

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO MÉDICO
NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA” 2023-2024

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

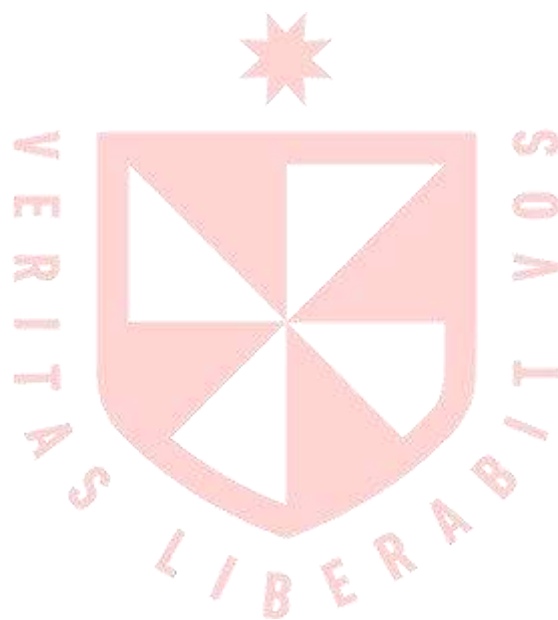
BEATRIZ DELIA SILVANA BOGGIANO ARROYO DE VIALARDI

ASESORA

FILIDA GARNIQUE DIAZ

LIMA - PERÚ

2024



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO MÉDICO
NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA” 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
BEATRIZ DELIA SILVANA BOGGIANO ARROYO DE VIALARDI**

**ASESORA
DRA. FILIDA GARNIQUE GARNIQUE**

LIMA-PERU

2024

JURADO

PRESIDENTE: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

MIEMBRO: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE

MIEMBRO: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi familia e hijos quienes me apoyaron en cada momento de esta ardua, difícil y larga carrera le estoy más que agradecida a Dios y a ellos por su constante apoyo, por su consideración y por acompañarme hasta la recta final para por fin concluirla.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer este trabajo a mis docentes quienes, con su constante apoyo y ardua labor aportaron mucho a mi formación académica gracias a su gran dedicación y su enorme paciencia.

ÍNDICE

JURADO	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	VIII
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
I.I. ROTACIÓN POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA	1
I.I.I. CASO CLÍNICO NÚMERO 1	1
I.I.II. CASO CLÍNICO NÚMERO 2	5
I.II. ROTACIÓN POR SERVICIO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	8
I.II.I. CASO CLÍNICO NÚMERO 3	9
I.II.II. CASO CLÍNICO NÚMERO 4	13
I.III. ROTACIÓN POR SERVICIO DE PEDIATRÍA	16
I.III.I. CASO CLÍNICO NÚMERO 5	16
I.III.II. CASO CLÍNICO NÚMERO 6	22
I.IV. ROTACIÓN POR SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL	26
I.IV.I. CASO CLÍNICO NÚMERO 7	26
I.IV.II. CASO CLÍNICO NÚMERO 8	30
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	34
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	35
III.I. ROTACIÓN POR SERVICIO MEDICINA INTERNA	35
III.I.I. CASO CLÍNICO NÚMERO 1	35
III.I.II. CASO CLÍNICO NÚMERO 2	37
III.II. ROTACIÓN POR SERVICIO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	40
III.II.I. CASO CLÍNICO NÚMERO 3	40
III.II.II. CASO CLÍNICO NÚMERO 4	42
III.III. ROTACIÓN POR SERVICIO DE PEDIATRÍA	45
III.III.I. CASO CLÍNICO NÚMERO 5	45
III.III.II. CASO CLÍNICO NÚMERO 6	47
III.IV. ROTACIÓN POR SERVICIO DE CIRUGÍA	50
III.IV.I. CASO CLÍNICO NÚMERO 7	50
III.IV.II. CASO CLÍNICO NÚMERO 8	53
CAPITULO IV. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA	55
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	59
FUENTES DE INFORMACIÓN	60

RESUMEN

La etapa del internado médico se considera el último peldaño de la carrera de medicina humana para el estudiante de pregrado de dicha carrera, en esta etapa se consolidan, afianzan y se pondrá en práctica todo lo aprendido académicamente durante los 6 años anteriores de pregrado de medicina humana, a la vez también todo alumno de medicina humana de la etapa de pregrado se preparan para rendir el examen nacional de medicina (ENAM) a la par todo ello contribuye como base para poder ejercer el Servicio Rural Urbano Marginal (SERUM).

Todo estudiante de pregrado de la carrera de medicina humana medicina años atrás exactamente antes de que ocurra la pandemia del COVID-19, debía de rotar durante 3 meses por cada especialidad siendo estas la de medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría y cirugía general haciendo un total de 12 meses. El COVID -19 obligo a una serie de modificaciones en el desarrollo de lo que corresponde el internado médico se tuvo que cesar de forma abrupta las actividades hospitalarias y académicas de los estudiantes de medicina humana de pregrado, esto hizo que se disminuya el tiempo a 10 meses.

Este informe da a conocer algunas experiencias logradas en la etapa de internado médico que inicio el día 31 del mes de marzo del año 2023 y concluyo el día 30 del mes de enero del año 2024. Realizado en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara “a continuación se mostrarán 8 casos clínicos distribuidos por las especialidades ya citadas anteriormente donde se describen los casos, como fueron abordados, de igual manera se presentan las tareas que desempeño del interno en cada circunstancia.

Palabras clave: internado, hospital, experiencia, celulitis, gastroenteritis aguda, aborto incompleto, miomatosis uterina submucoso, hematuria macroscópica, malrotación renal, gastroenteritis aguda y deshidratación moderada, eventración, hernia inguinal.

ABSTRACT

The medical internship stage is considered the last step in the human medicine career for the undergraduate human medicine student. In this stage, everything learned academically during the previous 6 years of undergraduate human medicine is consolidated and put into practice. At the same time, all undergraduate students of human medicine prepare to take the national medical exam (ENAM), while all of this contributes as a basis to be able to practice the Marginal Urban Rural Service (SERUM).

Every undergraduate student studying human medicine years ago, exactly before the COVID -19 pandemic occurred ,had to rotate for 3 months in each specialty, these being internal medicine, gynecology and obstetrics, pediatrics, and general surgery, making a total of 12 months COVID-19 forced a series of modifications in the development of what corresponds to the medical internship, the hospital activities of undergraduate human medicine student had to abruptly cease, this reduced the time to 10 months

This report presents some experiences achieved in the medical internship stage that began on March 31, 2023 and concluded on January 30, 2024. Carried out at the "Cirujano Mayor Santiago Távara Medical Center" Bellow, 8 clinical cases Will be shown distributed by the specialties already mentioned above where the cases are described, how they addressed and the tasks performed by the intern in each circumstance are also present.

Key Word: hospitalization, hospital, experience, cellulitis acute gastroenteritis, incomplete abortion, uterine myxomatosis, macroscopic hematuria, renal malrotation, acute gastroenteritis and moderate dehydration, eventration, inguinal hernia.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL "CIRUJA NO MAYOR SANTIAGO TÁVARA" 2023-2024

AUTOR

BEATRIZ DELIA SILVANA BOGGIANO ARROYO DE VIALARDI

RECUENTO DE PALABRAS

16426 Words

RECUENTO DE CARACTERES

98729 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

66 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

206.1KB

FECHA DE ENTREGA

May 7, 2024 2:15 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 7, 2024 2:16 PM GMT-5

● **13% de similitud general**

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

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% 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

INTRODUCCIÓN

Es de conocimiento que la carrera de medicina humana de toda universidad del Perú incluye el desarrollo del internado medico el cual corresponde al séptimo año de la carrera de medicina humana, en dicho periodo el estudiante de pregrado demostrará y pondrá en práctica todo lo aprendido de los años anteriores llevando a la practica en los centros hospitalarios.

En dichas prácticas hospitalarias los estudiantes se integran y serán parte del equipo médico de cada hospital siendo el principal interprete en todos los procedimientos que se lleven a cabo con una adecuada observación realizadas por docentes cuya función es guiar, motivar corregir la labor del interno para así formar un profesional capaz y calificado. (1)

Es bien sabido que la carrera de medicina humana es una de las carreras más larga siendo de 7 años lo cual la vuelve ardua, sacrificada, de mucha exigencia y mucha concentración todo ello para estar bien preparado, afrontar la gran experiencia de poder atender al paciente y así lograr ser un profesional competente.

En el Perú la etapa de internado medico comprende 4 rotaciones siendo estas las más importantes para la formación de un profesional en salud siendo estas las áreas de: Medicina Interna, Gineco- Obstetricia, Pediatría, Cirugía General.

Es sabido que en años anteriores a la Pandemia por COVID-19 el tiempo del internado medico duraba 365 días lo que corresponde a un año completo, realizándose en diversas sedes hospitalarias como MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas, por motivo a la Pandemia por COVID -19 el tiempo de internado medico disminuyo a 10 meses. En todas las sedes mencionadas anteriormente. (2)

La etapa del internado medico se considera la última fase de formación de la carrera de medicina humana donde el alumno consolidará, afianzará y pondrá en práctica todo su aprendizaje académico, poniéndose a prueba frente a diversas patologías se volverá diestro en el manejo, abordaje, aplicando la semiología, elaborando los diagnósticos y dar un adecuado tratamiento.

El haber desempeñado y finalizado la etapa del internado médico realizada en los diversos servicios y especialidades ,demuestra la labor ardua y compromiso total del personal médico , convirtiéndola en una experiencia única, novedosa, poniéndonos a prueba en práctica clínica para así poder aplicar todos los conocimientos académicos aprendidos en los 6 años de pregrado con la finalidad de completar la formación del interno de medicina volviendo hábil, capaz, apto para poder abordar y lidiar con diversos casos clínicos.

Es por ello por lo que deseo compartir mi experiencia del internado médico en la cual les doy a conocer, una diversidad de casos clínicos en las 4 rotaciones, siendo 2 por rotación realizados en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara “2023-2024”.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En el siguiente trabajo se presentarán 8 casos clínicos, los cuales han sido distribuidos por cada servicio de rotación siendo estos 4.

I.I. ROTACIÓN POR EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

I.I.I. CASO CLÍNICO NÚMERO 1

HCL N° 01215218

Paciente femenino de 22 años natural de Lima, procedente del distrito de San Juan de Lurigancho con tiempo de enfermedad de 3 días, de inicio insidioso y curso progresivo es traída a emergencia del CEMENA acompañada de un familiar con dificultad al deambular, por dolor en pierna derecha, paciente menciona que, hacia 3 días, fue picada por un mosquito en la pierna derecha. Se observó la presencia de lesión dérmica eritematosa, en cara anterior de pierna derecha, presencia de signo de flogosis (aumento de volumen, calor, rubor, dolor), presencia de secreción purulenta niega fiebre, cefalea, mareo, náuseas, vómitos, diarreas. Razón por la cual fue atendida por el servicio de medicina interna, y proceder a ser hospitalizada.

Antecedentes personales:

- Niega otra condición médica (HTA, DM2, INFECCIONES, TBC, ETC).
- Cirugías: Niega
- Antecedentes familiares: Padres, y hermanos aparentemente sanos.
- Medicación de uso frecuente: Niega, RAMS: Niega Alergias: Niega, Peso :54KG, talla: 158cm IMC: 21.6.

Funciones vitales:

- Presión arterial :110/70 mmHg.
- Temperatura: 36.5°C.
- Frecuencia cardiaca: 88 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.
- Saturación de oxígeno: 98%

Examen físico:

Se procedió a evaluar a la paciente, encontrándosele en regular aparente estado general, regular aparente estado de hidratación, regular aparente estado de nutrición.

Se realizó el examen físico por regiones:

- Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, presencia de llenado capilar menos de 2 segundos, TCSC de adecuada distribución, no muestra palidez, no cianosis, ni presencia de ictericia. Presencia de lesión dérmica eritematosa mal delimitado de aproximadamente 10 x57 cm con presencia de edema duro y sensible, aumento de volumen, dolor, rubor, prurito, secreción purulenta en cara anterior de pierna derecha.
- Cabeza: Cara fascia dolorosa, normocéfalo, ojos: escleras claras, pupilas isocóricas, reactivas a la luz conjuntiva sin lesiones, boca: mucosa oral húmeda e hidratada, dentadura completa, sin presencia de lesiones, nariz: tabique nasal sin desviación, fosas nasales permeables sin presencia de secreciones ni lesiones.
- Cuello: Tráquea central, cilíndrico móvil, tiroides no palpable, no presencia de adenopatías.
- Tórax y Aparato respiratorio: A la inspección adecuada amplexación de tórax, simétrico, sin presencia de masas, no tirajes, a la auscultación, presencia de vibraciones vocales sin alteración, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se percibe ruidos agregados como roncantes, sibilante ni crepitantes.

- Aparato cardiovascular: No presencia de choque de puntas visible ni se palpa, conservada matidez cardiaca, presencia de ruidos cardiacos rítmicos, frecuencia cardiaca sin alteración, no se perciben soplos cardiacos.
- Mamas: Blandas depresibles, simétricas, sin presencia de masas, no dolorosas a palpación. Sin presencia de lesiones.
- Abdomen: A la inspección móvil a la respiración, globuloso, simétrico, sin presencia de masas, ni lesiones, ni cicatrices, se auscultan ruidos hidroaéreos presentes de buen tono, intensidad y frecuencia, a la percusión no matidez, no timpanismo, blando depresible, no presencia de puntos dolorosos, no masas palpables a la palpación superficial, ni profunda, no signos peritoneales.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos, sin presencia de globo vesical, no porta sonda Foley.
- Genitales externos: Sin presencia de lesiones, ni alteraciones.
- Tacto rectal: diferido.
- Aparato locomotor: Moviliza extremidades superiores e inferiores sin dificultad adecuado rango articular.
- Sistema nervioso central: Lucida y orientada en tiempo espacio y persona, estado de conciencia, funciones mentales conservadas, sin alteración, escala de Glasgow de 15/15 puntos, lenguaje conservado, sin presencia de alteración, a la bipedestación y marcha presento limitado movimiento en la marcha, fuerza muscular disminuida, rango articular limitado en pierna derecha. No signos meníngeos ni de focalización.

Concluida la evaluación completa de la paciente, se procedió a plantear los diagnósticos para realizar un plan de acción, siendo los siguientes:

- Síndrome doloroso.
- Celulitis en miembro inferior derecho.
- Descartar infección del tracto urinario.

Plan de trabajo

Para abordar este caso clínico se usó guía de prácticas del área de medicina interna. Se procedió a solicitar ordenes de laboratorio, para descartar alteraciones, urocultivo, examen bioquímico, hemograma completo, hematológico.

- Urocultivo: Sedimento urinario color amarillo aspecto ligeramente turbio, leucocitos 5-10 por campo, hemátíes 2-5 por campo, células epiteliales regular cantidad, gérmenes abundantes cultivo negativo. Bioquímica electrolitos: Cloro 103mmol/L, Potasio 4.20 mmol/L, Sodio 138 mmol/L, proteína C reactiva 3.44 mg/dl, Glucosa basal 116 mg/dl, Urea 25.0 mg/dl, Creatinina 0.55mg/dl. Hemograma: Hemoglobina 13.7 g/dl, hematocrito 40.5 %, plaquetas 256, leucocitos 8.87. Hematología: abastionados 0.0%, segmentados 92.1%, linfocitos 7.2 %, monocitos 0.6%.

Diagnóstico definitivo: Celulitis en miembro inferior derecho. CIE 10: L03.9

Con los resultados obtenidos se muestra paciente presento leucocituria, los electrolitos en valores normales PCR 3.44mg/dl siendo un marcador de inflamación, dado por una infección en este caso la celulitis infecciosa, glucosa elevada 116mg/dl, podría estar con riesgo de desarrollar diabetes, pudiendo ser un paciente diabético mal controlado esto es un riesgo para desarrollar celulitis, hematología aumento de segmentados, indica proceso infeccioso. Se procedió a dar tratamiento a la celulitis realizando a la colocación de una vía periférica con NaCl 0.9% a 1000 cc, para administrarle tratamiento antibiótico, tratamiento analgésico, realizar curaciones diarias con NaCl.

En su primer día de hospitalización como indicaciones medicas dieta completa, líquidos voluntad, se le administra Ceftriaxona 2gr endovenoso cada 24 horas, Paracetamol 1gr vía oral si temperatura es $> 38^{\circ}\text{C}$, Ketoprofeno 100 mg endovenoso en presencia de dolor intenso, como tratamiento analgésico. Control de funciones vitales, curación de la herida, a partir del segundo de hospitalización se la administra Oxacilina 2gr endovenoso cada 24 horas, Ranitidina 150mg vía oral cada 12 horas, Paracetamol 500mg 2 tabletas. La paciente para días posteriores se observa mayor mejoría de la lesión, sin presencia de signo de flogosis, ni presencia de secreción, Paciente se observó su evolución de manera favorable, es dada de alta al séptimo día de hospitalización con indicaciones médicas.

I.I.II. CASO CLÍNICO NÚMERO 2

HCLN° 01811642

Paciente mujer de 56 años natural de Huacho procedente de Lima, con tiempo de enfermedad de 2 días, de inicio insidioso y curso progresivo , ingreso a emergencia del CEMENA refiriendo que ingirió comidas copiosas el día 10 /04/23 refirió ,presentar durante 2 días, cuadro doloroso abdominal intenso y difuso con presencia de dispepsia, náuseas, vómitos, deposiciones de consistencia líquida ,razón por la cual es traída a la emergencia de adulto de CEMENA ,es atendida por el servicio de medicina interna ,se hospitalizo para manejo, control.

Antecedentes personales:

- Niega otra condición médica (HTA, DM2, INFECCIONES, TBC, ETC).
- Cirugías: Colesistectomizada en el año 2015 cesareada en el año 2000
- Antecedentes familiares: Padres, y hermanos aparentemente sanos.
- Medicación de uso frecuente: Niega, RAMS: Niega, Alergias: Niega, Peso :54KG, talla: 170 cm, IMC: 18.7

Funciones vitales:

- Presión arterial :120 /70 mmHg.
- Temperatura: 36. °C.
- Frecuencia cardíaca: 70 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.
- Saturación de oxígeno: 98%

Examen físico:

Se procedió a evaluar a la paciente, encontrándosele en regular aparente estado general, moderado estado de deshidratación, regular aparente estado de nutrición.

Se realizo el examen físico por regiones:

- Piel y mucosas: tibia, elástica, hidratada, presencia de llenado capilar menos de 2 segundos, TCSC de adecuada distribución, muestra palidez, no cianosis, ni presencia de ictericia.
- Cabeza: Cara fascia dolorosa, normocéfalo, ojos: escleras claras, pupilas isocóricas, reactivas a la luz conjuntiva sin lesiones, boca: mucosa oral seca deshidratada, dentadura completa. sin presencia de lesiones, nariz: tabique nasal sin desviación, fosas nasales permeables sin presencia de secreciones ni lesiones.
- Cuello: Tráquea central, cilíndrico móvil, tiroides no palpable, no presencia de adenopatías.
- Tórax y aparato respiratorio: A la inspección adecuada amplexación de tórax, simétrico, sin presencia de masas, no tirajes, a la auscultación, presencia de vibraciones vocales sin alteración, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se percibe ruidos agregados como roncantes, sibilante ni crepitantes.
- Aparato cardiovascular: No presencia de choque de puntas visible ni se palpa, conservada matidez cardiaca, presencia de ruidos cardiacos rítmicos, frecuencia cardiaca sin alteración, no se perciben soplos cardiacos.
- Mamas: Blandas depresibles, simétricas, sin presencia de masas, no dolorosas a palpación. Sin presencia de lesiones.
- Abdomen: A la inspección móvil a la respiración, globuloso, simétrico, sin presencia de masas, ni lesiones, cicatriz en zona de hipocondrio derecho por colecistectomía anterior, cicatriz en área suprapúbica (Pfannenstiel) por cesárea anterior, se auscultan ruidos hidroaéreos aumentados en tono, intensidad y frecuencia, a la percusión no matidez, no timpanismo, blando depresible no masas palpables dolor a la palpación superficial y profunda.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos, sin presencia de globo vesical, no porta sonda Foley.
- Genitales externos: Sin presencia de lesiones, ni alteraciones.
- Tacto rectal: Diferido.
- Aparato locomotor: Moviliza extremidades superiore e inferiores sin dificultad adecuada rango articular.

- Sistema nervioso central: Lucida y orientada en tiempo espacio y persona, estado de conciencia, funciones mentales conservadas sin alteración, escala de Glasgow de 15/15 puntos, lenguaje conservado, equilibrio y marcha conservada movimiento en la marcha tono y fuerza muscular conservada, no signos meníngeos ni de focalización.

Concluida la evaluación completa de la paciente se procedió a plantear los diagnósticos pares realizar un plan de acción, siendo los siguientes:

- Síndrome doloroso abdominal.
- Síndrome emético.
- Gastroenteritis aguda.
- Esteatosis hepática grado leve.
- d/c pancreatitis aguda.
- Síndrome intestino irritable.

Plan de trabajo

Se colocó una vía periférica para la reposición hidroelectrolítica, se le realizó interconsulta a gastroenterología, se solicitó estudio de imágenes siendo una ecografía abdominal completa, exámenes de laboratorio hematológico, bioquímica, enzimas pancreáticas y perfil hepático.

- Estudio de imagen de Ecografía abdominal completa: Impresión diagnóstica concluye hepatopatía difusa, en relación con esteatosis hepática grado leve, colecistectomizada, Meteorismo intestinal.
- Bioquímica electrolitos: El potasio se vio disminuido 3.10mmol/L, por la misma pérdida de líquidos dado por los vómitos y diarreas, PCR elevada 50.82 siendo un marcador para enfermedad inflamatoria en este caso de tipo intestinal dado por meteorismo, glucosa basal 109 mg/dl, se consideró alterada. La urea, creatinina valores normales, Hemograma: hemoglobina 11.7 g/dl indica una anemia leve. Hematológico, segmentados 87.30 % siendo estos elevados, Enzimas pancreáticas en valores normales.,
- Perfil hepático sin alteración.

- Sedimento urinario: normal.
- Reacción inflamatoria en heces: negativo.

Diagnóstico definitivo: Gastroenteritis aguda CIE 10: A09

Luego de evaluar los resultados: Se determina como diagnóstico definitivo Gastroenterocolitis aguda.

Se pudo apreciar que los análisis de heces arrojaron de resultado presencia de leucocitos lo cual indico que el caso clínico es un cuadro diarreico que presento la paciente que pudo haber sido de causa bacteriana o viral. Ya hospitalizada la paciente en las indicaciones medicas NPO, Se le administra por vía periférica NaCl a 0.9% x1000 a 60 cc por minuto dimenhidrinato 50mg EV c/8 horas, Omeprazol 40mg EV, ketoprofeno 100 mg +Hioscina de 20 mg c/8 horas se controla funciones vitales. Se le agrega en día 2 de hospitalización Sulfato de magnesio EV y simeticona 80mg 2tab V.O. Dichas indicaciones medicas fueron dadas durante 5 días, luego al sexto día de hospitalización, la paciente se encuentro con una adecuada evolución favorable, se decidió cambia a administrar omeprazol VO 20mg c/24 horas simeticona 80mg 2tab V.O. Al observar la evolución favorable de la paciente esta es dada de alta con indicaciones.

I.II. ROTACIÓN POR SERVICIO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

La segunda rotación correspondió al servicio de ginecología y obstetricia la cual dio inicio del 14 de junio del año 2023 hasta el 31 de agosto del año 2023. Esta rotación comprendía, desempeñarse atendiendo a pacientes gestantes, puérperas, ver otras patologías de orden ginecológico. Se realizaron guardias de 12 horas ya sea diurnas y nocturnas y el resto de los días el rol de piso de hospitalización.

Esta rotación se podía identificar y valorar en la historia clínicas los factores de riesgo de las múltiples complicaciones en la etapa del embarazo valora pacientes con alto riesgo obstétrico, indicaciones para efectuar cesáreas, aplicar las medidas de control en la etapa del puerperio inmediato identificando así complicaciones y el mediato y patologías ginecológicas más frecuentes.

I.II.I. CASO CLÍNICO NÚMERO 3

HCL N°01029915

Paciente femenino de 34 años natural Lima procedente de Chaclacayo con tiempo de enfermedad de 6 días de inicio insidioso y curso progresivo ingresa a la emergencia de CEMENA presentando sangrado vaginal abundante, dolor de tipo cólico de intensidad de 7/10 constante, en zona hipogástrica hace 6 días que fue incrementando, acompañado de cefalea y mareos.

Antecedentes personales:

- Niega otra condición médica (HTA, DM2, INFECCIONES, TBC, ETC).
- Cirugías: Niega
- Antecedentes familiares: Padres, y hermanos aparentemente sanos,
- Medicación de uso frecuente: Niega, RAMS: niega, alergias: niega, Menarquia: 14 años, FUR: 14/05/23, MAC: niega GPARA: G1 0000 URS: 16/04/23 PAP: (-), Peso :50 Kg, talla: 158cm, IMC: 20

}

Funciones vitales:

- Presión arterial :100 /70 mmHg.
- Temperatura: 36.5°C.
- Frecuencia cardiaca: 88 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.
- Saturación de oxígeno: 98%

Examen físico:

Se procedió a evaluar a la paciente, encontrándosele en regular aparente estado general, regular aparente estado de hidratación, regular aparente estado de nutrición.

Se realizo el examen físico por regiones:

- Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, presencia de llenado capilar menos de 2 segundos, TCSC de adecuada distribución, no muestra palidez, no cianosis, ni presencia de ictericia.
- Cabeza: Cara fascia dolorosa, normocéfalo, ojos: escleras claras, pupilas isocóricas, reactivas a la luz conjuntiva sin lesiones, boca: mucosa oral húmeda e hidratada, dentadura completa. sin presencia de lesiones, nariz: tabique nasal sin desviación, fosas nasales permeables sin presencia de secreciones ni lesiones.
- Cuello: Tráquea central, cilíndrico móvil, tiroides no palpable, no presencia de adenopatías.
- Tórax y aparato respiratorio: A la inspección adecuada amplexación de tórax, simétrico, sin presencia de masas, no tirajes, a la auscultación, presencia de vibraciones vocales sin alteración, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se percibe ruidos agregados como roncantes, sibilante ni crepitantes.
- Aparato cardiovascular: no presencia de choque de puntas visible ni se palpa, conservada matidez cardiaca, presencia de ruidos cardiacos rítmicos, frecuencia cardiaca sin alteración, no se perciben soplos cardiacos.
- Mamas: Blandas depresibles, simétricas, sin presencia de masas, no dolorosas a palpación. Sin presencia de lesiones.

- Abdomen: A la inspección móvil a la respiración, globuloso, simétrico, sin presencia de masas, ni lesiones, ni cicatrices, se auscultan ruidos hidroaéreos presentes de buen tono, intensidad y frecuencia, a la percusión no matidez no timpanismo, blando depresible presencia de dolor en zona hipogástrica a la palpación superficial y profunda, no se palpa masas.
- Genitourinario: Presencia de sangrado vaginal, vagina elástica, cérvix OCI abierto anexos conservados, puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos, sin presencia de globo vesical, no porta sonda Foley.
- Genitales externos: sin presencia de lesiones ni alteraciones.
- Tacto rectal: diferido.
- Aparato locomotor: moviliza extremidades superiores e inferiores sin dificultad adecuada rango articular.
- Sistema nervioso central: Lucida y orientada en tiempo espacio y persona, estado de conciencia, funciones mentales conservadas sin alteración, escala de Glasgow de 15/15 puntos, lenguaje conservado, sin presencia de alteración, a la bipedestación y marcha presento adecuado movimiento en la marcha, fuerza muscular conservada, rango articular conservado. No signos meníngeos, no signos de focalización.

Concluida la evaluación completa de la paciente se procedió a plantear los diagnósticos para realizar un plan de acción, siendo los siguientes:

- Síndrome doloroso abdominal.
- Aborto incompleto.
- Infección uterina.
- Embarazo ectópico.

Plan de trabajo

Se canaliza vía periférica para administrarle NaCl al 0.9% por 1000 se coloca ketoprofeno 100mg EV, ranitidina 50mg EV, se le inicio NaCl a 1000 + oxitocina, se realiza interconsulta a servicio de ginecología la cual concluyo presencia sangrado vaginal y OCI abierto, HUA causando u aborto incompleto.

Diagnóstico definitivo: Aborto Incompleto CIE 10: O03.4

Se realizo exámenes de laboratorio BHCG´:26000 mUI/ml. Esta hormona determina la edad del feto, lo cual indico un tiempo de 4 a 5 semanas de embarazo.

Se realizan exámenes de riesgo quirúrgico (hematología, grupo sanguíneo, hepatitis HIV, test serológicos, perfil de coagulación, perfil bioquímico electrolitos, deshidrogenasa láctica, fosforo, magnesio), todos estos encontrándose en valores normales, riesgo cardiológico (RQI), riesgo neumológico, fue asistida por servicio de anestesiología. Se realizo toda la documentación respectiva, siendo consentimiento informado. La paciente es intervenida inmediatamente realizándose un legrado uterino obstétrico, antes de cirugía se administra cefazolina 2gr EV.

La paciente es intervenida inmediatamente realizándose un legrado uterino los hallazgos operatorios fueron útero AVF +- 10cm histerometria directa 9cm, restos Endo uterinos, sangrado 30cc.

Paciente en si PO1, pudo descansar sin presentar molestias, se encontró aparente normal estado general, presencia de escaso sangrado vaginal, tolera vía, se le administra ibuprofeno 400mg c/12 horas VO, dicloxacilina 100 mg VO. Su evolución se dio de manera favorable, en su PO2 no se observó, ni hubo presencia de interurrencias y es dada de alta con indicaciones médicas.

I.II.II. CASO CLÍNICO NÚMERO 4

HCL N° 10409091

Paciente femenina de 46 años natural de Lima procedente Cañete con tiempo de enfermedad de 2 años de inicio insidioso y curso progresivo ,manifestó presentar menorragia en los últimos periodos de ciclo menstruales ,presencia de dolor en hemiabdomen inferior de intensidad 7/10 de manera intermitente ,refirió que los síntomas se agudizaban con más frecuencia y limitaba a sus actividades diarias comento que hace un mes 05/05/23 , se realizó una ecografía abdomino pélvica completa ,el cual diagnostico miomatosis uterina ,se decide hospitalizarse, para ser intervenida en un procedimiento quirúrgico.

Antecedentes personales:

- Niega otra condición médica (HTA, DM2, INFECCIONES, TBC, ETC)
- Antecedentes familiares: padres, y hermanos aparentemente sanos.
- Medicación de uso frecuente: Niega, RAMS: Niega, Alergias: niega,
- Cirugía: Cesárea 2018.
- Menarquia: 11 años, FUR: 14/05/23, MAC: Preservativos GPARA: G1 1001 URS: 16/04/23 PAP: (-), Peso :65 Kg, talla: 170 cm, IMC: 22.5

Funciones vitales:

- Presión arterial :100 /80 mmHg.
- Temperatura: 36.2°C.
- Frecuencia cardiaca: 76 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.
- Saturación de oxígeno: 98%

Examen físico:

Se procedió a evaluar a la paciente, encontrándosele en regular aparente estado general, regular aparente estado de hidratación, regular aparente estado de nutrición.

Se realizo el examen físico por regiones:

- Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, presencia de llenado capilar menos de 2 segundos, TCSC de adecuada distribución, no muestra palidez, no cianosis, ni presencia de ictericia.

- Cabeza: Cara fascia dolorosa, normocéfalo, ojos: escleras claras, pupilas isocóricas, reactivas a la luz conjuntiva sin lesiones, boca: mucosa oral húmeda e hidratada, dentadura completa. Sin presencia de lesiones, nariz: tabique nasal sin desviación, fosas nasales permeables sin presencia de secreciones ni lesiones.
- Cuello: Tráquea central, cilíndrico móvil, tiroides no palpable, no presencia de adenopatías.
- Tórax y aparato respiratorio: A la inspección adecuada amplexación de tórax, simétrico, sin presencia de masas, no tirajes, a la auscultación, presencia de vibraciones vocales sin alteración, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se percibe ruidos agregados como roncantes, sibilante ni crepitantes.
- Aparato cardiovascular: No presencia de choque de puntas visible ni se palpa, conservada matidez cardíaca, presencia de ruidos cardíacos rítmicos, frecuencia cardíaca sin alteración, no se perciben soplos cardíacos.
- Mamas: Blandas depresibles, simétricas, sin presencia de masas, no dolorosas a palpación. Sin presencia de lesiones.
- Abdomen: A la inspección móvil a la respiración, globuloso, simétrico, sin presencia de masas ni lesiones, cicatriz en área suprapúbica (Pfannenstiel) por cesárea anterior, se auscultan ruidos hidroaéreos presentes de buen tono, intensidad y frecuencia, a la percusión no matidez no timpanismo, blando depresible presencia de dolor en zona hemiabdomen inferior a la palpación superficial y profunda.
- Genitourinario: Vagina elástica, anexos conservados, puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos, sin presencia de globo vesical, no porta sonda Foley.
- Genitales externos: Sin presencia de lesiones ni alteraciones.
- Tacto rectal: diferido.
- Aparato locomotor: Moviliza extremidades superiores e inferiores sin dificultad adecuada rango articular.

- Sistema nervioso central: Lucida y orientada en tiempo espacio y persona, estado de conciencia, funciones mentales conservadas sin alteración, escala de Glasgow de 15/15 puntos, lenguaje conservado, sin presencia de alteración, a la bipedestación y marcha presento adecuado movimiento en la marcha, fuerza muscular conservada, rango articular conservado, sin de focalización.

Concluida la evaluación completa de la paciente se procedió a plantear el diagnóstico para realizar un plan de acción, siendo el siguiente:

Diagnóstico definitivo: Miomatosis Uterina: CIE 10 D25.0

Se le realiza ecografía transvaginal

- Ecografía: Concluye útero de ecogenicidad heterogénea en intermedio superficie irregular con dimensiones de 54.0mm x 47.0mmx0.0 mm a nivel ístmico posterior mioma subseroso de 84x52 mm, endometrio de 5mm fondo de saco libre ovario derecho de 23x9 mm no folículos, ovario izquierdo de 29x19mm con 2 folículos e imagen quística heterogénea de 18x18mm hemorrágico. Conclusión miomatosis uterina ovarios de aspecto conservado. Diagnóstico: miomatosis uterina submucoso.
- Se decide realizar los exámenes de riesgo quirúrgico (hematología, grupo sanguíneo, hepatitis HIV, test serológicos, perfil de coagulación, perfil bioquímico, electrolitos, deshidrogenasa láctica, fosforó, magnesio) todos estos encontrándose en valores normales, riesgo cardiológico (RQI), riesgo neumológico, asistida por servicio de anestesiología, Se realizo toda la documentación respectiva siendo consentimiento.
- La cirugía realizada fue histerectomía +salpingooferectomia bilateral los hallazgos operatorios fueron: Útero agrandado de tamaño +- 12cm, se evidencia, mioma de aproximadamente 8x8 cm a nivel de zona cervicouterina anexo derecho e izquierdo sin alteración, no liquido libre sangrado intraoperatorio 350cc.

Se le coloco vía periférica endovenosa permeable pasando Dextrosa 5% + Ketoprofeno 100mg, Ranitidina 500 mg EV c/8hrs, Dimenhidrinato 50 mg EV c/8 horas se le controla funciones vitales los cuales estaban en valores normales portadora de sonda Foley con orina clara y 700 cc, condicional para el dolor intenso tramadol, se le tomo hemoglobina y hematocrito control a las 6 horas post operación encontrándose en 11mg /dl y 40 %.

PO1 paciente no presentó sangrado, dolor de intensidad moderada 7/10 en hemiabdomen inferior al movimiento y al deambular, se le administra Tramadol subcutáneo, el día PO2 se le retira sonda Foley días posteriores, dolor disminuye notable mente, continua con manejo del dolor, puede deambular sin presentar molestias, por su evolución favorable es dada de alta con indicaciones médicas. Se le realiza estudio anatomopatológico concluyo: Descripción Macroscópica, negativo para neoplasia maligna, frotis satisfactorio, inflamación moderada.

I.III. ROTACIÓN POR SERVICIO DE PEDIATRÍA

La tercera rotación correspondió al servicio de pediatría la cual dio inicio el 9 de Setiembre del año 2023 hasta el 16 de noviembre del año 2023. Se podría considerar que fue una de las más especiales ya que parte de esta correspondía atención a neonatología, se realizaron guardias de 12 horas ya sea diurnas y nocturnas para servicio de pediatría y neonatología y el resto de los días el rol de piso de hospitalización.

I.III.I. CASO CLÍNICO NÚMERO 5

HCL N°01014687

Paciente masculino de 9 años natural de Loreto procedente de Lima con tiempo de enfermedad 1 día de inicio insidioso y curso progresivo, acude a emergencia con su madre, refiriendo que el menor, presento un dolor abdominal de intensidad 8/10 tipo cólico, en fosa iliaca derecha de aparición brusca, madre refiere antecedente de malrotación renal derecha sin adherencia a los controles de nefrología, se le solicitan exámenes auxiliares donde se evidencia hematuria macroscópica 50-100 por campo se decide hospitalización para su manejo y tratamiento.

Antecedentes prenatales:

- Edad de la madre en la gestación: 26 años, N° de gestaciones: 1, N° de abortos, N°: niega, de controles prenatales: 4, consumo de sustancias: niega.

Antecedentes Natales:

- Tiempo de gestación: 23 semanas.
- Tipo de parto: eutócico, comienzo del parto espontaneo.
- Lugar del parto: Hospital regional de Loreto.
- Peso al nacer: 1.1009 gr, talla: 37cm.
- APGAR: 4 al min, 8 a los 5 min.
- Complicaciones: RPM, Alta: RN a los 4 meses, madre a la semana.
- Postnatales: lactancia materna a los 4 meses, ablactancia: 2 años, dieta completa:1 año.
- Inmunizaciones: completas.
- Desarrollo psicomotor sostén cefálico:4 meses, gateo:9 meses, sedestación: 6 meses, bipedestación: 10 meses.
- Antecedente patológico: Asma en el 2016, malrotación renal derecha.
- Antecedente familiares: Padre vive, madre viva, hermanos: no tiene, abuelo paterno:DM2,
- Rams: niega

Funciones vitales:

- Presión arterial :100 /70 mmHg.
- Temperatura: 37°C.
- Frecuencia cardiaca: 90 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.
- Saturación de oxígeno: 98%

Examen físico:

Se procedió a evaluar a la paciente, encontrándosele en regular aparente estado general, regular aparente estado de hidratación, regular aparente estado de nutrición.

Se realizo el examen físico por regiones:

- Cabeza: Cara fascia dolorosa, normocéfalo, ojos: escleras claras, pupilas isocóricas, reactivas a la luz conjuntiva sin lesiones, boca: mucosa oral húmeda e hidratada, dentadura completa. sin presencia de lesiones, nariz: tabique nasal sin desviación, fosas nasales permeables sin presencia de secreciones ni lesiones, oídos CAE permeable
- Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, presencia de llenado capilar menos de 2 segundos, TCSC de adecuada distribución, no muestra palidez, no cianosis, ni presencia de ictericia.
- Cuello: Tráquea central, cilíndrico móvil, tiroides no palpable, no presencia de adenopatías.
- Tórax y aparato respiratorio: A la inspección adecuada amplexación de tórax, simétrico, sin presencia de masas, no tirajes, a la auscultación, presencia de vibraciones vocales sin alteración, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se percibe ruidos agregados como roncales, sibilante ni crepitantes.

- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos de buena intensidad taquicárdicos leve soplo audible en sístole en foco mitral, no presencia de choque de puntas visible no se palpa.
- Abdomen: A la inspección móvil a la respiración, globuloso, simétrico, sin presencia de masas, ni lesiones, ni cicatrices, se auscultan ruidos hidroaéreos presentes de buen tono, intensidad y frecuencia, a la percusión no matidez no timpanismo, blando depresible presencia de dolor en zona fosa iliaca derecha de intensidad de 8/10 a la palpación superficial y profunda.
- Genitourinario: puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos.
- Genitales externos: sin presencia de lesiones, ni alteraciones.
- Tacto rectal: diferido.
- Aparato locomotor: moviliza extremidades superiores e inferiores sin dificultad adecuada rango articular.
- Sistema nervioso central: Lúcido y orientado en tiempo espacio y persona, estado de conciencia, funciones mentales conservadas sin alteración, escala de Glasgow de 15/15 puntos, lenguaje conservado, sin presencia de alteración, a la bipedestación y marcha presento limitado movimiento en la marcha, fuerza muscular conservado, rango articular conservado, no signos meníngeos, ni de focalización.

Concluida la evaluación completa de la paciente se procedió a plantear los diagnósticos para realizar un plan de acción, siendo los siguientes:

- Síndrome doloroso abdominal
- Hematuria macroscópica
- Adenitis mesentérica
- ITU probable

Plan: se realiza interconsulta a servicio de nefrología solicito

- Bioquímica electrolitos: Cloro 105.00 mmol/L, potasio 3.10 mmol/L, Sodio 141 mmol/L, proteína C reactiva 0.33 mg/dl, glucosa basal 135 mg/dl , urea 35.0 mg/dl ,creatinina 0.54 mg/dl, transaminasa oxalacetica 25.1 U/L ,transaminasa pirúvica 15.0 U/L. Hemograma: hemoglobina 13.7 g/dl, hematocrito 39.5 %, plaquetas 258, leucocitos 9.40 ,abastoados 0.0%,segentados 69.4 % ,linfocitos 22.6 % ,monocitos 2%.Examen de orina completa: Color amarillo, aspecto turbio, PH 6.0, hemoglobina +2, sedimento urinario leucocitos 0-2 por campo, hematíes 50-100 por campo. Proteinuria de 24 hora, volumen de orina 2.350.0 ml, proteína en orina 5.5 mg/dl, proteinuria en orina de 24 horas 129.25 mg/24 hora.
- Ecografía reno vesical concluye: Vejiga de tamaño normal no impresión diagnóstica riñón derecho disminuido de tamaño 12x32 mm parénquima 11mm, riñón izquierdo 92x 42 mm parénquima de 15 mm concluye asimetría renal, hipotrofia renal derecha.
- Urotem: Tomografía espiral multicorte del abdomen y pelvis s/c concluye malrotación renal derecha y signos de pielectasia ipsilateral, distensión del marco colónico asociados a signos de constipación intestinal, Ecografía pélvica concluye adenitis mesentérica presencia de adenopatías 18,9,8,7,4, no liquido libre ni masas.
- Examen de orina completa: Color amarillo, aspecto turbio, hematíes 50-100 por campo. Siendo una de las causas de la malrotación renal de origen genético, Proteinuria de 24 horas, volumen de orina 2.350.0 ml, proteína en orina 5.5 mg/dl, proteinuria en orina de 24 horas 129.25 mg/24 horas, Ecografía reno vesical concluyo : Vejiga de tamaño normal no impresión diagnóstica riñón derecho disminuido de tamaño 12x32 mm parénquima 11mm,riñón izquierdo 92x 42 mm parénquima de 15 mm concluye asimetría renal hipotrofia renal derecha, Urotem : tomografía espiral multicorte del abdomen y pelvis s/c concluye malrotación renal derecha y signos de pielectasia ipsilateral, siendo una distensión leve de la pelvis renal lo cual origina dolor intenso en la zona abdominal tal como presenta el paciente ,distensión del marco colónico asociados a signos de constipación intestinal ,Ecografía pélvica concluye adenitis mesentérica presencia de adenopatías 18,9,8,7,4,no liquido libre ni masas. Cabe resaltar que. los resultados de los exámenes muestran

alteraciones propias de la malrotación renal este tipo de anomalías debió tener un seguimiento y tratamiento médico lo cual no realizó el paciente.

Resultados: Se observó potasio bajo de 3.10 mmol/L, causada por la enfermedad renal dada por la malrotación renal generando una hipopotasemia dada por trastornos de las glándulas suprarrenales, glucosa basal 135 mg/dl, se encontró elevada, urea y creatinina sin alteración. Hemograma: linfocitos 22.6 % indica disminución lo hace propenso a infecciones, esto podría deberse al mal nutrición del menor, monocitos 0.6 disminuido indica un sistema inmunitario debilitado.

Diagnóstico definitivo: Hematuria Macroscópica CIE 10: R31

Luego de realizados todos los exámenes se le coloca vía periférica se le administra Amicacina solo 1 día 480mg EV c/24horas, CFV +OSA, luego se le suspende, Paracetamol 500mg, PRN dolor para manejo del dolor 500mg de Paracetamol VO C/8 horas, Metamizol 800 EV PRN dolor intenso y temperatura > o igual a 38°C. El paciente tuvo durante una semana con una evolución favorable se le realizaron examen de imágenes y laboratorio para descartar otras patologías y comprobar adecuada función renal, paso por interconsultas del servicio de nefrología el cual aprobó su alta, se realizó manejo del dolor. Transcurrida una semana sin presentar mayor intercurencia, fue dado de alta con indicaciones médicas.

En este caso el paciente presentaba una enfermedad anomalía congénita de base que es la malrotación renal derecha, la cual obstruye las vías urinarias este caso clínico no realizó un adecuado seguimiento para tratamiento desde hace años, este mal control hizo que se de cierta resistencia en área abdominal que fue detectada a la palpación en este paciente, presentándose también hematuria macroscópica, que es una consecuencia tal como se dio en el caso clínico.

I.III.II. CASO CLÍNICO NÚMERO 6

HCL N° 00090402

Paciente masculino de 7 años natural de Lima procedente de Lima con tiempo de enfermedad 4 días de inicio insidioso y curso progresivo , acude a emergencia con su madre, la cual refiere que el menor presento un dolor abdominal difuso de intensidad 8/10 tipo, fiebre cuantificada de 38°C, deposiciones líquidas (3 veces), vómitos 10 cámaras, sensación nauseosa, irritabilidad, letargo signo del pliegue (+) razón por la cual es traído a CEMENA para ser atendido por servicio de pediatría para manejo, tratamiento y hospitalización.

Antecedentes prenatales:

- Edad de la madre en la gestación 34 años, N° de gestaciones: 1, N° de abortos, N°: niega, de controles prenatales: 8, consumo de sustancias: niega.

Antecedentes Natales:

- Tiempo de gestación: 32 semanas,
 - Tipo de parto: distócico, cesárea, comienzo del parto espontaneo.
 - Lugar del parto: Hogar de la madre Miraflores.
 - Peso al nacer: 1.800 gr, talla: 49 cm.
 - APGAR: 9 al min, 9 a los 5 min.
 - Complicaciones: Niega, Alta: conjunta.
 - Postnatales: lactancia materna a los 6 meses ablactancia: 16 meses, dieta completa:1 año.
 - Inmunizaciones: Completas.
 - Desarrollo psicomotor sostén cefálico:4 meses, gateo:9 meses, sedestación: 6 meses bipedestación: 10 meses.
-
- Antecedente patológico: Niega
 - Antecedente familiares: padres: aparentemente sanos, hermanos: no tiene, abuelo paterno: Ca estomago abuela materna: DM HTA, Rams: niega

Funciones vitales:

- Presión arterial :110 /70 mmHg
- Temperatura: 37°C.
- Frecuencia cardiaca: 110 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 22 respiraciones por minuto.
- Saturación de oxígeno: 98%

Examen físico:

Se procedió a evaluar a la paciente, encontrándosele en regular aparente estado general, regular aparente estado de hidratación, regular aparente estado de nutrición.

Se realizo el examen físico por regiones:

- Cabeza: Cara fascia dolorosa, normocéfalo, ojos: escleras claras, pupilas isocóricas, reactivas a la luz conjuntiva sin lesiones, boca: mucosa oral deshidratada, dentadura completa. sin presencia de lesiones, nariz: tabique nasal sin desviación, fosas nasales permeables sin presencia de secreciones ni lesiones, oídos CAE permeable
- Piel y mucosas: Fría, elástica, mucosa moderadamente deshidratada, presencia de llenado capilar menos de 2 segundos, TCSC de adecuada distribución, no muestra palidez, no cianosis, ni presencia de ictericia.
- Cuello: Tráquea central, cilíndrico móvil, tiroides no palpable, no presencia de adenopatías
- Tórax y aparato respiratorio: A la inspección adecuada amplexación de tórax, simétrico, sin presencia de masas, no tirajes, a la auscultación, presencia de vibraciones vocales sin alteración, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se percibe ruidos agregados como roncantes, sibilante ni crepitantes.
- Aparato cardiovascular: No presencia de choque de puntas visible ni se palpa, conservada matidez cardiaca, presencia de ruidos cardiacos rítmicos, frecuencia cardiaca con alteración taquicárdico, no se perciben soplos cardiacos.

- Abdomen: A la inspección móvil a la respiración plano, simétrico, sin presencia de masas ni lesiones ni cicatrices, se auscultan ruidos hidroaéreos aumentados en tono, intensidad y frecuencia, a la percusión no matidez no timpanismo, blando depresible presencia de dolor en zona meso gástrica a la palpación superficial y profunda.
- Genitourinario: puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos.
- Genitales externos: sin presencia de lesiones ni alteraciones.
- Tacto rectal: diferido.
- Aparato locomotor: moviliza extremidades superiores e inferiores sin dificultad adecuada rango articular
- Sistema nervioso central: Lúcido y orientado en tiempo espacio y persona, estado de conciencia, funciones mentales conservadas sin alteración, escala de Glasgow de 15/15 puntos, lenguaje conservado, sin presencia de alteración, a la bipedestación y marcha presento limitado movimiento en la marcha por debilidad fuerza disminuida, rango articular conservados, no signos meníngeos, ni de focalización.

Concluida la evaluación completa de la paciente se procedió a plantear los diagnósticos para realizar un plan de acción, siendo los siguientes:

- Síndrome doloroso abdominal
- Síndrome diarreico
- Deshidratación moderada

Plan

Se procede a hidratación EV, antibioticoterapia, se le canaliza una vía periférica y le hidrata con CNa 20% 40 cc, CNa 20% 10 cc, Dextrosa al 5% 1000 cc, en 80cc por hora se le administra Ranitidina 30mg EV c/8 horas, Amikacina 450mg EV c/24 horas reponer pérdidas volumen a volumen con solución salina ½ NaCl, Enterogermina 1 ampolla c/24 horas V.O, Metamizol 900 mg EV, si Temperatura es de 38.5°C se le controla funciones vitales estando estables más OSA.

- Examen de laboratorio: Bioquímica electrolitos: Cloro 110.00 mmol/L, potasio 4.00 mmol/L, Sodio 142.0 mmol/L, proteína C reactiva 18.11 mg/dl, glucosa basal 99mg/dl, urea 24.0 mg/dl, creatinina 0.74 mg/dl, transaminasa oxalacetica 13.3 U/L, transaminasa pirúvica 8.0 U/L, amilasa 31.0, Hemograma: hemoglobina 12.0 g/dl, hematocrito 35.6 %, plaquetas 274, leucocitos 5.92, abastionados 0.0%, segmentados 43.3 %, linfocitos 44.2 %, monocitos 9.3 %, Leucocitos en heces, reacción inflamatoria examen macroscópico: color verdosa, consistencia liquida, moco 1+, examen microscópica leucocitos 10-15 por campo PMN 100, MN0, hematíes 0-1, Microbiología: Rotavirus negativo, Campylobacter negativo, Leucocitos en heces, reacción inflamatoria examen macroscópico: Color marrón, consistencia diarreica, moco 1+, examen microscópica leucocitos 35-40 por campo, PMN 100, MN0, hematíes 0-2.
- Bioquímica electrolitos: Cloro 110.00 mmol/L, se encontró disminuido por la pérdida de líquidos originado por las cámaras y deposiciones liquidas, proteína C reactiva 18.11 elevada indica proceso inflamatorio, en este caso dado por las diarreas causadas por un proceso de tipo infeccioso, hematología presencia de linfocitos 44.2 % y monocitos 9.3 elevados indicando un proceso infeccioso. Leucocitos en heces, reacción inflamatoria examen macroscópico: Color verdoso, consistencia liquida, mocó 1+, examen microscópica leucocitos 10-15 por campo, PMN 100, MN 0, hematíes 0-1.

Diagnósticos definitivos: Síndrome diarreico CIE 10: AO9.9, Deshidratación moderada CIE 10: E.86

Se pudo apreciar que los análisis de heces arrojaron de resultado presencia de leucocitos, lo cual indico que el caso clínico es un cuadro diarreico, que presento la paciente que pudo haber sido de causa bacteriana o viral.

Pasa a sala pediátrica, segundo día de hospitalización Paciente probo tolerancia, dieta, oral ,tolero se pasó a dieta blanda sin residuos ,luego dieta completa más líquidos a voluntad medicamentos se le administro Ranitidina 30 mg EV ,c/8horas ,Amikacina 450 mg EV c/24horas ,Enterogermina 1amp V.O c/24horas ,Metamizol 900mg si temperatura > o igual a 39.°C ,Azitromicina 200/5 ml 7.5 ml V.O c/24horas Dexametasona 2mg/5ml ,10ml c/12 horas ,Metamizol 900mg EV PRN temperatura > O igual a 38°C y / o Paracetamol120mg/5ml 15ml ,sueros y derivados Dextrosa 5% H(40cc) K(10 cc),Paciente a través de los días de hospitalización con adecuada hidratación y administración de medicamentos, con control de funciones vitales y OSA se mantuvo estable y de evolución favorable, fue dado de alta al sexto día con indicaciones médicas.

I.IV. ROTACIÓN POR SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

La cuarta y última rotación fue la de cirugía la cual inicio del 17 de noviembre hasta 31 del 2023 hasta 31 de enero del 2024, esta rotación a su vez comprendía otras especialidades quirúrgicas, como traumatología, urología, las cuales ayudo a complementar nuestros conocimientos acerca de ambas especialidades.

I.IV.I. CASO CLÍNICO NÚMERO 7

HCL N°04996338

Paciente femenino de 47 años natural de Bella Vista Callao procedente de San Miguel con tiempo de enfermedad de 4 años presenta ya hace 4 años un dolor abdominal de intensidad 8/10 tipo cólico en zona epigástrica acompañada de distensión abdominal presencia de flatos ,sensación de llenura precoz ,dispepsia ,sensación de efecto de masa ,refiere que el año pasado 05 de Mayo de 2022 acudió a emergencia con los síntomas referidos fue evaluada por la especialidad de gastroenterología el cual

diagnostico eventraciones los últimos meses del año 2023, los síntomas mencionados se agudizan ,los cuales le impiden realizar sus actividades diarias razón por la cual se hospitaliza en CEMENA para ser programada para intervención quirúrgica

Antecedentes personales:

- Niega otra condición médica (HTA, DM2, INFECCIONES, TBC, ETC).
- Cirugías: Cesareada 2014.
- Antecedentes familiares: padres, y hermanos aparentemente sanos.
- Medicación de uso frecuente: Niega, RAMS: niega, Alergias: niega, Peso :72 Kg, talla: 158cm, IMC: 30.

Funciones vitales:

- Presión arterial :110 /70 mmHg.
- Temperatura: 36. °C.
- Frecuencia cardiaca: 70 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.
- Saturación de oxígeno: 98%

Examen físico:

Se procedió a evaluar a la paciente, encontrándosele en regular aparente estado general, moderado estado de deshidratación, regular aparente estado de nutrición.

Se realizó el examen físico por regiones:

- Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, presencia de llenado capilar menos de 2 segundos, TCSC de adecuada distribución, muestra palidez, no cianosis, ni presencia de ictericia.

- Cabeza: Cara fascia dolorosa, normocéfalo, ojos: escleras claras, pupilas isocóricas, reactivas a la luz conjuntiva sin lesiones, boca: mucosa oral seca deshidratada, dentadura completa. Sin presencia de lesiones, nariz: tabique nasal sin desviación, fosas nasales permeables sin presencia de secreciones ni lesiones.
- Cuello: Tráquea central, cilíndrico móvil, tiroides no palpable, no presencia de adenopatías.
- Tórax y aparato respiratorio: A la inspección adecuada amplexación de tórax, simétrico, sin presencia de masas, no tirajes, a la auscultación, presencia de vibraciones vocales sin alteración, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se percibe ruidos agregados como roncantes, sibilante ni crepitantes.
- Aparato cardiovascular: No presencia de choque de puntas visible ni se palpa, conservada matidez cardiaca, presencia de ruidos cardiacos rítmicos, frecuencia cardiaca sin alteración, no se perciben soplos cardiacos.
- Mamas: Blandas depresibles, simétricas, sin presencia de masas, no dolorosas a palpación. Sin presencia de lesiones.
- Abdomen : A la inspección móvil a la respiración ,globuloso ,simétrico ,sin presencia de masas ni lesiones , cicatriz en área suprapúbica (Pfannenstiel) por cesárea anterior ,se auscultan ruidos hidroaéreos aumentados en tono intensidad y frecuencia , a la percusión no matidez no timpanismo ,blando depresible, a la bipedestación se observa tumoración a nivel de mesogastrio sin signo de estrangulamiento ,al decúbito dorsal se observa reducción espontanea de la tumoración, se palpa anillo herniario de tumoración de 3cm no dolor a la palpación superficial y profunda.
- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos, sin presencia de globo vesical, no porta sonda Foley.
- Genitales externos: Sin presencia de lesiones ni alteraciones.
- Tacto rectal: Diferido.
- Aparato locomotor: Moviliza extremidades superiore e inferiores sin dificultad adecuada rango articular

- Sistema nervioso central: Lucida y orientada en tiempo espacio y persona, estado de conciencia, funciones mentales conservadas sin alteración, escala de Glasgow de 15/15 puntos, lenguaje conservado, equilibrio y marcha conservada movimiento en la marcha tono y fuerza muscular conservada, no signos meníngeos, ni de focalización.

Concluida la evaluación completa de la paciente se procedió a plantear los diagnósticos para realizar un plan de acción, siendo los siguientes:

- Síndrome doloroso abdominal
- Eventración

Plan: Hospitalización para procedimiento quirúrgico eventroplastia. Se procede a realizar los exámenes de riesgo quirúrgico (hematología, grupo sanguíneo, hepatitis HIV, test serológicos, perfil de coagulación (tiempo de sangría, tiempo de coagulación tiempo de tromboplastina parcial, perfil bioquímico, electrolitos, deshidrogenasa láctica, fósforo, magnesio) todos estos encontrándose en valores normales, riesgo cardiológico (RQI), riesgo neumológico, asistida por servicio de anestesiología, se realizó toda la documentación respectiva siendo consentimiento.

Diagnóstico definitivo: Eventración CIE 10: K43.x

- Para procedimiento quirúrgico. Cuenta con ecografía abdomino pélvica donde se haya cambios postquirúrgicos en línea media muestran 2 defectos supraumbilicales donde protruye contenido graso intraabdominal, defecto proximal de 19mm y distal de 35 mm formado por sacos de 27x46 mm, 70x29 mm respectivamente no se evidencia cambios inflamatorios, simple concluyo a nivel supraumbilical presenta defecto de la pared de 18mm presencia de saco herniario de 41 x17 mm no reductible eventración supraumbilical.

Procedimiento quirúrgico Eventroplastia

- Hallazgo operatorio anillo herniario muestran 2 defectos supraumbilicales donde protruye contenido graso intraabdominal, defecto proximal de 19mm y distal de 35 mm formado por sacos de 27x46 mm, 70x29 mm respectivamente no se evidencia cambios inflamatorios, simple concluyo a nivel supraumbilical

presenta defecto de la pared de 18mm presencia de saco herniario de 41 x17 mm no reductible eventración supraumbilical, tejido cicatricial fibroso, saco presencia de fibrosis y restos de peritoneo con tejido conjuntivo cicatricial, contenido de epiplón, intestino delgado, adherencias intraabdominales, sangrado 30cc, para la reparación se usó prótesis siendo polipropileno) reconstrucción de plano profundo con hilo reabsorbible vicryl.

Luego de la cirugía paciente presenta dolor de intensidad 4/10 en herida operatoria a la palpación se da indicaciones medicas para manejo del dolor, se observó herida operatoria sin signo de flogosis, limpia sin presencia de secreciones puntos de sutura bien afrontados, paciente al segundo día puede deambular sin dificultad funciones vitales estables y al tercer día se le da de alta con indicaciones médicas.

I.IV.II. CASO CLÍNICO NÚMERO 8

HCL N°02771603

Paciente varón de 68 años natural de Lima, procedente de la Victoria con tiempo de enfermedad de 8 años presenta dolor en zona inguinal derecha de intensidad 6/10 tipo opresivo, paciente refiere que estos últimos años se agudizaba y exacerbaba a la actividad con esfuerzo físico, paciente refiere que se realizó una ecografía pélvica y le diagnosticaron con hernia inguinal derecha razón por la cual es hospitalizado en el CEMENA para ser intervenido quirúrgicamente.

Antecedentes personales:

- Niega otra condición médica (HTA, DM2, INFECCIONES, TBC, ETC).
- Cirugías: Niega.
- Antecedentes familiares: padres, y hermanos aparentemente sanos.
- Medicación de uso frecuente: Niega, RAMS: Niega, Alergias: Niega, Peso :80 Kg, talla: 170 cm, IMC: 27.7

Funciones vitales:

- Presión arterial :100 /70 mmHg.
- Temperatura: 36.5°C.
- Frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 20 respiraciones por minuto.
- Saturación de oxígeno: 98%

Examen físico:

Se procedió a evaluar a la paciente, encontrándosele en regular aparente estado general, moderado estado de deshidratación, regular aparente estado de nutrición.

Se realizo el examen físico por regiones:

- Piel y mucosas: Tibia, elástica, hidratada, presencia de llenado capilar menos de 2 segundos, TCSC de adecuada distribución, muestra palidez, no cianosis, ni presencia de ictericia.
- Cabeza: Cara fascia dolorosa, normocéfalo, ojos: escleras claras, pupilas isocóricas, reactivas a la luz conjuntiva sin lesiones, boca: mucosa oral hidratada, dentadura completa. sin presencia de lesiones, nariz: tabique nasal sin desviación, fosas nasales permeables sin presencia de secreciones ni lesiones.
- Cuello: Tráquea central, cilíndrico móvil, tiroides no palpable, no presencia de adenopatías.
- Tórax y aparato respiratorio: A la inspección adecuada amplexación de tórax, simétrico, sin presencia de masas, no tirajes, a la auscultación, presencia de vibraciones vocales sin alteración, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se percibe ruidos agregados como roncantes, sibilante ni crepitantes.
- Aparato cardiovascular: no presencia de choque de puntas visible ni se palpa, conservada matidez cardiaca, presencia de ruidos cardiacos rítmicos, frecuencia cardiaca sin alteración, no se perciben soplos cardiacos.
- Abdomen: A la inspección móvil a la respiración, plano, simétrico, sin presencia de masas ni lesiones, no cicatrices, se auscultan ruidos hidroaéreos aumentados en tono, intensidad y frecuencia, a la percusión no matidez no timpanismo, blando depresible, no dolor ala palpación superficial, ni profunda.

En zona inguinal escrotal derecha se palpa anillo herniario de 1 cm doloroso a la palpación no se evidencia masa a la bipedestación, si al toser o a la manobra de Valsalva.

- Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, puntos renoureterales negativos, sin presencia de globo vesical, no porta sonda Foley.
- Genitales externos: Sin presencia de lesiones ni alteraciones.
- Tacto rectal: Diferido.
- Aparato locomotor: Moviliza extremidades superiores e inferiores sin dificultad adecuada rango articular.
- Sistema nervioso central: Lúcido y orientado en tiempo espacio y persona, estado de conciencia, funciones mentales conservadas sin alteración, escala de Glasgow de 15/15 puntos, lenguaje conservado, equilibrio y marcha conservada movimiento en la marcha tono y fuerza muscular conservada, no signos meníngeos, ni signos de focalización.

Concluida la evaluación completa de la paciente se procedió a plantear los diagnósticos para realizar un plan de acción, siendo los siguientes:

- Síndrome doloroso abdominal
- Hernia inguinal derecha.

Plan: hospitalización para procedimiento quirúrgico eventroplastia

- Se procede a realizar los exámenes de riesgo quirúrgico (hematología, grupo sanguíneo, hepatitis HIV, test serológicos, perfil de coagulación (tiempo de sangría, tiempo de coagulación tiempo de tromboplastina parcial, perfil bioquímico, electrolitos, deshidrogenasa láctica, fósforo, magnesio) todos estos encontrándose en valores normales, riesgo cardiológico (RQI), riesgo neumológico, asistida por servicio de anestesiología, se realizó toda la documentación respectiva siendo consentimiento.

Diagnóstico definitivo Hernia Inguinal derecha CIE 10: K40.9

Procedimiento quirúrgico hernioplastia inguinal derecha :

- Hallazgos operatorios dilatación de anillo inguinal profundo de 1cm, protrusión de grasa y contenido peritoneal (epiplón, asas, líquido) a través del anillo inguinal profundo, se identificaron estructuras vasculares siendo la arteria epigástrica inferior, ubicada de manera lateral al anillo inguinal profundo, sangrado 20 cc. Se le realizo cirugía laparoscópica siendo mínimamente invasiva colocación de malla de polipropileno.

Luego de la cirugía paciente presento dolor de intensidad 3 /10 en herida operatoria a la palpación se da indicaciones medicas para manejo del dolor, se observó herida operatoria sin signo de flogosis, limpia sin presencia de secreciones puntos de sutura bien afrontados, paciente al segundo día puede deambular sin dificultad, con dolor de intensidad 2/10, funciones vitales estables y al tercer día se le da de alta con indicaciones médicas.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El hospital centro médico naval “Cirujano Mayor Santiago Távara, corresponde a la Dirección de Sanidad de la Marina (DISAMAR), siendo una unidad que presta servicios médicos y de categoría nivel III. Su inauguración fue el 4 de Julio de 1956.

La DISAMAR cuenta con instalaciones médicas con distintos niveles de complejidad cuenta con equipos médicos siendo el Centro Médico Naval el más importante. Este centro médico está ubicado en la Avenida Venezuela s/n, distrito de Bellavista Callao que corresponde a la provincia constitucional del Callao, siendo de nivel III-1 es responsable de atender referencias de otros centros médicos que corresponden a DISAMAR siendo de menos complejidad.

El Hospital Centro médico Naval proporciona una atención de forma integral de salud a todos sus asegurados ya sea personal en actividad y en retiro y familiares. (3)

Por causa de la pandemia originada por la infección por el SARS -COV2 se realizaron campañas de despistaje implementando la carpa COVID ubicado al lado de la capilla del hospital las realizando pruebas moleculares y antígenas era requisito realizarlo a todo paciente con presencia de síntomas respiratorios, antes de ser atendido por emergencia para descartar una posible infección.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

III.I. ROTACIÓN POR SERVICIO MEDICINA INTERNA

III.I.I. CASO CLÍNICO NÚMERO 1

Historia clínica N° 01215218 del archivo de historias clínicas de la oficina de estadísticas del centro médico Naval.

En este primer caso clínico se menciona una paciente mujer de 22 años que presento un cuadro clínico de celulitis con secreción purulenta en miembro inferior derecho.

Como diagnóstico definitivo en este caso clínico se obtuvo: Celulitis en miembro Inferior Derecho CIE 10: L03.9

En definición la celulitis se considera una lesión que compromete dermis reticular e hipodermis ,algunas veces presenta daño linfático de manera permanente ,la clínica muestra ,el área afectada caracterizada por aumento de temperatura ,edema, dolor eritema ,con bordes irregulares puede presentar ampollas ,ampollas hemorrágicas ,pústulas que pueden volverse úlceras o formar lagos de supuración superficial de localización más frecuente en miembros inferiores en un 70-80 % , tal como en la paciente ,algunos pacientes pueden desarrollar síntomas sistémicos secundariamente por la respuesta inflamatoria e inmunológicas ante las toxinas estreptocócicas.

En cuanto a factores que lo predisponen tenemos los locales siendo intertrigo digital siendo un reservorio bacteriano para Estreptococos, por estafilococo dorado, cabe mencionar que el 77% de los pacientes con celulitis tiene una puerta para desarrollar la infección ocasionado por una disrupción cutánea anterior ya sea por una ,lesión (cortes, heridas, picaduras mordeduras, sistema inmunitario débil, afecciones de la piel sobrepeso, ser mujer), trauma, infección venosa ,celulitis previa, siendo esta una recurrencia y de ubicación casi siempre es en zona pretibial, en cuanto a factor sistémico tenemos la obesidad asociado a un drenaje linfático con alteración, fragilidad de la piel ,higiene deficiente ,otros consumo de tabaco ,diabetes mellitus ,alcohol ,susceptibilidad genética.

En cuanto a la microbiología de la celulitis se origina por una invasión bacteriana de forma directa por la piel estando con alguna alteración ,que compromete tejido blando ,se asume que la celulitis de miembros inferiores dado por Staphylococcus aureus es responsable de un 10% de los casos y otras cepas de Estreptococo, frecuentemente de Betahemolítico grupo G ,después del grupo A ,causan entre el 75%y 80%.Esto hace que se produzcan muchas toxinas como la estreptocinasa y ADNsa B ,lo que genera una elevada reacción inflamatoria.

El factor de riesgo en este caso clínico es la piel alterada en este caso se dio por una picadura de insecto(mosquito) desde hace 3 días.

Según la guía práctica clínica para el abordaje y el manejo de la celulitis para el diagnóstico se basa siempre en las manifestaciones clínicas, recuento de leucocitos, VSG y generalmente elevados, aun los valores normales no descartan que lo sea, si se trata de una infección purulenta con abscesos debe ser drenada y realizar cultivo. O la detección de una respuesta inmunológicas a los antígenos del Estreptococos A, C, G realizando una detección de anticuerpos antiestreptolisina O anti hialuronidasa, antideoxirribonucleasa B, encontrándose evidencia de una infección estreptocócica reciente en un 70% de los pacientes con celulitis en miembros inferiores. Hemocultivos positivos en un 5%, infecciones purulentas con absceso. Según la clasificación de ERON para enfermos con infección son 4 tipos, este corresponde al tipo 2 el cual se muestra febril, pero sin comorbilidades, estables no compromete estado general.

En el tratamiento como medida general elevación del miembro afectado, restaurar la piel dañada.

Como tratamiento se administra antiinflamatorios AINES ibuprofeno 400ml cada 6 horas por 5 días juntamente con un antibiótico, corticoide como la Prednisolona por 8 días con Penicilina ,para el tratamiento los antibióticos sistémicos por vía parenteral u oral guías europeas, recomiendan administrar Penicilinas siendo un tratamiento estándar si el agente etiológico fuera Estreptococos ,usando el antibiótico los agentes patógenos mueren de forma rápida, librando sus toxinas y enzimas lo cual hace en aparente empeoramiento del cuadro presentando inflamación y fiebre lo que hace que se confunda con un fallo en el tratamiento ,se debe esperar la mejoría en las 24 horas a 48 horas o hasta las 72 horas postinicio de la administración del tratamiento, existen celulitis leves que se tratan por vía oral, pero si el paciente presentar signos de toxicidad sistémica como en inmunocomprometidos , eritema y persistencia de los síntomas a las 48-72 horas a pesar de realizar terapia estándar ,se usa la vía parenteral para lograr la duración de la terapia ,esta debe ser personalizada frecuentemente se da por 5 días en pacientes con celulitis sin complicaciones o hasta 15 días ,si el paciente es alérgico a penicilinas, se la administra eritromicina o clindamicina esta ultima 300-450mgcada 6-8 horas, se lograra una evolución favorable. (4)

III.I.II. CASO CLÍNICO NÚMERO 2

Historia clínica N° 01811642 del archivo de historias clínicas de la oficina de estadísticas del centro médico Naval.

En este segundo caso clínico se menciona una paciente mujer de 56 años que presento un cuadro clínico de Gastroenterocolitis aguda, considerado como cuadro clínico de menos de 2 semanas de evolución dado por diarreas (deposiciones de baja consistencia, y de más frecuencia más o igual a 3 deposiciones anormales en 24 horas) siendo la clínica acompañada nauseas o no de vómitos, dolor abdominal y o fiebre. presencia de deshidratación.

Como diagnóstico definitivo en este caso clínico se obtuvo: Gastroenterocolitis CIE 10: A09.

Este cuadro se da en los extremos de la vida en lactantes y en adultos en este último grupo etario considerar la presencia de deshidratación severa y cuadro de insuficiencia renal hasta la muerte, se debe conocer criterios de gravedad, pidiendo prevenir la complicación del cuadro, este cuadro clínico es causado por bacteria, virus y parásitos siendo los factores más comunes, por condiciones socioeconómicas, nutricionales y sanitaria del lugar y de la edad del paciente.

En cuanto el agente etiológico según el rango de edad varia siendo en adultos si es un virus Norovirus, Rotavirus, bacterias Vibrio cholera, Shigella, Clostridium difficile, parásitos Giardia intestinalis.

En adultos el agente más común es por E. coli generalmente se adquiere por ingesta de alimentos contaminados.

Según la guía de práctica clínica para este caso clínico y para dar un enfoque diagnóstico se considera 3 puntos fundamentales. Primeramente, confirmar si la Gastroenterocolitis aguda es crónica o infección extradigestiva. Segundo confirmar su severidad, (deshidratación, y posible complicación) y tercero dar con la causa probable, considerando el primer punto ver, si es menor de 2 semanas es Gastroenterocolitis aguda, si es más de 2 a 4 semanas Gastroenterocolitis prolongada, en lactantes y ancianos buscar un acusa extraintestinal como otitis media aguda más en lactantes, neumonía, infección urinaria. Considerando el segundo punto vemos la severidad evaluar el inicio, cantidad, frecuencia de vómitos y diarreas evaluar la tolerancia oral identificar signos positivos de deshidratación y las complicaciones realizando el examen físico se evalúa la temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial, llenado capilar, turgencia de la piel hidratación en mucosas oral y ocular, flujo urinario y estado mental, a medida que la deshidratación aumenta será más evidente el compromiso hemodinámico, aumentando la severidad del paciente, cuando se pierde más del 10% de los fluidos.

La guía internacional de Center for Disease Control and Prevention indican 3 categorías dehidratación mínima o ausente < 3% de pérdida del peso, deshidratación leve a moderada 3-9% pérdida del peso, deshidratación severa > 9% pérdida del peso y también considera condiciones asociadas del paciente siendo la desnutrición, inmunodeficiencia, insuficiencia renal, cardíaca, debe explorarse síntomas asociados como los vómitos, fiebre, dolor abdominal, debe abordarse la búsqueda del agente patológico, o posible causa no infecciosa como consumo de fármacos o intolerancia a algunos alimentos, si es de origen infeccioso interrogar el aspecto de las heces presencia de pus, moco, sangre, la fiebre alta indica infección bacteriana o de parásitos, identificar lugares que se concurren, alimentos ingeridos, viajes realizados. Se considera el tipo de diarrea, aspecto de las heces, tipo de dolor abdominal (difuso/hipogastrio/FII, mesogastrio/difuso), si hay fiebre presencia de tenesmo o dolor en el recto suele realizar hemograma, proteína C reactiva, hemocultivos, examen de orina, urocultivos cultivo en heces, parasitológico, radiografía abdominal (diagnóstico diferencial)

En el tratamiento se considera prevenir la deshidratación con SRO con osmolaridad reducida según peso y edad, probar tolerancia oral, si tolera se le administra solución oral hipoosmolar 40-60mEq/L de Sodio. El éxito para la rehidratación, será dar pequeños volúmenes y ser repetidos, la rehidratación oral será la primera opción con glucosa y 60mEq/L de Sodio, colocando diversas soluciones agregadas siendo endulzantes como Sucralosa, Polímeros de glucosa, Prebióticos, Zinc u Péptidos como la Isoleucina, si no resulta la rehidratación oral se administrará con 60mEq/l de Sodio en goteo continuo mediante sonda nasogástrica, si la deshidratación es severa presentando shock hipovolémico, no tolera sonda nasogástrica, se hidratará por vía endovenosa el régimen de la nutrición será según la tolerancia cuando el paciente esté estable administración de antieméticos en presencia de vómitos persistentes administrar metoclopramida, dimenhidrinato. Los probióticos disminuyen las diarreas, reducen la severidad del cuadro clínico administración de antiseoretos inhibiendo las encefalinasas en los intestinos que disminuyen el que se produzca AMPc controlando el componente secretor que causa la diarrea. protector gástrico (Omeprazol) uso de probióticos para reponer flora intestinal de 7 a 10 días, uso de analgésico como el Paracetamol. Administrar Zinc 10-40mg/día dependiendo la edad del paciente disminuye la frecuencia de diarreas No debe administrarse antibióticos.

Como medidas preventivas lavado de manos, manipular adecuadamente los alimentos evitar el contagio en ambientes cerrados, asear superficies con Cloro disminuyendo agentes bacterianos, virales disminuyendo la propagación. (5)

III.II. ROTACIÓN POR SERVICIO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

III.II.I. CASO CLÍNICO NÚMERO 3

Historia clínica N°01029915 del archivo de historias clínicas de la oficina de estadísticas del centro médico Naval.

En este tercer caso clínico se menciona una paciente mujer de 36 años que presento un cuadro clínico con tiempo de enfermedad de 6 días de inicio insidioso y curso progresivo presentando sangrado vaginal abundante, dolor de tipo cólico de intensidad de 7/10 constante, en zona hipogástrica.

Como diagnóstico definitivo en este caso clínico se obtuvo: Aborto incompleto CIE 10: O03.4

Cuadro clínico causado por la salida parcial ,productos de la concepción , material tisular en forma de coágulos ,por la región vagina por el orificio cervical interno encontrándose aparentemente abierto, se observa tejido gestacional en la zona vaginal y esta se asoma por el cérvix ,con tamaño uterino menor que la edad gestacional esperada , en otros casos se da por problemas de salud, esto es una emergencia gineco obstétrica en muchos hospitales por causa de una hemorragia vaginal, en los primeros meses del embarazo ,tiene como factores de riesgo la edad más de 35 años ,la técnica tradicional es estos casos es el legrado uterino el cual fue realizado basado en la extracción o retiro de todos los restos ovulares o productos de la concepción.

La clínica del aborto incompleto será la presencia de hemorragia excesiva, prolongada, dolor prolongado, dolor abdominal en zona hipogastrio intenso, con sensibilización a la palpación, presencia de fiebre alto de manera prolongada. (6)

Según la guía de práctica clínica para este caso clínico para dar un enfoque diagnóstico se realiza exploración física, para confirmar estabilidad hemodinámica en la paciente se debe descartar que haya abdomen agudo, realizar exploración ginecológica con especulo comprobando, el origen del sangrado la cantidad y aspecto. Realizar exploración bimanual, para ver tamaño, dilatación forma del útero, si hay presencia de masas, Se puede ver en el cérvix abierto expulsión de restos ovulares, tamaño uterino menos a la edad gestacional, se debe realizar imagen ecografía que muestra signos ecográficos como: Ecogenicidad heterogénea, se visualiza restos, ausencia de latidos cardíaco fetal, saco gestacional $<$ o igual a 20mm ausencia de embrión. Determinar B-HCG esta debe ser $>$ 1000 mUI/ml comprueba una gestación, si los niveles son $>$ 1,500mUI/MI sería una gestación intrauterina en el 90% de las pacientes, en caso de que no se establezca seguridad con la ecografía se debe realizar diagnóstico diferencial con sangrado causado por implantación, enfermedades del aparato genital, metrorragia disfuncional, embarazo ectópico.

Para el manejo colocar una vía intravenosa con CLNa 9%, solicitara exámenes: Ecografía transvaginal, hemograma, grupo sanguíneo, factor Rh, pruebas de orina, ELISA, RPR, VIH.

Tratamiento expectante esperar resolución del cuadro o probable expulsión 7-14 días después del diagnóstico.

Para el procedimiento si el útero mide $<$ 12 cm AMEU ambulatorio se dilata previamente el cuello uterino, si útero es $>$ de 12 cm el cuello uterino está abierto, presencia de contracciones uterinas y el sangrado no abundante, se madura el cuello uterino usando prostaglandinas 200ug de Misoprostol 600-800 mcg, por vía vaginal por una semana ,3 dosis, en fondo de saco vaginal cada 6 horas ,4 dosis y después realizar el legrado.

Si el sangrado es abundante se aplica Ergometrina o Misoprostol, evacuar todo contenido del útero rápido en sala de operaciones, para tratamiento quirúrgico legrado por aspiración con anestesia se prepara el cérvix se coloca 400mcg de Misoprostol 3 horas antes de la operación. Si cérvix está cerrado se hace dilación instrumental después del legrado. En aborto incompleto no complicado el abordaje será ambulatorio y el aborto complicado se hospitaliza. (7)

III.II.II. CASO CLÍNICO NÚMERO 4

Historia clínica N°10409091 del archivo de historias clínicas de la oficina de estadísticas del centro médico Naval.

En este cuarto caso clínico se menciona una paciente mujer de 46 años que presento un cuadro clínico con tiempo de enfermedad de 2 años manifestó presentar menorragia en los últimos periodos de ciclo menstruales, presencia de dolor en hemiabdomen inferior de intensidad 7/10 de manera intermitente

Como diagnóstico definitivo en este caso clínico se obtuvo: Miomatosis uterina CIE 10: D25.0

Su etiología es desconocida son frecuentemente de origen monoclonal su crecimiento se relaciona con una expansión clonal de una misma célula, se dice que son aproximadamente 60% son normales siendo su cariotipo 46xx y el 40% son anomalías cromosómicas, como translocaciones de los cromosomas 12,14 ,y deleciones del cromosoma 7q,3q,1q.

Los miomas son claramente asociados a exposición de estrógenos y progesterona circulante se da en la etapa de la reproductiva y regresión en la etapa de la menopausia ,a nivel celular existen más concentración de receptores estrogénicos en miomas uterinos ,que en la zona del miometrio uniéndose en un 20% más al estradiol por miligramos de proteína ,presenta como factores de riesgo la edad aumenta con la menarca temprana ,etnicidad más frecuente en mujer de raza negra por tener el ritmo

de crecimiento más rápido, uso de ACO terapia de uso hormonal factor hormonal endógeno menarca temprana < 10 años ,peso la obesidad aumenta la conversión e andrógenos adrenales en estrona, disminuyendo la globulina fijadora de hormona sexual razón por la cual el IMC mayor a 30 es más riesgo, dieta consumo de carne rojas ,jamón, vegetales lo disminuye ,ejercicio disminuye la conversión de andrógenos a estrógenos por IMC, historia familiar, embarazo incrementa la matriz extracelular aumenta expresión de receptores para hormonas esteroideas y péptidos presentándose 1.4 a 8.6%. En el embarazo, lesión de tejido formación del mioma como respuesta a una lesión se da hipoxia del musculo arterial, la hipoxia de células del miometrio en la menstruación promueve la formación de miocitos, volviéndolos en miomas. Su presentación clínica sangrado uterino anormal hipermenorrea.

Se consideran la causa más común de tumores pélvicos en mujeres de edad reproductiva son clínicamente evidente en un 25%, siendo su pico de presentación en la cuarta a quinta década de vida estos miomas están compuestos por gran cantidad de matriz extracelular (fibronectina, colágeno tipo I, II,), sus tipos son 4 por su localización, en cuanto a la clasificación son los submucosos siendo 0 es pediculado intracavitario ,1 < 50% intramural ,2 es 50% intramural, 3 Intramural o intersticial este en contacto con el miometrio ,4 es intramural 5 subserosos 50% intramural ,6 subseroso < del 50 %intramural ,7 subserosos pediculado ,otros se encuentran en ligamento ancho y redondo ,los híbridos 2-5 la primera está en relación con endometrio, y otra con la serosa En este caso clínico el mioma es de tipo submucoso siendo los que distorsiona la cavidad del útero derivan de las células del miometrio. (8)

Según la guía práctica clínica ,para el abordaje , manejo y para el diagnóstico clínico se debe tener en cuenta que la mayoría son asintomáticas ,la hemorragia uterina anormal en 21.4% ,presencia de síntomas de compresión según el tamaño, ubicación anatómica el 33% de las mujeres presenta dolor en la pelvis se da al realizar tacto bimanual ,cuando mioma es > de 5 cm se realiza pruebas diagnósticas con el ultrasonido en zona abdominal esta detecta miomas de 3 cm o más se debe usar ultrasonidos transvaginal ,en mujeres con sospecha de miomas uterinos ,realizar

histeroscopia permite diagnosticar pólipos y miomas de tipo submucoso ,resonancia magnética tiene más sensibilidad y especificidad que cualquier otros exámenes ,para pacientes > de 35 años se recomienda realizar una biopsia de endometrio descartando enfermedad maligna.

Tratamiento puede ser medico basado en 4 situaciones, para mejora los síntomas de la paciente en mujeres perimenopausicas, candidatas a cirugía, como una terapia preoperatoria (miomectomías abiertas, laparoscópicas, histerectomías), reduciendo tamaño del mioma mejorando la anemia y nivel de hemoglobina par mejer que planea embarazo posterior y busca fertilidad y para la mujer que no desea intervención quirúrgica. Medicamentos más usados: progestinas musculares orales, intrauterinas como Levonorgestrel, dosis, baja de anticonceptivos orales combinando estrógenos con progestinas, moduladores selectivos de receptores de estrógenos como el Tamoxifeno reduciendo proliferación celular, inhibidores de la aromatasa como Anastrozol controlando el sangrado. Análogo de GNRH, analgésicos antiinflamatorios no esteroideos no disminuyen tamaño de los miomas, pero si inhiben el dolor y disminuye el sangrado.

Se puede aplicar dispositivos endouterinos de prostegeno para manejar la hemorragia reduciéndola a un 85% en 3 meses.

La miomectomía es el procedimiento quirúrgico para aquellas mujeres que desea conservar su útero o sin paridad satisfecha, para miomas medianos, para miomas grandes se realiza la laparotomía en zona abdominal, se considera la técnica de elección para miomas subserosos y la miomectomía vaginal es para miomas en zona cervical pediculado.

La miomectomía histeroscópica se considera como primer manejo quirúrgico de tipo conservador para miomas intracavitarios sintomáticos, para pacientes con miomas submucosos y pediculados la embolización uterina solo en casos seleccionados.

Tratamiento quirúrgico más común histerectomía. Como tratamiento definitivo para pacientes con paridad satisfecha y miomas uterinos, la ablación endometrial es una opción de bajo riesgo para mujeres con miomatosis uterina con presencia de hemorragia uterina de manera anormal. (9)

III.III. ROTACIÓN POR SERVICIO DE PEDIATRÍA

III.III.I. CASO CLÍNICO NÚMERO 5

Historia clínica N° 01014687 del archivo de historias clínicas de la oficina de estadísticas del centro médico Naval.

En este quinto caso clínico se menciona un paciente masculino de 9 años que presento un cuadro clínico siendo dolor abdominal de intensidad 8/10 tipo cólico, en fosa iliaca derecha de aparición brusca, madre refiere antecedente de malrotación renal sin adherencia a los controles de nefrología.

Como diagnóstico definitivo en este caso clínico se obtuvo: Diagnóstico: Hematuria Macroscópica CIE 10 I88.0

Dado por la presencia de sangre en la orina, por diversas etiologías como, renal siendo daño de glomérulos, daño de vías urinarias, si es hematológica enfermedad que afecta los hematíes, de causas urológicas indagar primero causa nefrológica, congénitas, traumatismos (uretra, renal vesical) infecciones, vasculares, cuerpo extraño (litiasis), tumores, malformaciones. Causa de hematuria en lactante por trombosis de la vena renal secundaria a cuadros de deshidratación, diarreas fiebre sudoración excesiva, edad media niños, niñas por litiasis urinaria, adultos HBP

Tipos de hematuria según el momento en que aparece en la micción, inicial el sangrado se ve al inicio del chorro miccional, luego se normaliza, su origen es uretral(próstata), terminal sangrado al final de la micción puede haber goteo de sangre acabando la micción es de origen cerca del cuello vesical, total durante toda la micción este procede del riñón, aparato urinario superior o vejiga. Según la cantidad de hematíes microscópica es orina sin alteraciones a simple vista con el microscopio se visualiza > de 5 hematíes por campo ,hematuria macroscópica presencia de hematíes tan intensa que tiñe la orina >1ml de hematíes por un litro de orina >5000 hematíes en ul .Según su duración hematuria persistente se da durante seis meses, hematuria

transitoria menos de 6 meses .Según su origen hematuria glomerular sangrado procede del glomérulo, hematuria extra glomerular sangrado proviene del riñón o vías urinarias. Según síntomas hematuria sintomática con presencia de manifestaciones clínicas de enfermedad nefro urológica, hematuria asintomática la única alteración es presencia de sangre en orina.

Según la guía práctica clínica para el abordaje y el manejo se realiza estudio químico siendo la tira reactiva estas, detectan presencia de hemoglobina libre, mioglobina por una acción catalizadora entre un cromógeno y peróxido de hidrogeno deben estar los dos presentes en la tira pudiendo detectar 5 a 10 mil hematíes por microlitros siendo 2 a 5 hematíes por campo de una muestra de 10 a 15 mililitros de orina centrifugada. La confirmación el resultado positivo de la tira obliga a un estudio microscópico para la confirmación de la hematuria. El estudio Gold estándar es el sedimento urinario, se realiza con una muestra de orina recién miccionada, siendo la primera micción de la mañana esta se centrifuga solo 10ml de una muestra de 2000 rpm por 5 minutos, eliminando el sobrante el sedimento se verá por microscopia con objetivo de 400 de aumento.

Para su diagnóstico se realiza historia clínica, en la anamnesis preguntar si apareció de forma súbita, progresiva, con o sin coágulos, Valorar antecedentes del paciente familiares, fisiológicos, patológicos enfermedades hereditarias descartar hepatopatías coagulopatías, características de la orina situaciones acompañantes si hubo trauma ejercicio previo ,ingesta de medicamentos, abuso de lácteos infecciones dérmicas o respiratoria, historia familiar y antecedente personal procedencia del paciente antecedente perinatal, antecedente nefrourológicos de enfermedades hereditarias ,quísticas, ITU previa, traumas por sondaje cardiopatía congénita ,medicamentos. Signos clínicos .exploración física presión arterial, diuresis ,peso observar la piel (edemas ,exantemas ,palidez),masa abdominal ,globo vesical evaluar genitales ,evaluar sistemas musculoesqueléticos preguntar si hay presencia de artritis ,hematomas por rabdomiólisis, emisión de sangre en la micción. Exámenes complementarios de laboratorio hemograma PCR, VSG, urea, creatinina, proteinuria de 24 horas ,estudio inmunológico anti-ADN anticuerpos antinucleares ,ANCA

,C3,C4,ASLO,CH50 inmunoglobulinas ,serológicos hepatitis B,C VIH. Frotis faríngeo exámenes de imágenes ecografía simple abdominal, UIV, TAC RMN, biopsia renal se realiza si hay asociación a hematuria por proteinuria por síndrome nefrótico, sospecha por LES, glomerulonefritis.

Diagnostico examen de laboratorio que comprobara una hematuria definida con más de 400.000 hematíes en orina de 12 horas, por campo microscópico aumentado a 400 supone más 2-3 hematíes por campo.

Si hay presencia coágulos en orina indica daño de vías urinarias, si son alargados son del riñón, si son amorfos son de la vejiga

Exploración física se valora si hay lesión de los 3 vasos que indica si es inicial total, terminal, buscar presencia de petequias equimosis adenopatías, esplenomegalia, dolor a la palpación zona costovertebral indica infección de vías urinarias altas si es suprapúbica es cistitis palpar fosas renales ver si hay agrandamiento del riñón o masas, realizar PPL indica litiasis, infección explorar genitales externos. Tratamiento será de la enfermedad no dar tratamiento sintomático. (10)

III.III.II. CASO CLÍNICO NÚMERO 6

Historia clínica N°00090402 del archivo de historias clínicas de la oficina de estadísticas del centro médico Naval

En este sexto caso clínico se menciona un paciente masculino de 7 años que presento un cuadro clínico dolor abdominal difuso de intensidad 8/10 tipo, fiebre cuantificada de 38°C, deposiciones líquidas (3 veces), vomitos 10 cámaras, sensación nauseosa, irritabilidad, letargo signo del pliegue (+)

Como diagnóstico definitivo en este caso clínico se obtuvo: Gastroenterocolitis aguda y deshidratación leve CIE 10: AO9

Considerado como cuadro clínico de menos de 2 semanas de evolución dado por diarreas (deposiciones de baja consistencia ,y de más frecuencia más o igual a 3 deposiciones anormales en 24 horas)acompañado o no de vómitos ,dolor abdominal y o fiebre .Este cuadro clínico es causado por bacteria ,virus y parásitos ,siendo los factores más comunes, por condiciones socioeconómicas , nutricionales y sanitaria del lugar y de la edad del paciente en cuanto el agente etiológico según el rango de edad varia siendo en niños , si es un virus Rotavirus ,Norovirus ,bacterias Vibrio cholera ,Shigella ,Clostridium difcille, parásitos Giardia intestinalis.

La Clínica cuando hay presencia de virus como el Rotavirus habrá presencia de fiebre, vómitos, diarreas acuosas de 3-7 días, norovirus presencia de vómitos, diarreas 2-5 días a veces fiebre. Bacterias shigella fiebre alta, anorexia, náuseas, dolor abdominal diarrea acuosa raro encefalopatía, convulsión E. Coli diarrea acuosa puede ser severa con vómitos puede haber diarrea con sangre a veces desencadena en síndrome hemolítico urémico. Parásitos cryptosporidium parvum diarrea acuosa, profusa vomito, fiebre, dolor abdominal diarrea de 7-10 días o un mes diarrea crónica en inmunosuprimidos. (11)

Según la guía práctica clínica para el abordaje y el manejo.

Para el diagnostico evaluar 3 puntos confirmar si es cuadro de GEA(diarrea menos de dos semanas) ,determinar su gravedad(cuando inicio, la frecuencia ,cantidad característica de vomito y diarrea ,ver si hay tolerancia oral ,identificar signos de deshidratación grado de deshidratación ,posible complicación,, ver signos vitales (frecuencia cardiaca ,frecuencia respiratoria, presión arterial, llenado capilar signo del pliegue ,nivel de fontanela anterior ,hidratación de mucosas ojos boca) buscar la causa probable.

Realizar diagnostico diferencial infecciones extraintestinales (neumonía, rinofaringitis ITU), diarreas no infecciosas, como colitis ulcerativa alergias, de tipo endocrina, medicamentos, mala absorción, intususcepción, obstrucción intestinal Exámenes auxiliares se debe solicitar reacción inflamatoria de heces (>de 50 leucocitos por campo), coprocultivo, coprofuncional. Examen parasitológico, Rotavirus, Campylobacter, Adenovirus intestinal.

En cuanto a exámenes de imágenes: Radiografía abdominal, Ecografía abdominal, Tomografía axial computarizada abdominal. También se solicitará electrolitos séricos, examen hematológico, gases arteriales

Deshidratación dado por la excesiva pérdida de agua y electrolitos o por la disminución de ingesta de agua, que compromete el sistema circulatorio, pérdida del volumen circulante, causando hipovolemia pudiendo ser grave, puede afectar la función renal, neurológica. Este cuadro clínico está en relación con la gastroenteritis aguda siendo los niños más susceptibles por varios factores de tipo infeccioso, las son de 3 clasificaciones leve, moderada, severa.

Terapéutica prevenir la deshidratación prevenir daño de la nutrición alimentando al paciente durante y después de las diarreas, prevención de la deshidratación realizando el plan A previniendo la deshidratación según edad SRO < de 2 años 50-100ml 1-2 sobres por día ,2 a 10 años 100m-200ml 1-2 sobres por día ,>de 10 años a 12 todo lo que quiera dar zinc ,plan B tratar la deshidratación SRO de osmolaridad baja dar 50-100 ml/kg de peso por 3-4 horas monitorizar la respuesta de tratamiento de la rehidratación. Criterios de alta revisar signos de deshidratación, presentar micción, adecuada tolerancia oral, plan C tratar deshidratación grave con presencia de shock o no, dar solución endovenosa cloruro de Sodio 0.9%, lactato de Ringer. Luego de controlar la fase de shock dar solución poli electrolítica estándar o lactato de ringer, solución de Cloruro de sodio al 0.9%, siendo 500 cc más dextrosa 5% en agua destilada, siendo 500cc más cloruro de potasio, siendo 20meq/L, en shock grave administrar bolo al 0.9% a dosis de 20ml/kg por vía endovenosa por 10 a 15 minutos, evaluar al paciente de forma constante el pulso y perfusión tisular.

Para la fase de mantenimiento con el paciente ya hidratado, debe recibir alimentos y SRO para reemplazar las continuas pérdidas de electrolitos y agua.

Tratamiento es el manejo hidroelectrolítico determinar estado deshidratación si tolera vía oral ,si la hidratación fue adecuada se repone con solución hipoosmolar (40-60 mEq/L de sodio), en niños mantener la lactancia materna de forma fraccionada y con frecuencia, si hay deshidratación y esta es leve a moderada dar rehidratación oral con

solución de 60mEq/L de sodio , en la dieta excluir fibra ,administra antieméticos si hay presencia de vomito, si el vómito es persistente usar ondansetron oral o endovenosa, usar probióticos que ayudan a reducir la duración de diarreas ,antiseoretos que inhibe las encefalinas intestinales, que reducen la producción AMPc controlando el componente secretos de diarrea.

Medidas preventivas, fomentar la lactancia exclusiva materna, lavado de manos con jabón y agua antes de preparar las comidas, después de ir a los baños, después de cambiar pañal, hervir el agua antes de tomarla, eliminar excretas y basuras. Manipular los alimentos adecuadamente, lavando los alimentos, mantenerlos en envases limpios, cubiertos, cumplir con las inmunizaciones rotavirus y sarampión. (12)

III.IV. ROTACIÓN POR SERVICIO DE CIRUGÍA

III.IV.I. CASO CLÍNICO NÚMERO 7

Historia clínica N°04996338 del archivo de historias clínicas de la oficina de estadísticas del centro médico Naval

En este séptimo caso clínico se menciona una paciente mujer de 47 años que presento un cuadro clínico dolor abdominal de intensidad 8/10 tipo cólico en zona epigástrica acompañada de distensión abdominal, flatos sensación de llenura precoz, dispepsia, sensación de efecto de masa.

Como diagnóstico definitivo en este caso clínico se obtuvo: Eventración CIE 10: K43.x

Eventración se considera a una protrusión subcutánea del contenido intraabdominal a través de una zona de debilidad de la pared abdominal.

Las eventraciones las hay de 2 tipos espontaneas y no postoperatorias dado por raquitismo, obesidad, tifoidea, poliomielitis, múltiparas (diástasis de los rectos), las de tipo traumáticas (heridas en área abdominal) o postoperadas aguda en inmediatas como la evisceración, crónicas eventración propiamente dicha.

Según su ubicación son en pared abdominal, zona lumbar, eventración abdominal superior en epigastrio, hipocondrios, abdominal inferior en fosas iliacas, flancos, abdomen total xifopública, diástasis de los rectos la más frecuente

Eventración aguda dada por la dehiscencia de la pared en el postoperatorio en el tercer día, factores muy joven, muy viejo, estado nutricional, anemia hipoproteinemia, comorbilidades como DM2, cáncer. Como diagnostico se demuestra un apósito manchado serosanguinolento, su tratamiento es volver a ser operadas para la reconstrucción de pared abdominal.

Eventración crónica tiene como síntomas, dolor, sensación de tumor que es detectado por el medico en un examen físico, se localizan 3 elementos anillo, saco, contenido.
(13)

Según la guía práctica clínica para el abordaje y el manejo para el diagnóstico se basa en una triada siendo en el área afectada con la cicatriz quirúrgica, trauma, la presencia de dolor, masa reductible. Si la eventración es no reductible presentando cambios tróficos en piel como obstrucción intestinal, compromiso hemodinámico es una eventración complicada y se debe realizar procedimiento quirúrgico.

Si es eventración no complicada se ingresa por consultorio para su tratamiento posterior, realizando la historia clínica por un cirujano, realizar diagnostico diferencial: quistes sebáceos, lipoma subcutáneo, hemangiomas, linfagioma, fibrosarcoma, tumores, procesos inflamatorios, traumas, endometriosis. Se requiere exámenes de imágenes como el ultrasonido con una sensibilidad de 70% y especificidad 10% si presenta eventración abdominal, con pérdida de domicilio que no reduce realizar, tomografía abdominal, tomografía axial computarizada útil si hay duda diagnostica de hernia abdominal, se realiza maniobra Valsalva, usar medio de contraste de forma oral, en cortes de 10mm, resonancia magnética evalúa estructuras de pared antero lateral de zona abdominal.

Medidas preventivas tratar la obesidad, EPOC, tratar enfermedades de aumento de presión intrabdominal, tratar enfermedades de retardo de la cicatrización. Cumplir con reglas de asepsia y antisepsia, manejar tejidos cuidadosamente y realizar adecuada hemostasia, cerrar pared por planos anatómicos principalmente en las fascias aponeurosis usando suturas adecuadas, cerrar con puntos totales en pacientes ancianos, obesos, con enfermedades de la nutrición, presencia de sepsis de la pared. Evitar etapa postoperatoria: la tos, los vómitos, distensión abdominal por presencia de íleo paralítico o dilatación aguda gástrica.

Terapéuticas: indicaciones

Tratamiento mecánico es el uso de tiras anchas extendida de flanco a flanco, faja ortopédica es un cuidado paliativo. Toda eventración de tipo reductible con pérdida de domicilio con salida de más de 50% con contenido de cavidad abdominal se realiza tomografía de abdomen, no se hace cirugía inmediata debe tener tratamiento prequirúrgico de neumoperitoneo. Para toda eventración de abdomen administrar profilaxis de antibiótico cefazolina 1 gramo endovenoso ,30 minutos antes de operación si es alérgico a penicilina o cefalosporina usar Ciprofloxacino 200mg 1 ampolla endovenoso 30 minutos antes de la operación.

Reconstrucción anatómica el método más recomendado para tratar hernias. Laparotomías si fueran pequeñas a moderadas, el método preferido es extirpar todos tejido cicatricial hasta mostrar estructuras normales para luego reconstruir pared del abdomen lo más exacto posible suturando todos los planos. Detalles técnicos para la cirugía serán según la ubicación de la eventración. se reconstruyen plano por plano, como la técnica de mayo y técnica de San Martín. Para la reparación uso de prótesis polipropileno, dando adecuada firmeza y fortaleza duración, resistencia permite movimiento del cuerpo, su nivel de reacción tisular es apropiado, no afectando la cicatriz de la herida operatoria. En la eventroplastia laparoscópica siendo mínimamente invasiva para esto se debe elegir, la prótesis polipropileno siendo macro porosa permite infiltración de los neutrófilos, fija a la pared de fibrina y reduce formación de seromas.

Efectos adversos: rechazo de material de la prótesis, reacción ala sutura, recidiva de la eventración. Signos de alarma cambios en la piel, infección de la herida operatoria, aparición de tumor, criterios de la alta paciente estable hemodinámicamente, tolerancia oral, deambulación sin dolor, no presentar fiebre. Complicaciones lesión visceral frecuentemente el intestino, vejiga Seroma, hematomas, hemoperitoneo, oclusión intestinal, fistulas entero cutáneas, desplazamiento de la malla. (14)

III.IV.II. CASO CLÍNICO NÚMERO 8

Historia clínica N°02771603 del archivo de historias clínicas de la oficina de estadísticas del centro médico Naval

En este octavo caso clínico se menciona una paciente hombre de 47 años que presento un cuadro presenta dolor en zona inguinal derecha de intensidad 6/10 tipo opresivo, paciente refiere que estos últimos años se agudiza exacerba a la actividad con esfuerzo físico paciente refiere que se realizó una ecografía pélvica.

Como diagnóstico definitivo en este caso clínico se obtuvo: Hernia Inguinal CIE 10: K40.9

La hernia inguinal de tipo indirecta se da cuando el tejido abdominal siendo su contenido intestino, epiplón u órganos intraabdominales este sobresale por el anillo inguinal profundo que baja dentro de la cubierta peritoneal seguida del conducto peritoneo vaginal que es antero medial al cordón espermático atraviesa una lesión previa o un defecto de la pared abdominal en dirección al anillo inguinal interno y conducto inguinal estas son las más frecuentes.

Es un problema muy frecuente ,3% en mujeres,27% en hombres, riesgo aumenta con la edad, frecuente en hombres de 60 años, raza blanca, lesión de pared del abdomen, IMC bajo, enfermedad del colágeno. El 86% de hernia en hombres son inguinales. La clínica suele ser asintomática se percibe bultos visibles en zona de la ingle puede presentar dolor o no, el paciente es consciente de esto o podría ser encontrado por

un médico en una exploración física en consulta. Otro sería, la encarcelación con estrangulamiento intestinal son complicaciones graves y mortales. (15)

Según la guía práctica clínica para el abordaje y el manejo. Para criterio diagnóstico se realiza mediante historia médica, exploración física del enfermo, palpación a la palpación en zona inguinal en bipedestación cubito supino, o haciendo exploración lateral dactilar. Diagnóstico diferencial: tumor de cordón espermático con testículo, quiste de epidídimo, hidrocele. Exámenes auxiliares no requiere, análisis de laboratorio, no requiere. Prueba de imágenes en la ultrasonografía se puede observar estructuras óseas donde se insertan los ligamentos, para así ubicar canal inguinal y femoral, se identifica vasos, femorales, epigástricos, permite ubicar el orificio inguinal profundo. Usar transductores lineales 7 MHz o de alta frecuencia, exámenes complementarios especializados, RMN proporciona imágenes precisas, regiones anatómicas adyacentes. En la TAC se puede observar masas redondeada en la zona inguinal, con atenuación de forma homogénea.

Como medidas preventivas dieta equilibrada, no sobrepeso, no estreñirse, evitar cargara peso excesivo, mantener el tono muscular abdominal.

Como tratamiento no quirúrgico observación, estar atento por cambio de actividades ,6-8 semanas de reposo, administrar antiinflamatorios, ejercicio de fortalecimiento La reparación quirúrgica es una cirugía muy frecuente, mejorando la calidad de vida solo para pacientes sintomáticos para así reparar la hernia, reduciendo recurrencias, rápido retorno a actividades laborales, mejor calidad de vida.

El procedimiento quirúrgico hernioplastia inguinal, las hernias inguinales de tipo directa se da cuando el tejido abdominal sobresale de forma medial por la pared posterior del conducto inguinal y en la zona inferior por el anillo inguinal profundo (interno), las hernias inguinales indirectas es cuando el tejido abdominal pasa por un defecto de la pared abdominal en dirección al anillo profundo y en el conducto inguinal siendo este el más frecuente. (16)

CAPITULO IV. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA

El internado medico se desarrolló entre los años 2023-2024 años, en que la pandemia por infección de SARS-COV2 ya estaba controlada, gracias a las campañas de despistaje e inmunizaciones, orientando, fomentando, el cuidado contra esta enfermedad a la población, dándose así menos incidencias de casos.

El tiempo de labor de los internos correspondía a todos los días de la semana del calendario, sin considerar ningún domingo, feriado o día festivo en todas las rotaciones siendo estas, la especialidad de Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Pediatría, Cirugía General. En cuanto a los horarios laborales, había diferencias siendo en Medicina Interna, y Cirugía las de más horas siendo la entrada al servicio 7 am o muchas veces antes 6am hasta las 6pm de la tarde, mientras que en los servicios de Gineco-obstetricia y Pediatría eran de 7 am hasta las 2pm. Esta gran diferencia se debía a que en los servicios citados anteriormente había más flujo de pacientes lo que conllevaba a realizar los pendientes y estos debían estar cursados antes de nuestra salida.

La primera rotación y creo yo la más memorable fue la del servicio de medicina interna ya que se debía llegar 6am o antes para poder evolucionar a todos los pacientes, dado que por cada interno se manejaba un promedio de 10 pacientes, cada uno de ellos con 3 o 4 diagnósticos algunos con casos complejos y de manejo a veces conjunto con otras especialidades. Cursar sus pendientes de cada uno y que estos se cumplan antes de la salida era una misión de suma importancia. Algunas veces los pacientes se encontraban en condiciones favorables, estables o se inestabilizaban y complicaban.

En la rotación de Gineco obstetricia se logró aprender y afianzar muchos conocimientos académicos desde el rol de consultorio realizando, procedimientos quirúrgicos de menor grado, hasta ingresar a sala de operaciones para intervenciones de emergencia y otras programadas.

En el servicio de Pediatría fue más llevadero ya que se programaron días libres los cuales fueron de gran alivio y provecho para los internos para así poder repasar, estudiar prepararnos mejor y rendir el examen nacional de medicina (ENAM).

La rotación en el servicio de Cirugía General se pudo completar y afianzar participando en muchos procedimientos quirúrgicos de emergencia o programados, se tenía alto flujo de pacientes.

Cabe señalar que a pesar de que este internado medico no fue del todo regular como los anteriores siendo de 12 meses, aun así, se logró completar la experiencia práctica en cada rotación y así afianzar más los conocimientos académicos.

CONCLUSIONES

El internado médico es el séptimo año considerado la última etapa y año de la carrera de todo estudiante de medicina humana, en la cual se afianzan, se aplica y se pone en práctica todo el conocimiento académico aprendido en los 6 años de la carrera. Siendo esto de carácter obligatorio en todo centro universitario realizándose en las diversas sedes hospitalaria como MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas.

Esta fase pone a prueba a todo estudiante frente a lo aprendido para poder abordar la condición médica de un paciente saber el manejo adecuado para cada patología.

También es de importancia saber y reconocer la organización y función de un centro hospitalario como las áreas administrativas encargado de la documentación, las áreas de cada servicio médicos como está compuesta, sus equipos médicos, sus insumos, saber cada función del personal médico desde técnicas, enfermeras, médicos especialistas.

El internado médico que debió haber durado 12 meses siendo el tiempo regular, pero fue realizado con un tiempo de duración de 10 meses a causa de los inconvenientes que todavía dejó la pandemia por la infección de SARS-COV2 años atrás (2019-2022). Esto ha originado que disminuyan las oportunidades y posibilidades de afianzar y complementar los conocimientos académicos de los internos. Por el momento se tiene conocimiento que no se han restablecido la duración de tiempo siendo los 12 meses como solían ser.

El internado médico es una experiencia en la que se debe estar listo y preparado para poder abordar el manejo de cada patología, primeramente, aplicando desde la semiología, la clínica, diagnóstico y el manejo para el alivio de la enfermedad que lo aqueja al paciente, hasta su pronta recuperación, lo cual es un reto, se dará la relación médico paciente siendo este de o más cordial y empático.

Esto es de suma importancia ya que nos prepara para afrontar, abordar, manejar gracias a los conocimientos adquiridos y habilidades médicas y así tener un apropiado

desenvolvimiento en lo que será el Servicio Urbano Marginal (SERUM) y así aplicarlo para toda la vida profesional.

Cabe decir que también hubo actividades académicas realizadas por la universidad realizando seminarios, evaluaciones de manera constante de cada rotación que complementaban así la formación académica y en lo que concierne actividades académicas del hospital en cada rotación se realizaban exposiciones de diversas patologías, casos clínicos, juntas medicas siendo evaluadas y supervisadas por los residentes y los médicos asistentes.

Finalmente se podría decir que fue una experiencia muy grata y satisfactoria en lo personal y profesional, dentro de todas las limitaciones que nos dejó la pandemia, se pudo lograr, obtener los objetivos, así poder concluir esta etapa de internado medico con éxito.

RECOMENDACIONES

Con toda la experiencia personal y profesional que brinda el internado medico queda claro que esta etapa es de suma importancia ya que te prepara para afrontar, abordar, manejar cualquier condición medica de un paciente llevando a la práctica, aplicando todo lo aprendido.

Reconocer que esta carrera es de constante formación, aprendizaje, sobre todo de actualización en lo que corresponde en tratamiento y manejo médico, de toda condición médica. Es de importancia que los diversos servicios de las sedes hospitalarias fomenten y continúen con actividades académicas acerca de diversas patologías para así formar, afianzar, completar una adecuada formación al interno de medicina y esté preparado para abordar diversos casos clínicos en el SERUM y para su vida profesional a futuro.

Es recomendable que en cada área de toda sede hospitalaria en donde se desarrolla el internado medico se cuente con una adecuada, segura y solida infraestructura tanto para pacientes como el personal médico que labora, contar con los insumos médicos hospitalarios siendo de gran necesidad para brindarles una adecuada y segura atención a los pacientes.

Finalmente es de importancia restablecer los 12 meses de tiempo que dura el internado medico dándoles más oportunidades de rotar por otras especialidades diversas para así afianzar y complementar conocimientos académicos que serán de gran provecho y experiencia para el interno de medicina.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Bibliografía

1. MINSA. [www.gob.pe](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5405608/4836697-directiva-administrativa-para-el-desarrollo-del-internado-2023-pdf.pdf). [Online].; 2023 [cited 2022]. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5405608/4836697-directiva-administrativa-para-el-desarrollo-del-internado-2023-pdf.pdf>.
2. Albitres-Flores L. <https://www.researchgate.net/publication/341124153>. [Online].; 2020 [cited 2020]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/341124153> [Percepcion de los intrnos de medicina sobre el internado durante la pandemia por COVID-19 en Peru/link/5eea96d1299bf1faac5e98e8/download? tp=eyJjb250ZXh0ljp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6In.](https://www.researchgate.net/publication/341124153)
3. DISAMAR. [disamar.mil.pe](https://www.disamar.mil.pe). [Online].; 2023 [cited 2023]. Available from: <https://www.disamar.mil.pe/2023/07/10/centro-medico-naval-cmst-cumple-67-anos-al-servicio-de-la-familia-naval/>.
4. Ortiz-Lazo E. Actas Dermo- Sifiliograficas. [Online].; 2019 [cited 2018 Febrero 7]. Available from: <https://www.actasdermo.org/es-actualizacion-el-abordaje-manejo-celulitis-articulo-S0001731018304253>.
5. Lucero AY. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S071686401470063X>. [Online].; 2014 [cited 2014 abril 18]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-etilogia-manejo-gastroenteritis-aguda-infecciosa-S071686401470063X>.
6. Obstetricia SEdGy. www.prosego.com. [Online].; 2010 [cited 2010 Julio]. Available from: www.prosego.com.
7. Ríos DEG. https://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf. [Online].; 2007 [cited 2007 Julio]. Available from: <https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>.

8. Ruiz MEO. www.medigraphic.org.mx. [Online].; 2009 [cited 2009 Diciembre]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2009/bc094h.pdf>.
9. ZUNO DSE. imss.gob.mx. [Online].; 2010 [cited 2010 Julio]. Available from: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/082GER.pdf>.
10. Hidalgo-Barquero MC. www.aeped.es/protocols/. [Online].; 2014 [cited 2014 Julio]. Available from: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/04_hematuria.pdf.
11. A. DYL. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S071686401470063X>. [Online].; 2014 [cited 2014 Julio]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S071686401470063X>.
12. Tomas DEZ. <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/RD%20N%C2%B0%20000101-2022-DG-INSNSB%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20DIARREA%20AGUDA%20INFECCIOSA.pdf>. [Online].; 2022 [cited 2022 Abril]. Available from: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2022/RD%20N%C2%B0%20000101-2022-DG-INSNSB%20DIAGN%C3%93STICO%20Y%20TRATAMIENTO%20DE%20DIARREA%20AGUDA%20INFECCIOSA.pdf>.
13. CERRUTTI R. www.sacd.org.ar. [Online].; 2009 [cited 2009 Abril]. Available from: <https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/ucuarentaysiete.pdf>.
14. Rio AHLd. www.gob.pe. [Online]. [cited 2019]. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3435749/12.%20gu%C3%ADa%20para%20el%20diag%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20de%20eventraci%C3%B3n%20abdominal.pdf.pdf>.
15. Vacca VM. <https://www.elsevier.es>. [Online].; 2018 [cited 2018 Abril]. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-nursing-20-articulo-hernia-inguinal-la-lucha-contra-S0212538218300384>.

16. Sanchez AB. cdn.www.gob.pe. [Online].; 2019 [cited 2019 Abril. Available from:

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3435750/13.%20gu%C3%ADa%20para%20el%20diagn%C3%B3stico%20y%20tratamiento%20de%20Hernia%20Inguinal.pdf>.