



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CASOS CLÍNICOS VISTOS DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN
EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID19 EN EL HOSPITAL
MARÍA AUXILIADORA DURANTE LOS AÑOS 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

JOSELYN DE LA CRUZ GUANILO

ASESOR

DR. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA

LIMA, PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CASOS CLÍNICOS VISTOS DURANTE EL INTERNADO
MÉDICO EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID19
EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DURANTE LOS
AÑOS 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
JOSSELYN DE LA CRUZ GUANILO**

**ASESOR
DR. ALBERTO ALCIBIADES SALAZAR GRANARA**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidenta: M. E. Katherine Iris Gutarra Chuquin.

Miembro: Dr. Aldo Barriga Cerrón.

Miembro: Dra. Rosemary Lilia Moscoso de Roca.

DEDICATORIA

A mis padres y hermanas, que me han brindado su apoyo para poder lograr mi sueño de convertirme en médica.

Josselyn de la Cruz Guanilo

AGRADECIMIENTO

A Dios, mis padres, mis hermanas y mis amigos por brindarme su amor puro que me ayudó a levantarme siempre. A mis perritos y a la naturaleza bella que me brindó luz a mis días.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Medicina interna	1
1.2 Rotación de Cirugía General	2
1.3 Rotación en Pediatría y Neonatología	3
1.4 Rotación en Gineco obstetricia	4
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	6
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	9
3.1 Rotación de Medicina Interna	9
3.2 Rotación Cirugía General	11
3.3 Rotación en Pediatría y Neonatología	12
3.4 Rotación de Gineco Obstetricia	13
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	16
CONCLUSIONES	18
RECOMENDACIONES	19
FUENTES DE INFORMACIÓN	20
ANEXOS	24
1. Clasificación de Meggit- Wagner	25

2. Agrupamiento pronóstico, cáncer de próstata	26
3. Resumen de las recomendaciones relativas al tratamiento primario del CaP	27
4. Seguimiento en AP de. La convulsiones febriles	29
5. Tratamiento médico del aborto incompleto con <13 semanas de gestación	30

RESUMEN

Actualmente vivimos en una situación de pandemia desde marzo del 2020, el mundo que conocimos cambió y con ello la manera de estudiar, las condiciones y los riesgos no son los mismos. En este contexto, el internado médico que se realiza en un establecimiento de salud de nivel III en su mayoría, tuvo que sufrir modificaciones en cuanto el tiempo, condiciones y área de trabajo. El objetivo del presente es la descripción de los conceptos aprendidos esta etapa fundamental, mediante casos clínicos que demuestren las capacidades de un ejercicio significativo, crítico y humanista de esta profesión, para lo cual se utilizó los conocimientos adquiridos en los años previos de estudio, guías y revistas clínicas y libros base de la carrera para tener un conocimiento actualizado y poder efectuar el trabajo de interno de una manera adecuada en beneficio del paciente y personal. Según las experiencias vividas mediante la vida hospitalaria completa, ya no como estudiantes, sino como parte del sistema de salud que contribuye en el abordaje del paciente, los casos descritos muestran la basta lista de enfermedades que se pueden ver en un hospital grande en donde se atiende a personas de su localidad y referidos de todo el Perú, permitiendo el aprendizaje del mismo, presenciar casos clínicos poco frecuentes, aprender de ellos y plasmar lo adquirido en la práctica de la misma, reconocer al Perú como un todo, un país con muchas lenguas, diferentes etnias, costumbres y maneras de percepción. Lo cual conlleva al interno enriquecerse de habilidades, conocimientos, actitudes y emociones por tantas experiencias únicas vividas en esta etapa.

Palabras claves: Internado médico, Cirugía general, Medicina, Gineco obstétrica, Pediatría.

ABSTRACT

Today we have been living in a pandemic situation since March 2020, the world we met changed and with it the way we studied, the conditions and risks are not the same. In this context, the medical boarding school that is performed in a level III health establishment mostly had to undergo changes in time, conditions and area of work. The objective of this is the description of the concepts learned this fundamental stage, through clinical cases that demonstrate the capacities of a significant, critical and humanistic exercise of this profession, for which the knowledge acquired in the previous years of study, guides and clinical journals and career base books was used to have an up-to-date knowledge and to be able to carry out the work of intern in an appropriate way for the benefit of the patient and staff. Based on the experiences lived through complete hospital life, no longer as students, but as part of the health system that contributes to the patient's approach, the cases described show the sufficient list of diseases that can be seen in a large hospital where people from their locality and referrals from all over Peru are cared for, allowing learning of it , witness rare clinical cases, learn from them and capture what has been acquired in the practice of it, recognize Peru as a whole, a country with many languages, different ethnicities, customs and ways of perception. Which leads to the intern enriched with skills, knowledge, attitudes and emotions by so many unique experiences lived at this stage.

Keywords: Medical internship, General surgery, Medicine, Obstetric gynecology, Pediatrics.

INTRODUCCIÓN

El internado médico realizado en el Perú, es el séptimo o último año de la carrera de medicina humana, en el cual se realizan prácticas semi profesionales, que consisten en ser, a veces, el primer contacto con el paciente y responsable de su seguimiento, he allí la importancia de su trabajo, lo cual consta en la participación desde el ingreso, ya sea por programación, emergencias o referencias hasta el alta o destino del mismo. Con el fin de adquirir nuevos conocimientos, experimentar lo aprendido y consolidarlo en la parte práctica de la vida hospitalaria, llevando a cabo 4 principales rotaciones: medicina interna, ginecoobstetricia, cirugía general y pedriatría, y dentro de estas las subespecialidades, que varían dependiendo del nivel del hospital donde se realice la práctica clínica (1).

Al encontrarnos en una situación de pandemia por el SARS-COV-2, los cambios en la manera de trabajar del internado médico se fueron realizando de manera paulatina por ser este un contexto no antes vivido por nuestra generación, como tener que detener el internado de manera abrupta e indefinida, el cual se extendió aproximadamente 6 meses debido a la situación en el país. A la reincorporación al internado le precedió capacitaciones de acuerdo al contexto de la situación, sobre bioseguridad y la fisiopatología de la enfermedad en cuestión, brindadas por las universidades y la Asociación peruana de estudiantes de Medicina Humana (ASPEFAMH).

El Hospital María Auxiliadora (HMA), identidad nacional de nivel III-I, permitió el retorno de los internos de medicina humana por contar con áreas no COVID, dividiendo a los internos en dos grupos por mes, laborando 15 días continuas y descansando el resto días, para que la población y la exposición sea menor, con el fin de que pueden concluir su formación médica con las

prácticas pre profesionales con una menor probabilidad de contagio, ya que este último año de carrera es considerado el más importante porque permite la consolidación de lo aprendido en los 6 años previos de estudio, y de no continuar se traduciría en un menor número de médicos disponibles que laboren en una situación especial, como es la de la pandemia (4).

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En el tiempo del internado médico se desarrollan muchas habilidades mediante la vida clínica del hospital, gracias a estas experiencias podemos plasmar lo aprendido a la vida real que sería el abordaje del paciente. Se presentará 2 casos clínicos por cada especialidad, donde se especifican los conocimientos y actitudes adquiridos.

1.1 Rotación de Medicina interna

Diabetes Mellitus 2

Paciente mujer de 78 años es traída a la emergencia del HMA por su vecino por imposibilidad de movilizarse hace una semana, presentando edema de miembros inferiores. Como antecedentes de importancia, paciente con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 mal controlada desde hace 10 años, ceguera desde hace 2 años, refiere tomar metformina de 850mg cuando se acordaba, a veces 1 vez al mes. se le toma un hemoglutest encontrando una glucosa de 400 mg/dL, se revisa el pie derecho el cual presenta una úlcera profunda que afecta piel sin afectar huesos, grado 2 según escala de Wagner. Se hidrata a la paciente con cloruro de sodio al 9% de 1 litro más dimenhidrinato en una hora para controlar la glicemia, se queda en observación, se le toma exámenes de laboratorio y cultivo de lesión para poder dar un tratamiento antibiótico según antibiograma, se le realiza limpieza de la lesión con NaCl 0.9%, no se observa lesiones ulcerosas o profundas, se le manda a casa con tratamiento antibiótico empírico de cefalexina de 250 mg por 14 días. Se le da de alta ya controlada su glicemia y cita por consultorio de pie diabético cada semana para su monitoreo y manejo.

Infección del tracto urinario

Paciente varón de 84 años ingresa a emergencias traído por su hija ya que se mostraba somnoliento y dificultad al articular palabras. Se le realiza examen físico completo, no patológico; se le solicita hemograma y examen de orina completo. Regresan con resultados, se identifica leucocitosis de 16 000/mm³ y 25 leucocitos por campo en el examen de orina, por tal motivo la sospecha diagnóstica fue infección del tracto urinario alta, se le pide urocultivo y se le inicia antibioticoterapia empírica con cefalosporina, ceftriaxona, se le da de alta siendo un paciente estable hemodinamicamente al momento, se le explica que tiene que regresar por sus resultados de urocultivo y por su cita con resultados por consultorio externo.

1.2 Rotación de Cirugía General

Abceso perianal

Paciente varón de 48 años ingresa por presentar dolor pulsátil y permanente en la región perianal, afebril, incapacidad para realizar movimientos y defecación por el dolor, se le realiza tacto rectal (TR) aplicando xilocaína al 2%, donde se palpa una tumoración, rodeado de edema y rubor. En la misma emergencia se discutió sobre el caso y se decidió hacerle el drenaje en la camilla de emergencias, se colocó lidocaína al 1% alrededor del abceso y con una hoja de bisturí se realiza el drenaje y lavado de la herida, se seca y coloca una gasa que se va a ir retirando en el transcurso de los días de control médico, se va de alta con tratamiento antibiotico vía oral con amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg cada 12 horas por 7 días y control por consultorio externo de cirugía general.

Cáncer de próstata

Paciente varón de 72 años ingresa a la emergencia presentando dolor suprapúbico y lumbar, refiere no miccionar desde hace 24 horas antes de ingreso y tener deseos imperiosos del mismo, como antecedente refiere haber presentado hematuria días previos y oliguria. Por tal motivo se le toma hemograma completo, examen de orina completo, y creatinina, se le realiza TR positivo: consistencia pétreo, adherido a planos profundos, aumentada de tamaño, irregular y con presencia de nódulos. Al examen físico se palpa globo

vesical, se le coloca una sonda foley número 18, se vacía vejiga y se deja con bolsa colectora de orina. Exámenes de laboratorio en hemograma: hemoglobina de 11 g/dLy creatinina en valores normales. Ante la sospecha de uropatía obstructiva, a descartar cáncer de próstata, se le solicita PSA que no se puede tomar por emergencia entonces se le cita por consultorio externo para su control. Retorna para su cita, sintomatología continua y con los resultados se determina su manejo, se cuenta con un PSA de 14 ng/mL y Gleason 8, se decide hospitalizar al paciente. En la visita médica se le solicita una biopsia de próstata y nuevamente PSA de 18 ng.mL, es llevado a sala de procedimientos en el sótano del nosocomio, se le toma las muestras y son enviadas a patología; 5 días luego con los resultados de biopsia se define el diagnóstico de cáncer de próstata y se programa una prostectomía y se interconsulta a oncología para manejo en conjunto.

1.3 Rotación en Pediatría y Neonatología

Enfermedad Diarreica Aguda

Paciente menor de 2 años ingresa a la emergencia traído por su madre, la cual refiere que hace 1 día antes de su ingreso presenta deposiciones líquidas, aumentados en volumen y consistencia, sin sangre, sin moco, de aproximadamente 5 cámaras. Se asocia a sensación de alza térmica no cuantificada, malestar general e hiporexia. Madre refiere que dos días menor ingirió comida de la calle, niega contacto COVID. Al examen físico: no patológico, peso: 12 kilos. Se le solicita exámenes complementarios: reacción inflamatorio en heces negativa, hemograma en rangos normales. Impresión diagnóstica: enfermedad diarreica aguda de etiología viral. Plan: se cuantifica fiebre de 38°C por lo que se le administra paracetamol 120mg/5mL: 7.5 mL por dosis. Se le reevalua media hora después, temperatura: 37°C, afebril, por lo que se le da de alta con sales de rehidratación oral y probióticos. Se le explica signos de alarma de deshidratación a la madre.

Convulsión febril

Paciente varón de 2 años de 13 kilos es traído a emergencias del HMA por su madre, la cual refiere que 7 horas antes de su ingreso presenta fiebre de 38.5 °C asociado a vómitos de contenido alimentario en 3 oportunidades. 30

minutos antes de su ingreso paciente presenta convulsión tónico clónico generalizado de aproximadamente 5 minutos asociado a fiebre de 39.2°C; niega antecedente de convulsiones, niega familiares con epilepsia. Al examen físico: frecuencia cardiaca de 130 latidos por minutos, taquicardia. SNC: paciente despierto, activo, moviliza las 4 extremidades. Se le solicitan exámenes auxiliares: no alterados. La fiebre se controla con paracetamol de 120 mg/5mL, a dosis de 10 mg/kg por dosis cada 4 horas, se le da 5.42mL en jeringa vía oral para calcular mejor la dosis, luego se le evalúa a la hora y paciente presenta 38°, y a las dos horas 37.5°C, el paciente se encuentra hemodinamicamente estable y el episodio de convulsión no se ha repetido, por lo tanto se le manda a casa con su paracetamol en caso fiebre regrese, se le explica la benignidad de este episodio.

1.4 Rotación en Gineco obstetricia

Aborto incompleto

Paciente mujer de 42 años ingresa por emergencia al presentar sangrado vaginal abundante 1 hora antes de su ingreso, presenta una ecografía de estar gestando, actualmente con 9 semanas, con antecedente de aborto recurrente (3 anteriormente). Con ayuda del monitor fetal Doppler se pudo confirmar la no existencia de latidos cardiacos. Al examen físico con un espéculo se comprobó que la pérdida sanguínea sea uterina y no del canal vaginal y el orificio cervical abierto y paciente hemodinamicamente estable, con un hemograma con hemoglobina de 10 g/dL, resto de resultados en parámetros normales. Se traslada al paciente al área de realizar AMEU, previamente habiendo firmado el consentimiento del procedimiento, se le coloca 4 tabletas de misoprostol de 200 ug cada una por vía vaginal, se realiza el procedimiento y la paciente pasa a observación para monitoreo, luego de 24 horas es dada de alta con antibioterapia y cita control por consultorio externo de gineco obstetricia para ecografía control.

Pre eclampsia

Paciente mujer de 32 años gestante de 38 semanas, ingresa por emergencia al ser referida desde un hospital de Chincha por presentar desde hace 1 día dolor abdominal, ver “manchas” y cefalea persistente, por lo cual acude a su

hospital donde le toman la presión arterial (PA) encontrándose 150/90, al no contar con cama disponible es referida a este hospital en Lima por la atención especial requerida, en el HMA se le vuelve a controlar las funciones vitales: PA de 140/90 y la continuidad de la clínica ya descrita, por tal motivo se le solicita un set de preeclampsia, que consta de: hemograma completo, grupo y factor, glucosa, creatinina, úrea, DHL, perfil de coagulación, TGO y TGP. Los resultados muestran creatinina en 1.2 mg/dL y TGO >70 mg/dL. Se diagnostica pre eclampsia con signos de severidad. Se le coloca vía periférica, se controla PA con labetalol, se previene convulsiones con sulfato de magnesio al 20% y se termina la gestación inmediata, se le realiza tacto vaginal: no labor de parto, por tal motivo se realiza cesárea de emergencia.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El presente trabajo sobre las experiencias clínicas vividas en el internado se llevaron a cabo en el Hospital Nacional María Auxiliadora, ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores, hospital nacional que es referencia de la región sur de Lima y nacional, de nivel III – I por lo que brinda atención ambulatoria y de hospitalización especializada en los servicios de salud a los pacientes, consta de 7 pisos y un sótano, en el cual están la mayoría de los consultorios de todas las especialidades, el resto en el primer piso, donde también se encuentran las emergencias de todas las especialidades y el área de traumashock; en el segundo piso es donde se realizan las cirugías de todas las especialidades, tercer piso se encuentran las salas de parto, puerperio inmediato y de dilatación de gineco obstetricia contando con un área de cirugía adicional, por demanda se usan los ambos pisos, ya que el hospital es referencia para la terminación de las gestantes de todos los centros de salud del área, aunque se aceptan todas las referencias si pueden ser atendidas por el nosocomio; en el cuarto piso se encuentra la hospitalización de gineco obstetricia, teniendo zonas adecuadas para procedimientos y pacientes con requerimientos especiales, como oxígeno y monitoreo completo; también se encuentra neonatología con sus salas UCI (unidad de cuidados intensivos) y cuidados intermedios; en el quinto piso están las especializaciones de cirugía, como cirugía genereal, neurocirugía, traumatología, cirugía plástica y urología; también las áreas de onocología y cardiología. En el sexto piso está el área de medicina interna, donde se encuentra su hospitolización y nefrología con sus salas de hemodilásis. Por último, en el séptimo piso se encuentra

pediatría con su hospitalización, donde son atendidos por todas las especialidades si es requerido (5).

En el tiempo prepandemia, es decir antes de marzo del 2020, el hospital tenía una organización un poco distinta al de la actualidad, empezando en que todas sus áreas funcionaban a la totalidad, por lo tanto la demanda era mayor y no existían áreas COVID, el rol del interno se basaba en ser el primer contacto con el paciente, encargado de que toda la información esté completa y cuando llegue el momento de presentarlo al médico asistente o al médico residente pueda ayudar a llegar a un diagnóstico adecuado. En cirugía general realizan las suturas, asisten procedimientos y en algunas ocasiones son segundos asistentes en cirugías complejas; en el resto de especialidades realizan o asisten procedimientos distintos e importantes.

El retorno del interno de medicina humana se dio desde mes de agosto, dependiendo del hospital, en el caso del HMA, se dio en octubre, su rol en estos tiempos no equidistan mucho a los de los pre pandemia, pero sí sus condiciones, ahora los internos tienen horarios definidos y su rotación al mes son de 15 días continuos, por varios motivos, el principal es evitar aglomeraciones del personal de salud y por ende estar menos expuestos a la enfermedad y tener menor probabilidad de contagio. Al comienzo de la pandemia se les tomaba pruebas mensuales, pero desde enero ya no es así, a menos que hayan tenido contacto COVID o sintomatología. Respecto a equipos de protección personal o EPPS, jamás fueron brindados a ningún interno. De acuerdo al contrato del retorno de los internos también estaba presupuestado un estipendio de un sueldo mínimo mensual, el cual se vió al tercer mes y hasta el momento no están al día en sus pagos con los mismos. La comida que se brinda al interno se da solo los días en los que tiene programada guardia diurna, donde solo consta de almuerzo, pero no ha sido efectivizado totalmente, muchas veces se ha tenido problemas para acceder a comer.

Comparado a la actualidad, al ser una situación totalmente nueva, las medidas han ido variando de acuerdo al curso de la pandemia, es decir de acuerdo a sus momentos críticos donde la demanda de pacientes es mayor. El hospital

activó áreas exclusivas para el manejo de pacientes COVID, por tal motivo movilizó las áreas de emergencias de medicina interna y la de cirugía general, equipándolas con lo requerido para un buen servicio. Adicional a ello, el hospital empezó a atender solo a emergencias y pacientes programados, dejó de realizar citas por consultorios, es allí cuando la atención primaria en los centros de salud tuvo una gran función en derivar los pacientes necesarios que requieran asistencia especializada; esto ha ido variando de acuerdo a los nuevos decretos lanzados cada tiempo dependiendo del estado del hospital y sus recursos materiales y humanos, se han ido aperturando ciertas áreas como la de procedimientos menos complejos, especialmente en el área de urología y endocrinología, empezando a programar pacientes nuevamente.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Los años de estudios de ciencias básicas en la carrera de medicina humana brindan un conocimiento teórico muy amplio, pero no completo, el cual se efectiviza con la realización del internado médico, pasando por todas sus especializaciones.

Se reconocen 2 enfermedades de cada especialización, las cuales se exponen en casos clínicos vividos en el HMA, de donde se recogieron y plasmaron las enseñanzas de años previos, adicional a las clases brindadas en el hospital, los cuales se describen a mayor detalle teniendo en cuenta las últimas guías de manejo, comparándola a la manera de manejo del hospital.

3.1 Rotación de Medicina Interna

Diabetes mellitus 2

La diabetes mellitus es una enfermedad de metabolismo de carbohidratos anormal que se caracteriza por un aumento de la glucosa en sangre asociado a un deterioro de la secreción de insulina, así como de su captación generando así diversos grados de resistencia a la acción de esta. Los pacientes con diabetes necesitan evaluación continua para poder así detectar complicaciones relacionadas con la enfermedad.

Las úlceras en el pie diabético (Ver Anexo N°1), provocadas por heridas previas en el pie en pacientes con neuropatía, úlceras o amputaciones previas, etc. Son complicaciones de la diabetes que aparecen en las extremidades inferiores y constituyen una de las diez enfermedades principales en términos de años vividos con discapacidad.

El primer paso cuando se está frente a una úlcera del pie diabético es evaluar y clasificar la úlcera según su extensión y profundidad así como la presencia de infección o isquemia, que determinan la naturaleza y la intensidad del tratamiento (6).

El tratamiento local de las úlceras incluye un desbridamiento y cobertura antibiótica adecuada, en casos en los que se vea existencia de necrosis extensas será necesaria la amputación parcial del pie posterior a esto se sugiere el tratamiento de heridas con presión negativa, siempre que no haya tejido necrótico residual o hueso infectado (7).

En el caso del paciente observamos que no realiza un control adecuado de la enfermedad, motivo por el que se presentan las complicaciones. Se realiza de manera adecuada la categorización de la úlcera así como la cobertura antibiótica según un examen previo de la lesión, se puede concluir que el manejo de patología fue el adecuado.

Infección de tracto urinario

La infección del tracto urinario es definida como la colonización bacteriana del tracto urinario empezando por el introito vaginal o del meato uretral por patógenos urinarios de la flora fecal, principalmente *Escherichia coli* seguida de una ascensión por la uretra hacia la vejiga y posteriormente al riñón.

La infección del tracto urinario se puede clasificar según el segmento que se vea afectado pudiendo ser: el tracto urinario inferior, que nos habla de la colonización de la vejiga, también llamado cistitis; o el tracto urinario superior, donde incluye al riñón, llamado también pielonefritis (8).

La sintomatología de esta patología se presenta con síntomas clásicos como disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, dolor suprapúbico, dolor lumbar, fiebre, etc. La presencia de estos síntomas clínicos ayuda a definir la región afectada sin embargo la ausencia de estos no descarta la enfermedad, esta pasa a llamarse bacteriuria asintomática (9).

El diagnóstico de la enfermedad se realiza con la presencia o no de sintomatología urinaria, la presencia de bacteriuria ($\geq 10^5$ unidades formadoras de colonias/ml de un uropatógeno) con presencia o no de piuria, o un cultivo de orina positivo.

El tratamiento se realiza en base a terapia antimicrobiana y este debe iniciarse a la brevedad, tomando en cuenta los factores de riesgo de resistencia a los medicamentos, preguntando al paciente si usó antimicrobianos con anterioridad y correlacionando la clínica con los resultados de urocultivos recientes (10).

En el caso clínico presentado se tiene un paciente con presencia de bacteriuria (25 leucocitos por campo en el examen de orina) basándonos en su clínica se sospecha de una infección de tracto urinario superior por lo que para administrar un tratamiento antimicrobiano adecuado se solicita urocultivo. Finalmente el tratamiento se da en base a ceftriaxona, medicamento de amplio espectro. El tratamiento fue adecuado ya que se tomó en cuenta la sintomatología del paciente y el manejo antibiótico se dio en base al antibiograma.

3.2 Rotación Cirugía General

Abceso perianal

Los abcesos perianales son resultados de la inflamación de las glándulas anales, un 90%, con mayor incidencia en hombres que en mujeres y diagnóstico es clínico característico al dolor pulsátil asociado a la presencia de una tumoración, puede estar presente o no la fiebre. El estudio de elección para un adecuado manejo del drenaje es la resonancia magnética (RM), para poder determinar si es viable y no lastima otras estructuras. En este caso, al paciente no se le realizó una RM ya que en el HMA no contamos con esta, normalmente se le explica al paciente que se lo debe realizar de forma privada, ya que el seguro no lo cubre siempre y normalmente demora el trámite hasta una semana o más. Se tomó la decisión ya que la posición era más superficial.

El manejo es ambulatorio con tratamiento antibiótico: amoxicilina y ácido clavulánico con metronidazol, el 30% de estos casos pueden dar recidivas, lo cual podría indicar una fistulización. El control por consultorio externo a la semana e ir retirando la gasa para que se vaya cerrando el abceso (11).

Cáncer de próstata

El caso clínico se trata de un paciente diagnosticado por cáncer de próstata, este tipo de cáncer es común en varones, es raro que tengan síntomas clínicos, normalmente se da a través de síntomas inespecíficos como hematuria o hematospermia. La sospecha se realiza mediante la elevación del antígeno prostático específico (PSA) o un tacto rectal anormal (DRE). Se le solicitó al paciente exámenes auxiliares y presentó un tacto rectal positivo porque se encontró consistencia pétreo, adherido a planos profundos, aumentada de tamaño irregular y con presencia de nódulos, lo cual son características que nos hace sospechar de cáncer de próstata. Pero en sí para confirmar el diagnóstico, se necesita realizar una biopsia con guía de imágenes (12).

En este caso del paciente presentó PSA de 14ng/ml y una escala de Gleason de 8, el cual es de riesgo intermedio, luego se procedió a realizarle una biopsia, lo cual fue lo correcto. En el tratamiento inicial, el cual es de aumentar la sobre vida de este, dependerá del riesgo de recurrencia regional o la diseminación junto a la edad del paciente, esperanza de vida, las comorbilidades (Ver Anexo N°2). El paciente del caso clínico se le procedió a realizar una prostatectomía, el cual mayormente es seguida por la radioterapia o tratamiento hormonal dependiendo su evolución y luego manejo por oncología (13)(14)(15)(Ver Anexo N°3).

3.3 Rotación en Pediatría y Neonatología

Enfermedad Diarreica Aguda

La diarrea se define como el paso de heces blandas o acuosas, el cual se da al menos tres veces en un período de 24 horas. Considerada como segunda causa principal de mortalidad infantil; en los niños que son menores de cinco años, causa entre 1,5 y 2 millones de muertes al año. Se puede clasificar en diarrea acuosa aguda, diarrea invasiva (con sangre) o diarrea crónica (persistente ≥ 14 días). De acuerdo al caso clínico, la paciente refiere presentar 1 día con deposiciones líquidas (5 cámaras).

El manejo se da de acuerdo a la clasificación del tipo de enfermedad diarreica, la evaluación y corrección de las pérdidas de líquidos y electrolitos, la administración de una nutrición adecuada y el manejo de las condiciones comórbidas asociadas.

En este caso clínico se trata de una diarrea causada por virus, el cual es definido como la acción de enterotoxinas virales como el rotavirus NSP4, lo que resulta en elevación de Ca^{2+} intracelular e inhibición de Na^+ absorción y aumento de la secreción de Cl^- . La terapia de reemplazo tiene como objetivo reponer los déficits de agua y electrolitos perdidos. Esta fase se continúa hasta que todos los signos y síntomas de depleción de volumen estén ausentes y el paciente haya orinado. La terapia de mantenimiento contrarresta las pérdidas continuas de agua y electrolitos; esta fase continúa hasta que se resuelven todos los síntomas. . En el caso clínico a la paciente recibió rehidratación oral, además recibió probióticos (16).

Convulsión febril

Las convulsiones febriles, mayormente se dan en los niños en infección viral o bacteriana sistémica. La edad de los afectados es entre seis meses y cinco años de edad y no tienen epilepsia, infección o inflamación del sistema nervioso central (SNC) u otros factores desencadenantes de convulsiones.

Las convulsiones se pueden clasificar en simple y compleja. Respecto al caso clínico se evidencia que presentar una convulsión febril simple por la duración de 1 minuto, porque este tipo de convulsiones son consideradas comunes y duran menos de 15 minutos, no presentan características focales y ocurre una vez en un periodo de 24 horas.

Estas convulsiones son de diagnóstico clínico. En los niños con antecedentes típicos y un examen tranquilizador y no focal, las pruebas de diagnóstico son innecesarias en la mayoría de los casos.

Siendo un caso de manejo fácil porque no presentó otra convulsión, además los exámenes de laboratorios salieron sin alguna alteración (17)(18)(Ver Anexo N^o4).

3.4 Rotación de Gineco Obstetricia

Aborto incompleto

Un aborto incompleto se clasifica así cuando existe sangrado vaginal y a la especuloscopia se observa un orificio cervical abierto, por donde se expulsó restos fetales, asociado a dolor abdominal. En este caso la paciente ingresa presentando sangrado vaginal y se confirma su gesta con la ecografía. Los

factores de riesgo para aborto recurrente como este caso, es la edad avanzada, los legrados anteriores y el antecedente de abortos. Se hace el diagnóstico y el manejo realizado en el hospital es el siguiente: se confirma que no hay latidos fetales, se le coloca vía vaginal 4 tabletas de misoprostol de 200 ug, según la guía de manejo WHO ya no se utilizaría vía vaginal, sino sublingual de 400 ug o vía oral de 600 ug.

Luego se le realiza un AMEU, lo cual es indicación según la guía práctica del Hospital Cayetano Heredia, ya que cumple con: gesta menor de 12 semanas, paciente no complicado, hemodinamicamente estable y no tiene anemia severa. Se le realiza el monitoreo y se da 3 dosis de clindamicina 900 mg cada 8 horas + gentamicina 5 mg vía endovenoso, se completa al alta con doxiciclina 100 mg vía oral cada 12 horas por 14 días (19)(20)(21)(Ver Anexo N°5).

Pre eclampsia

El caso clínico se trata de una gestante con el diagnóstico de preeclampsia, se define como un trastorno progresivo multisistémico, normalmente se diagnostica en base a la nueva aparición de hipertensión y proteinuria o la nueva aparición de hipertensión y disfunción significativa de órganos diana con o sin proteinuria después de 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa, su severidad irá de acuerdo al compromiso de órgano diana, y eso se verá reflejado en los síntomas que presente la paciente y los resultados de exámenes de laboratorio, como es el caso clínico.

Los signos de alarma como el que presentó la paciente será: Dolor de cabeza persistente y / o intenso, anormalidades visuales (escotomas, fotofobia, visión borrosa o ceguera temporal [poco común]), dolor abdominal superior, retroesternal o epigástrico, estado mental alterado, nueva disnea, ortopnea; el cual algunas fueron presentadas por la paciente del caso clínico. Respecto al manejo, el parto será la opción para prevenir el desarrollo de complicaciones maternas o fetales por la progresión de la enfermedad.

En el momento del parto se basa en la edad gestacional, la gravedad de la preeclampsia y la condición materna y fetal. La hipertensión grave durante el trabajo de parto debe tratarse de inmediato con el labetalol intravenoso (que es de primera elección, evitar en pacientes con asma) o hidralazina o, con

menos frecuencia, nifedipina oral para prevenir un accidente cerebrovascular: la paciente del caso clínico uso labetalol lo cual está correcto. Además, también usó el sulfato de magnesio, es un fármaco usado para prevenir la eclampsia, lo cual fue un manejo adecuado en usarlo en el hospital. Posterior a ello se culminó la gestación del paciente mediante cesárea (22)(23).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

La vida del internado, es la meta para todo estudiante de medicina humana, ya que pueden aplicar y vivir de estrechamente esta experiencia única, por todo lo que conlleva, tener responsabilidades, ver el manejo desde el comienzo hasta su alta o desenlace, participar en el manejo terapéutico y de procedimientos. Al iniciar esta etapa, sin las condiciones de pandemia, fue una experiencia demandante, agotadora y bella. Demandante porque el horario sobre pasaba las horas propuestas, continuar con las clases de la universidad, las clases del hospital y sus exposiciones y presentaciones de casos; agotadora por todo el esfuerzo físico al realizar las diversas actividades que realiza un interno, las cuales casi no tienen límites, su deber en general es la recuperación del paciente, y ellos deben encargarse de mil maneras que se dé, independientemente de que tan relacionado esté la práctica médica, como llenar papeleos, pedir favores como si fueran personales, correr a toda velocidad para poder alcanzar cupo, movilizarlos a sus diversos servicios para sus citas o procedimientos, acompañarlos en ambulancia por varias horas, conversar con ellos para monitorear y no desatender su parte emocional, y si es necesario solicitar interconsultas con los especialistas requeridos como psicología o psiquiatría, con MAMIS y servicio social si es un gestante o puérpera si se sospecha de algún maltrato en su hogar o desapego hacia su recién nacido, en varios aspectos es notar todo para que puedan dar alerta de posibles signos de alarma que no ayuden en su mejoría.

Al llegar la pandemia y habilitar el retorno de los internos por parte del HMA, se realizaron capacitaciones sobre el uso del EPPS y aspectos generales del virus SARS-COV-2 por parte del hospital, ASPEFAMH y las universidades pertinentes, todas de manera virtual, preparándolos para todos los posibles casos de la mejor manera posible. Las funciones como internos en el hospital no variaron respecto al inicio del mismo, quizá sí menos carga ya que se ven menos pacientes en emergencia comparado al inicio, pero la demanda en hospitalización es la misma porque las camas ya son utilizadas en su totalidad; respecto al horario que varió teniendo hora de entrada y salida definida, en ciertas rotaciones, especialmente de gineco obstetricia se tiene que llegar aproximadamente una hora antes para poder cumplir con todo lo necesario para terminar las evoluciones médicas y presentar, en la mayoría de servicios, a los pacientes en la visita médica; por tal motivo es requerido que permanezcan más horas hasta dejar el servicio en orden y con todos los planes corridos en beneficio del paciente. Las rotaciones continuaron de 3 meses por cada una de las especialidades, pero con la variación de que solo serían 15 meses los efectivos de labor mensual, sin embargo en muchos casos tuvieron que laborar más días o inclusive todo el mes, si así eran programados. Tuvieron que abastecerse de EPPS necesarios con su propio dinero para poder regresar al hospital protegidos y cumplir con lo solicitado, como mamelucos, protector facial, lentes, mascarillas (la que ellos en sus posibilidades pudieron conseguir) y gorros quirúrgicos. Se efectivizó un decreto supremo donde se indica que los internos de medicina son personal esencial de salud y así no tener problemas al moverse para llegar a su centro de labor.

CONCLUSIONES

1. El internado de medicina humana es la etapa más importante de la carrera ya que permite la consolidación de todo lo aprendido en los años previos, al experimentar directamente la parte práctica clínica.
2. Es de beneficio del interno poder rotar en todas las especialidades para tener un conocimiento realista de cada una de estas y poder en un futuro discernir adecuadamente la especialidad que escogerá en un futuro.
3. Las momentos vividos, como socializar y convivir con personal de salud nos brinda una mejor adaptación con la realidad de la vida hospitalaria.
4. Este tiempo nos permite reconocer las enfermedades, factores de riesgo y accidentes laborales más frecuentes de Lima Sur y del Perú, ya que vemos pacientes de todo el litoral. Entendemos la realidad del país, en cuanto a falencias de instrumentarias, materiales, medicamentos, personal y más. Nos damos cuenta de la situación del servicio básico que brinda el estado, que muchas veces no brinda todo lo que se requiere, ahí entra el ingenio del personal y de los mismos pacientes para buscar su recuperación pronta.
5. Reconocemos que nos falta mucho por mejorar como personas y como sociedad, pero que estamos en camino a ello.

RECOMENDACIONES

La toma de decisiones a la realización del trabajo se basaron en cuál caso clínico me podría dar una visión concreta sobre esa enfermedad, ver su manejo básico y sencillo para tener una idea de su manejo adecuado.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Taype-Rondan Álvaro, Tataje Gustavo, Arizabal Angela, Alegría Saela, Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. An Fac med. 2016;77(1):31-8.
2. Nieto-Gutierrez W, Taype-Rondan A, Bastidas F, Casiano-Celestino R, Inga-Berrospi F. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta Med Peru. 2016;33(2):105-10.
3. A. Arroyo-Ramirez Fitzgerald, Rojas-Bolivar Daniel. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. Acta Med Peru. 2020;37(4):562-4.
4. Hospital María Auxiliadora. Reseña historica del hospital maria auxiliadora. Citado el 1 de mayo del 2021. Disponible en <http://www.hma.gob.pe/v2/pdf/historia/historia.pdf>
5. Portal del Estado Peruano [Internet]. Gob.pe. [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.transparencia.gob.pe/enlaces/pte_transparencia_enlaces.aspx?id_entidad=12884
6. David G Armstrong, DPM, MD, PhD Richard J de Asla, MD. Management of diabetic foot ulcers. UptoDate. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-diabetic-foot->

ulcers?search=ulcera%20en%20diabetes&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

7. Silvio E Inzucchi, MD Beatrice Lupsa. Clinical presentation, diagnosis, and initial evaluation of diabetes mellitus in adults. UptoDate. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults?search=diabetes%20mellitus&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4242114650

8. Thomas M Hooton, MD Kalpana Gupta, MD, MPH. Acute complicated urinary tract infection (including pyelonephritis) in adults. UptoDate. Available from: https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=infección%20del%20tracto%20urinario%20adulto&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H3048399109

9. Aguinaga A, Gil-Setas A, Mazón Ramos A, Alvaro A, García-Irure JJ, Navascués A, et al. Uncomplicated urinary tract infections. Antimicrobial susceptibility study in Navarre. An Sist Sanit Navar. 2018;41(1):17–26.

10. J. Echevarría-Zarate, E. Sarmiento, F. Osoreo-Plenge. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta Med Per. 23(1) 2006.

11. N. Brito Viglione, F. Bonilla. Abscesos y fístulas anales. Clínicas Quirúrgicas Facultad de Medicina Universidad de la República. Clin Quir Fac Med UdelaR. Uruguay 2018.

12. Philip W Kantoff, MD Mary-Ellen Taplin, MD Joseph A Smith, MD. Clinical presentation and diagnosis of prostate cancer. UptoDate. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-diagnosis-of-prostate-cancer?search=cancer%20de%20prostata&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

13. Eric A Klein, MD. Prostate cancer: Risk stratification and choice of initial treatment. UptoDate. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/prostate-cancer-risk-stratification-and-choice-of-initial->

treatment?search=cáncer%20de%20prostata&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H19

14. Guía Clínica sobre cáncer de próstata. Instituto Nacional de enfermedades neoplásicas. 2010.

http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2012/17042012_RJ_127_2012.pdf

15. Ruiz López AI, Pérez Mesa JC, Cruz Batista Y, González Lorenzo LE. Actualización sobre cáncer de próstata. CCH Correo cient Holguín. 2017;21(3):876–87.

16. B. Harris, MD, M. Pietroni. Approach to the child with acute diarrhea in resource-limited countries. Oct 03, 2019. UptoDate. Available from: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-acute-diarrhea-in-resource-limited-countries?search=enfermedad%20diarreica%20viral&source=search_result&selectedTitle=10~150&usage_type=default&display_rank=10#H4266688.

17. J. Millichap. Clinical features and evaluation of febrile seizures. Mar 15, 2021. UptoDate. Available from: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-evaluation-of-febrile-seizures?search=convulsión%20febril&source=search_result&selectedTitle=1~140&usage_type=default&display_rank=1#H762179995

18. L. Rojas, M. E. Montiel, G. Sostoa, A. Aldana, M. Lezcan. Convulsión Febril. Pediatr. (Asunción), Vol. 38; No 1; Abril 2011. pág. 63-67.

19. A. Carusi. Retained products of conception in the first half of pregnancy. Mar 11, 2021. UptoDate. Available from: https://www.uptodate.com/contents/retained-products-of-conception-in-the-first-half-of-pregnancy?search=aborto%20incompleto%20manejo&source=search_result&selectedTitle=1~27&usage_type=default&display_rank=1#H23

20. Who.int. tratamiento médico del aborto. [citado el 1 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328166/9789243550404-spa.pdf?ua=1>

21. A. Montes. Guía de procedimiento asistencial de aspiración manual endouterina. Departamento de ginecología y obstetricia del Hospital Cayetano Heredia. Lima, Perú. 2014.
22. R. Norwitz. Preeclampsia: Management and prognosis. UptoDate. Available from: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?search=preclampsia&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H17
23. P. August, M. Sibai. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. UptoDate. Available from: https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=preclampsia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

ANEXOS

1.

Tabla 1. Clasificación de Meggit-Wagner (23)		
Grado	Lesión	Características
0	Ninguna, pie de riesgo	Callos gruesos, cabezas de metatarsianos prominentes, dedos en garra, deformidades óseas
I	Úlceras superficiales	Destrucción del espesor total de la piel
II	Úlceras profundas	Penetra la piel grasa, ligamentos pero sin afectar hueso, infectada
III	Úlcera profunda más absceso (osteomielitis)	Extensa y profunda, secreción, mal olor
IV	Gangrena limitada	Necrosis de una parte del pie o de los dedos, talón o planta
V	Gangrena extensa	Todo el pie afectado, efectos sistémicos

Wagner FW. The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment. Foot Ankle 1981; 2: 64-122.

Fuente: Clasificaciones de lesiones en pie diabético. Un problema no resuelto. Scielo.

2.

Grupo I	T1a-c	N0	M0 PSA < 10	Gleason ≤ 6
	T2a	N0	M0 PSA < 10	Gleason ≤ 6
Grupo IIA	T1a-c	N0	M0 PSA < 20	Gleason 7
	T1a-c	N0	M0 PSA ≥ 10 < 20	Gleason ≤ 6
	T2a, b	N0	M0 PSA < 20	Gleason ≤ 7
Grupo IIb	T2c	N0	M0 Cualquier PSA	Cualquier Gleason
	T1-2	N0	M0 PSA ≥ 20	Cualquier Gleason
	T1-2	N0	M0 Cualquier PSA	Gleason ≥ 8
Grupo III	T3a, b	N0	M0 Cualquier PSA	Cualquier Gleason
Grupo IV	T4	N0	M0 Cualquier PSA	Cualquier Gleason
	Cualquier T	N1	M0 Cualquier PSA	Cualquier Gleason
	Cualquier T	Cualquier N	M0 Cualquier PSA	Cualquier Gleason

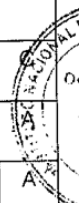
Nota: cuando no se disponga del PSA o de la puntuación de Gleason, el agrupamiento debe determinarse en función de la categoría Tc y sea cual sea el valor disponible, PSA o puntuación de Gleason. Cuando no se disponga de ninguno de ellos, no es posible el agrupamiento pronóstico, por lo que ha de emplearse el agrupamiento por estadios.

Fuente: Guía clínica sobre el cáncer de próstata. European Association of Urology 2010.

3.

13. RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES RELATIVAS AL TRATAMIENTO PRIMARIO DEL CaP

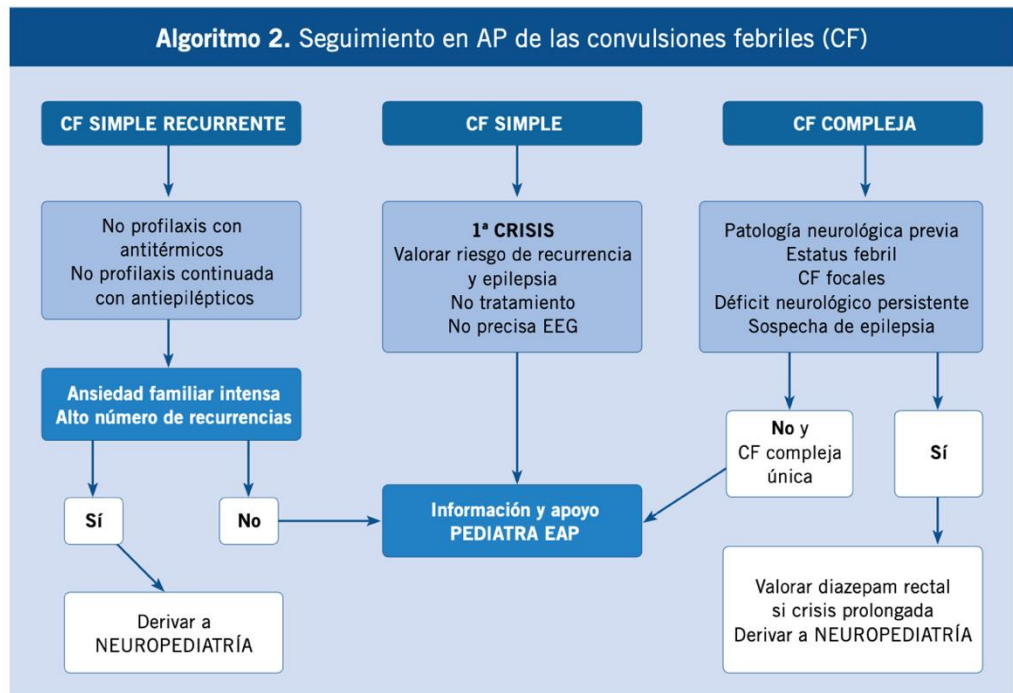
Estadio	Tratamiento	Comentarios	GR
T1a	Vigilancia activa	Tratamiento de referencia de los pacientes con tumores bien y moderadamente diferenciados y una esperanza de vida < 10 años. En los pacientes con una esperanza de vida > 10 años se aconseja la reestadificación con RTUP y biopsia.	B
	Prostatectomía radical	Opcional en los pacientes jóvenes con una esperanza de vida prolongada, especialmente en los tumores poco diferenciados.	B
	Radioterapia	Opcional en los pacientes jóvenes con una esperanza de vida prolongada, especialmente en los tumores poco diferenciados. Mayor riesgo de complicaciones tras una RTUP, especialmente con la radioterapia intersticial.	B
	Hormonal	No es una opción.	A
	Combinación	No es una opción.	C
T1b-T2b	Vigilancia activa	Opción de tratamiento en los pacientes con tumores cT1c-cT2a, PSA < 10 ng/ml, puntuación de Gleason en la biopsia ≤ 6, ≤ 2 biopsias positivas y ≤ 50 % de afectación por cáncer en cada biopsia. Pacientes con una esperanza de vida < 10 años. Pacientes que no acepten las complicaciones relacionadas con el tratamiento.	B
	Prostatectomía radical	Tratamiento de referencia de los pacientes con una esperanza de vida > 10 años que acepten las complicaciones relacionadas con el tratamiento.	A
	Radioterapia	Pacientes con una esperanza de vida > 10 años que acepten las complicaciones relacionadas con el tratamiento. Pacientes con contraindicaciones de la cirugía. Pacientes con condición física deficiente, una esperanza de vida de 5-10 años y tumores poco diferenciados (se recomienda un tratamiento combinado; véase más adelante).	B
	Braquiterapia	La braquiterapia TDA puede considerarse en caso de CaP de bajo riesgo, pacientes con un volumen prostático ≤ 50 ml y un IPSS ≤ 12.	B
	Hormonal	Pacientes sintomáticos, que necesiten paliación de los síntomas, no aptos para un tratamiento curativo.	A
	Combinación	Los antiandrógenos se asocian a una peor evolución que la 'actitud expectante' y no se recomiendan. En pacientes de alto riesgo, el tratamiento hormonal neoadyuvante (THN) y el tratamiento hormonal concomitante + radioterapia provocan un aumento de la supervivencia global.	A



T3-T4	Actitud expectante	Opción en los pacientes asintomáticos con tumores T3 bien y moderadamente diferenciados y una esperanza de vida < 10 años que no son aptos para un tratamiento local.	C
	Prostatectomía radical	Opcional en pacientes seleccionados con tumores T3a, PSA < 20 ng/ml, puntuación de Gleason en la biopsia ≤ 8 y una esperanza de vida > 10 años.	C
	Radioterapia	T3 con una esperanza de vida > 5-10 años. El aumento de la dosis > 74 Gy parece beneficioso. Debe recomendarse una combinación con tratamiento hormonal (véase más adelante).	A
	Hormonal	Pacientes sintomáticos con tumores T3-T4 extensos, concentración elevada de PSA (> 25-50 ng/ml) y TD-PSA < 1 año. A petición del paciente, pacientes con condición física deficiente.	A
	Combinación	La supervivencia global mejora con el tratamiento hormonal concomitante y adyuvante (3 años) combinado con radioterapia externa.	A
		THN + prostatectomía radical: sin indicación.	B
N+, M0	Actitud expectante	Pacientes asintomáticos. A petición del paciente (PSA < 20-50 ng/ml), TD-PSA > 12 meses. Se precisa un seguimiento muy estrecho.	B
	Prostatectomía radical	Opcional en pacientes seleccionados con una esperanza de vida > 10 como parte de un tratamiento multimodal.	C
	Radioterapia	Opcional en pacientes seleccionados con una esperanza de vida > 10 años, es obligatorio un tratamiento combinado con privación androgénica adyuvante durante 3 años.	C
	Hormonal	Tratamiento de referencia en tumores N > N1.	A
	Combinación	No es una opción de referencia. A petición del paciente.	B
M+	Actitud expectante	No es una opción de referencia. Puede deparar una peor supervivencia o más complicaciones que el tratamiento hormonal inmediato. Se precisa un seguimiento muy estrecho.	B
	Prostatectomía radical	No es una opción.	C
	Radioterapia	No es una opción con intención curativa; opción terapéutica en combinación con privación androgénica para controlar los síntomas locales derivados del cáncer.	C
	Hormonal	Tratamiento de referencia. Obligatorio en los pacientes sintomáticos.	A

Fuente: Instituto Nacional de enfermedades neoplásicas 2010.

4.



Fuente: Convulsión febril. Centro de Salud Orcasur. Madrid.

5.

RECOMENDACIÓN 1A

Tratamiento médico del aborto incompleto con < 13 semanas de gestación⁶

RECOMENDACIONES	TRATAMIENTO COMBINADO		SOLO MISOPROSTOL
	MIFEPRISTONA	» 1 A 2 DÍAS »	MISOPROSTOL
ABORTO INCOMPLETO < 13 SEMANAS	No	Solo misoprostol	600 µg v.o. ^a o 400 µg s.l. ^a

v.o.: oral; s.l.: sublingual

Para tratar el aborto incompleto con un tamaño uterino < 13 semanas, sugerimos que se utilicen 600 µg de misoprostol administrados por vía oral o 400 µg de misoprostol administrados por vía sublingual.^a

TIPO DE RECOMENDACIÓN: NUEVA O ACTUALIZADA

La recomendación 1a es una actualización de la recomendación hecha en la directriz de la OMS de 2012 *Aborto sin riesgos* (6). De la presente recomendación actualizada se ha eliminado la opción consistente en la administración vaginal de 400–800 µg de misoprostol.

^a Se puede considerar la posibilidad de administrar dosis repetidas de misoprostol cuando sea necesario para el éxito del aborto. La presente directriz no incluye una recomendación con respecto al número máximo de dosis de misoprostol. El profesional sanitario debe ser cauteloso y emplear su juicio clínico para decidir el número máximo de dosis de misoprostol en embarazadas en las que anteriormente se hayan realizado incisiones uterinas. La rotura del útero es una complicación rara; cuando la edad gestacional sea avanzada, se tendrá en cuenta el juicio clínico y la preparación del sistema de salud para tratar de urgencia la rotura uterina.

Fuente: Tratamiento médico del aborto. WHO.