y urocultivo que oriente mejor el diagnóstico (44).

En cuanto al manejo se recomienda iniciar terapia empírica, siempre y cuando se hayan tomado los análisis correspondientes. Iniciar una terapia antes de las 72 horas tiene un mejor pronóstico. Se recomienda el uso de cefalosporinas de 1ra generación si el riesgo de resistencia a E. coli es bajo en este caso se administraría cefalexina. En caso de resistencia antibiótica se utilizan las cefalosporinas de segunda o tercera generación como cefuroxima en casos de niños que tengan mayor riesgo

de afectación renal. En casos ambulatorios se puede brindar gentamicina o ceftriaxona y esto puede evitar el internamiento del paciente pediátrico, importante recalcar a los padres sobre la presencia de signos de alarma, de presentarlo acudir inmediatamente al servicio de emergencia (45).

3.4.4. Síndrome obstructivo bronquial.

Este síndrome producen una alta incidencia durante la infancia, debido a que los pacientes acuden a emergencia por cuadros de exacerbación del cuadro debido a que se producen la estrechez de diámetro de la trama bronquial lo que genera tos persistente, sibilancia y en algunos casos dificultad respiratoria (46).

La etiología de este síndrome es diversa, uno de estos es la bronquiolitis quienes se da en pacientes menores de 2 años. Esta patología es causada por el virus sincitial respiratorio el cual afecta la vía aérea superior produciendo disnea y sibilantes en los pacientes, en algunos casos este cuadro puede progresar a neumonía. La manifestación clínica semeja un cuadro viral por tos, rinorrea, fiebre ocasional. El cuadro se intensifica luego de 4 días y al examen físico se auscultan roncales, sibilantes o en algunos casos crépitos (47).

Es necesario hospitalizar a estos pacientes para poder recibir un mejor cuidado en cuanto al manejo se realizan nebulizaciones con solución salina siempre y cuando sea necesario de igual forma se debe tener precaución al utilizar glucocorticoides. En esos pacientes se brinda hidratación por vía endovenosa, de igual forma se debe hacer un monitoreo de la diuresis. Dependiendo del grado de complejidad evaluara el uso de soporte oxigenatorio. Se busca que a la larga el paciente pueda recuperar su capacidad respiratoria inicial y en algunos casos se envía a los pacientes a casa con terapia inhalatoria de mantenimiento (48).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado médico tuvo 2 inicios, algunos hospitales como el Hospital Militar Central las actividades tuvieron inicio el 01 de mayo del 2022, mientras que en las instituciones del MINSA empezaron el 01 de junio del 2022 posterior a la publicación de lineamientos.

En el caso del Hospital Militar Central se realizó una inducción en el auditorio de la institución los internos fueron distribuidos por grupo de rotación por los 4 grandes servicios: Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría.

Se brindó información sobre el reglamento de cada servicio, así como las funciones que el interno en la institución. Se nos explicó el horario que se debía cumplir, así como las guardias (diurnas y nocturnas). Fue posible realizar prácticas en pisos de hospitalización, tópico de emergencia y manejo de trauma shock; eso siempre bajo la supervisión de un residente a cargo. Se brindó atención a personal militar y sus familiares. Siempre brindando una atención de calidad a los usuarios de la institución.

En el caso de los internos de MINSA se puede realizar prácticas en atención primaria puesto que los internos fueron distribuidos a centros de salud, en este caso el centro de salud San Antonio de Pedregal. También se puede desarrollar prácticas hospitalarias en el Hospital de Huaycán perteneciente a la Diris-Lima Este.

En ambas entidades se logró poner en práctica lo aprendido durante los años de pregrado, se reforzaron las habilidades y el pensamiento crítico al momento de tomar decisiones para buscar el bienestar de nuestros pacientes.

Finalmente, el internado concluyó para el Hospital Militar Central el 28 de febrero del 2023, mientras que el internado en las entidades pertenecientes al MINSA terminó el 31 de marzo del 2023.

CONCLUSIONES

El internado médico es el último año de formación académica de la carrera de medicina humana, en nuestro país serían consideradas como las prácticas preprofesionales antes de terminar la carrera. En este caso el internado duró 10 meses por motivos de acoplamiento al periodo de pandemia por COVID-19.

Por motivos de falta de lineamientos del ministerio de salud el internado empezó el 01 de junio y se mantuvo la opción de realizar prácticas bajo la modalidad de 5 meses en centros de salud donde se brindaba atención primaria y se complementaba en los meses posteriores con las prácticas hospitalarias en los últimos 5 meses.

Por otra parte, también se tuvo la oportunidad de llevar el internado en un hospital de sanidad, tal es el caso del Hospital Militar Central. Este hospital permitió iniciar el internado el 01 de mayo del 2022 concluyendo el 28 de febrero del 2023, se pudo realizar prácticas en un ambiente hospitalario por 10 meses.

En ambos lugares se pudo aplicar lo aprendido durante todo el pregrado y se pudo reforzar conocimientos bajo la guía de nuestros tutores, asistentes y residentes. Durante el desarrollo del internado pudimos contar con tutores en las 4 especialidades que cumplieron con su labor académico práctico, nos supieron guiar como hacer el llenado de las historias clínicas y examinar a los pacientes de diversas patologías; y en cuanto a las actividades académicas se programaron temas asignados de las cuales se tenían que realizar presentaciones que se exponían antes de las visitas médicas y en todo caso si no se lograba realizar de forma presencial lo realizábamos de forma virtual con ayuda de Microsoft Teams desarrollando la discusión de casos clínicos y presentación de revista de revistas de casos asignados.

De igual forma se aprendió a trabajar en equipo con compañeros de diversas universidades para poder así lograr el bienestar de nuestros pacientes. Fue una experiencia muy gratificante que nos hizo reafirmar el compromiso con nuestra profesión para poder brindar un servicio de calidad con humanidad y respeto para nuestros pacientes.

RECOMENDACIONES

Se recomienda que en las próximas promociones puedan ir regresando a la normalidad de un internado prepandemia ya que en cuanto al tiempo de duración de nuestro internado fue crucial debido al corto tiempo en nuestro caso de 10 meses, y para cada rotación tuvimos aproximadamente 2 meses y medio o en algunos casos de tan solo 1 mes dependiendo de la modalidad, al igual que en algunos centros hospitalarios a muchos compañeros no les ofrecieron las 4 rotaciones primordiales la cual se debería ver en el internado y en algunos casos podría perjudicar al desenvolvimiento posterior en la vida profesional, pero a pesar de ellos supimos absorber la mayor cantidad de conocimientos a tiempo récord.

Durante este tiempo de internado los tutores jugaron un rol importante en guiarnos tanto de forma virtual como presencial por ello se recomienda que no se pierda la capacitación académica practico de cada interno ya que esto ayuda a fijar los conocimientos de temas visto durante cada rotación además que permitiría al interno estar cada vez más actualizado en lo que es el manejo y terapéutica de cada patología que se observa en el día a día.

De igual forma es recomendable mantener las medidas de bioseguridad en cada sede hospitalaria, practicar más la empatía con las personas, debido a que nosotros estamos tratados con personas dolientes y buscamos brindar el mejor servicio hacia los pacientes manteniendo siempre la humanidad en el acto médico.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud Pública de México [Internet]. 7 de marzo de 2011 [citado 29 de marzo de 2023];53. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5045>
2. Seguros de salud del Perú [Internet]. 2023 [citado 29 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/281-seguros-de-salud>
3. Reseña Historia Hospital Huaycan [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.hospitalhuaycan.gob.pe/vistas/Institucional/Nosotros.php>
4. Reseña Historica Hospital Militar Central [Internet]. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://hmc.ejercito.mil.pe/nosotros_historia
5. IAFAS EP [Internet]. IAFAS EP. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://iafasep.gob.pe/>
6. Rivas-Perdomo E, Méndez-Rodríguez R, Vazquez D. ABORTOS TARDÍOS: HALLAZGOS EN ESTUDIOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. Revista Ciencias Biomedicas. 2014;
7. Brenes IM. Aborto Tardío [Internet]. Manuales Clínicos. 2022 [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias-de-obstetricia/segundo-y-tercer-trimestre/aborto-tardio/>
8. Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Reporte Epidemiológico de la Mortalidad materna en el Perú 2012. 2013. [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/asistencia/24012017MMaterna/01.pdf>
9. Guevara Ríos E, Meza Santibáñez L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. octubre de 2014;60(4):385-94.
10. Colestasis intrahepática del embarazo - UpToDate [Internet]. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/intrahepatic-cholestasis-of-pregnancy?search=colestasis%20intrahepatica%20gestacional&source=search_result&selectedTitle=1~70&usage_type=default&display_rank=1#H21
11. Colestasis intrahepática [Internet]. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/colestasis-intrahepatica.html>
12. Lorente S, Montoro MA. Colestasis gravídica. Gastroenterol Hepatol. 1 de noviembre de 2007;30(9):541-8.
13. V Pinkerton J. Sangrado uterino anormal debido a disfunción ovulatoria - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales.

[citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en:
<https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-menstruales/sangrado-uterino-anormal-debido-a-disfunci%C3%B3n-ovulatoria-sua-o>

14. Sepúlveda-Agudelo J, Sepúlveda-Sanguino AJ, Sepúlveda-Agudelo J, Sepúlveda-Sanguino AJ. Sangrado uterino anormal y PALM COEIN. Ginecología y obstetricia de México. 2020;88(1):59-67.
15. Hemorragias ginecológicas: qué es, síntomas, diagnóstico y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hemorragias-ginecologicas>
16. Hurt KJ. Ginecología y Obstetricia de Bolsillo. Lippincott Williams & Wilkins; 2019. 338 p.
17. Boldú J, Cebollero P, Abu J, Prado A de. Tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2007;30:99-115.
18. López EM, Amador YL. Tuberculosis. Rev Cubana Estomatol. 1 de septiembre de 2001;38(1):33-51.
19. Arce E, Castro A, Portman M, Ramírez B, Vargas I. Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas en el ámbito laboral [Internet]. Medicina Legal. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100015&lng=en
20. Fernandez JMF, Nieto MAN, Bustos A. ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES. ABORDAJE DIAGNÓSTICO.
21. Malaria - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/malaria>
22. Malaria: Clinical manifestations and diagnosis in nonpregnant adults and children - UpToDate [Internet]. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/malaria-clinical-manifestations-and-diagnosis-in-nonpregnant-adults-and-children?search=malaria&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3643594665
23. MINSA. NORMA TÉCNICA DE SLAUD PARA LA ATENCION DE MALARIA Y MALARIA GRAVE EN EL PERÚ [Internet]. 2015 [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4373.pdf>
24. S Kabnick L, Scovell S. Overview of lower extremity chronic venous disease - UpToDate [Internet]. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-lower-extremity-chronic-venous-disease?search=insuficiencia%20venosa&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

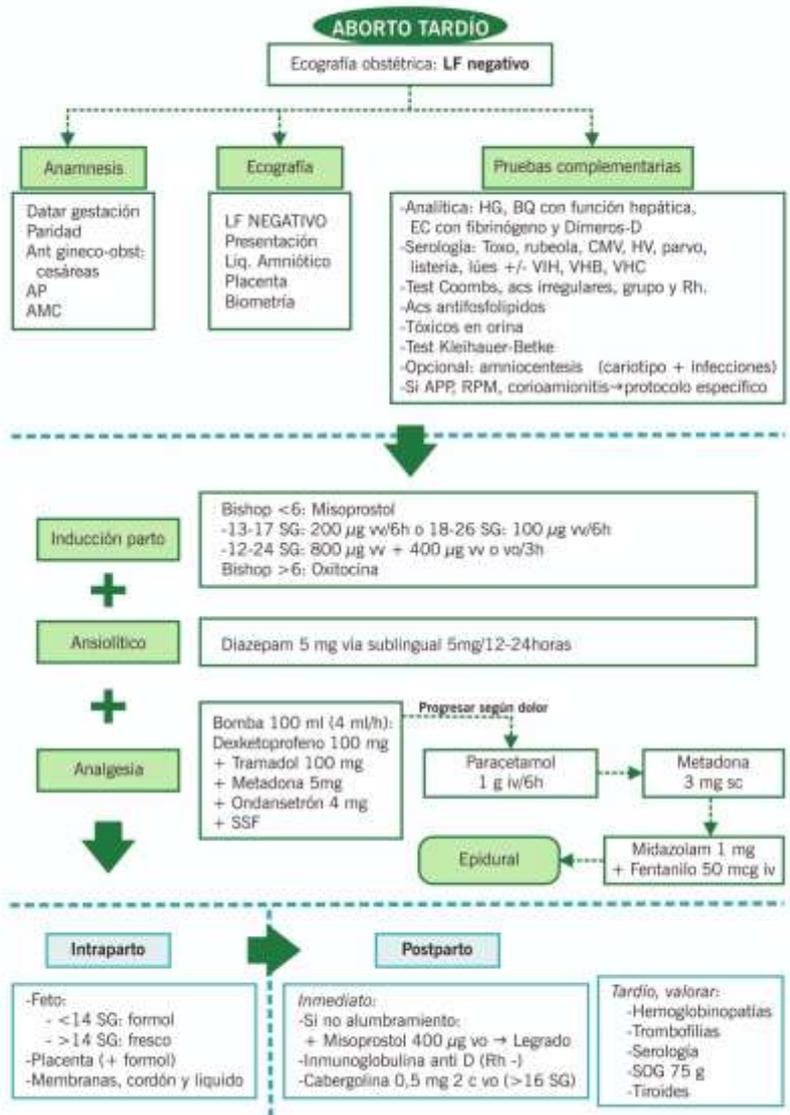
25. Mathes B, Kabnick L. Clinical manifestations of lower extremity chronic venous disease - UpToDate [Internet]. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-lower-extremity-chronic-venous-disease?sectionName=SYMPTOMS&search=insuficiencia%20venosa&topicRef=8181&anchor=H6&source=see_link#H6
26. Alguire P, Mathes B. Diagnostic evaluation of lower extremity chronic venous insufficiency - UpToDate [Internet]. [citado 30 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-evaluation-of-lower-extremity-chronic-venous-insufficiency?search=insuficiencia%20venosa&topicRef=8181&source=see_link#H8
27. Azcona L. Insuficiencia venosa. Prevención y tratamiento. Farmacia Profesional. 1 de noviembre de 2008;22(10):36-40.
28. Hernia inguinal: qué es, síntomas, diagnóstico y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hernia-inguinal>
29. Brooks D, Hawn M. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=hernia%20inguinal&topicRef=3687&source=see_link#H1
30. Wade T, Brunt M. Hernias. En: Manual Washington de Cirugía. Séptima. Philadelphia: Wolters Kluwer; p. 1001.
31. Brooks D. Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults?search=hernia%20inguinal&source=search_result&selectedTitle=1~122&usage_type=default&display_rank=1
32. Stackhouse K, Tseng J. Enfermedad Biliar. En: Cirugía de Bolsillo. Segunda. Philadelphia: Wolters Kluwer;
33. Overview of gallstone disease in adults - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=litiasis%20vesicular&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
34. Chung Cheng R, Chapman W. Enfermedades quirúrgicas de los conductos biliares. En: Manual Washington de cirugía. Séptima. Philadelphia: Wolters Kluwer;

35. Bleday R, Breen E. Hemorrhoids: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/hemorrhoids-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=hemorroides&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
36. Tillou J, Cataldo T. Ano y recto. En: Cirugía de bolsillo. Segunda. Philadelphia: Wolters Kluwer; (De bolsillo).
37. Pérez A, Velásquez G, Cheng C, Paiva R, Grieko F, González Yibirín M. Profilaxis antimicrobiana en cirugía ortopédica: Cefazolina VS Cefadroxilo I.V. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. septiembre de 2012;31(3):61-5.
38. Jiménez MF, Moore JH, Quintero G, Lerma C, Nieto JA, Fajardo R. Guía para la prevención de la infección del sitio operatorio (ISO).
39. González N. Diagnostic criteria and treatment of childhood tuberculosis.
40. Pinto T, Rossoni A, Rodrigues C, Rossoni M, Tahan T. Diagnosis of tuberculosis in children: the role of hemogram and inflammatory markers. Resid Pediatr. octubre de 2017;7(Supl):17-9.
41. Rodríguez J, Figueras J. Ictericia Neonatal [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/38.pdf>
42. MINSA. GUIA TÉCNICA: GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1027_DGSP198.pdf
43. Urinary tract infections in children: Epidemiology and risk factors - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-children-epidemiology-and-risk-factors?search=infeccion%20de%20tracto%20urinario%20en%20pediatria&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
44. Rodríguez JDG, Fernández LMR. INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN LA INFANCIA.
45. Shejl N, Hoberman A. Urinary tract infections in infants older than one month and young children: Acute management, imaging, and prognosis - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-infants-older-than-one-month-and-young-children-acute-management-imaging-and-prognosis?search=infeccion%20de%20tracto%20urinario%20en%20pediatria&picRef=5988&source=see_link
46. INSN San Borja. GUIA DE PRACTICA CLINICA DE SÍNDROME OBSTRUCTIVO BRONQUIAL RECURRENTE. 2018.

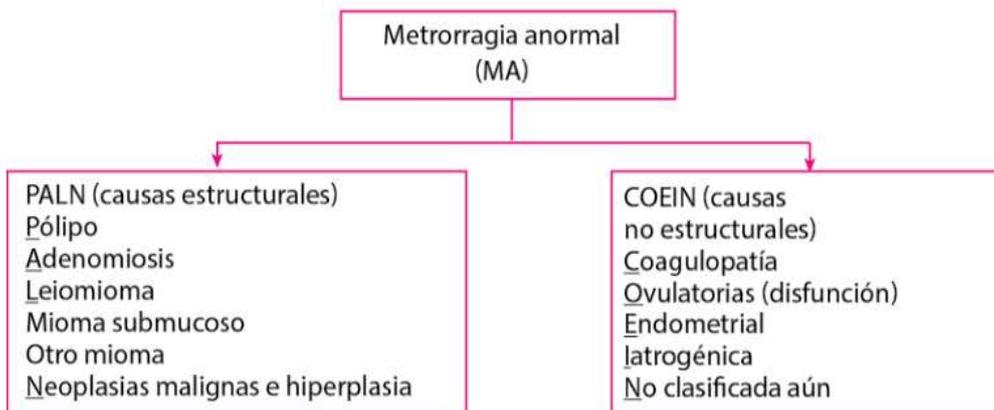
47. Grupo de Trabajo para el Estudio de la Enfermedad Asmática en el niño*. Obstrucción bronquial aguda. An Pediatr (Barc). 28 de junio de 2002;56:8-14.
48. Piedra P, Stark A. Bronchiolitis in infants and children: Treatment, outcome, and prevention - UpToDate [Internet]. [citado 31 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/bronchiolitis-in-infants-and-children-treatment-outcome-and-prevention?search=bronquiolitis%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

ANEXOS

Anexo 1



Anexo 2



Anexo 3

Fármaco	Dosis diaria	Dosis 2/semana	Efectos Secundarios	Control	Interacciones	Acción
Isoniacida	5 mg/kg hasta 300	15 mg/kg hasta 900	Neuritis Hepatitis Hipersensibilidad	GOT GPT	Fenitoína	Bactericida extra e intracelular
Rifampicina	10 mg/kg hasta 600*	10 mg/kg hasta 600	Hepatitis Reacción febril Púrpura	GOT GPT	Inhibe anticonceptivos orales Quinidina	Bactericida todas poblaciones Esterilizante
Pirazinamida	15-30 mg/kg hasta 2,5 g	50 mg/kg hasta 3,5 g	Hiperuricemia Hepatitis	Acido úrico GOT GPT		Bactericida intracelular Esterilizante
Etambutol	15-25 mg/kg hasta 2 g**	50 mg/kg hasta 3 g	Neuritis óptica	Discriminación Rojo-verde Agudeza visual		Bacteriostático extra e intracelular
Estreptomina	15-20 mg/kg hasta 1 g	25-30 mg/kg hasta 1 g	Lesión VIII por hipersensibilidad	Función vestibular Audiograma Creatinina	Bloqueante Neuromuscular	Bactericida Extracelular

* 450 mg en pacientes con menos de 50 kg de peso. ** 25 mg/kg los primeros meses y en adelante 15 mg/kg.
***750 mg en pacientes con menos de 50 kg o edad superior a 50 años.

Anexo 4

Submucoso	0	Pediculado intracavitario
	1	Menor del 50% intramural
	2	Mayor e igual al 50% intramural
	3	Contacto con el endometrio, 100% intramural
	4	Intramural
Otros	5	Subseroso mayor e igual al 50% intramural
	6	Subseroso Menor al 50% intramural
	7	Subseroso pediculado
	8	Otros (Cervical, parásito, intraligamentarios)
Híbridos	2-5	Submucoso y Subseroso

Anexo 5

ZONAS DE KRAMER		
	Zona icterica	Bilirribuna esperable
I	Cara	< 5 mg/dl
II	Mitad superior de tronco	5-12 mg/dl
III	Incluye abdomen	8-16 mg/dl
IV	Porción proximal de extremidades	10-15 mg/dl
V	Porción distal de extremidades	> 15 mg/dl