



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO - HOSPITAL
MILITAR CENTRAL CRL LUIS ARIAS SCHREIBER EN LOS
MESES DE MAYO 2022- FEBRERO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

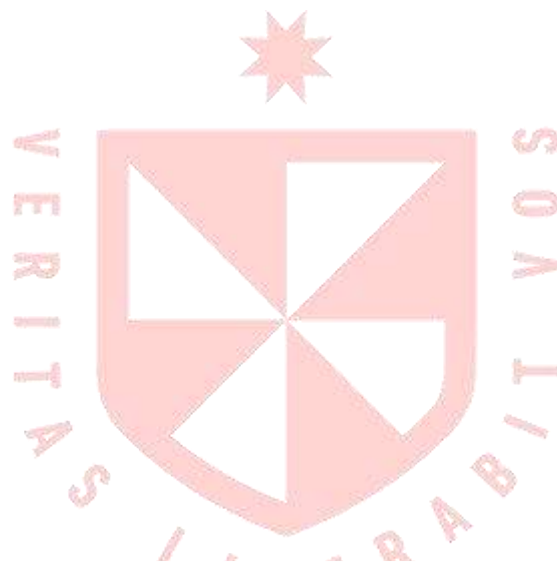
**PRESENTADO POR
MAYRA MEDALITH GUTIÉRREZ OCHARA
DOLKA MAYTÉ MARÍN DÁVALOS**

ASESOR

MARÍA CHRISTINA MEDINA PFLUCKER

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 EN EL INTERNADO MÉDICO - HOSPITAL
MILITAR CENTRAL CRL LUIS ARIAS SCHREIBER EN LOS
MESES DE MAYO 2022- FEBRERO 2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

PRESENTADO POR

**MAYRA MEDALITH GUTIÉRREZ OCHARA
DOLKA MAYTÉ MARÍN DÁVALOS**

**ASESORA
MTRA. MARÍA CHRISTINA MEDINA PFLUCKER**

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dra. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky

Miembro: Dra. Cynthia Legna Huby Muñoz

Miembro: Dra. Maria Elena Castro Vallejo

DEDICATORIA

A nuestros padres, familia y amigos, quienes estuvieron siempre dándonos su apoyo y enseñándonos a que los sueños se cumplen. A enseñarnos que por más difícil sea el camino, se llega a la meta.

AGRADECIMIENTO

A nuestros docentes quienes se mantuvieron apoyándonos a lo largo de este trabajo y durante la carrera.

Al personal de salud del Hospital Militar Central, por las enseñanzas y vivencias a lo largo del internado médico, quienes han sido modelo para nuestra formación personal y como buenos profesionales en el área de la salud.

ÍNDICE

PORTADA	i
JURADO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
TURNITIN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	2
1.1 Rotación en Medicina Interna	2
1.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia	13
1.3 Rotación en Pediatría	22
1.4 Rotación en Cirugía	28
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	46
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	47
3.1. Rotación en Medicina Interna	47
3.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia	58
3.3. Rotación en Pediatría	65
3.4 Rotación en Cirugía	73
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	85
CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES	87
FUENTES DE INFORMACIÓN	88
ANEXOS	93

RESUMEN

La etapa final de la carrera médica, el internado médico, es la fase final de la formación médica de pregrado, siendo esta la más importante, puesto que en este último año se aplica todo lo aprendido durante los años anteriores de práctica y teoría. En el presente informe, se describe alguno de los casos más relevantes que se presentaron en el internado médico realizado en el Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber durante el periodo de mayo del 2022 hasta febrero del 2023. El **objetivo** del presente trabajo fue describir y detallar las competencias desarrolladas durante el internado médico correspondiente a los servicios de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, y Cirugía General durante el periodo de duración del internado médico durante el año 2022 y 2023. Para su **desarrollo** se requirió de la selección de diversos casos clínicos de distintas especialidades, siendo el objetivo el poder emplear la parte teórica en la práctica clínica. En **conclusión**, el internado es la fase de mayor relevancia para los estudiantes de medicina puesto que es allí en donde se aplica todo lo aprendido durante la etapa universitaria, para así tener un mejor desenvolvimiento durante el servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS), así como en la práctica privada.

Palabras clave: Internado, Hospital Militar, Cirugía General, Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA EN EL INTERNADO MÉDICO - HOSPITAL MILITAR CENTRAL CRL LUIS ARIAS SCHREIBER EN LOS MESES

AUTOR

MAYRA MEDALITH GUTIÉRREZ OCHAR

RECUENTO DE PALABRAS

21341 Words

RECUENTO DE CARACTERES

113661 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

100 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

244.4KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 15, 2023 9:44 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 15, 2023 9:46 AM GMT-5

● 14% de similitud general

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

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



Firma:

Asesor, Maria Cristina Medina Plucker

DNI: 09835848

ORCID: 0000-0002-7608-4963

ABSTRACT

The final stage of the medical career, the medical internship, is the final phase of undergraduate medical training, this being the most important since is in this last year where everything learned during the previous years of practice and theory. This report describes some of the most relevant cases that occurred in the medical internship held at the Central Military Hospital Crl. Luis Arias Schreiber during the period from May 2022 to February 2023. The objective of this work was to describe and detail the skills developed during the medical internship corresponding to the Internal Medicine, Pediatrics, Gynecology and Obstetrics, and General Surgery services during the period of duration of the medical internship during the year 2022 and 2023. For its development, the selection of various clinical cases from different specialties was required, the objective being to be able to use the theoretical part in clinical practice. In conclusion, the internship is the most relevant phase for medical students since it is there where everything learned during the university stage is applied, to have a better development during the rural and marginal urban health service (SERUMS). as well as in private practice.

Keywords: Internship, Military Hospital, General Surgery, Pediatrics, Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics.

INTRODUCCIÓN

El internado médico es un periodo de formación y entrenamiento práctico el cual es crucial para los estudiantes de medicina, pues es necesario para obtener el título profesional y poder ejercer como médicos. Durante este periodo los estudiantes trabajan en hospitales y centros de salud bajo la supervisión de médicos experimentados, donde tienen la oportunidad de aplicar y mejorar sus habilidades clínicas, aprender a tomar decisiones importantes y sobre todo ganar experiencia en el cuidado del paciente de una forma integral. El internado médico es un paso fundamental en la formación de los médicos, y es una etapa exigente y desafiante, pero al mismo tiempo muy gratificante.

No obstante, tras la emergencia sanitaria por el COVID-19, hizo que se redujera el tiempo de duración del internado. Pasando de una duración de 12 meses a 10 meses, los cuales podían ser realizados en un solo hospital u optar por hacer 5 meses en un hospital y los 5 meses restantes en centros de salud. Lo cual trae muchas limitaciones a comparación de generaciones pasadas. Es importante recalcar que las prácticas hospitalarias son el pilar fundamental en todo el internado médico puesto que es allí donde se está más en contacto con el paciente y así poder acompañarlo durante su estadía hospitalaria, así como poder aprender procedimientos y sobre todo saber cómo actuar en situaciones de emergencia.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

1.1 Rotación en Medicina Interna

1.1.1 Caso 1

Paciente EYC masculino de 44 años natural de Lima, Independencia

- **Antecedentes generales:** Hábitos nocivos: Niega consumo alcohol, niega uso drogas ilícitas. Fármacos: El medicamento que consume desde los 10 años es el salbutamol.
- **Antecedentes patológicos:** Asma desde los 10 años, uso de salbutamol. Alergia a la penicilina y AINEs
- **Antecedentes quirúrgicos:** Apendicectomía a los 8 años
- **Antecedentes familiares:** Niega

Relato

- Paciente varón de 44 años relata que, desde hace 2 días, aproximadamente, presentó dolor abdominal a nivel del epigastrio y mesogastrio, con una intensidad de 3 de 10. Por la tarde, ese mismo día, refiere que presentó vómitos de contenido alimenticios, los cuales fueron de hasta 2 oportunidades, ambos de regular cantidad.
- Al día siguiente, refiere que el dolor abdominal persiste y aumenta de intensidad a 8 de 10, a esto se le agrega escalofríos y sudoración profusa. Motivo por el cual acude al servicio de emergencia del HMC, en donde se le hospitaliza en el servicio de gastroenterología.

Examen físico

- Funciones Vitales: PA: 90/60, FR: 18 rpm, FC: 80 lpm, SatO₂: 97 % FiO₂: 21 %, Temperatura axilar: 36.8 °C, Talla: 1.70, Peso: 57.3 kg
- Apariencia general: REG, REN, REH, colaborador.
- Piel y mucosas: Tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 segundos, no hay presencia de edemas ni de ictericia, no se encuentran lesiones.
- T y P: Amplexación conservada, MV pasa bien en AHT, no se evidencia ruidos agregados.
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles

- Abdomen: Distendido, RHA disminuidos presente, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio y mesogastrio.
- GU: Diuresis espontánea, PPL (-), PRU (-)
- SNC: Despierto, LOTEPE, pupilas isocóricas, fotoreactivas, no signos meníngeos ni de focalización.
- Locomotor: moviliza las 4 extremidades.

Impresión diagnóstica

- Pancreatitis aguda

Plan de trabajo

- Hidratación
- Antibioticoterapia
- Manejo del dolor
- Exámenes de laboratorio
- TAC de tórax, ecografía de abdomen, colangiografía

Examen de laboratorio:

- Hemoglobina: 14.9 mg/dL
- Leucocitos: 17.670 xmm³
- Plaquetas: 187
- Segmentados: 83.3 %
- Linfocitos: 10.6 %
- Monocitos: 5.8 %
- Eosinófilos: 0.2 %
- Amilasa: 2888
- Lipasa: 3404.3
- Urea: 31
- Creatinina: 0.96 U/L
- Glucosa: 182 mg/dL
- TGO: 442.9 UI/L
- TGP: 349 UI/L

Colangiografía

Vesícula biliar de paredes engrosadas con múltiples cálculos en su interior. El colédoco mide 3 mm de diámetro sin evidencia de coledocolitiasis, compresiones extrínsecas ni lesiones neoforativas periampulares. Páncreas muestra incremento de volumen con cambios inflamatorios adyacentes, así como colección laminar periférica.

Hallazgos compatibles con pancreatitis aguda Balthazar E, Colecistitis crónica calculosa, Líquido libre en espacios parietocolicos.

Ecografía de abdomen completo

Hallazgos ecográficos con relación a Hepatopatía crónica difusa. Signos ecográficos sugerentes de litiasis vesicular, pancreatitis. Meteorismo intestinal incrementado difusamente.

TEM de abdomen completo C/C

Se observa extensa colección pancreática que compromete el cuerpo y cola, compatible con necrosis, no se descarta la posibilidad de absceso, se asocia a cambios inflamatorios de las partes adyacentes. Escasa cantidad de líquido libre en cavidad peritoneal. Y colecistitis crónica calculosa.

Tratamiento farmacológico

- NPO
- Dextrosa 5 % 1000 cc 45 gotas EV c/ 24h
- NaCL 20 % 02 amp 45 gotas EV c/ 24 h
- KCl 20 % 02 amp 45 gotas EV c/ 24 h
- Esomeprazol 40 mg 01 amp EV c/ 24 h
- Tramadol 100 mg EV c/ 8 h
- Dimenhidrinato 50 mg EV c/ 8h
- Ketoprofeno 100 mg EV c/ 8 h

No farmacológico

- Interconsulta con cirugía ya que se observa litos biliares, el cual es una complicación de la pancreatitis.

- Control del paciente cada 2 h.

Procedimiento

Se realiza drenaje percutáneo de colección peripancreática, mediante guía tomográfica y anestésico local. Se coloca catéter Pig Tail 12 Fr.

En los hallazgos se observa colección peripancreática la cual se punza con aguja trocar n° 18, obteniendo líquido serohemático, se procede a la colocación de catéter Pig Tail el cual queda permeable a nivel del cuerpo pancreático, se drena 350 cc y se envió muestra para laboratorio.

1.1.2. Caso 2

Paciente JAV masculino de 87 años, originario de Lima, SJM

- **Antecedentes patológicos:** Hipertensión arterial desde los 70 años, Accidente vascular isquémico (2020). Medicamentos habituales: Pradaxona, Quinapril, Amlodipino, Complejo B, Atorvastatina, Atenolol, Digoxina
- **Antecedentes quirúrgicos:** Hemorroides hace 20 años aproximadamente
- **Antecedentes familiares:** Madre con diagnóstico de HTA y ACV.

Relato

- Familiar del paciente refiere que durante la mañana del mismo día del ingreso, aproximadamente hace 4 horas, el paciente se encontraba realizando sus actividades cotidianas y conversando con su hija, cuando de un momento a otro dejó de responder, manteniendo los ojos abiertos, permaneciendo de pie con el cuerpo rígido. Posteriormente se desvaneció y es sentado por familiares. Familiar refiere que al no ver respuesta del paciente decide llevarlo al servicio de emergencia del HMC en donde ingresa al servicio de medicina interna con signos vitales estables, hemiplejía de lado derecho.

Examen físico:

- Funciones vitales: PA: 140/70 mmHg, FC: 68 lpm, FR: 18 rpm, T: 36.3°
SatO2: 97 %, FiO2: 0.21
- General: AREG, AREH, AREN
- P y F: T/H/E, llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, no ictericia, no cianosis
- Cuello: Cilíndrico, no adenopatías palpables
- T y P: Amplexación conservada, MV pasa bien en AHT, no ruidos agregados
- CV: Ruidos cardiacos arrítmicos de baja intensidad, no se auscultan soplos
- ABD: Plano, RHA presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda
- GU: Portador de sonda Foley permeable, PPL (-). PRU (-)
- SNC: Somnoliento, pupilas isocóricas, fotoreactivas, hemiplejia del lado derecho, asimetría facial a predominio derecho, disminución de fuerza y tono de lado derecho, Babinski (+) derecho, ROT presentes, Glasgow 11/15 (O: 4, V:1, M: 6) (anexo 1) , no signos meníngeos ni de focalización

Impresión diagnóstica

- Accidente vascular isquémico
- Fibrilación auricular con respuesta baja

Plan de trabajo

- Hidratación
- Se solicita exámenes de laboratorio
- Se solicita TAC cerebral
- Evaluación por neurología en 24 horas
- Hospitalización

Exámenes de laboratorio

- Hemoglobina: 11.2
- Hto: 32.4
- Plaquetas: 117
- Leucocitos: 7

- Abastionados: 0
- Segmentados: 88.6
- Examen de orina: Leucocitos: 0 - 1, Hematíes: 0 - 1, No bacterias
- Perfil de coagulación: TP: 15.9, INR: 1.2
- Glucosa: 134
- Urea: 39
- Creatinina: 0.77
- Electrolitos séricos: Sodio: 135, Potasio: 4, Cloro: 104
- PCR: 1.1
- BNP: 312.46

TEM cerebral

- Entre los hallazgos encontrados no se evidencia evento de sangrado reciente

Evolución

Paciente, varón de 87 años con los siguientes diagnósticos

- Accidente cerebro vascular isquémico izquierdo
- Hipertensión
- Fibrilación auricular con respuesta ventricular alta compensada

(S) Paciente poco colaborador al examen físico. Enfermería no reporta interurrencias.

(O) Al examen físico

- FV: PA: 130/60 mmHg, FR: 20 rpm, FC: 67 lpm, T° 36.3 °C, SatO2: 97 %
FiO2: 0.21, Portador de SNG
- P y F: T/ H/ E, llenado capilar <2", no presenta palidez, no cianosis, no ictericia
- T y P: Amplexación conservada, MV pasa bien en AHT, no ruidos agregados

- CV: Ruidos cardiacos arrítmicos de baja intensidad, no soplos audibles, ingurgitación yugular (-)
- Abd: Plano, RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, elimina flatos.
- GU: Portador de sonda Foley, PPL (-), PRU (-)
- SNC: Somnoliento, hemiplejia de hemicuerpo derecho, Babinski (+) derecho, pupilas isocóricas, fotoreactivas, ROT ++/+++, no signos meníngeos ni de focalización

(A) Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin necesidad de apoyo oxigenatorio, afebril al momento del examen, portador de SNG permeable, portador de sonda Foley permeable con orina presente. Evolución estacionaria.

(P) Continuar con indicaciones médicas

- Dieta blanda licuada 1200 cc dividido en 4 tomas en 24 h
- Vía Salinizada
- Pradaxa 110mg 01 Tab molida por SNG c/12 h
- Quinapril 20 mg 01 Tab molida por SNG c/12 h
- Complejo B 01 Tab molida por SNG c/24 h
- Atorvastatina 20 mg 01 Tab molida por SNG c/12 h
- Esomeprazol 40 mg 01 Amp EV c/ 24 h
- Simeticona 80 mg/mL 40 gotas VO c/ 8h
- Atenolol 100 mg ½ Tab molida por SNG c/12 h
- Amlodipino 5 mg 01 Tab molida por SNG c/12 h
- CFV + BHE

Seguimiento

El paciente luego de la evaluación y seguimiento continuo dado por el servicio de neurología, se aprecia que continúa con una evolución lenta favorable, donde se aprecia leve mejoría para movilizar el miembro inferior derecho, así también, puede comunicarse mediante monosílabos.

1.1.3 Caso 3

Paciente SARM, femenina de 76 años, originaria de Lima, Ate

Antecedentes

- **Antecedentes generales:** Consumidora de alcohol de forma social
- **Antecedentes patológicos:** HTA
- **Antecedentes quirúrgicos:** Niega
- **Antecedentes familiares:** Niega

Relato

Paciente mujer de 76 años de 68 Kilos, sin antecedentes de importancia. Es referido del policlínico militar de Chorrillos por presentar cefalea, epigastralgia, disminución de la agudeza visual y malestar general de 6 horas de evolución hasta el ingreso. Durante su estancia paciente cursa con deterioro neurológico por lo que colocan tubo oro-traqueal para protección de vía aérea. En AGA encuentran acidosis metabólica severa AG elevado pH: 6.7 con PCO₂: 23.1 mmHg PO₂: 242 mmHg FiO₂: 100 % HCO₃: 4.4. Ingresa a la Unidad de Shock Trauma con funciones vitales: FC: 130 lat/min FR: 24 resp/min PA: 130/80 mmHg SatO₂ 100 FiO₂ 0.4. Lucía en mal estado general con ventilación espontánea por TOT.

Se hace ampliación de anamnesis con familiares los que indican que paciente durante aproximadamente 3 días venía ingiriendo “remedio casero antitusígeno”

Examen físico

- Funciones Vitales: T ° 37.4, PA: 130/80 mmHg, FR 24 rpm, FC 130 lpm, SatO₂ 100 %
- Apariencia general: AMEG, AMEH, AREN
- Peso: 68 kg, talla: 1.61 m IMC: 26.6
- Piel: T/H/E, llenado capilar menor a 2 segundos
- TSCS: No hay presencia de edemas

- TyP: Murmullo vesicular trascurre bien en ACP, no presencia de RALES
- CV: Ritmo cardiaco rítmicos de buena intensidad, no soplos
- Abdomen: RHA +, blando, depresible, no dolor a la palpación no presencia de visceromegalia, no masas
- Neurológico: Pupilas midriáticas, arreactivas, hiporreactiva, Escala de Glasgow: AO:1, RV: 1+ TOT, RM:1

Impresión diagnóstica

- Intoxicación por metanol
- Acidosis metabólica severa Anión GAP elevado

Plan de trabajo

- Tratamiento precoz con etanol
- Corrección de trastorno ácido base

Tratamiento no farmacológico

- Hemodiálisis: Como alternativa, que elimina tanto el metanol como el ácido fórmico y el ácido fórmico

Tratamiento farmacológico

- Etanol por SNG con 136 cc de etanol 40 % (Whisky)
- Agua destilada 136 cc en 1 hora.

Seguimiento

Se inicia corrección de trastorno ácido base y se realiza toma de muestra para evaluar el nivel de intoxicación de metanol, enviándole dicha muestra a laboratorio central. Se inicia fluidoterapia y terapia dialítica. Llegan los resultados de laboratorio central en 47.69 mg/L, siendo positivo para intoxicación por metanol. Se procedió a realizar 2da terapia.

1.1.4 Caso 4

Paciente RIFJ, varón de 22 años, procedente de SJM

Antecedentes

Generales: Hábitos nocivos: Consumo de tabaco y bebidas alcohólicas de forma ocasional. Vivienda: Material noble.

Patológicos: Síndrome ansioso depresivo (tratamiento actual: Fluoxetina)

Quirúrgicos: Niega

Familiares: Niega

Relato

Paciente masculino de 22 años refiere que hace semanas realiza cámaras blandas 3-4 oportunidades al día. No sangre ni moco. niega dolor, pérdida de peso y falta de apetito. Refiere sensación de mejoría al ayuno. Paciente también refiere que desde hace 1 mes aproximadamente como es ansioso ha empezado a tomar hasta 4 veces al día la plantilla fluoxetina por qué siente que lo ayuda a calmar sus nerviosas.

Examen físico

- FV: T ° 36.7, FR 16 rpm, FC 90 lpm, PA 140/82 mmHg SatO2 98 %
- AREG, AREN, AREH
- Peso: 67.8 kg, talla: 1.75 m, IMC: 22.5
- Piel: Caliente, elástica, húmeda, llenado capilar 2"
- TSCS: No edemas ni tumoraciones, no había adenopatías.
- TyP: Murmullo vesicular pasa bien en ACP, no se auscultan ruidos agregados
- CV: RC rítmicos de buena intensidad, no soplos agregados
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no visceromegalia, no masas
- Neurológico: Despierto, lúcido, orientado en tiempo espacio y persona, no hay presencia de signos de focalización ni de signos meníngeos, E. Glasgow 15/15

Impresión diagnóstica

- Diarrea persistente
- Síndrome ansioso depresivo

Plan de trabajo

- Bioquímica
- Análisis de sangre
- Análisis de orina
- Perfil tiroideo
- Coprocultivo
- Estudio de parásitos en heces
- Toxina de *Clostridium difficile*
- Antígenos para *Giardia lamblia*

Diagnóstico

- Diarrea osmótica posterior a uso de medicamentos

Tratamiento farmacológico

- Simeticona 80 mg, 40 gotas c/8 hrs
- Fluoxetina 20 mg, 1 tab c/24 hrs

Tratamiento no farmacológico

- Dieta astringente

Seguimiento

- Control por consultorio externo de psiquiatría

1.2 Rotación en Ginecología y Obstetricia

1.2.1. Caso 1:

Paciente NAC, femenino de 29 años, de Comas.

Antecedentes:

Ocupación: Vendedora

Personales: Niega

Quirúrgicos: 1 aborto más legrado uterino

Obstétricos

- Menarquia 11 años
- Inicio de relaciones sexuales: 15 años
- N° de parejas: 2
- G 3 P1011: 01 pérdida hace 1 año

Relato

Paciente Tercigesta de 31 semanas acude a emergencia del hospital por presentar sangrado vaginal de hace aproximadamente 4 días color rojo vivo en poca cantidad y hoy se agregó dolor tipo contracciones uterinas, percibe movimientos fetales, niega pérdida de líquido.

Examen físico

- Signos vitales: PA: 110/80 mmHg, FC, 72 lpm FR: 20 rpm T: 36.5 °C
- AREG AREN AREH
- P Y F: No hay presencia de cianosis, no presenta palidez al momento de la evaluación, llenado capilar < 2 segundos
- CV: RCR de buena intensidad.
- T Y P: Tórax simétrico, MV se ausculta bien en ambos hemitórax, no presencia de ruidos agregados
- Abdomen: Altura uterina de 30 cm, movimientos fetales presentes, Feto en LCI, LCF: 120 lpm, dinámica uterina se evidencia a la palpación 2 contracciones en 10 min.
- TV: Cérvix posterior, no modificaciones cervicales, AP -4, sangrado en dedo de guante no activo, pelvis de proporciones ginecoide, no se evidencia pérdida de líquido amniótico.

Ecografía obstétrica 25/11/2022

Ponderado fetal: 1850 G, placenta corporal posterior de Grado II, en el borde se evidencia parcialmente en OCI, Pozo mayor de 5 cm, cervicometría 18 mm

Exámenes de laboratorio

Examen de orina se evidencia sin presencia de patologías. Hemograma: Leucocitos 8691 (B: 0 %) Hb: 11.9 g/dL plaquetas 216000, COVID negativo examen de orina: Leucocitos más de 100 x campo gérmenes positivo

Impresión diagnóstica

- Tercigesta de 31 semanas por ecografía del 1^{er} trimestre
- Placenta previa
- Amenaza de parto pretérmino
- Infección urinaria

Paciente estable, en tratamiento con tocólisis que responde favorablemente a Nifedipino en dosis de ataque y en dosis de mantenimiento. Se inicia maduración pulmonar utilizando Betametasona 12 mg administrado por vía Intramuscular, monitoreo constante, test no estresante en 4 horas.

Plan

Continuar tocólisis y maduración pulmonar.

1.2.2. Caso 2

Paciente DMDM, femenina de 19 años, proveniente de Collique

Antecedentes

- **Personales:** Niega alguno de importancia
 - **Quirúrgicos:** Niega alguno de importancia
 - **Obstétricos:**
- Menarquia: 13 años
 - Inicio de relaciones sexuales: 16 años
 - Número de parejas sexuales: 4
 - Fecha de última menstruación: no recuerda.
 - Métodos anticonceptivos: no usa.

Relato

La paciente relata que hace aproximadamente seis horas antes observó sangrado por vía vaginal de tono rojo vivo el cual era de abundante cantidad asociado a dolor tipo cólico 7/10 ubicado en zona del hemiabdomen inferior intensificando en la región del hipogastrio, razón por la cual decide acudir al servicio de emergencia, donde se verificó la presencia de sangrado activo con presencia de abundantes coágulos, asimismo, al tacto vaginal se evidencia orificio cervical interno y orificio cervical externo abiertos. En la evaluación abdominal se encontró ruidos hidroaéreos presentes, a la digitopresión el abdomen se encontraba blando y depresible, aunque doloroso a la palpación profunda acentuado en el hipogastrio, no encontrándose signos peritoneales.

Ecografía Transvaginal 11/01/2023 a las 22:40 p. m.

Útero en anteversoflexión de 88 x 67 x 71 mm, en cavidad endometrial cuyo grosor es 35 mm se puede observar contenido heterogéneo, ovario derecho de 34 x 33 x 29 mm ovario izquierdo de 35 x 29 x 31, fondo de saco de Douglas líquido libre de 25 mm.

Exámenes de laboratorio

- Hemoglobina 08 gr/dl
- Plaquetas 250 000
- Leucocitos 12 000
- Grupo y factor: O +
- Creatinina 0.7
- Examen de orina: no patológico
- Urea: 21
- Glucosa 78

Impresión diagnóstica

- Aborto incompleto

Manejo

Se transfunde 1 paquete globular y se programa a SOP para Legrado uterino.

Procedimiento Legrado uterino 11/01/2023 a las 00:03 a. m.

- Hallazgos: Útero de 9 cm, se hallaron restos endouterinos de volumen aproximado 150 cc, sin mal olor.
- Procedimiento: Asepsia antisepsia, colocación de valva anterior y valva posterior, pinzamiento de labio superior con pinza Schroeder, Histerometría directa con histerómetro, extracción endouterinos mediante pinza Foster y legra uterina, revisión de hemostasia, retiro del instrumental, paciente tolera el procedimiento y es llevado a observación, se envía muestras para anatomía patológica.

Alta

Finalmente, a las 12 horas después del procedimiento la paciente es dada de alta con indicaciones médicas.

- Paracetamol 1 gramo cada 12 horas x 3 días
- Doxiciclina 100 mg vía oral 2 veces al día, durante 5 días
- Control por Consulta Externa de Ginecología y Obstetricia.

1.2.3 Caso 3

Paciente MMGM, mujer de 38 años, procedente de Lince

Antecedentes

- **Patológicos:** Niega alguno de importancia
- **Quirúrgicos:** Niega cirugías previas
- **Obstétricos:** Menarquia 13 años, inicio de relaciones sexuales 15 años, número de parejas sexuales: 4, FPP: 09/02/2023, FUP 21/0//2017, RC: 3/28, G2 P1001, FUR: 02/05/2022, CPN: 09

Relato

Paciente acude a emergencia del Hospital Militar Central porque refiere presencia de contracciones uterinas cada 3 a 5 por minuto, sensación de pujo,

además de pérdida de tapón mucoso. No refiere pérdida de líquido ni sangrado, percibe movimientos fetales.

Examen físico

- Presión Arterial: 140/90 mmHg FC: 95 lpm, FR: 19 rpm, SatO₂: 99 % T 36.7 °C
- Pelvis ginecoide, útero grávido con altura uterina: 33 cm, LCF 155 lpm, SPP: LCD, tacto vaginal: D: 9 I: 100 %, AP: 0

Impresión diagnóstica

- Secundigesta de 39 ss x Eco 1 trimestre/Trabajo de parto fase activa /Trastorno Hipertensivo del embarazo

Exámenes de laboratorio

- DHL: 432, glucosa 101, urea 10, creatinina 1.00, TGP: 18 TGO 23
- Grupo sanguíneo: O+
- Leucocitos: 11 120, plaquetas 145 000, segmentados 29.6, Hb 11.2
- Examen de orina no patológico, examen serológico no patológico

Parto:

- Espontáneo cefálico, alumbramiento dirigido en Schulz, extracción manual, pérdida de sangre +/- 400cc, no complicaciones durante el parto
- Circular simple, longitud 58 cm y grosor 1.8 cm
- Placenta peso 280, forma ovoide, diámetro 20 x 20
- RN: EG: 39 ss, APGAR 9´ 9´

Puerperio

- Paciente presenta leve dolor localizado epigastrio.
- FV: PA: 170/90 mmHg, FC: 86 lpm, FR 19 rpm, T 36.6 °C
- AMEG, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, conjuntiva de colocación rosada, mucosa oral húmeda, serie de PA valorizado en: 179/110, 190/100, 180/90, 142/85 mmHG

- Abdomen: Poco doloroso a la palpación en región del hipogastrio, blando y depresible a la digitopresión, RHA positivos
- Loquios: Escasos loquios hemáticos
- Miembros inferiores: Edema en miembros inferiores ++

Exámenes de laboratorio:

FA: 1000, Urea 10, Glucosa 83. DHL: 756, TGO: 1435, TGP: 650, Hemograma: Leucocitos: 12.040, Plaquetas: 19.000: Trombocitopenia severa, Segmentados: 91.2 %, Hb: 12.5

Impresión diagnóstica:

Puérpera inmediata de parto eutócico, Preeclampsia con criterios de severidad.

Se inicia activación de código azul de inmediato y se le requiere perfil de preeclampsia

Evolución

- Paciente describe dolor en región del epigastrio cuantificado en 8/10 acompañado de sensación de turgencia
- Funciones vitales: FC 93 lpm, PA: 170/90 mmHg, FR: 21 rpm
- Aparente mal estado general, LOTEPE, conjuntivas rosadas, mucosas húmedas, abdomen: RHA +, B/D dolor a la palpación superficial y profunda en epigastrio (EVA 8/10) , útero contraído a nivel de cicatriz umbilical CV: se auscultan RCR de buena intensidad, TYP: MV pasa bien en ambos campos pulmonares.
- Paciente pasa a UCI.

UCI

Paciente ingresa con los diagnósticos:

- Preeclampsia con criterios de severidad + síndrome de HELLP parcial

- Puérpera inmediata por parto eutócico
- Falla renal aguda no oligúrica
- La paciente se encuentra con tendencia a presiones altas, CV: RCR, sin la presencia de soplos a la auscultación; Aparato respiratorio: Amplexación conservada, MV se ausculta bien en ambos hemitórax; Aparato gastrointestinal: Blando, depresible, doloroso a la digitopresión localizado en la región abdominal inferior, el útero se aprecia contraído a nivel de cicatriz umbilical; Neurológico: Despierta, Escala Glasgow 15/15 puntos, pupilas isocóricas, fotoreactivas, no hay presencia de déficit motor, no se observan signos de focalización.
- Plan: Transfusión 6 unidades plaquetarias, placa de tórax post-Catéter venoso central, línea arterial más antihipertensivos EV
- Laboratorios actualizados: TPT: 16.5, Hb: 10.8, Plaquetas 18000 segmentados 72.8 %, leucocitos 11 900, creatinina 0.88, urea 11.7, FA: 861, Albúmina 2.44 DHL: 5241, TGP: 798, TGO: 1934, GGT: 37.5, dímero D: > 20, reticulocitos: 3.62 %
- AGA: FiO2: 0.21 %, pH: 7.35 pO2: 92, pCO2: 36, PaFI: 345, HCO3: 20.6 Na: 134.5, k:4, Cl: 114.1, Lactato: 1.9, Glucosa: 89.2
- Se visualiza que la paciente presentó mejoría después de permanecer 3 días en la unidad de cuidados intensivos, remitieron toda la sintomatología y los marcadores de preeclampsia bajaron considerablemente; posteriormente, se le pasa a hospitalización al área de alto riesgo obstétrico de Ginecología y Obstetricia.
- Posteriormente al alta, se le recomendó realizar controles de presión arterial para ver si es que esta se normaliza, también se le recomendó realizar un control de las enzimas hepáticas 7 días después al alta. Recibió información y orientación sobre los signos y síntomas de un nuevo episodio de preeclampsia en su siguiente gestación y se le informó de los signos de alarma en el puerperio como dolor abdominal, escotomas, cefalea etc.

1.3.4. Caso 4

Paciente RRN, femenina de 24 años, proveniente de Lima, Chorrillos

Antecedentes

- **Obstétricos:** G3 P1011. G1: Cesárea 2018, G2: Aborto 2020 y legrado uterino. G3: Actual. FUR: 09/02/2022, RC: 30/ 4-5, MAC: Inyectable mensual, IRS: 18 años, Número de parejas sexuales: 1, UPAP: No se realiza. FPP: 16/11/2022
- **Cirugías:** Cesárea (2018), legrado uterino (2020)
- **Patológicos:** Niega
- **RAMS:** Amikacina

Relato:

Paciente refiere que hace 5 horas aproximadamente, a las 4 pm, sufre caída en su domicilio. Posterior a eso se le agrega el dolor abdominal y sensación de alza térmica, por lo cual se automedica con paracetamol.

Luego, 2 horas antes del ingreso, refiere que se desmayó, repitiendo este episodio al momento de bajar de su carro para ingresar al hospital. Además, refiere presentar dolor en región lumbar y prurito vulvar con presencia de flujo blanquecino desde hace 3 días. Al momento de la evaluación, la paciente refiere sentir el abdomen contraído.

Examen físico

- PA: 130/70 mmHg FR: 20 rpm FC: 84 lpm T: 36.3 °C SatO2: 98 %
- PyF: T/H/E, LLC menor a 2 segundos, no edemas
- Mamas: Simétricas, no secretoras
- CV: RC rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no RA

- Abdomen: Útero grávido, RHA (+), timpánico, blando, depresible no doloroso a la palpación. LCF: 146 lpm, SPP: LCD, Dinámica uterina: +
- Tacto vaginal: Cérvix cerrado
- GU: Dolor en región lumbar. PPL (+), PRU (-)
- GE y BUS: Congestivos con presencia de leucorrea blanquecina
- SNC: Despierta, lúcida, orientada en persona, espacio y tiempo, Glasgow: 15/15 puntos, no hay presencia de signos de focalización

Impresión diagnóstica

- Gestante de 28 semanas 5 días
- Amenaza de parto pretérmino
- Vulvovaginitis
- D/C Infección del tracto urinario

Plan

- Hospitalización
- Hidratación
- Antibioticoterapia
- Control materno y fetal

Tratamiento

- Dieta blanda + LAV
- Vía Salinizada
- Ceftriaxona 1g EV c/12h
- Nifedipino 10 mg VO c/ 20 min
- Dimenhidrinato 50 mg EV STAT
- Paracetamol 1g EV PRN T° mayor 38.8 °C
- Control obstétrico estricto
- Clindamicina + ketoconazol 01 óvulo c/ noche previo lavado
- Reposo absoluto decúbito lateral izquierdo.
- CFV

Seguimiento

La paciente durante los días posteriores a hospitalizaciones presenta mejoras, niega sensación de alza térmica, niega náuseas, niega vómitos, presenta diuresis, disminuye la sensación de picazón en área genital. Así mismo el producto se encuentra con las funciones vitales estables, por lo que se le estaría preparando para su alta.

1.3 Rotación en Pediatría

1.3.1. Caso 1

Paciente MMO, femenina de 8 años y 2 meses, oriunda de Lima, San Miguel

Antecedentes

- **Personales:**
 - Nacida a las 39 ss, parto por vía vaginal sin complicaciones
 - LME hasta los 6 meses de edad, actualmente comida sólida, esquema de vacunación completo hasta la edad.
 - Niega RAMs
- **Familiares:** Niega antecedentes patológicos
- **Quirúrgicas:** Niega cirugías

Relato

La madre del paciente refiere que su menor hijo presentó hace 2 días fiebre cuantificada en 39.0 °C, el cual se mantuvo. Madre refiere que le dio paracetamol en dos oportunidades. Hace aproximadamente 30 minutos, el menor presentó súbitamente movimientos tonicoclónicos que duraron menos de 10 segundos, por lo que decide acercarse al servicio de emergencia del HMC.

Funciones biológicas

- Sin alteraciones de relevancia

Examen físico

- Funciones vitales: PA: 122/80 mmHg, FR 20 rpm, FC 110 lpm, T: 38.8 °C, SatO2 98 %, FiO2: 0.21
- Aspecto general: AREG, AREN, AREH
- Piel: T/H/E, llenado capilar < 2 segundos, no palidez, no lesiones
- TyP: Amplexación conservada, murmullo vesicular se ausculta bien en AHT, no ruidos agregados
- CV: RCR de adecuada intensidad, no se auscultan soplos
- Abdomen: Plano, ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, no dolor a la palpación, ausencia de visceromegalias
- SNC: Despierto, LOTEP, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Presunción diagnóstica

- Convulsión febril

Plan de trabajo

- Observación

Tratamiento

Tratamiento farmacológico

- Control de temperatura

Tratamiento farmacológico

- Metamizol 1gr EV lento y diluido.

Seguimiento

- Paciente no volvió a presentar otra convulsión mientras estuvo en observación

1.3.2. Caso 2

Paciente LMPG, varón de 6 días de vida, procedente de Lima, Los Olivos.

Antecedentes

Personales: Peso al nacer 3200 kg, nacido a las 39 ss, por vía vaginal sin complicaciones

Quirúrgico: Niega

RAM: Niega

Vacunas completas para su edad

Relato

Madre del neonato refiere notar coloración en la piel amarillenta desde el segundo día de nacido. El cual fue progresando hasta el tórax. Niega sensación de alza, niega fiebre, niega vómitos.

Funciones biológicas

- Apetito: Conservado
- Sueño: Conservado
- Orina: Conservada
- Heces: Conservada

Examen físico

- Aparente regular estado general, de nutrición e hidratación
- PA: 120/75 mmHg FR: 20 rpm FC: 97 lpm T : 36.3 °C SatO2: 98 %
- Piel: T/H/E llenado capilar menor a 2 segundos. Ictericia hasta el tórax. No ictericia en escleras, no lesiones.
- CV: RCR de adecuada intensidad, no se auscultan soplos
- TYP: MV transcurre adecuadamente en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Abdomen: RHA presentes, blando, depresible, no se encuentra doloroso a palpación superficial ni profunda
- SNC: Reactivo a estímulos, no signos meníngeos. no rigidez de nuca

Impresión diagnóstica

- Ictericia fisiológica

Plan

- Enseñar una adecuada técnica de lactancia a la madre

Tratamiento

- Continuar con Lactancia materna exclusiva, pero con una adecuada técnica

Seguimiento

El paciente cumplió con el tratamiento indicado. No hubo molestias.

1.3.3. Caso 3

Paciente RJLD, masculino de 8 años, domiciliado en Lima, Jesús María

Antecedentes

Generales: Nacimiento a las 40 ss, parto eutócico, sin complicaciones.
Lactancia materna exclusiva, Vacunas completas para la edad

Patológicos: Broncoespasmo hace 2 años (Tratamiento salbutamol condicional a crisis)

Quirúrgicos: Niega

RAMS: Niega

Relato

Paciente escolar de 8 años, de sexo masculino quien acude acompañado al servicio de emergencia, se encuentra con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 2 días, de curso progresivo e inicio insidioso, presentando los siguientes signos y síntomas: fiebre, vómitos y cefalea. Antecedente de broncoespasmo hace 2 años.

Funciones vitales: Sin alteraciones

Examen físico

- Peso: 31 kg. T: 39.5 °C. FC: 104 lpm FR: 19 rpm
- AREG, AREN, AREH. Ventila espontáneamente

- Cabeza y cuello: Normocéfalo, pupilas CIRLA, no se palpan adenopatías, cilíndrico
- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar < 2'', palidez +/-+++
- TyP: Amplexación conservada. No tirajes. MV se ausculta adecuado en ACP, no presencia de ruidos agregados.
- CV: RCR de adecuada intensidad. No se auscultan soplos
- Abdomen: RHA (+), B/D, no se encuentra dolor a palpación. No se hallan masas a la palpación
- SNC: Despierto, reactivo a estímulos

Impresión diagnóstica

- Síndrome febril
- Síndrome emético
- Gastroenteritis infecciosa

Tratamiento

- Ceftriaxona 1.5mg EV c/12h
- Paracetamol 550mg EV PRN T>38° C
- Ranitidina 30 mg EV C/8h
- Dimenhidrinato 45 mg EV dosis ajustada a peso de paciente (P: 37 Kg)

Alta con indicaciones:

- Paracetamol 1g PRN a Fiebre > 38 °C

1.3.4 Caso 4

Paciente CADV femenino de 6 años de vivienda en Lima, Lince

Antecedentes

Personales: Nacimiento a las 39 ss, vía parto vaginal. Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, Vacunas completas para la edad

Patológicos: Bronconeumonía a los 2 años

RAM: Niega

Quirúrgicos: Niega

Relato

Paciente escolar de 6 años, de sexo femenino, acude a emergencia presentando un tiempo de enfermedad de 2 semanas, presentando los siguientes síntomas: Fiebre, tos seca, rinorrea. Antecedente de 01 hospitalización a los 2 años por bronconeumonía.

Examen físico

- FC: 112 lpm, FR: 25 rpm, T: 38.7 °C saturación 97 % FiO2: 21 % Peso 16 kg
- Piel: T/E/H, Llenado capilar menor a 2 segundos, palidez +/+++ , no edemas, no ictericia
- Fosas nasales: Congestiva, hiperémica
- Orofaringe: Leve congestión, no presencia de placas
- TyP: Tiraje subcostal. Murmullo vesicular transcurre disminuido en Ambos campos pulmonares, presencia de subcrépitos bibasales a predominio de hemitórax izquierdo
- CV: RCR de BI, no se auscultan soplos
- ABD: Ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresibles, no se encuentra presencia de dolor a la palpación profunda, no presencia de masas ni de visceromegalia,
- SNC: Despierta, hipoactiva, responde a estímulos, no focalización.

Exámenes auxiliares

- Hemograma Hb 12.1; Hto 34.5; Leu 12.3; Abast 0; Seg 60.6; Eu 0.1. PCR 5.8.
- Rx de tórax: En la cual se ve aumento de trama bronquial

Diagnóstico

- Bronconeumonía

Plan de trabajo

Se decide hospitalizar por la presentación clínica de la paciente y porque no tolera vía oral

Tratamiento

- Ceftriaxona 800 mg EV c/24h
- Azitromicina 160 mg EV c/24h
- Paracetamol 240 mg EV c/8h
- Salbutamol c/ aerocámara

Seguimiento

La saturación mejoró con la CBN a 98 %. Paciente tolera vía oral, su evolución es lenta, deposiciones y diuresis presentes. Se cursó interconsulta a fisioterapia respiratoria. La paciente continúa con tratamiento médico en el servicio de pediatría, con indicación de observar signos de alarma.

1.4 Rotación en Cirugía

1.4.1. Caso 1

Paciente MBC masculino de 94 años de edad, procedente de Lima, Jesús María

- **Antecedentes patológicos:** Niega
- **Antecedentes quirúrgicos:** Niega
- **Antecedentes familiares:** Madre con diagnóstico de DM2, padre con diagnóstico de HTA

Relato

- Paciente refiere que hace 10 meses inició con dolor abdominal de características difuso, así mismo, presentó estreñimiento por 2 días, por lo que decide tomar laxantes.
- Hace 9 meses tras no presentar mejoras, acude al gastroenterólogo, el cual le efectúa una biopsia endoscópica, en la cual se le diagnosticó adenocarcinoma infiltrante de bajo grado. así mismo, le realizan una resonancia de pelvis, donde se muestran signos de neoplasia maligna en la región anorrectal de 6,8 cm de diámetro longitudinal mayor que

compromete la cara posterior y lateral derecha del esfínter anal con compromiso de la musculatura del esfínter interno. además, compromete el tercio superior del esfínter anal. Por lo cual pasa al servicio de oncología en donde recibe radioterapia por 28 días y descanso de 30 días, luego recibió 15 días más de quimioterapia.

- Hace 6 meses se realiza control mediante resonancia magnética de pelvis en donde se muestra un leve engrosamiento parcialmente estenosante en paredes del recto distal, asociado a cambios inflamatorios en mesorrecto y partes blandas adyacentes, relacionado a la terapia, así también de moderado engrosamiento prostático.
- Hace 5 meses se realiza resonancia magnética de pelvis de control, donde se aprecia que hay disminución de volumen, y extensión tumoral de lesión neoformativa anorrectal, compromiso de cara anterior y del tercio distal del recto y porción proximal del esfínter anal. además de fibrosis en cara posterolateral del margen anal.
- Hace 1 mes, el paciente volvió a quejarse de dolor abdominal y dolor al permanecer sentado, por lo que permaneció en cama la mayor parte del tiempo.
- El día del ingreso, el paciente refiere presentar dolor con intensidad 3 de 10 en hipogastrio con sensación de pujo, además de heces con rasgos sanguinolentos de color rojo rutilante. A la inspección se aprecia tumoración en región anal de 4 cm aproximadamente, de fácil sangrado a la digito presión.

Examen físico:

- FV: PA: 115/55 mmHg FC: 55 lpm FR: 18 rpm T: 36.4 °C SatO2: 97 %
FiO2: 21 %
- General: AREG, AREH, AREN, peso 61 kg
- P y F: T/H/E, llenado capilar < 2 “ , no presencia de palidez, no cianosis.
- Cuello: Cilíndrico, no se palpan adenopatías

- T y P: Amplexación conservada, Murmullo vesicular pasa adecuado en AHT, no presencia de ruidos agregados
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad, no se auscultan soplos
- ABD: Distendido, RHA presentes, timpánico, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda 3/10 a nivel del hipogastrio
- Tacto rectal: Masa de aproximadamente 4 cm, sangrante a la digitopresión
- GU: No globo vesical, PPL (-). PRU (-)
- SNC: Despierto, LOtep, Glasgow 15/15, no signos meníngeos, no signos de focalización.

Impresión diagnóstica

- Neoplasia maligna de recto

Plan de trabajo

- Hidratación
- Se solicitan exámenes prequirúrgicos
- Se solicita interconsulta a Anestesiología, Cardiología y Neumología

Examen de laboratorio

- Leucocitos: 7.8 x mm³
- Hemoglobina: 11.2 g/dL
- Hematocrito: 33.0 %
- Plaquetas: 232.0 x mm³
- Abastionados: 0 %
- Segmentados: 76 %
- Linfocitos: 11.2 %
- Monocitos: 8.1 %
- Eosinófilos 3.8 %
- Basófilos 0.9 %
- Urea: 39.0 mg/dL
- Creatinina: 1.02 mg/dl

- Glucosa basal: 97 mg/dL
- HIV: no reactivo
- HBsAg: no reactivo
- G y F: O +
- CA 19-9: 2.53 U/mL

Se Hospitaliza

- Dieta blanda + LAV
- Celecoxib 200 mg 01 cap c/12h VO
- CFV + BHE
- Programar para SOP

Interconsulta Neumología

- Paciente varón de 94 años con antecedentes de TBC (-), DM (-), tabaco (-), COVID-19 (-) cuenta con las 3 vacunas.
- Riesgo quirúrgico grado II

Interconsulta Cardiología

- Paciente varón de 94 años con antecedentes de enfermedad coronaria (-), insuficiencia cardíaca (-), HTA (-), arritmias (-). Sin medicación cardíaca.
- Al examen físico: RCR, no soplos, no se observa ingurgitación yugular, impulsos ventriculares conservados, pulsos periféricos carotídeo (+) y femoral (+), edema (-), varices (-).
- EKG: ritmo sinusal, FC: 56 lpm, PR: 125 ms, QRS: 102 ms, QTc: 436 mseg, Eje: _45
- Conclusión: Bradicardia sinusal. Hemibloqueo Anterior Izquierdo
- Riesgo quirúrgico grado II
- Recomendaciones: Monitorizar PA, FC y SatO2 mayor 92 %

Interconsulta Anestesiología

- Riesgo quirúrgico: Neumológico II, cardiovascular II, ASA II
- Sugerencias: NPO menor a 8 h pre SOP, se sugiere anestesia general.

Reporte operatorio

- Hallazgos: Extensa tumoración que compromete el lado derecho y posterior del paciente. Deja margen del asa ascendente 7 cm, sangrante, ulcerado e infiltrante. Tejido adyacente no móvil. Esfínter comprometido
- Laparoscopia: Líquido libre escaso, no carcinomatosis. No tumoraciones hepáticas superficiales.

Operación realizada

- Laparoscopia exploratoria + colostomía en Asa sigmoides

Evolución

Paciente, masculino de 94 años con los diagnósticos de

- PO1 de Laparoscopia exploratoria + colostomía en Asa sigmoides por Neoplasia maligna de recto
- **(S)** Paciente refiere dolor abdominal de intensidad 6/10, niega presencia de náuseas, niega presencia de vómitos, niega sensación de alza térmica.
- **(O) Al examen físico**
 - FV: PA: 130/65 mmHg, FC: 62 lpm, FR: 19 rpm, T° 36.4 °C, SatO2: 97 % FiO2: 0.21
 - PyF: T/H/E, llenado capilar < 2", no palidez, no cianosis, no ictericia
 - TyP: Amplexación conservada, Murmullo vesicular pasa bien en AHT, no ruidos agregados
 - CV: Ruidos cardíacos rítmicos de adecuada intensidad, no presencia de soplos audibles, ingurgitación yugular (-)
 - Abd: Plano, herida por cirugía laparoscópica en región umbilical afrontada, no signos de flogosis, colostomía funcional con gas, en buen estado. RHA

- (+) disminuidos de intensidad, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, elimina flatos.
- GU: masa perianal 8 cm aproximadamente, no móvil
 - SNC: Despierto, LOTEP, Glasgow 15/15, no se observan signos meníngeos ni de focalización
 - **(A)** Paciente estable, ventilando sin apoyo oxigenatorio, afebril al momento del examen, tolera vía oral, refiere dolor abdominal, niega náuseas.
 - **(P)** Continuar con indicaciones médicas
 - Dextrosa 5 % 1000 cc 30 gotas/ día EV
 - NaCl 20 % 01 Amp 30 gotas/ día EV
 - KCl 20 % 01 Amp 30 gotas/ día EV
 - Cefalexina 1g EV c/12 h
 - Metronidazol 500 mg 01 Amp EV c/8 h
 - Ketoprofeno 100 mg 01 Amp c/8 h EV
 - Tramadol 100 mg ½ Amp PRN a dolor intenso SC
 - Esomeprazol 40 mg 01 Amp EV c/ 24 h
 - Simeticona 80 mg/mL 40 gotas VO c/ 8h
 - CFV + BHE
 - PO4 de Laparoscopia exploratoria + colostomía en Asa sigmoides por Neoplasia maligna de recto
 - **(S)** Paciente no dolor abdominal de intensidad ni molestias, niega náuseas, niega vómitos, niega sensación de alza térmica.
 - **(O) Al examen físico**
 - FV: PA: 120/75 mmHg, FC: 65 lpm, FR: 20 rpm, T° 36.3 °C, SatO2: 97 % FiO2: 0.21
 - PyF: T/H/E, llenado capilar <2", no palidez, no cianosis, no ictericia
 - TyP: Amplexación conservada, MV pasa bien en AHT, no ruidos agregados

- CV: RCR de adecuada intensidad, no soplos audibles, ingurgitación yugular (-)
- Abd: Distendido, herida por cirugía laparoscópica en región umbilical afrontada, no signos de flogosis, colostomía funcional con restos fecaloideos. RHA (+), blando, depresible, no se encuentra doloroso a la palpación superficial ni profunda, elimina flatos.
- GU: masa perianal 8 cm aproximadamente, no móvil. PPL (-), PRU (-), no globo vesical
- SNC: Despierto, LOTEP, Glasgow 15/15, no hay presencia de signos meníngeos ni de focalización
- **(A)** Paciente estable, ventilando sin apoyo oxigenatorio, afebril al momento del examen, tolera vía oral, refiere dolor abdominal, niega náuseas. Evolución favorable
- **(P)** Continuar con indicaciones médicas, manejo del dolor. Alta medica
- Celecoxib 200 mg 01 Amp c/12h VO por
- Simeticona 80 mg/mL 40 gotas VO c/ 8h
- Control por consultorio externo de cirugía en 7 días

Seguimiento

Continuar controles por consultorio externo de Cirugía General según evolución

1.4.2. Caso 2

Paciente CVV mujer de 52 años proveniente de Lima, Puente Piedra

Antecedentes

Generales: Niega consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Fisiológicos: Vacunas COVID - 19: 3 dosis.

Patológicos: Niega RAMS

Quirúrgicos: Niega

Familiares: Niega

Relato

Paciente refiere haberse caído por escaleras de cemento hace aproximadamente 12 horas, cayendo sobre la mano y muñeca izquierda. Además, presenta dolor intenso, disminución del rango de movimiento y aumento de volumen en el miembro superior izquierdo.

Examen físico

- PA 120/70 mmHg, FC 87 lpm, FR 14 rpm, T: 36.7 °C. SatO2: 98 %
- Peso 80 kg, Talla 1.70 m
- PyF: T/H/E, llenado capilar <2", no se aprecia palidez, no hay presencia de cianosis, no ictericia
- MMSS: Muñeca izquierda con aumento de volumen, deformidad y limitación funcional
- TyP: Amplexación conservada, MV audible en AHT, no ruidos agregados
- CV: RCR de adecuada intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no hay presencia de dolor a la digitopresión superficial ni profunda, no visceromegalia
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: Despierta, lúcida, orientada en persona, espacio y tiempo, no se encuentran signos meníngeos ni de focalización

Plan de trabajo

- Rx de muñeca frontal y lateral

Impresión diagnóstica

- Fractura de epífisis inferior del radio

Tratamiento

Tratamiento farmacológico

- Ketorolaco 30 mg/ml IM c/24 h por 03 días
- Dexametasona 4 mg/2ml IM c/24 h por 03 días
- Paracetamol + Tramadol c/12 h por 07 días

Tratamiento no farmacológico

- Se realiza reducción de fractura de radio y colocación de yeso braquiopalmar
- Uso estricto de cabestrillo
- Control en 1 semana

Seguimiento

La paciente acude 13 días después con dolor, edema de dedos de mano izquierda, miembro superior izquierdo con yeso braquiopalmar. Se solicita una radiografía de control donde se observa colapso metafisario, Altura 8 mm, ángulo radial 17°, tilt radial - 16°. Se sugiere manejo quirúrgico, pero opta por manejo con yeso por motivos económicos. Se le realiza una segunda reducción y se le cita a control 04 días después para seguimiento estricto. Paciente no acude a su cita control en la fecha esperada sino 13 días después, la paciente acude por consultorio externo y refiere que se retiró el yeso con una tijera porque sentía mucho picor e incomodidad, se le realiza una rx control donde se observa cicatriz de unión de epífisis, sin embargo, al momento ya no sentía dolor.

1.4.3. Caso 3

Paciente RFF varón de 61 años de Jesús María

Antecedentes

Generales: No consume alcohol ni drogas ilícitas. Sexualmente activo.

Fármacos: Niega.

Fisiológicos: Vacunas COVID-19: 3 dosis.

Patológicos: Niega RAMS, broncoespasmos ocasionales

De Cirugía: Prolapso rectal 1996

Familiares: Niega

Relato

- Paciente de 61 años acude al consultorio externo de cirugía del Hospital Militar Central, refiere que hace 1 mes aproximadamente, realizó gran esfuerzo físico ante lo cual presentó sensación de desgarro en zona inguinal izquierda. Hace 2 semanas evidencia aparición de masa en zona inguinal izquierda de aproximadamente 2 cm x 2 cm. Ante esto acude al consultorio de cirugía donde se le realiza exámenes y se le diagnostica hernia inguinal izquierda. Se le programó cirugía, pero no se le realizó por qué no tenía exámenes completos. El paciente acude a consultorio externo de cirugía, refiere aumento de volumen de hernia 4 x 4 cm generando incomodidad y dolor a la deambulación, por lo que se le decide su hospitalización para realizarle una hernioplastia.

Examen físico

- FV: T: 36.6 °C, PA 120/76 mmHg, FR 17 rpm, FC 70 lpm, SatO2 98 %
- Apariencia general: regular estado general, de hidratación y nutrición
- Piel y mucosa: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no ictericia
- TyP: Amplexación conservada, vibraciones vocales presentes, MV se ausculta adecuado en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados,
- CV: No choque de punta, no ingurgitación yugular, ruidos cardiacos rítmicos de adecuada intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Globuloso, cicatriz infraumbilical vertical, RHA +, blando, no dolor a la palpación superficial ni profunda,
- Región inguinal: Palpación de masa 5cm x 5cm protrusión a la maniobra de valsalva maniobra Landívar negativo
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SNC: Despierta, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, no signos meníngeos ni de focalización
- Locomotor: Moviliza 4 extremidades sin limitación, ROT (+)

Impresión diagnóstica

- Hernia inguinal izquierda

Plan de trabajo

- Se solicita exámenes prequirúrgicos
- Se solicita ecografía abdominal
- Programar para hernioplastia inguinal izquierda

Laboratorio

- Glucosa 101 mg/dl
- Urea 29.1 mg/dl
- Creatinina 0.86 mg/dl
- Hemoglobina 15.3 g/gl
- Hematocrito 43.5 %
- Tiempo de protrombina: 14.1
- Grupo y factor: O+

Ecografía de abdomen

- Se realiza ecografía abdominal de región inguinal

Se hospitaliza

- NPO
- CFV + BHE
- SOP

Reporte operatorio

- Hernia inguinal mixta izquierda más lipoma
- Hallazgos: Saco herniario indirecto de 4cm x 2cm con contenido de grasa. Presión y debilidad de pared posterior. Lipoma de 6cm x 3cm

Evolución

Paciente masculino de 61 años con los diagnósticos de

PO1 de Hernioplastia incisional inguinal izquierda de hernia inguinal mixta izquierda más lipoma

(S) Paciente refiere ligero dolor a la movilización en zona inguinal a la movilización, niega presencia de náuseas, niega sensación de fiebre, Diuresis (+), no realiza deposiciones, Flatos (+).

(O) Al examen físico

- Funciones vitales: T: 36.9 °C, PA 117/80 mmHg, FR 18 rpm, FC 60 lpm, SatO2 97 %
- Piel y mucosa: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no se aprecia ictericia
- TyP: Amplexación conservada, vibraciones vocales presentes, MV se ausculta adecuado en ambos campos pulmonares, no presencia de ruidos agregados
- CV: RCR de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: B/D, RHA +, no se encuentra dolor a la palpación superficial ni profunda
- Región inguinal: Puntos bien afrontados, sin signos de flogosis, gasas con secreción serohemática, dolor 2/10 en zona de incisión.
- GU: PPL(-), PRU (-)

(A) Paciente estable, ventilando sin apoyo oxigenatorio, al momento del examen se encuentra sin presencia de fiebre, además tolera adecuadamente la vía oral en cuanto a líquidos.

(P) Progresar dieta y alta con indicaciones:

- Celecoxib 200 mg VO c/12 h
- Hielo local x 10 minutos c/6 h
- Control por consultorio externo de Cirugía General para retiro de puntos

Seguimiento

- Continuar controles por consultorio externo de Cirugía General

1.4.4. Caso 4

Paciente ALLS varón de 53 años de Surco .

Antecedentes

Generales: Vivienda de material noble, cuenta con los servicios básicos, Hábitos nocivos: No consume alcohol ni drogas ilícitas.

Patológicos: Artritis reumatoide en remisión 2017, hígado graso, prediabetes 2022, RAMS: AINES

Quirúrgicos: Septoplastia 2022- Julio

Familiares: Padre: Cáncer de próstata; Madre: Cáncer de pulmón.

Relato

Paciente masculino de 61 años refiere que hace aproximadamente 3 meses atrás presenta cólico biliar (dolor en hipocondrio derecho 7/10 que irradia a espalda y asociado a náuseas que llegan a vómitos posterior de la ingesta de comida copiosa), niega coluria, niega acolia. Es por esto por lo que decide hace una semana decide acercarse por consultorio externo y se programa su cirugía. Como antecedentes se sabe que en el año 2019 se realiza evaluación médica donde se le diagnostica cálculos biliares. Posterior a esto en el 2021 se realiza ecografía abdominal hallándose cálculos biliares de 1.5cm.

Examen físico

- FV: T: 36.4 °C, PA 110/70 mmHg, FR 14 rpm, FC 68 lpm, SatO2 98 %
- Peso: 105 kg, Talla: 183, IMC : 31.4
- Apariencia general: AREG, AREN, AREH
- Piel y mucosa: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no se aprecia ictericia
- TyP: Amplexación conservada, vibraciones vocales presentes, MV se ausculta adecuado en ambos hemitórax pulmonares, no presencia de ruidos agregados
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: Globuloso levemente, cicatriz infraumbilical vertical, Murphy (-), Blumberg (+), RHA presentes, blando, no dolor a la palpación superficial ni profunda
- GU: PPL (-), PRU (-)

- SNC: Despierta, LOTEP, no hay presencia de signos meníngeos ni de focalización
- Locomotor: moviliza 4 extremidades sin limitación, ROT (+)

Impresión diagnóstica

- Síndrome doloroso abdominal
- Colecistitis crónica calculosa
- Obesidad tipo I
- Prediabetes
- Artritis reumatoidea

Plan de trabajo

- Se solicita ecografía
- Se solicitan exámenes prequirúrgicos
- Colecistectomía laparoscópica

Laboratorio

- Leucocitos: 5.8
- Hemoglobina: 15 g/dl
- Plaquetas: 275
- Hematocrito: 43.3 %
- Proteínas totales: 7.2
- TGO: 21.3 U/L
- TGP: 35.9 U/L
- BT: 0.80 mg/dl
- BD 0.20 mg/dl
- Fosfatasa: 930 U/L
- GGT: 24.00 U/L

Exámenes auxiliares

- Ecografía abdominal: Se evidencia litiasis vesicular sin signos de agudización. Signos incipientes de esteatosis hepática

Hospitalización

- NPO
- Vendaje de MMII 30 min antes de SOP
- SOP al llamado
- CFV

Reporte operatorio

- Colecistitis crónica calculosa más esteatosis hepática
- Hallazgos: Vesícula biliar de 8cm x 4cm paredes delgadas conteniendo cálculos múltiples y bilis.

Evolución

Paciente masculino de 61 años con los diagnósticos de:

PO1 Colectomía laparoscópica por colecistitis crónica calculosa.

(S) Paciente declara presentar dolor de moderada intensidad en abdomen, tolera vía oral y elimina flatos. Enfermería no reporta interurrencias

(O) Al examen físico

- Funciones vitales: T: 36.5 °C, PA 110/70 mmHg, FR 19 rpm, FC 72 lpm, SatO2 98 %
- Piel y mucosa: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no se aprecia ictericia
- TyP: Amplexación conservada, vibraciones vocales presentes, MV auscultable en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados,
- CV: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: B/D, RHA +, puntos de sutura por trocares. Bien afrontados cubiertos por gasas semisecas. Dolor a la digitopresión profunda en región operatoria
- GU: No edemas.
- SNC: Despierto, no hay signos meníngicos ni de focalización, orientado en tiempo espacio y persona.

(A) Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente sin apoyo oxigenatorio, cursa afebril, tolera dieta blanda y líquida con terapia analgésica.

(P) Progresar dieta y deambulación precoz:

- DB + LAV
- VS
- Paracetamol 1gr 1 Amp EV c/8 h
- Simeticona 80 mg, 60 gotas VO c/8 h
- Deambulación precoz
- CFV

PO2 Colectomía laparoscópica por colecistitis crónica calculosa.

(S) Paciente refiere dolor en zona de la operación a la deambulación 6/10, niega náuseas, niega vómitos, elimina flatos

(O) Al examen físico

- Funciones vitales: T: 36.8 °C, PA 120/75 mmHg, FR 17 rpm, FC 68 lpm, SatO2 97 %
- Piel y mucosa: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no se observa ictericia
- TyP: Amplexación conservada, vibraciones vocales presentes, MV transcurre en ACP, no se escuchan ruidos agregados,
- CV: Ruidos cardíacos rítmicos de adecuada intensidad, no se auscultan soplos.
- Abdomen: B/D, RHA +, puntos de sutura por trocares. Bien afrontados cubiertos por gasas semisecas. Dolor a la palpación profunda en región operatoria
- SNC: Despierto, no signos meníngeos ni de focalización, orientado en tiempo espacio y persona.

(A) Paciente estable, ventilando sin apoyo oxigenatorio, cursa afebril, tolera dieta blanda y líquida con terapia analgésica.

(P) Progresar dieta y deambulaci3n precoz:

- DB + LAV
- VS
- Paracetamol 1gr 1 amp EV c/8h
- Simeticona 80 mg, 60 gotas VO c/8h
- CFV

PO3 Colectectomía laparosc3pica por colecistitis cr3nica calculosa.

(S) Paciente refiere dolor en zona de la operaci3n a la deambulaci3n 3/10, niega náuseas, niega v3mitos, elimina flatos

(O) Al examen f3sico

- Funciones vitales: T: 36.6 °C, PA 120/85 mmHg, FR 19 rpm, FC 67 lpm, SatO2 97 %
- Piel y mucosa: T/H/E, llenado capilar <2", no cianosis, no se observa ictericia
- TyP: Amplexaci3n conservada, vibraciones vocales presentes, MV audible en ACP, no ruidos agregados,
- CV: Ruidos cardiacos r3tmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: B/D, RHA positivos, puntos de sutura por trocares. Bien afrontados.
- SNC: Despierto, no signos men3ngeos ni de focalizaci3n, orientado en tiempo espacio y persona.

(A) Paciente estable, ventilando sin apoyo oxigenatorio, cursa afebril, tolera vía oral.

(P) Alta con indicaciones:

- Celecoxib 200mg c/12h VO
- Simeticona 80 mg/ml, 40 gotas VO c/8h
- Control por consultorio externo para retiro de punto

SEGUIMIENTO

- Continuar controles por consultorio externo de Cirugía General

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Se presente trabajo se realizó en un solo establecimientos de salud:

El Hospital Militar Central Crl. Luis Arias Schreiber, se encuentra situado en la avenida José Faustino Sánchez Carrión, en el distrito de Jesús María, perteneciente al departamento de Lima. Fue inaugurado el 1 de diciembre de 1958, durante el gobierno del mandatario de ese entonces, el presidente Manuel Prado. Dicho recinto está estimado como un establecimiento de salud nivel III de complejidad. Cuenta con más de 20 especialidades las cuales están destinadas para brindar servicios no solo al personal militar sino también para los familiares de estos.

En este establecimiento de salud se efectuó la pasantía de todo el internado médico por los servicios de Medicina, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, y Cirugía; los cuales, en su mayoría, estaban a cargo de médicos asimilados al ejército. Como es el servicio de Medicina, el cual estaba a cargo de la Doctora Chávez quien tenía el grado de Mayor. El servicio de Pediatría estaba a cargo de la doctora Liendo quien era personal civil. El servicio de Ginecología y Obstetricia estaba comandado por el doctor Talavera quien tenía el grado de teniente coronel. Finalmente, el servicio de Cirugía estaba a cargo del doctor Trujillo quien era teniente coronel de sanidad.

Durante el periodo en el que se realizó el internado médico 2022-2023 continuaban presentándose casos de COVID-19, así como el de viruela del mono y dengue, ante los cuales el hospital contaba con un área restringida para dichos casos, para así evitar que el personal de salud, así como sus demás trabajadores, como es el personal de tropa del ejército, personal suboficial y oficiales, además de los pacientes hospitalizados para que no contraigan estas enfermedades y evitar la diseminación de estas por todo el recinto de salud.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. Rotación en Medicina Interna

3.1.1. Caso 1 Pancreatitis aguda:

La pancreatitis aguda es una inflamación aguda del páncreas, que puede ser leve o grave y que puede causar daño en el tejido pancreático y en otros órganos cercanos. La causa más común de la pancreatitis aguda es la obstrucción del conducto pancreático, lo que provoca un depósito de enzimas pancreáticas en el tejido pancreático, lo que a su vez causa la inflamación. Los síntomas incluyen dolor abdominal agudo y severo, náuseas, vómitos y fiebre. La pancreatitis aguda es una afección potencialmente grave que requiere atención médica inmediata (1).

Epidemiología:

La información epidemiológica sobre la pancreatitis aguda en Perú es limitada y varía según las regiones y las fuentes de datos. Sin embargo, algunos estudios y publicaciones indican que la pancreatitis aguda es una enfermedad relativamente común en el país.

Según la Revista de Gastroenterología del Perú en 2019, la incidencia de pancreatitis aguda en Lima, la capital del país, fue de 23,5 casos por cada 100.000 habitantes por año. El mismo estudio encontró que la causa más común de pancreatitis aguda en Lima fue la colelitiasis (cálculos biliares), seguida del consumo excesivo de alcohol.

Otro estudio publicado en la Revista de Gastroenterología y Hepatología de Perú en 2016 encontró que la pancreatitis aguda fue responsable del 4,4 % de todas las hospitalizaciones gastrointestinales en el país (2).

A pesar de la falta de datos precisos, es importante destacar que la pancreatitis aguda es una enfermedad sumamente grave que requiere atención médica inmediata y un manejo adecuado para prevenir complicaciones a largo plazo

Factor de riesgo:

- Cálculos biliares: En la vesícula biliar o en las vías biliares es una causa común de pancreatitis aguda.
- El consumo excesivo de alcohol y prolongado puede causar lesiones en el páncreas y aumentar el riesgo de desarrollar pancreatitis aguda.
- Trauma abdominal: Los traumatismos en el abdomen, como una lesión en un accidente de coche o una caída, pueden dañar el páncreas y aumentar el riesgo de pancreatitis aguda.
- Medicamentos: Ciertos medicamentos, como algunos antibióticos, antipsicóticos y diuréticos, pueden aumentar el riesgo de pancreatitis aguda.
- Infecciones: Como las causadas por el virus de hepatitis B o C, pueden aumentar el riesgo de pancreatitis aguda.
- Trastornos metabólicos: Los trastornos metabólicos, como la hipertrigliceridemia y la hipercalcemia, pueden aumentar el riesgo de pancreatitis aguda.
- Antecedentes familiares: Tener antecedentes familiares de pancreatitis aguda o de otras enfermedades pancreáticas puede aumentar el riesgo de desarrollar la enfermedad.
- La enfermedad afecta a la población en general, pero los niños pequeños y las mujeres embarazadas son más susceptibles (3).

Signos y síntomas

El dolor abdominal es el síntoma más común de la pancreatitis aguda. Este es intenso y puede comenzar en la parte superior del abdomen y luego irradiarse hacia la espalda. Este síntoma suele empeorar después de comer. La pancreatitis aguda puede causar náuseas y vómitos, especialmente después de las comidas. La fiebre es común en los casos de pancreatitis aguda más graves. La inflamación del páncreas puede causar hinchazón abdominal. La pancreatitis aguda puede causar disminución del apetito y pérdida de peso. En algunos casos, la pancreatitis puede provocar ictericia.

En casos graves de pancreatitis aguda, la inflamación del páncreas puede afectar a los pulmones y provocar dificultad para respirar.

Diagnóstico

Para llegar al diagnóstico de pancreatitis aguda el médico puede preguntar sobre los síntomas, los antecedentes médicos y familiares, y realizar un examen físico para buscar signos de dolor abdominal, inflamación o sensibilidad en el abdomen. Los análisis de sangre pueden ayudar a confirmar el diagnóstico de pancreatitis aguda y evaluar la gravedad de la enfermedad. Los niveles elevados de enzimas pancreáticas, como la amilasa y la lipasa, pueden indicar la presencia de pancreatitis. Los exámenes de imágenes, como ecografía abdominal, tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM), pueden mostrar si el páncreas está inflamado y si hay complicaciones, como abscesos o necrosis. La evaluación de la función pancreática puede ayudar a determinar si la pancreatitis aguda ha afectado la capacidad del páncreas para producir enzimas digestivas. Esto se puede hacer mediante una prueba de función pancreática o mediante la medición de los niveles de enzimas pancreáticas en las heces.

Tratamiento

El tratamiento se sustenta en la gravedad de la enfermedad y puede incluir medidas para controlar los síntomas, prevenir complicaciones y tratar las complicaciones que se presentan. Las guías de tratamiento para la pancreatitis aguda en Perú recomiendan las siguientes medidas:

- Hospitalización: La mayoría de los pacientes con pancreatitis aguda requiere hospitalización para recibir tratamiento y monitoreo.
- El atenuar el dolor es una parte fundamental en cuanto al tratamiento de la pancreatitis aguda. Se pueden usar analgésicos y otros medicamentos para reducir el dolor abdominal.
- Reposo intestinal: El reposo intestinal significa abstenerse de comer y beber durante un período de tiempo para permitir que el páncreas

descanse y se recupere. En casos graves, se puede requerir alimentación por vía intravenosa.

- Hidratación: La hidratación es importante para prevenir la deshidratación y la insuficiencia renal. Se puede administrar un adecuado volumen vía intravenosa para mantener una hidratación óptima.
- Control de la inflamación: Los medicamentos antiinflamatorios pueden ayudar a reducir la inflamación del páncreas.
- Tratamiento de complicaciones: Las complicaciones de la pancreatitis aguda, como los abscesos y la necrosis, pueden requerir tratamiento adicional, como drenaje de líquidos o cirugía.
- Manejo de factores de riesgo: Si la pancreatitis aguda se debe a una causa subyacente, como el consumo excesivo de alcohol, se debe manejar ese factor de riesgo para prevenir episodios futuros (4).

3.1.2. Caso 2 Accidente cerebrovascular isquémico

El accidente cerebrovascular isquémico es una condición médica que implica la interrupción del flujo sanguíneo al cerebro, lo que puede resultar en la muerte de las células cerebrales debido a la falta de oxígeno y nutrientes. Esta forma de Accidente cerebro vascular es la más prevalente, representando cerca del 80% de los casos.

Epidemiología

El accidente cerebrovascular isquémico es una causa importante de discapacidad y muerte en todo el mundo. Según la OMS, hay alrededor de 15 millones de casos de accidente cerebrovascular en todo el mundo cada año, y se estima que aproximadamente el 85% de ellos son de tipo isquémico.

La incidencia de Accidente cerebrovascular isquémico varía según la edad, el género y otros factores de riesgo. El género masculino tiene un mayor riesgo de sufrir un Accidente cerebrovascular isquémico que las mujeres. La

incidencia aumenta con la edad y las personas mayores de 55 años tienen un mayor riesgo de sufrir un Accidente cerebrovascular isquémico (5).

Factores de Riesgo:

- La hipertensión arterial aumenta el riesgo de desarrollar un Accidente cerebrovascular isquémico.
- Diabetes: las personas diagnosticadas con diabetes presentan un riesgo aumentado de desarrollar una enfermedad cardiovascular, incluido Accidente cerebrovascular isquémico.
- Los niveles elevados de colesterol en la sangre pueden causar acumulación de placa en las arterias y aumentar el riesgo de desarrollar un Accidente cerebrovascular isquémico.
- El tabaquismo aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, incluyendo Accidente cerebrovascular isquémico.
- El sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de desarrollar hipertensión, diabetes y colesterol alto, lo que a su vez aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico.
- La nula actividad física de manera regular aumenta el riesgo de desarrollar Accidente cerebrovascular isquémico.
- El excesivo consumo de alcohol aumenta el riesgo de hipertensión y puede aumentar el riesgo de desarrollar Accidente cerebrovascular isquémico.
- Las personas con enfermedades cardíacas, como la fibrilación auricular, tienen un mayor riesgo de desarrollar Accidente cerebrovascular isquémico.
- Antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares aumentan el riesgo de desarrollar Accidente cerebrovascular isquémico.

Signos y síntomas

Entre los síntomas de un posible Accidente cerebrovascular se encuentran: debilidad o entumecimiento súbito en la cara, brazo o pierna de un lado del cuerpo, dificultad para hablar o comprender el lenguaje hablado, pérdida

repentina de visión en uno o ambos ojos, dolor de cabeza fuerte e inexplicable y mareo, desequilibrio o falta de coordinación.

Diagnóstico

Para detectar un Accidente cerebrovascular isquémico, se utiliza una combinación de la historia médica del paciente, un examen físico y diversas pruebas de diagnóstico por imagen.

Durante la evaluación física, el médico examinará los síntomas del paciente, como la debilidad en un lado del cuerpo, problemas para hablar o entender y pérdida de visión. Además, también puede revisar la presión arterial y la frecuencia cardíaca para determinar si hay alguna causa subyacente de un Accidente cerebrovascular isquémico. Las pruebas de diagnóstico por imagen son cruciales para confirmar el diagnóstico y determinar la localización y el tamaño del área afectada por el Accidente cerebrovascular isquémico. Las pruebas más comunes incluyen:

- TAC o RM: Estas pruebas pueden detectar la presencia de un coágulo de sangre en el cerebro y evaluar el daño tisular.
- Angio-TC o angio-RM: Estas pruebas de imagen pueden detectar o bloquear las arterias cerebrales.
- Doppler transcraneal (DTC): esta prueba de ultrasonido evalúa el flujo sanguíneo en las arterias cerebrales.

Pronóstico:

El pronóstico del accidente cerebrovascular (ACV) isquémico puede variar significativamente dependiendo del tamaño y localización del área afectada, así como de la rapidez y eficacia del tratamiento recibido.

En general, el pronóstico del paciente es más favorable cuando el paciente recibe tratamiento médico de emergencia inmediato, como la administración de un medicamento trombolítico que disuelve el coágulo sanguíneo, o una intervención endovascular para retirar el coágulo de la arteria cerebral. Cuanto

antes se reciba el tratamiento, mayores serán las posibilidades de una recuperación completa o de una discapacidad mínima. Sin embargo, si se produce un daño significativo en el cerebro debido a la falta de oxígeno y nutrientes durante el Accidente cerebrovascular, pueden quedar secuelas graves, como debilidad muscular, problemas del habla, problemas de memoria y pensamiento, y trastornos emocionales y psicológicos. El riesgo de discapacidad a largo plazo incrementa con el paso de los años.

Tratamiento:

El tratamiento del accidente cerebrovascular isquémico se centra en la restauración del flujo sanguíneo al cerebro y la prevención de daño cerebral adicional. El tratamiento debe comenzar lo antes posible para maximizar las posibilidades de una recuperación completa o una discapacidad mínima.

- Medicamentos trombolíticos son fármacos que pueden disolver los coágulos sanguíneos y restaurar el flujo sanguíneo al cerebro. Estos medicamentos se administran por vía intravenosa durante las primeras 4,5 horas después haber iniciado los síntomas en pacientes seleccionados.
- Intervención endovascular: en algunos casos, se puede utilizar una técnica de cateterismo para retirar el coágulo de la arteria cerebral y restaurar el flujo sanguíneo al cerebro. Esta técnica se utiliza generalmente en pacientes que no son elegibles para recibir medicamentos trombolíticos o que no han respondido al tratamiento inicial.
- Para prevenir futuros episodios de accidente cerebrovascular isquémico, es esencial controlar los factores de riesgo. Esto puede implicar hacer cambios en el estilo de vida, como dejar de fumar, perder peso, llevar una dieta saludable y hacer ejercicio de manera regular. Asimismo, puede ser necesario tomar medicamentos para controlar la presión arterial alta, el colesterol elevado y la diabetes.

- Rehabilitación: después del tratamiento inicial, es posible que se necesite terapia física, ocupacional y del habla para ayudar a recuperar la función y minimizar las secuelas a largo plazo (6).

3.1.3. Caso 3 Intoxicación por metanol

Si bien la intoxicación por metanol no es tan frecuente esta tiene una alta tasa de mortalidad ya que puede generar muertes al ser consumido de una manera accidental o manipulado de productos industriales (7). El metanol es considerado el alcohol más sencillo. Lamentablemente este es mal utilizado y termina siendo empleado en bebidas alcohólicas adulteradas y generando intoxicaciones agudas.

Epidemiología:

Se han registrado más de 2,000 casos de intoxicación por metanol en el país, esto se debe al consumo excesivo de bebidas alcohólicas adulteradas con metanol que suelen ser más baratas, que al aumentar el volumen con metanol reducen el costo de producción (8).

Factores de riesgo:

Entre factores de riesgo tenemos

- Uso de medicamentos que interactúan con el metanol: Algunos medicamentos, como los inhibidores de la enzima alcohol deshidrogenasa, pueden interactuar con el metanol y aumentar el riesgo de intoxicación.
- Consumo de bebidas alcohólicas adulteradas: Las bebidas alcohólicas que han sido fabricadas de forma ilegal o no regulada pueden contener metanol en niveles peligrosamente altos.
- Exposición laboral: Los trabajadores que manipulan o están expuestos a productos que contienen metanol, como disolventes y combustibles, corren el riesgo de intoxicación por inhalación, ingestión o contacto con la piel.

- Ingesta accidental: El metanol se encuentra en productos comunes como anticongelante, líquido de frenos y limpiadores de vidrios, y la ingestión accidental de estos productos puede provocar intoxicación (9).

Signos y síntomas:

Los síntomas pueden ser variables dependiendo del nivel de intoxicación

- Cefalea
- Visión borrosa
- Náuseas y vómitos
- Dolor abdominal
- Pérdida de conocimiento
- Convulsiones
- Falta de coordinación muscular
- Dificultad para hablar

Diagnóstico:

El diagnóstico se realiza mediante una evaluación en conjunto, un análisis de sangre en donde podamos medir los niveles de metanol y el ácido fórmico nos ayudaría, análisis de orina para evaluar productos de descomposición del metanol, la evaluación neurológica para ver si existe daño a este nivel (10).

Tratamiento:

El antídoto para la intoxicación del metanol es el alcohol etílico. este se administra por vía intravenosa o vía oral para competir con el metanol por la enzima alcohol deshidrogenasa

La diálisis nos ayuda cuando los niveles de metanol son altos o el paciente es un paciente con problemas renales. esto permite una mejor eliminación del metanol

El lavado gástrico se realiza si es que la exposición ocurrió en menos de una hora. Esto reduce la absorción de metanol en el tracto gastro.

3.1.4. Caso 4 Diarrea osmótica

La diarrea osmótica se produce al ocurrir un exceso de sustancias osmóticas en el intestino delgado. Estas sustancias que pueden ser absorbidas en el intestino producen acumulo de agua lo cual hace que las heces sean más líquidas. Esto se puede dar por medicamentos que contienen sustancias osmóticas. Este tipo de diarrea no es causada por virus o bacterias (10).

Epidemiología

En el Perú la diarrea osmótica es la segunda causa de enfermedad más común en población general posterior a las infecciones respiratorias. La diarrea osmótica representa el 11 % de los casos de diarrea diagnosticados en hospitales en el periodo de un año en Lima (11).

Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo para la diarrea osmótica encontramos

- Consumo de alimentos ricos en lactosa fructosa: las personas con intolerancia a estos productos presentan un mayor riesgo al desarrollo de esta patología.
- Intervenciones quirúrgicas gastrointestinales previas: una gastrectomía predispone al desarrollo de diarrea osmótica por la reducción de la capacidad de absorción intestinal.
- Consumo de algunos medicamentos: algunos medicamentos pueden contener sustancias osmóticas y provocar diarrea osmótica.
- Consumo de alimentos contaminados: alimentos contaminados con sustancias osmóticas pueden producir diarrea osmótica

Diagnóstico

El diagnóstico es integral tanto la evaluación clínica como laboratorial. Entre las pruebas que se pueden solicitar para ayudar al diagnóstico tenemos el análisis de heces el cual nos ayuda a determinar si hay presencia o no de parásito y bacterias (12). También nos podemos apoyar mediante las pruebas de endoscopia si es que se sospecha de una causa de enfermedad intestinal inflamatoria o lesión del tracto intestinal. Las pruebas de absorción intestinal nos permiten medir la capacidad del intestino para absorber líquidos y nutrientes y así poder saber si es que está habiendo problemas en la absorción. Con respecto a la intolerancia esta prueba permite saber confirmar cuando tenemos sospechas de una intolerancia a lactosa, fructosa o alergia al sorbitol (13).

Tratamiento

El tratamiento para este tipo de diarrea se centra en evitar los desencadenantes de la diarrea ya sea alimentos, bebidas o medicamentos y acompañar a esto con terapia de rehidratación vía oral.

3.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia

3.2.1 Caso 1 Placenta previa

La placenta previa es una complicación del embarazo en la que la placenta se adhiere en la porción inferior del útero y cubre el orificio cervical interno, que es la conexión entre el útero y la vagina, ya sea completamente o en parte. Esto puede causar sangrado vaginal indoloro en el segundo o tercer trimestre del embarazo, lo que puede ser potencialmente peligroso tanto para la madre como para el feto. La placenta previa se clasifica en completa (cuando la placenta cubre completamente el OCI), parcial (cuando cubre parcialmente el OCI) o marginal (cuando la placenta se encuentra cerca del OCI). El manejo y el tratamiento de la placenta previa dependen de la gravedad del caso y la edad gestacional (14)

Epidemiología

Su incidencia parece estar aumentando en el país. Un estudio realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo en Lima, encontró que la placenta previa representó el 2,2 % de las complicaciones obstétricas durante un período de cinco años (2012-2016) y su incidencia aumentó de 1,5 % en 2012 a 3,3 % en 2016. Otro estudio realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en Lima, encontró una incidencia del 1,7 % durante un período de tres años (2012-2014) (15).

Factores de Riesgo

- Historial previo de placenta previa: Las mujeres que han tenido placenta previa en embarazos anteriores tienen un mayor riesgo de presentarla en embarazos posteriores.
- Cesárea previa: Las mujeres que han tenido una o más cesáreas previas tienen un mayor riesgo de desarrollar placenta previa en embarazos posteriores.
- Las mujeres embarazadas mayores de 35 años tienen un mayor riesgo de desarrollar placenta previa debido a su edad materna avanzada.
- Embarazo múltiple: El riesgo de placenta previa es mayor en embarazos con gemelos, trillizos u otros embarazos múltiples.
- Fumar: Fumar durante el embarazo puede aumentar el riesgo de placenta previa.
- El riesgo de placenta previa puede aumentar en mujeres que han utilizado anticonceptivos orales en el pasado.
- Intervenciones de reproducción asistida: Las mujeres que han utilizado técnicas de reproducción asistida, como la fertilización in vitro, tienen un mayor riesgo de desarrollar placenta previa.
- Anomalías uterinas: Las mujeres que tienen anomalías uterinas, como el útero bicorne o el tabique uterino, tienen un mayor riesgo de placenta previa.

Signos y síntomas

- Sangrado vaginal: Este es el síntoma más común de la placenta previa. El sangrado puede ser leve o intenso y generalmente ocurre sin dolor. El sangrado suele ocurrir durante el segundo o tercer trimestre del embarazo.
- Dolor abdominal: Algunas mujeres con placenta previa pueden experimentar dolor abdominal leve a moderado.
- Contracciones uterinas: Las contracciones uterinas pueden ser un síntoma de placenta previa, pero no siempre están presentes.
- Feto en posición baja: En algunos casos, el feto puede estar en una posición más baja de lo normal.

Diagnóstico

- Ecografía: La ecografía es el método más comúnmente utilizado para diagnosticar la placenta previa. Puede mostrar la ubicación de la placenta y su relación con el cuello uterino y el canal de parto.
- Examen pélvico: Un examen pélvico puede ayudar a determinar si hay sangrado vaginal y si la placenta previa está causando dolor.

Es importante tener en cuenta que la placenta previa se puede detectar en exámenes prenatales de rutina. Si se sospecha de placenta previa, es importante realizar un seguimiento cercano y tener precaución adicional para evitar complicaciones durante el embarazo (16).

Tratamiento

El tratamiento para la placenta previa dependerá del tipo y la gravedad de la afección, así como de la etapa del embarazo.

En los casos leves de placenta previa, el médico puede recomendar reposo en cama y evitar actividades que puedan aumentar el riesgo de sangrado, como el sexo y el ejercicio vigoroso. En casos más graves, se puede requerir hospitalización y monitoreo cercano de la madre y el feto.

En ocasiones, puede ser aconsejable programar una cesárea antes del inicio del trabajo de parto para disminuir el riesgo de hemorragia

3.2.2. Caso 2 Aborto incompleto

Se refiere a la eliminación parcial del producto de la concepción en una gestación menor a las 22 semanas en donde no se llegó a dar a cabo el aborto quedando restos fetales en el útero, esto puede causar infecciones y hemorragias.

Epidemiología

El aborto incompleto a nivel mundial representa el 50 % de las complicaciones relacionadas al aborto. Con respecto a nuestro país el Ministerio de Salud de Perú realizó un estudio encontrando que el aborto incompleto es una de las principales causas de mortalidad materna y que 29 % de las muertes maternas están relacionados con complicaciones del aborto y el aborto incompleto está relacionado con este (17).

Signos y síntomas

Entre los signos y síntomas, vamos a encontrar una hemorragia importante y persistente, al examen físico se encuentra un útero que se mantiene agrandado de tamaño, el orificio uterino interno y externo se encuentran dilatado

Diagnóstico

Cuando en un examen ginecológicos se evidencia expulsión de material compatible con restos fetales, se encuentra un útero concordante con el embarazo o menor, cuello dilatado, metrorragia y el relato clínico va acorde con contracciones uterinas, no inclinamos a pensar en un aborto incompleto. La gestante debe tener una edad gestacional menor a las 22 semanas.

Tratamiento

Aspiración manual endouterina (AMEU)

- La aspiración endouterina a través de cánulas que basa su acción en trasladar presión negativa dentro del útero. Esto permite el retiro de restos fetales y tejido endouterino (18).

Tratamiento con medicamentos para el aborto incompleto

- Los fármacos para ayudar a la eliminación de resto endouterinos. Entre estos tenemos al misoprostol que es un análogo de la prostaglandina E1. Este se puede administrar oral, sublingual, bucal, vaginal y rectal (19).

3.2.3. Caso 3 Preeclampsia con criterios de severidad

La preeclampsia con signos graves es una complicación seria del embarazo que se produce después de la semana 20 de gestación, y se caracteriza por una presión arterial elevada persistente, así como por la presencia de proteinuria y/o daño en órganos como el hígado o los riñones.

Epidemiología

La preeclampsia es una complicación común durante la gestación, y puede tener serias consecuencias tanto para la madre como para el producto. En Perú, se estima que afecta alrededor del 5-10 % de los embarazos. De acuerdo con un estudio publicado en el año 2017 en la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, la preeclampsia afectó al 8,7 % de las mujeres embarazadas que fueron atendidas en hospitales públicos y privados de Lima. Además, se encontró que la preeclampsia fue responsable del 20,4 % de las muertes maternas en el país durante el mismo periodo. Otro estudio realizado en la ciudad de Trujillo en el año 2018 encontró una prevalencia de preeclampsia del 12,6 % en mujeres embarazadas atendidas en hospitales públicos (19).

Signos y síntomas

La preeclampsia con signos de severidad se considera cuando se presentan algunos de los siguientes signos adicionales:

- PAS mayor o igual a 160 mmHg o PAD mayor o igual a 110 mmHg en 2 mediciones con un intervalo de cuatro horas.
- Proteinuria mayor o igual a 5 gramos en 24 horas.
- Dolor abdominal intenso y persistente.
- Alteraciones visuales como visión borrosa o pérdida de la visión.
- Cefalea intensa y persistente.
- Edema pulmonar o problemas respiratorios.
- Insuficiencia renal.
- Trombocitopenia

Diagnóstico

Para llegar al diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad, se deben realizar la evaluación de los síntomas ya mencionados, se debe realizar una evaluación detallada de su historial médico y de sus síntomas para determinar si es probable que tenga preeclampsia. La medición de la presión arterial es una parte importante del diagnóstico de la preeclampsia con criterios de severidad. Si se detecta una PA elevada (mayor o igual a 160/110 mmHg) en 2 mediciones con un periodo de 4 horas, se debe considerar la posibilidad de preeclampsia. La detección de proteinuria es un indicador importante de la preeclampsia. Si se encuentra una cantidad significativa de proteínas en la orina (mayor o igual a 5 gramos en orina de 24 horas o en 2 muestras de orina con un intervalo de 4 horas). Un hemoanálisis puede ayudar al diagnóstico de la gravedad de la preeclampsia y el riesgo de complicaciones. Los análisis pueden incluir la evaluación de la función hepática, la función renal y el recuento de plaquetas en la sangre. Es importante evaluar el bienestar fetal en mujeres con preeclampsia con criterios de severidad. Se puede realizar una ecografía para evaluar el crecimiento y el bienestar del feto y una monitorización fetal para evaluar la frecuencia cardíaca fetal.

Tratamiento

Las mujeres con preeclampsia con criterios de severidad suelen requerir hospitalización para un monitoreo estrecho de su estado de salud y el del feto. Los medicamentos antihipertensivos se utilizan para reducir la presión arterial en mujeres con preeclampsia con criterios de severidad. Algunos de los medicamentos más comunes incluyen labetalol, hidralazina y nifedipino. El sulfato de magnesio se administra a mujeres con preeclampsia con criterios de severidad para prevenir las convulsiones (eclampsia). El medicamento se administra por vía intravenosa y se puede continuar hasta después del parto. Es importante evaluar y manejar la función renal en mujeres con preeclampsia con criterios de severidad. Esto puede incluir la administración de medicamentos para mejorar la función renal y la monitorización estrecha de los niveles de creatinina y urea en la sangre. Es importante monitorear el bienestar fetal en mujeres con preeclampsia con criterios de severidad. Esto puede incluir la realización de una ecografía para evaluar el crecimiento y el bienestar del feto y la monitorización fetal para evaluar la frecuencia cardíaca fetal. El parto es el único tratamiento curativo para la preeclampsia. Si esta patología se suscita previo a las 34 semanas de gestación, puede ser necesario inducir el parto o realizar una cesárea de emergencia. Si la preeclampsia con criterios de severidad ocurre después de las 34 semanas de gestación, el parto puede ser programado (20).

3.2.4. Caso 4 Amenaza de parto pretérmino

La amenaza de trabajo de parto prematuro se refiere a la aparición de síntomas que indican que el trabajo de parto puede ocurrir antes de las 37 semanas de gestación. Estos síntomas pueden incluir contracciones uterinas dolorosas, dolor abdominal persistente, presión pélvica, cambios en las secreciones vaginales (como aumento de la cantidad o cambios en la consistencia) o sangrado vaginal (21).

Epidemiología

En cuanto a la amenaza de parto prematuro, un estudio efectuado en el Hospital Nacional Dos de Mayo, encontró que aproximadamente el 13 % de las mujeres embarazadas asistieron a la consulta de obstetricia de parto prematuro. Este estudio también encontró que la principal causa de la amenaza de parto prematuro fue la infección urinaria.

Diagnóstico

El diagnóstico de la amenaza de parto prematuro se basa en la presencia de síntomas y signos que indican que el parto podría ocurrir antes de las 37 semanas de gestación (22). Algunos de los síntomas y signos que se deben tener en cuenta son: Contracciones uterinas dolorosas o regulares. Dolor abdominal persistente. Presión pélvica o sensación de pesadez en la pelvis. Cambios en la secreción vaginal (aumento en la cantidad o cambio en la consistencia) (23).

Tratamiento

El reposo en cama y la reducción de la actividad física puede ayudar a reducir las contracciones uterinas y a prevenir el parto prematuro (24). En algunos casos, se puede requerir reposo absoluto. Medicamentos tocolíticos: Estos medicamentos se utilizan para detener las contracciones uterinas y así prevenir el parto prematuro. Los tocolíticos más comunes incluyen la terbutalina, el nifedipino y la indometacina. Sin embargo, estos medicamentos pueden tener efectos secundarios y no se pueden utilizar en todos los casos. Los corticosteroides son hormonas que se administran para acelerar el desarrollo pulmonar del feto y disminuir el riesgo de complicaciones respiratorias en caso de que el parto prematuro no pueda ser evitado. La administración de corticosteroides se recomienda entre las 24 y 34 semanas de gestación. Si se detecta una infección, se puede prescribir un tratamiento con antibióticos para tratar la infección y prevenir el parto prematuro (25).

3.3. Rotación en Pediatría

3.3.1. Caso 1 Convulsión Febril

La convulsión febril es un tipo de convulsión o actividad convulsiva que ocurre en niños debido a una fiebre alta repentina, generalmente mayor a 38 °C. Es un evento común en la infancia y puede ser aterrador para los padres y los cuidadores.

Epidemiología

Las convulsiones febriles se observan con mayor frecuencia en niños varones que en niñas y suelen ocurrir entre los 6 meses y los 5 años de edad en promedio. Generalmente, la convulsión febril dura menos de cinco minutos y se resuelve por sí sola. En la mayoría de los casos, no causa daño cerebral permanente ni otras complicaciones a largo plazo (26)

Factores de Riesgo

- Las convulsiones febriles se presentan en su mayoría entre los 6 meses y los 5 años.
- La presencia de antecedentes familiares de convulsiones febriles aumenta el riesgo de que un niño tenga una convulsión febril.
- Fiebre alta: Una temperatura corporal superior a 38 °C aumenta el riesgo de que un niño tenga una convulsión febril.
- Las infecciones que causan fiebre, como las infecciones del tracto respiratorio superior, del oído o del sistema nervioso central, pueden aumentar el riesgo de convulsiones febriles.
- Problemas de desarrollo neurológico como retraso en el desarrollo o epilepsia, tienen un mayor riesgo de convulsiones febriles

Signos y síntomas

El niño puede perder el conocimiento y no responde durante la convulsión. Durante la convulsión, el niño puede tener movimientos bruscos e involuntarios en los brazos y las piernas. El niño puede tener contracciones musculares rítmicas en todo el cuerpo. La convulsión febril es causada por una fiebre alta, por lo que el niño puede tener una temperatura elevada. El

niño puede tener respiración irregular o dificultad para respirar durante la convulsión. Un cambio en el color de la piel durante la convulsión, como ponerse pálido o azulado.

Diagnóstico

El diagnóstico de convulsión febril en niños se basa no solo en el examen clínico sino también en el examen físico del niño. El médico preguntará acerca de los síntomas del niño, incluyendo si ha tenido fiebre recientemente, y realizará un examen físico para evaluar si hay algún problema neurológico o de salud subyacente.

Además, es posible que el médico ordene pruebas adicionales, como análisis de sangre y orina, para descartar infecciones u otros problemas médicos que puedan estar causando la fiebre y la convulsión. Dependiendo del caso, podemos solicitar pruebas de ayuda diagnóstica, como una tomografía computarizada o una resonancia magnética, para evaluar si hay algún problema estructural en el cerebro.

Tratamiento

El tratamiento se enfoca en controlar la fiebre y prevenir futuras convulsiones. Algunas de las medidas que pueden tomar los padres o cuidadores en el hogar incluyen: Colocar al niño en un lugar seguro y cómodo. Es importante colocar al niño en una superficie segura y cómoda durante la convulsión, como en el suelo o en una cama. Aflojar la ropa del niño puede ayudar a mejorar la respiración durante la convulsión. No se deben introducir objetos en la boca durante la convulsión, ya que esto puede causar lesiones en la boca y en los dientes.

Después de la convulsión, es importante observar al niño para asegurarse de que está respirando normalmente y que está alerta (27).

3.3.2. Caso 2 Ictericia fisiológica

La ictericia fisiológica en pediatría es un fenómeno común en los recién nacidos, caracterizado por la presencia de coloración amarillenta en la piel y mucosas todo esto se debe a la elevación de los niveles de bilirrubina en el torrente sanguíneo. En los recién nacidos, el hígado aún no se ha desarrollado completamente, y por lo tanto, no pueden procesar la bilirrubina de manera eficiente. Esto puede provocar una acumulación de bilirrubina en la sangre, lo que a su vez puede causar ictericia.

La ictericia fisiológica en pediatría generalmente se evidencia tras 3-4 días de vida del recién nacido y suele desaparecer por sí sola dentro de las primeras semanas de vida. Es más común en bebés prematuros o en bebés que no reciben suficiente leche materna.

Epidemiología

La ictericia fisiológica es una condición común en recién nacidos en todo el mundo, incluyendo Perú. Se estima que hasta el 60% de los recién nacidos desarrollan ictericia fisiológica en algún momento después del nacimiento.

En Perú, un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima encontró que el 51,5 % de los recién nacidos tenían ictericia fisiológica. Otro estudio realizado en el Hospital Regional de Cusco encontró que la prevalencia de ictericia fisiológica en recién nacidos fue del 59,2 %. Estos estudios sugieren que la ictericia fisiológica es una condición común en recién nacidos peruanos.

Factores de Riesgo

- Edad gestacional: Los bebés prematuros tienen un mayor riesgo de ictericia fisiológica, ya que su hígado aún no está completamente desarrollado.
- Incompatibilidad de Rh: Cuando la progenitora es Rh negativo y el progenitor es Rh positivo, el bebé puede heredar el factor Rh positivo del padre, lo que puede causar una reacción inmunitaria en la madre que resulta en una mayor producción de bilirrubina en el bebé.

- Incompatibilidad ABO: Si la madre tiene un tipo de sangre diferente al del bebé, se puede producir una mayor producción de bilirrubina en el bebé.
- Lactancia materna: La lactancia materna puede a veces retrasar la eliminación de la bilirrubina del cuerpo del bebé, lo que aumenta el riesgo de ictericia fisiológica.
- Diabetes materna: Las madres con diabetes pueden tener bebés con un mayor riesgo de ictericia fisiológica debido a la mayor producción de bilirrubina (28).

Signos y síntomas

La ictericia fisiológica es una condición común en recién nacidos y generalmente no causa síntomas graves. Los signos y síntomas de ictericia fisiológica en recién nacidos incluye: Pigmentación amarilla de la piel y la esclerótica ocular. Dificultad para despertar al bebé para alimentarlo. Disminución de la ingesta de alimentos y disminución de la micción y defecación. El bebé puede parecer inquieto o irritado.

Diagnóstico

El diagnóstico de ictericia fisiológica en recién nacidos generalmente se realiza mediante una evaluación física del bebé y los niveles de bilirrubina sanguínea. Esta patología a menudo se nota primero cuando la piel y la esclerótica del bebé se vuelven amarillas.

El médico realizará un examen físico completo del bebé y medirá los niveles de bilirrubina sanguínea del bebé mediante un análisis de sangre. Si los niveles de bilirrubina son más altos de lo normal, el médico puede recomendar un tratamiento adicional, como la fototerapia o la administración de inmunoglobulina intravenosa (IVIG).

Tratamiento

En la mayoría de los casos, la ictericia fisiológica en los recién nacidos desaparece sin necesidad de tratamiento específico. Sin embargo, si los niveles de bilirrubina son más altos de lo normal o si la ictericia se presenta en los primeros días de vida, el médico puede recomendar un tratamiento para prevenir complicaciones graves.

El tratamiento más común para la ictericia fisiológica es la fototerapia, que implica exponer al bebé a una luz especial que ayuda a descomponer la bilirrubina en el cuerpo del bebé y hacerla más fácil de eliminar. En algunos casos, se puede administrar al bebé una inmunoglobulina intravenosa (IVIG) para ayudar a reducir los niveles de bilirrubina.

Es importante que los bebés que reciben fototerapia reciban suficiente leche materna o fórmula y se mantengan hidratados para prevenir la deshidratación. También se puede recomendar que el bebé tenga controles regulares de los niveles de bilirrubina para asegurarse de que estén disminuyendo y para evaluar la necesidad de un tratamiento adicional (29).

3.3.3. Caso 3 Gastroenteritis infecciosa

La gastroenteritis infecciosa es una patología frecuente en niños pequeños menores de 5 años. El agente causal de mayor frecuencia es el rotavirus seguido de la salmonella y la shigella. Estas gastroenteritis suelen presentarse como cuadros autolimitados los cuales calman mediante rehidratación y el uso de probióticos.

Epidemiología

Según la OMS, se estima que anualmente se producen alrededor de 1.9 millones de muertes a nivel mundial debido a la gastroenteritis infecciosa. Los niños pequeños, las personas mayores y las personas con sistemas inmunitarios debilitados son más susceptibles a la gastroenteritis infecciosa (30).

Factores de riesgo

- Los infantes con una edad menor de 5 años poseen un sistema inmunológico inmaduro que los hace más susceptibles a contraer infecciones gastrointestinales
- Contacto con personas infectadas: los niños al estar en contacto con personas que sean infectadas por algún virus o bacteria son más vulnerables a contraerlo y adquirir la enfermedad.
- Consumo de aguas contaminadas: las aguas que no son esterilizadas correctamente no eliminan agentes como virus, bacterias o parásitos

Signos y síntomas

Entre los síntomas más comunes tenemos los vómitos que están presentes durante todo el día. los cólicos abdominales. La fiebre es común. Esta patología suele estar acompañada por una diarrea de tipo acuosa explosiva o contener sangre. Debido a que el niño presenta vómitos constantes y diarreas, la deshidratación es un signo clásico que se evidencia mediante la sequedad de mucosas, ojos, sed excesiva, orina oscura, disminución en la micción. la astenia también está presente. Acompañada de fatiga y debilidad debido a la pérdida de líquidos y nutrientes

Diagnóstico

Las pruebas laboratoriales pueden ayudar al diagnóstico de la gastroenteritis infecciosa. El análisis de sangre nos ayuda a determinar si es que hay infección esto mediante los leucocitos. El coprocultivo nos permite identificar la presencia de parásitos en las heces. Un análisis de anticuerpos permite identificar a un virus en específico, es que por ejemplo estamos pensando en el rotavirus. La prueba de antígeno nos permite identificar a una bacteria en específico en las heces (31).

Tratamiento

En general, el fin del tratamiento es poder prevenir una deshidratación y aliviar los síntomas.

Los niños con gastroenteritis infecciosa pueden perder líquidos y electrolitos a través de la diarrea y los vómitos, lo que puede llevar a la deshidratación. Para prevenir la deshidratación, se recomienda reemplazar los líquidos perdidos con una solución de rehidratación oral (SRO) específica para niños. En casos más graves de deshidratación, el niño puede requerir la administración de líquidos intravenosos. Los antibióticos no son efectivos para tratar la mayoría de las causas de la gastroenteritis infecciosa, como los virus. Sin embargo, en casos de infecciones bacterianas específicas, como la *Salmonella* o la *Shigella*, se puede recetar antibióticos para tratar la infección

3.3.4. Caso 4 Bronconeumonía

Esta patología es una infección que se da de inicio súbito generando una inflamación a nivel pulmonar y bronquial. Esto produce alteraciones en el patrón respiratorio pudiendo llevar a la muerte si no son tratados de una manera adecuada. La bronconeumonía tiene como agente causal, más frecuente, al neumococo el cual afecta mayoritariamente a los individuos en los extremos de la vida.

Epidemiología

La bronconeumonía es una causa de hospitalización en menores de cinco años en el país. La tasa de mortalidad por neumonía en niños menores de cinco años ha disminuido en un 21,4 % Sin embargo, la neumonía sigue siendo una de las principales causas de muerte en niños en el Perú y representa una carga significativa para el sistema de salud (32).

Factores de Riesgo

- Edad: el 50 % de los casos de bronconeumonía se da en niños menores de 1 año. El sistema inmunológico de los niños no está completamente maduro para soportar infecciones
- Hacinamiento: la transmisión de infecciones por secreciones. los nidos, guarderías representan un foco de infección

- Nutricionales: los niños con desnutrición tienen un sistema inmunológico deficiente y son más propensos a infecciones graves.

Signos y síntomas

Entre los síntomas que se presentan en los niños con bronconeumonía tenemos: la tos persistente con flema o pus, la dificultad respiratoria que puede incluir respiraciones rápidas y jadeantes y respiración superficial, dolor en el pecho al respirar o toser, fiebre alta, fatiga y debilidad general, pérdida de apetito, irritabilidad o letargo.

Diagnóstico

El diagnóstico se complementa mediante un interrogatorio y mediante la placa de tórax PA en donde se apreciaría un consolidado lobulillar de aspecto parcheado el cual puede ser multifocal y bilateral. En exámenes de laboratorio un recuento de leucocitos mayor de 15 mil con desviación a la izquierda nos da un diagnóstico sugestivo de infección bacteriana. Cuando se nos presenta fiebres altas el hemocultivo nos ayuda a aislar el germen. Si es que se presenta tos productiva la tinción Gram, se puede realizar el cultivo de esputo (33).

Tratamiento

En muchos casos, se desaconseja el uso de antibióticos para tratar a niños pequeños con síntomas respiratorios leves si se sospecha o se diagnostica una neumonía, tal como se indica en diversas guías de práctica clínica. Esta recomendación se basa en que la mayoría de las neumonías en niños pequeños son de origen viral. Sin embargo, algunas bacterias, como el neumococo, mycoplasma y chlamydia, pueden causar neumonías incluso en edades en que las infecciones virales son más comunes. Asimismo, es frecuente la presencia de infecciones mixtas, y a medida que disminuye la edad del niño, aunque es más probable que la neumonía sea vírica, es mayor el riesgo de no tratar una neumonía bacteriana con antibióticos.

Al decidir si el tratamiento de la neumonía se llevará a cabo en la Atención Primaria o en el hospital, es importante considerar varios factores, como la edad del paciente, la gravedad de los síntomas clínicos o radiológicos, la presencia de complicaciones o patologías previas, la fiabilidad de la familia y las posibilidades de seguimiento.

Las medidas generales para el tratamiento incluyen descanso moderado, una dieta suave y beber suficiente líquido. Si la saturación de oxígeno es igual o menor al 92%, o si hay dificultad respiratoria grave o presencia de cianosis, se debe suministrar oxígeno y es necesario el ingreso obligatorio. La tos no productiva puede ser tratada con antitusígenos, aunque su capacidad para aliviar los síntomas es limitada y su uso está limitado a ciertas edades debido a los posibles efectos secundarios. Para mejorar la comodidad del paciente y reducir la pérdida hídrica, se pueden utilizar medicamentos antipiréticos. A menos que se presente bronquiectasias, no hay pruebas de que la humidificación o la fisioterapia sean útiles.

3.4 Rotación en Cirugía

3.4.1 Caso 1 Neoplasia maligna de recto

La neoplasia maligna de recto se refiere a un tumor canceroso que se origina en el tejido del recto. El recto corresponde a la parte final del intestino grueso y está ubicado justo encima del ano. Esta enfermedad es un tipo de cáncer colorrectal, que es uno de los cánceres más frecuentes a nivel mundial.

Epidemiología

En el Perú, el cáncer colorrectal, que incluye la neoplasia maligna de recto, es uno de los cánceres más comunes. Según el Ministerio de Salud, en el año 2020, se registraron 3.119 casos nuevos de cáncer colorrectal en el país, siendo el segundo tipo de cáncer más diagnosticado después del cáncer de mama.

En cuanto a la distribución por género, el cáncer colorrectal afecta a más hombres que a mujeres en el Perú, con una razón de 1.3:1. Además, la mayoría de los casos se diagnostican en personas mayores de 50 años (34).

Factores de Riesgo

La edad se encuentra entre los factores de riesgo de mayor importancia. El cáncer colorrectal, incluida la neoplasia maligna de recto, se presenta en su mayoría en mayores de 50 años. Las personas que presentan antecedentes de cáncer colorrectal familiar, especialmente si se encuentra afectado un padre o un hermano, tienen un mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad. La poliposis adenomatosa familiar (PAF), un trastorno hereditario que causa la aparición de numerosos pólipos en el colon y el recto, lo que aumenta significativamente el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal. El tener historia de haber sufrido una enfermedad inflamatoria intestinal es un factor de riesgo para el desarrollo de un cáncer colorrectal. Una dieta poco equilibrada en la cual el consumo de frutas, verduras, fibras sea bajo y más bien el consumo de grasas saturadas sea alto es un riesgo alto para el desarrollo de una neoplasia maligna de recto. La falta de actividad física regular también puede aumentar el riesgo de desarrollar cáncer colorrectal.

Signos y síntomas

Los síntomas de la neoplasia maligna de recto pueden variar según donde se encuentre el tumor, según el tamaño de este, así como de la etapa de la enfermedad. Problemas como diarrea, estreñimiento persistente o una sensación de que los intestinos no se vacían por completo después de una evacuación. Sangrado rectal o en las heces, que puede ser visible o no visible a simple vista. Dolor abdominal o rectal, que puede ser persistente o intermitente. Pérdida de peso inexplicable. Debilidad o fatiga persistente. Anemia inexplicable, que puede manifestarse como cansancio, debilidad o falta de aire. Sensación de masa o bulto en el recto o el ano.

Diagnóstico

El diagnóstico de la neoplasia maligna de recto puede incluir varios exámenes y pruebas. Examen físico y evaluación de los antecedentes médicos del paciente. Examen de sangre para detectar signos de anemia y otras anomalías. Pruebas de imagen, como la TAC o RMN, para evaluar la ubicación y el tamaño del tumor. Tanto la colonoscopia como la sigmoidoscopia son procedimientos médicos que implican la inserción de un tubo con una cámara en el recto para examinar tanto el colon como el recto. Ambos métodos permiten obtener imágenes detalladas de la pared interna del colon y detectar cualquier anomalía o enfermedad. La biopsia es un procedimiento médico que consiste en la extracción de una pequeña muestra de tejido para su análisis en un laboratorio. Este análisis permite determinar si la muestra de tejido es maligna o no. Estudios de estadificación, como la tomografía por emisión de positrones (PET), para determinar si el cáncer ha hecho metástasis.

Tratamiento

Depende del estadio del tumor y otros factores individuales del paciente. En general, el tratamiento incluye una combinación de cirugía, radioterapia y quimioterapia.

Frecuentemente, se efectúa una cirugía para extirpar el tumor. En función del tamaño y la ubicación del tumor, el cirujano puede recomendar una resección local (extirpación del tumor y un margen de tejido normal circulante) o una resección total del recto y el colon. En algunos casos, también se puede recomendar una colostomía temporal o permanente.

La radioterapia y la quimioterapia también pueden ser necesarias antes o después de la cirugía para disminuir las dimensiones del tumor y evitar que se propague a otras partes del cuerpo.

Además, también se puede considerar la terapia dirigida o la inmunoterapia en algunos casos de cáncer de recto avanzado. Estos tratamientos utilizan medicamentos específicos para atacar las células cancerosas o estimular el sistema inmunológico del paciente para que luche contra el cáncer (35)

3.4.2. Caso 2 Fractura de epífisis inferior del radio

La fractura de epífisis inferior del radio es una lesión ósea que ocurre en la parte más cercana a la muñeca del hueso del antebrazo llamado radio. La epífisis es la porción del hueso que se encuentra en su extremo y que se articula con otro hueso en una articulación. En el caso del radio, la epífisis inferior se encuentra en su extremo más cercano a la muñeca.

Esta fractura se produce frecuentemente por una caída con la mano extendida, donde el impacto hace que el radio se fractura en su parte inferior.

Epidemiología

La fractura de la epífisis inferior del radio se considera la fractura más frecuente en la población en general, sobre todo en adultos mayores. Estas fracturas se suelen presentar más en mujeres que en hombres y puede estar asociado con la osteoporosis.

Según los estudios epidemiológicos, la incidencia anual de la fractura de epífisis inferior del radio es de alrededor de 100-200 por cada 100.000 personas. La mayoría de estas fracturas ocurren en personas mayores de 50 años.

La fractura de la epífisis inferior del radio también es común en los niños y adolescentes, generalmente como resultado de una caída sobre una mano extendida durante la práctica de deportes o actividades físicas (36).

Factores de riesgo

- Edad avanzada: La probabilidad de sufrir una fractura en la epífisis inferior del radio es mayor en personas mayores de 50 años debido a la disminución de la densidad ósea que se asocia con el proceso de envejecimiento.
- Osteoporosis: la disminución de la densidad ósea que se da en la osteoporosis aumenta el riesgo de fracturas en general y de la epífisis inferior del radio en particular.
- Género femenino: El riesgo de sufrir una fractura en la epífisis inferior del radio es mayor en mujeres que en hombres debido a una menor densidad ósea y cambios hormonales relacionados con la menopausia.

- Actividades de alto impacto: Participar en deportes o actividades que implican un alto impacto en la muñeca, como el skateboarding o el snowboarding, aumenta el riesgo de sufrir una fractura de la epífisis inferior del radio.
- Caídas: Las caídas son la causa más común de fracturas de la epífisis inferior del radio, especialmente en personas mayores.

Signos y Síntomas

El dolor es el síntoma más común en una fractura de la epífisis inferior del radio. Puede ser agudo o sordo y generalmente se localiza en la muñeca o el antebrazo. La fractura puede causar hinchazón en la muñeca y el antebrazo. En algunos casos, la fractura puede causar una deformidad evidente en la muñeca. La fractura puede limitar el movimiento de la muñeca, especialmente si la lesión está cerca de la articulación. También puede aparecer un hematoma en la muñeca o el antebrazo. La zona afectada por la fractura puede ser sensible al tacto. En algunos casos, la fractura puede causar un sonido de crepitación al mover la muñeca.

Diagnóstico

El médico llevará a cabo un examen físico para evaluar el dolor, la hinchazón, la deformidad y la movilidad de la muñeca. Puede ser necesario realizar una radiografía para confirmar el diagnóstico y evaluar la gravedad de la lesión. En algunos casos, también puede ser necesario realizar una tomografía computarizada (TC) o un sonido magnético (RM) para evaluar el grado de daño en los tejidos blandos o en los huesos.

Tratamiento

El tratamiento para una fractura de la epífisis inferior del radio depende de múltiples factores, como la gravedad de la lesión o la edad. En general, el tratamiento puede incluir en algunos casos, la colocación de una férula o un yeso en la muñeca para mantenerla inmovilizada y permitir que la fractura se consolide. Si la fractura es desplazada, se puede realizar una reducción

cerrada, lo que implica manipular los huesos para realinearlos y colocarlos en su posición correcta. En algunos casos, podría necesitar de realizar una cirugía para realinear y estabilizar la fractura. Los métodos de reparación pueden incluir la colocación de clavos, tornillos, placas o injertos óseos. Después de que la fractura haya sanado, puede ser necesaria la terapia física para ayudar a restaurar la fuerza y la movilidad de la muñeca (37).

3.4.3. Caso 3 Hernia inguinal mixta

La condición médica conocida como hernia inguinal mixta ocurre cuando se presentan simultáneamente tanto la hernia inguinal directa como la hernia inguinal indirecta. La hernia inguinal es una protuberancia o abultamiento que se forma en la región inguinal, donde se encuentra el área de la ingle, cuando una porción de tejido abdominal, como puede ser el tejido intestinal, sobresale a través de la pared abdominal debido a una zona de debilidad o desgarro. Según la clasificación de Nyhus para hernias inguinales esta corresponde al tipo IV-D (Anexo 2)

La hernia inguinal directa ocurre cuando el tejido abdominal protruye a través de una zona debilitada en la pared abdominal cerca de la ingle, en una zona conocida como triángulo de Hesselbach. La hernia inguinal indirecta, por otro lado, es el resultado de una debilidad en la pared abdominal que permite que el tejido abdominal se deslice a través del canal inguinal, el cual se extiende desde la pared abdominal hasta el escroto en los hombres o los labios mayores en las mujeres (38).

Epidemiología

Se sabe que la hernia inguinal mixta es menos común que la hernia inguinal indirecta o directa por separado. En Perú, se estima que la prevalencia de hernias inguinales es del 2,5 % en hombres y del 0,2 % en mujeres. La incidencia de hernias inguinales es mayor en los hombres que en las mujeres debido a las diferencias anatómicas y de género (39).

Factores de riesgo

- Sexo: el género masculino es más propenso a presentar hernias inguinales que las mujeres esto debido a las diferencias anatómicas y de género.
- Edad: la edad avanzada implica un mayor importante para la aparición de una hernia inguinal, ya que los tejidos en el área de la ingle pueden debilitarse con el tiempo.
- Predisposición genética: la presencia de antecedentes familiares de hernias inguinales aumenta el riesgo de desarrollar esta afección.
- Esfuerzo físico: actividades que requieren un esfuerzo físico intenso o levantar objetos pesados pueden aumentar la presión en el abdomen y aumentar el riesgo de hernias inguinales.
- Estreñimiento: el estreñimiento crónico puede aumentar la presión en el abdomen y aumentar el riesgo de hernias inguinales.
- Enfermedades crónicas: ciertas enfermedades crónicas, que al esfuerzo generen una presión intra abdominal como es el caso de la EPOC y la fibrosis quística, pueden aumentar el riesgo de desarrollar hernias inguinales.
- Obesidad: la obesidad puede aumentar la presión en el abdomen y aumentar el riesgo de hernias inguinales.
- Tabaquismo: fumar puede aumentar el riesgo de desarrollar hernias inguinales debido a su impacto negativo en la salud general del cuerpo

Signos y Síntomas

Los signos y síntomas asociados con una hernia inguinal pueden variar en intensidad y presentación, y pueden incluir los siguientes:

- Bulto o abultamiento en la región inguinal o en la parte inferior del abdomen, que puede ser visible o palpable.
- Dolor o molestia en la ingle, especialmente al levantar objetos pesados, toser o hacer esfuerzo físico.
- Sensación de debilidad o presión en la ingle.
- Sensación de ardor o dolor en el área de la hernia.
- Malestar o dolor en la parte inferior del abdomen.
- Dolor o molestia durante las relaciones sexuales.

- Náuseas y vómitos (en casos graves).

Es importante tener en cuenta que, en algunos casos, las hernias inguinales pueden no presentar síntomas, y pueden ser descubiertas durante un examen físico de rutina o por casualidad en una imagen diagnóstica. En casos graves, la hernia inguinal puede encarecerse o sufrir una estrangulación, lo que puede causar una interrupción del flujo sanguíneo al intestino y requerir atención médica inmediata.

Diagnóstico

El examen físico puede ser suficiente para el diagnóstico de una hernia inguinal, especialmente si el bulto es visible o palpable. Algunas veces son necesarias pruebas de imagen, como una ecografía, TAC o RMN, estas ayudan a la confirmación del diagnóstico.

Tratamiento

El tratamiento quirúrgico de una hernia puede ser realizado mediante técnicas abiertas o laparoscópicas. La cirugía abierta implica hacer una incisión en la ingle y reparar la hernia mediante la sutura de los tejidos dañados o la colocación de una malla quirúrgica para fortalecer la pared abdominal. La cirugía laparoscópica implica hacer pequeñas incisiones en la pared abdominal y utilizar una cámara y herramientas quirúrgicas especializadas para reparar la hernia.

El tipo de cirugía recomendado dependerá de varios factores, como el tamaño y la ubicación de la hernia, edad y el estado general del paciente, y la preferencia del cirujano. Es importante tener en cuenta que, aunque la reparación quirúrgica de la hernia inguinal es altamente efectiva, no previene la aparición de futuras hernias. Por lo tanto, es fundamental adoptar medidas preventivas para evitar la aparición de hernias, como mantener un peso saludable, evitar el esfuerzo físico excesivo, y fortalecer los músculos abdominales mediante el ejercicio regular

3.4.4. Caso 4 Colecistitis crónica calculosa

La colecistitis crónica litiásica es una patología de la vesícula biliar la cual sufre una inflamación que se produce de forma repetida debido a la presencia de cálculos en esta. Estos cálculos obstruyen la salida de la bilis y provocan la acumulación de líquido y presión en la vesícula, lo que produce una inflamación crónica de la misma. La colecistitis crónica calculosa se caracteriza por dolor en el hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, fiebre y escalofríos. La sintomatología es intermitente y varía en los años antes de que se produzca una complicación aguda.

Epidemiología

Lamentablemente, la información específica sobre la epidemiología de la colecistitis crónica calculosa en Perú es limitada. Sin embargo, se sabe que la enfermedad es común en la región andina de América del Sur, donde se ha informado una alta incidencia de enfermedades de la vesícula biliar en general.

En un estudio realizado en la ciudad de Arequipa, Perú, se encontró que la prevalencia de enfermedades de la vesícula biliar, incluyendo la colecistitis crónica calculosa, era del 15,3%. Se ha informado que, en Perú, la colecistitis crónica calculosa es más evidente en mujeres que en varones. La obesidad y la dieta rica en grasas se han identificado como factores de riesgo. Además, se sabe que la incidencia de la enfermedad aumenta con la edad (40).

Factores de Riesgo

- Sexo femenino: Las mujeres tienen un mayor riesgo de desarrollar colecistitis crónica calculosa que los hombres.
- Edad: se ha visto que esta patología es más frecuente en población que sobrepasa los 40 años.
- Sobrepeso y obesidad: El exceso de peso y la obesidad tienen mayor relación con el desarrollo de colecistitis crónica calculosa, ya que la obesidad puede aumentar la cantidad de colesterol en la bilis.
- Historia familiar de cálculos biliares: Las personas con antecedentes familiares de cálculos biliares tienen un mayor riesgo de desarrollar colecistitis crónica calculosa.

- Diabetes: la diabetes está relacionada con un mayor riesgo al desarrollo de cálculos biliares y colecistitis crónica calculosa.
- Cambios hormonales: Los cambios hormonales pueden aumentar el riesgo de desarrollar cálculos biliares y colecistitis crónica calculosa. La razón de esto es que las hormonas pueden influir en la composición de la bilis y la capacidad de la vesícula biliar para contraerse adecuadamente.
- La alimentación puede influir en la probabilidad de padecer colecistitis crónica calculosa. Una dieta alta en grasas saturadas y baja en fibras aumenta significativamente el riesgo de desarrollar la enfermedad.

Signos y síntomas:

Los signos y síntomas que pueden estar presentes en la colecistitis crónica calculosa incluyen:

- Dolor abdominal: El dolor abdominal es el síntoma más común de la colecistitis crónica calculosa y flanco derecho. El dolor puede ser constante o intermitente y puede durar desde minutos hasta varias horas. Puede ser desencadenado por comidas grasas o pesadas.
- Náuseas y vómitos: Es frecuente que se presenten náuseas y vómitos en la colecistitis crónica calculosa y pueden estar asociados con el dolor abdominal.
- Dispepsia: La dispepsia o indigestión es un síntoma común que puede incluir sensación de llenura después de las comidas, eructos, hinchazón y acidez estomacal.
- Flatulencia: Los gases intestinales pueden aumentar en pacientes con colecistitis crónica calculosa y pueden producir dolor abdominal y sensación de distensión.
- Ictericia: La ictericia se produce cuando hay una acumulación de bilirrubina en el cuerpo, lo que provoca una coloración amarillenta en la piel y las mucosas, puede estar presente en casos graves de colecistitis crónica calculosa.
- Fiebre: La fiebre es común en la colecistitis aguda, pero también puede estar presente en la forma crónica de la enfermedad (41).

Diagnóstico

Para el diagnóstico de la colecistitis crónica calculosa se pueden realizar varios métodos

- **Análisis de sangre:** Se pueden realizar análisis de sangre para evaluar los niveles de enzimas hepáticas y bilirrubina, que pueden estar elevados en caso de obstrucción de las vías biliares debido a los cálculos biliares.
- **Ecografía abdominal:** La ecografía es una técnica de diagnóstico que se basa en el uso de ondas sonoras para generar una imagen de la vesícula y los cálculos biliares. De esta manera, se puede obtener información visual acerca de las condiciones de estos órganos y diagnosticar problemas en la salud biliar. Es un método no invasivo y seguro para evaluar la presencia de colecistitis crónica calculosa.
- **Tomografía computarizada (TC) abdominal:** La TC abdominal puede proporcionar una imagen más detallada de la vesícula y los cálculos biliares en comparación con la ecografía. Se utiliza principalmente si la ecografía no es concluyente.
- **Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE):** se aplica cuando se tiene sospecha de la presencia de cálculos biliares en la vía biliar principal. Se trata de un procedimiento invasivo que consiste en la introducción de un endoscopio por la boca y el estómago hasta el duodeno, con el fin de identificar y extraer los cálculos biliares.

Tratamiento

Como ya se comentó el método diagnóstico definitivo es la extirpación quirúrgica de la vesícula, por ende, este también es el tratamiento. La colecistectomía puede realizarse mediante cirugía abierta o laparoscópica, siendo esta última la técnica preferida en la mayoría de los casos debido a que es menos invasiva y conlleva una recuperación más rápida. En algunos casos, puede haber complicaciones de la colecistitis crónica calculosa, como la obstrucción de las vías biliares o la inflamación del páncreas. En estos

casos, puede ser necesario realizar procedimientos adicionales, como la colocación de un stent para desbloquear las vías biliares o una CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) para eliminar los cálculos biliares. Después de la colecistectomía, se puede continuar con una dieta normal sin restricciones especiales. En algunos casos, pueden ocurrir efectos secundarios, como diarrea o problemas digestivos leves, pero estos suelen ser temporales y desaparecer con el tiempo (42).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Si bien la Pandemia COVID-19 nos generó algunas inseguridades, ya que se sentía la falta de experticia al no poder reforzar lo aprendido en clases virtuales. Durante el internado médico, todo eso se subsanó ya que el estar constantemente en contacto con pacientes a diario y viendo diferentes patologías, nos permitió refrescar los conocimientos y afianzar lo aprendido durante los 6 años anteriores de la carrera.

El Hospital Militar Central es un hospital de categoría III-1 al cual le llegan referencias de diferentes EESS pertenecientes al sistema de salud militar. Esto genera una mayor afluencia de pacientes de otros centros al hospital sobre todo a nivel de consultorios externos generando que haya retraso en la atención. Casos que podrían ser tratados en los establecimientos de atención primaria son referidos al Hospital generando mayor congestión.

El internado médico, en el Hospital Militar Central, nos ha permitido también conocer el sistema de una institución del tipo castrense. Esto nos ha dado luz para saber enfocar los temas de salud cuando tratamos con personal militar o familiares de éstos, considerando las jerarquías en los grados.

El interno de medicina al hacer su internado en este centro de salud se lleva una grata sensación, ya que este le brinda un ambiente adecuado para desarrollarse no solamente en el entorno académico, sino también en el personal. Durante el tiempo de rotación tanto médicos como residentes, licenciadas y técnicos brindan su apoyo para hacer de este periodo de aprendizaje más llevadero.

CONCLUSIONES

La realización del internado médico en hospitales es una fase crucial en la capacitación de los futuros médicos. El ambiente hospitalario proporciona a los estudiantes de medicina una experiencia práctica y valiosa para aplicar los conocimientos adquiridos en la teoría, mejorar sus habilidades clínicas, tomar decisiones médicas importantes y aprender a trabajar en equipo en situaciones de alta exigencia. Los hospitales son lugares donde los estudiantes tienen la oportunidad de enfrentarse a situaciones reales de la práctica médica y de interactuar con pacientes de diferentes edades, géneros, culturas y necesidades de atención médica. A pesar de que puede resultar un desafío emocional y físico, el internado en hospitales es una experiencia única que prepara a los estudiantes para enfrentar situaciones complejas de la práctica médica y forjar su carácter y habilidades como médicos. Por lo tanto, es importante que los programas de formación en medicina aseguren una amplia y rigurosa experiencia práctica en hospitales para garantizar que los futuros médicos estén bien preparados para brindar una atención médica de alta calidad.

RECOMENDACIONES

El internado realizado en el Hospital Militar puede ser una experiencia única y enriquecedora para los estudiantes de medicina que estén interesados en seguir la carrera militar y asimilarse ya sea al ejército, FAP, Marina o PNP. Es importante que los estudiantes se familiaricen con las prácticas militares antes de comenzar su internado. Esto incluye conocer la jerarquía militar, el lenguaje y la forma de comunicación en el ambiente militar. Los estudiantes deben estar al tanto de las regulaciones y políticas del hospital militar, incluyendo los protocolos de seguridad y los procedimientos de emergencia.

Al igual que en cualquier hospital, es importante que los estudiantes traten a los pacientes, sus familias y otros profesionales de la salud con respeto y empatía. El ambiente militar puede ser muy diferente al de un hospital civil, por lo que los estudiantes deben estar dispuestos a aprender y adaptarse a las prácticas y protocolos militares. En el ambiente militar, la disciplina y la ética son fundamentales. Los estudiantes deben seguir las regulaciones y protocolos establecidos y mantener altos estándares éticos y de conducta.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Etemad B, Whitcomb DC. Pancreatitis crónica: diagnóstico, clasificación y nuevos desarrollos genéticos. *Gastroenterología*. 2001;120(3):682-707.
2. Cieza JA, León N, Bernui J, et al. Pancreatitis aguda: perfil epidemiológico en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Perú. *Rev Gastroenterol Perú*. 2016;36(4):300-305.
3. Lira D, Valencia JC, Álvarez D, et al. Manejo clínico de la pancreatitis aguda en el Hospital Nacional Dos de Mayo, Perú. *Rev Gastroenterol Perú*. 2020;40(4):342-349
4. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, et al. Pautas para el manejo temprano de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico agudo: actualización de 2019 de las pautas de 2018 para el manejo temprano de accidente cerebrovascular isquémico agudo: una guía para profesionales de la salud de la American Heart Association/American Stroke Association. *Ataque*. 2019;50(12):e344-e418
5. Chamorro A, Quiroga C, Posadas A, et al. Registro Nacional de Accidentes Cerebrovasculares Isquémicos en el Perú: resultados preliminares. *Rev Neurol*. 2018;66(2):43-49.
6. Jauch EC, Saver JL, Adams Jr HP, et al. Pautas para el manejo temprano de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico agudo: una guía para profesionales de la salud de la American Heart Association/American Stroke Association. *Ataque*. 2013;44(3):870-947.
7. Castellanos JL, Limin AB, Hernandez AR, Fernandez Rojas DE. Intoxicación por metanol, reporte de un caso. *Arch Med Urg Mex*. 2009;1(2):67-73
8. Marruecos-Sant L. Tratamiento de las intoxicaciones por metanol y por etilenglicol. *Med Intensiva*. 2002;26(5):248-50.
9. Alcalá Pedrajas JN. Intoxicación por metanol. *An Med Interna*. 2002;19(9):70-1

10. Cieza JA, Aguilar-Luis MA, del Valle-Mendoza J, et al. Etiology and risk factors for diarrhea in three regions of Peru. *Gastroenterol Res Pract*. 2018;2018:8408164. doi:10.1155/2018/8408164.
11. Tamariz J, Castillo ME, Butron B, et al. Caracterización de la diarrea osmótica en pacientes de un hospital de Lima, Perú. *Rev Gastroenterol Peru*. 2016;36(2):118-122.
12. de Lima de Mon M, Cioccia AM, González E, Hevia P. Efectos de la diarrea secretora y osmótica sobre la función y morfología del intestino en ratas. *Arch Latinoam Nutr*. 2002;52(1):20–8.
13. Montes M, Vicente W, Rojas W, et al. Diarrea aguda infecciosa y diarrea osmótica: evaluación de la frecuencia en pacientes de un hospital de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(4):633-638
14. Rojas-Suarez J, Peralta-Carcelen A, Casas-Bendezú M, Cieza-Garcia W. Placenta previa: análisis de 170 casos en el Hospital Dos de Mayo, Lima-Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2019;65(3):192-198.
15. Sosa-Carmona J, Talledo-Ulloa M, Rojas-Suarez J. Placenta previa: diagnóstico y tratamiento. Experiencia en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú. *Rev Med Hered*. 2017;28(3):147-152.
16. Mejía-Cordero F, Díaz-Quiñonez J, Díaz-Quiñonez R, López-Canales J, Roldán-Díaz G. Placenta previa: experiencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2016;62(3):241-246.
17. Gutiérrez Ramos M, Guevara Ríos E. Controversias en el tratamiento del aborto incompleto: AMEU versus tratamiento médico con misoprostol. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2015;61(1):57–64
18. Ponce, M. Factores asociados al aborto incompleto en mujeres en edad fértil del Centro Materno Infantil Juan Pablo II. Villa El Salvador. Primer semestre 2016[Tesis]. Universidad de San Martín de Porres; 2018. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/3685>
19. Lozano, B. Prevalencia de aborto incompleto en mujeres de 15-35 años atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a noviembre del

2016 [Tesis]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2017.
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/4852>

20. Peralta-León Y, Chávez-Pozo M, Cárdenas-López J, et al. Prevalencia y factores asociados a preeclampsia grave en hospitales del Ministerio de Salud en Lima-Callao, Perú, 2016. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2021;38(1):110-119.
21. Chávez-Calla M, Rojas-Sánchez K, Lamas-Lamas Y, et al. Evaluación del diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en el Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú, 2017. *Rev Med Hered*. 2020;31(2):101-108
22. Barrientos G, López M, Salcedo D, Díaz M. Amenaza de parto prematuro: prevalencia y factores asociados en el Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2019;84(3):224-31.
23. Vargas-Ramos R, Llontop-García P, Mori-Tsukamoto K, et al. Factores asociados a amenaza de parto prematuro en gestantes atendidas en un hospital de nivel II en Lima, Perú. *Rev Perú Ginecol Obstet*. 2020;66(2):90-6. doi: 10.31403/rpgo.v66i2.1219
24. Gutiérrez-Romero R, Ugaz-Lazo R, Tineo-Pozo M, et al. Análisis de factores de riesgo y manejo de amenaza de parto pretérmino en una clínica privada de Lima, Perú. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2021;86(2):129-35.
25. Alva-Urcia C, Fajardo-Carrillo Y, Ortega-Ríos J, et al. Comparación de la eficacia de la terbutalina y el nifedipino en el tratamiento de la amenaza de parto prematuro. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2019;84(6):585-91
26. Alba-Domínguez M, Jiménez-Álvarez L, Sánchez-Betancourt I, et al. Convulsión febril en niños: características clínicas y factores de riesgo. *Acta Pediatr Mex*. 2020;41(4):199-205
27. Subcomité de Convulsiones Febriles; Academia Americana de Pediatría. Evaluación neurodiagnóstica del niño con convulsión febril simple. *Pediatría*. 2011;127(2):389-394. doi: 10.1542/peds.2010-3318.

28. Butani VK, Wong RJ, Stevenson DK. Hiperbilirrubinemia en recién nacidos prematuros. *ClinPerinatol.* 2016;43(2):215-232.
29. González B, Rodrigo R, Hermida C. Ictericia fisiológica en el recién nacido a término. *Un pediatra (Barc).* 2015;82(2):128-132.
30. Yalda Lucero A. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. *Rev médica Clín Las Condes.* 2014;25(3):463–72.
31. Baquero Artigao F, Borque Andrés C, Ladrón de Guevara C, Castillo Martín F del, García Miguel MJ, José Gómez MI de, et al. Etiología de la gastroenteritis aguda en niños hospitalizados menores de 5 años. *Acta pediatr esp.* 2000;586–91.
32. Borrego PC, editor. Bronconeumonía: ¿A qué se refieren los pediatras cuando la diagnosticaron? Vol. 13. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias;* 2001.
33. Reyna R, Evelyn L. Bronconeumonía en niños menores de 5 años atendidos por Consulta Externa Hospital Universitario, guía educativa para padres. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Tecnología Médica; 2018.
34. Apaza-Paredes, Y., Chambi-Torres, JA, & Palomino-Condori, A. (2020). Características clínicas y tratamiento quirúrgico del cáncer de recto en un hospital nacional de Perú. *Revista de Gastroenterología del Perú,* 40(1), 30-35.
35. Benson III, AB, Venook, AP, Al-Hawary, MM, Cederquist, L., Chen, YJ, Ciombor, KK y Goff, LW (2018). Cáncer rectal, versión 2.2018, Pautas de práctica clínica en oncología de NCCN. *Revista de la Red Nacional Integral del Cáncer,* 16(7), 874-901.
36. Tan, J. G., Tan, Y. H., & Chew, W. Y. (2021). Management of distal radius fractures: a review article. *EFORT Open Reviews,* 6(5), 314-324.
37. Tordoya, M. J., Franco, A., Kajatt, E., & Véliz, Y. (2019). Lesiones musculoesqueléticas y atención en salud ocupacional en trabajadores de una empresa minera en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública,* 36(2), 211-217.

38. Torrico Camacho JA, Mejia Camacho G, Torrico Vilte JP, Torrico Vilte mf. Técnica de lichtenstein modificada para el tratamiento quirúrgico de las hernias inguinales, crurales y recidivantes. Gac médica boliv. 2007;30(1):41–9.
39. Durán y Dr. Elvis Pardo Olivares, Ernesto Casamayor Callejas, Dr Jorge Legrá Legrá, Dra Maineris Danger. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes operados de hernias inguinales. MEDISAN. junio de 2018;22(16).
40. Pérez Huitrón MA, Ocaña Monroy JL. Colecistitis crónica litiásica agudizada: una consulta frecuente en la guardia médica. Rev Fac Med Univ Nac Auton Mex. 2018;61(4):35–7.
41. Luque A, Viloría R, Serrano M, Bracho N, Luque A, Marquez B, et al. "Cirugía laparoscópica: alternativa Hospitalaria para tratar la colecistitis crónica calculosa frente a la cirugía convencional. GEN. 2004;188–91
42. Muñoz R, Araceli V. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con colecistitis crónica calculosa en el servicio de cirugía del hospital San Juan del Lurigancho en el año 2019. Universidad Privada San Juan Bautista; 2021

ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA DE GLASGOW PARA EL NIVEL DE CONCIENCIA

Apertura ocular		Respuesta motora		Respuesta verbal	
Espontánea	4	Obedece órdenes verbales	6	Orientado	5
A órdenes	3	Localiza dolor	5	Desorientado	4
A dolor	2	Retira al dolor	4	Palabras inapropiadas	3
Sin respuesta	1	Flexiona al dolor	3	Sonidos inapropiados	2
		Extiende al dolor	2	Sin respuesta	1
		Sin respuesta	1		

Para obtener la calificación, se suman las respuestas ocular, verbal y motora.

La mejor calificación es 15 y la peor 3. La encefalopatía severa es definida con una calificación < 12.

Practice guideline: Evaluation of the patient for liver transplantation. AASLD. Hepatology 2005; 41(6) June: 1-26.

ANEXO 2

Tabla 5-2. Clasificación de Nyhus para hernias inguinales.

Tipo	Descripción
I	Hernia indirecta: anillo inguinal profundo de tamaño normal.
II	Hernia indirecta: anillo inguinal profundo dilatado sin alteración de la pared posterior del conducto inguinal.
III-A	Hernia directa: pequeña o mediana.
III-B	Hernia indirecta: con compromiso de la pared posterior del conducto inguinal.
III-C	Hernia femoral
IV	Hernia recurrente: IV-A directa, IV-B indirecta, IV-C femoral y IV-D mixta.