



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**“EXPERIENCIAS CLÍNICAS DE UNA INTERNA DE
MEDICINA, EN EL HOSPITAL REZOLA Y CENTRO DE
SALUD NUEVO IMPERIAL - CAÑETE, DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID-19 LIMA 2021 - 2022”**

**PRESENTADO POR
KEREN ESTHER LÓPEZ OLMOS**

**ASESOR
JOSÉ LUIS SONCCO HUISA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

LIMA- PERÚ

2022



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**“EXPERIENCIAS CLÍNICAS DE UNA INTERNA DE
MEDICINA, EN EL HOSPITAL REZOLA Y CENTRO
DE SALUD NUEVO IMPERIAL - CAÑETE,
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 LIMA
2021 - 2022”**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO
CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
KEREN ESTHER LÓPEZ OLMOS**

**ASESOR:
DR. JOSÉ LUIS SONCCO HUISA**

**LIMA – PERÚ
2022**

JURADO

Presidente: M.E. KARIM UGARTE REJAVINSKY

Miembro: M.E. CARLOS MORALES PAITAN

Miembro: M.E. GRACIELA PILARES BARCO

DEDICATORIA

A Dios, porque sin su presencia nada de esto se hubiera logrado.

A mis padres, Cecil y Edwin, que me han brindado las herramientas para realizarme como profesional, y me han enseñado que el esfuerzo y la dedicación siempre traen recompensas.

A mis maestros, quienes pueden estar seguros, que seguiré sus aprendizajes y consejos para ponerlos en práctica en mi trabajo.

A mi compañero de vida, Ronald, a mi hija Cesia, por la motivación constante, el pleno apoyo y los momentos compartidos.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN:	3
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	5
1.1. Rotación de Medicina Interna	5
1.1.1. Pancreatitis Aguda Biliar	5
1.1.2. Celulitis en MM II Izquierdo	8
1.2. Rotación de Cirugía general:	9
1.2.1. Colecistitis Crónica Calculosa	10
1.2.2. Apendicitis Aguda Congestiva No complicada	11
1.3. Rotación de Ginecología y Obstetricia	13
1.3.1. Preeclampsia y Endometritis Puerperal	14
1.3.2. Placenta Previa	16
1.4. Rotación de Pediatría:	18
1.4.1. Otitis Media Aguda	18
1.4.2. Diarrea Aguda Infecciosa	20
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	22
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	26
3.1. Rotación de Medicina Interna:	26
3.1.1. Pancreatitis aguda:	26

3.1.2. Celulitis:	32
3.2. Rotación de Cirugía General:.....	34
3.2.1. Caso de Abdomen agudo quirúrgico no complicado:	34
3.2.2. Colecistitis Crónica Calculosa:	37
3.3. Rotación de Ginecología y Obstetricia	39
3.3.1. Caso de Preeclampsia y Endometritis puerperal:	39
3.3.2. Caso de Placenta Previa:	41
3.4. Rotación de Pediatría:	45
3.4.1. Caso de Diarrea Aguda Infecciosa:.....	45
3.4.2. Caso de Otitis Media Aguda:	47
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA:	50
EXPERIENCIA.....	50
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES.....	53
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	54

RESUMEN

Este informe relata la experiencia clínica y práctica de una estudiante de medicina humana en su último año de carrera profesional, exponiendo en detalle los aprendizajes y las experiencias adquiridas en los años previos durante las rotaciones de las diferentes especialidades, tanto en el hospital como en el Centro de Salud.

El reporte detalla casos clínicos aprendidos de las rotaciones en el servicio de Cirugía, Ginecología Obstetricia y Medicina Interna del Hospital Rezola de Cañete, y el servicio de medicina general y pediatría en el Centro de Salud Nuevo Imperial, en la época de pandemia del COVID 19.

En resumen, el internado 2021-2022 ha sido una gran experiencia que ha servido para adquirir nuevos conocimientos, donde se ha podido poner en práctica las capacidades aprendidas a lo largo de la carrera.

ABSTRACT

This report relates the clinical and practical experience of a human medicine student in her last year of professional career, exposing in detail the learning, experiences acquired in the previous years and during the rotations of the different specialties both in the hospital and in the center of health.

This report details clinical cases learned from the rotations in the Surgery, Obstetrics Gynecology and Internal Medicine service of the Rezola Cañete Hospital and the General Medicine and Pediatrics service at the Nuevo Imperial Health Center at the time of the COVID 19 pandemic.

Summary, the 2021-2022 internship has been a great experience of acquiring new knowledge, where it has been possible to learn and responsibly put into practice the skills learned throughout the years of the university career.

INTRODUCCIÓN:

El internado médico es el último año de la carrera de medicina humana. Se concentra en la formación, práctica y aplicación de las enseñanzas aprendidas por el estudiante durante la carrera universitaria.

En nuestro caso, se desarrolló en diferentes establecimientos de salud, se comenzó a rotar en el Hospital Rezola, catalogada como Institución prestadora de servicios de salud de nivel II-2, y después en el Centro de Salud Nuevo Imperial de nivel I-3.

En esta época de pandemia, antes de iniciar las labores del internado se realizó una charla de inducción en línea, donde se dieron recomendaciones acerca de las medidas de bioseguridad en el trabajo, se explicó cómo usar correctamente los equipos de protección personal en diferentes áreas del hospital, y además se informaron las normas y horarios del lugar del trabajo.

En vista que el internado comenzó después de la segunda ola de la pandemia las medidas sanitarias se volvieron muy rigurosas, la afluencia de pacientes aumentó y los protocolos de abordar al paciente se hicieron más estrictos, llevando consigo varios cambios en el sistema de salud del Hospital Rezola, como por ejemplo aumentar las medidas de bioseguridad, y la atención médica vía tele consulta, perjudicando de esa manera al paciente ya que por tele monitoreo no se logra que la persona sea partícipe activo, y la relación médico paciente se ve limitada.

Además, el hospital solo cuenta con una sala de operaciones y se prefiere brindar la atención de emergencia, postergando, o a veces cancelando las cirugías electivas que a la larga se convierten en cirugías de emergencia.

Estas medidas de teleorientación las realizaban los médicos mayores o que presentaban comorbilidades que ponían en riesgo su vida. De igual manera, se estableció como prioridad la vacunación de todo el personal de salud. Asimismo, en el desarrollo del Internado médico se vivió la tercera ola de la

pandemia del SARS-COV 2, donde aproximadamente el 40% de trabajadores de salud fueron infectados, reduciendo así el número de personal de salud y administrativo, lo que trajo consigo con mayores limitaciones en la atención.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Las prácticas preprofesionales en la carrera de medicina humana durante el internado ponen en práctica los conocimientos aprendidos a lo largo de los años.

Además, las rotaciones en las diferentes especialidades, los consejos de los médicos especialistas y residentes en el área de salud motivan la elección de alguna especialidad médica en el futuro, consolidando todas las enseñanzas adquiridas que se aplicarán en la carrera profesional del día a día.

1.1. Rotación de Medicina Interna

Las competencias explicadas en el sílabo del internado relacionado a la rotación de Medicina interna son las mencionadas:

- Identifica, aplica, propone y juzga las alternativas de solución a las adversidades médicas y éticas, tomando en cuenta la prevención y promoción de salud.
- Dentro de sus elementos nombra estas capacidades
- Pone en práctica principios éticos y conceptos básicos de la medicina basada en evidencia en el tratamiento de los pacientes con enfermedades infecciosas, del aparato cardiovascular, digestivo, renal y respiratorio con respeto al ser humano brindándole una atención integral de salud, promoviendo la prevención de salud.
- Por ello conforme a las competencias mencionadas en el sílabo se expondrá los siguientes casos:

1.1.1. Pancreatitis Aguda Biliar

Relato:

Paciente mujer de 47 años refiere que hace 2 días presentó dolor que comenzó en hipocondrio derecho e izquierdo, que después se volvió difuso, asociado a irradiación en cinturón hacia la espalda, luego de ingerir alimentos ricos en grasas.

Antecedente Obstétrico: G2P2002

Antecedente Patológicos: Colelitiasis

Ex físico de ingreso: PA:110/70 FC:85x' FR:20 x' T:36° SAT:97%

- Piel: T/E/H. Llenado capilar menor a 2 segundos
- TyP: MV pasa bien en ACP.
- Abdomen: Globuloso, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen superior. RHA: +, No signos peritoneales. Murphy(+), Mc burney (-), Blumberg (-)
- SNC: Escala de Glasgow 15/15. LOTEPE.

Exámenes auxiliares de ingreso:

SS: Hemograma, perfil hepático, amilasa, lipasa, G,U, creatinina y examen de orina.

SS: Ecografía Abdominal completa, TEM abdominal con contraste.

Hemograma completo:

Leucocitos: 12100

Hemoglobina: 13.8

Plaquetas:441,000

Eosinófilos : 3 %

Glucosa:98

Urea:17.1

Creatinina:0.72

Albumina:4.5

Amilasa: 3250, Lipasa: 400

Perfil Lipídico:

Colesterol: 89

Triglicéridos:110

Perfil Hepático:

BT:0.55

BD:0.26

BI:0.29

TGO:256

TGP:184

FA:73

EX de orina: Negativo

Ecografía Abdominal Completa:

- Infiltración de Grasa Hepática
- Litiasis Vesicular Múltiple con diámetro de colédoco de 4 mm
- Líquido peripancreático y aumento del diámetro de la cabeza y discreto aumento del calibre del conducto de Wirsung en relación con Pancreatitis.

Tomografía Abdominal C/C:

- Hallazgos tomográficos de Pancreatitis Edematosa Intersticial.
- Litiasis vesicular
- Colédoco de 4mm

Diagnóstico:

- Síndrome Doloroso Abdominal
- Pancreatitis Aguda Biliar
- Colecistitis Aguda Calculosa

Diagnóstico Diferencial:

- Úlcera péptica perforada
- Neumonía Bacteriana
- Pancreatitis Crónica

Tratamiento:

- NPO se indicó x 2 días, Dieta blanda por los 2 días siguientes hasta su alta.
- Na Cl 9% 1000 cc 400 cc a chorro, luego 45 gotas x min
- Omeprazol 40mg EV c/24 h
- Tramadol 100 mg EV PRN Dolor intenso
- Dimenhidrinato 50 mg EV c/8h
- Metamizol 1gr 2 amp EV c/8h
- Hioscina 20 mg EV c/8h
- CFV+ BHE

Evolución: Paciente ingresó con cuadro de Síndrome doloroso Abdominal. La clínica, acompañada de exámenes de laboratorio e imágenes confirmó el

Diagnóstico de Pancreatitis Aguda Biliar, por lo que fue hospitalizada para su tratamiento médico. Luego de presentar una evolución, se le dio de alta a los 4 días, con Tolerancia oral y ausencia de dolor.

1.1.2. Celulitis en MM II Izquierdo

Relato:

Paciente mujer de 61 años proveniente de San Luis de Cañete con tiempo de enfermedad de 2 días, refiere presentar fiebre, aumento de volumen, dolor y calor local en región anterior de pierna izquierda que dificulta la deambulación, refiere que días anteriores yendo al baño se hizo una herida en la rodilla de la pierna izquierda sin tomarle interés, por lo cual acude a emergencia del Hospital Rezola.

Examen físico: AREG, AREN, AREH

Funciones vitales: PA: 120/70 FC:80x' FR:20 x' Sat :98 % T: 37.5 Peso :84 Talla: 1.57.

- Piel: llenado capilar menor a 2", signo de flogosis de un área de 10x10cm en rodilla izquierda, herida contuso cortante de aproximadamente 5 cm, y dolorosa a la palpación.
- Pulmón: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR de BI. No soplos
- Abdomen: Blando /Depresible, no doloroso a la palpación, no masas.

Ex auxiliares:

Hemograma:

Leucocitos:15,500

Hb:12,5

PCR:12

plaquetas:180,000

Bioquímica:

Glucosa:94

Urea:27

Creatinina:0.8

Antigénica:Negativo

Ex de orina : No patológico

Radiografía de miembro inferior Izquierdo: No hay trazo de fractura.

Diagnóstico:

- Celulitis en MM II Izquierdo

Dx diferencial:

- Erisipela

Tratamiento:

- Hidratación Endovenosa
- Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
- Oxacilina 2gr EV C/6 horas
- Clindamicina 600 mg EV C/8h
- Metamizol 1gr EV c/8h
- Compresas frías

Evolución:

Paciente con diagnóstico de celulitis en MM.II izquierdo, permaneció hospitalizada por 3 días, luego disminuyó el dolor en dicha área, y no hizo fiebre. Se le indicaron analgésicos y antibióticos vía endovenosa, hasta el día que se le dio de alta, debiendo continuar con la medicación vía oral en su domicilio.

1.2. Rotación de Cirugía general:

Las competencias explicadas en el sílabo del internado médico, relacionado a la rotación de cirugía general, son las siguientes:

- Define, aplica, plantea las alternativas de solución a los problemas quirúrgicos, tomando en cuenta la atención integral de salud basada en la prevención y promoción de la salud.

En sus elementos menciona las siguientes capacidades:

- Emplea principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el tratamiento de los pacientes de cirugía general, traumatología y urología; con respeto al paciente, tomando en cuenta sus deberes y derechos para brindarle una atención integral de salud.

Por ello, conforme a las competencias mencionadas en el sílabo, se expondrán los presentes casos:

1.2.1. Colecistitis Crónica Calculosa

Relato:

Paciente de 53 años con un Tiempo de enfermedad de +- 3 meses acude por emergencia para hospitalizarse por cirugía de Colectomía laparoscópica previamente programada. Actualmente no tiene sintomatología. Su último episodio de cólico vesicular fue el 31/12/21.

Antecedente Obstétrico:

G3P2012

Antecedentes Patológicos:

Qx: Niega

Otras enfermedades: Niega

Examen físico de ingreso:

PA: 100/80 FC:90 T:36,5° ST02:97% FR:20 x'

- Piel: T/E/H
- TYP: MV pasa bien en ACP
- CV: RCR de BI
- Abdomen: Blando/Depresible, RHA: ++. Doloroso levemente a la palpación profunda en HCD, Murphy (-), no signos peritoneales.
- GU: Conservado

Ex. Auxiliares:

Ecografía abdominal:

Litiasis vesicular, barro biliar, d/c Esteatosis hepática, proceso inflamatorio gástrico y meteorismo incrementado

Ex de laboratorio:

Hemograma :

leucocitos: 8050

Hb: 12,7

plaquetas: 254 000

Perfil hepático:

BD:0.10 BI:1.10 BT:1.20 FA:85 TGO :77 TGP:69 PCR :11 AMILASA:40

Diagnóstico: Colecistitis Crónica Calculosa.

Plan: Pasar a SOP para Colectomía Laparoscópica.

Hallazgos: vesícula biliar 6 x 3 cm, arteria cística única, con múltiples cálculos dentro de la vesícula biliar.

Drenes: NO

Tratamiento:

- NPO X 6 HORAS
- Dextrosa 5% 1000cc: I, II
- Ciprofloxacino 200 mg EV c/12horas
- Metamizol 2gr EV C/8h
- Ketoprofeno 100 mg EV PRN Dolor intenso
- Omeprazol 40 mg EV c/24h
- Metoclopramida 10mg EV c/8h

Evolución: Paciente sin antecedentes patológicos fue operada por una colectomía programada. No presentó interurrencias en su PO. Fue dada de alta 2 días después, con prescripción de antibióticos vía oral por 7 días.

1.2.2. Apendicitis Aguda Congestiva No complicada

Relato:

Anamnesis: Paciente varón de 17 años ingresó a emergencia el día 01/08/21 a las 00:07 con TE+- 24 horas, inicio: insidioso, curso: progresivo. Refiere que 14 horas atrás presentó un dolor tipo cólico difuso, se automedicó con analgésicos, pero el dolor persistía, localizándose en la fosa iliaca derecha, asociado a náuseas, vómitos, anorexia y SAT, por lo que acude a emergencia por el aumento en la intensidad del dolor.

Antecedentes patológicos: Ninguno

Examen físico de ingreso: AREG, AREN, AREN, posición antálgica, LOTEP.

Funciones vitales: PA= 100/60 FC=120 x' FR=20 x' Sat= 98%. T:37°

- Piel: T/E/H. llenado capilar menor 2 "
- Linfático: No adenopatías
- T Y P: MV pasa bien en ACP

- CV: RCR de BI. No soplos
- Abdomen: Resistencia a la palpación en Hipogastrio. A predominio en FID, Mc Burney (+), Blumberg (-).
- GU: PPL (-), PRU (-)
- SOMA: No hay limitación a la movilización de extremidades.

Exámenes auxiliares:

01/08/21:

Hemograma:

Leucocitos:12100

Hb:15.9g/dl

plaquetas:257,000

segmentados=70%

Glucosa=90

Urea=28

Examen de orina :+

leucocitos:30-35/campo

Hematíes: 2/ campo

Ecografía abdominal completa:

- Meteorismo aumentado.
- Signos sugerentes de Apendicitis aguda

Diagnóstico:

- Apendicitis Aguda Congestiva No complicada
- Infección de Tracto urinario

Diagnóstico diferencial:

- Pancreatitis
- Pielonefritis
- Cólico renoureteral

Plan: Pasar a SOP para Apendicectomía Convencional.

Operación: Apendicectomía Convencional

Hallazgo:

- Diagnóstico Pre Operatorio: Apendicitis Aguda
- Diagnóstico Post: Apendicitis Aguda No Complicada

Hallazgo operatorio: Apéndice Cecal de 10 x 2cm perforada en su 1/3 proximal y distal retrocecal, subseroso en su totalidad, base friable, fecalito libre.

Tratamiento Post Sop:

- NPO al primer día POST SOP
- Tolerancia oral al segundo día POST SOP, DB el tercer día del alta.
- Dextrosa 5% 1000 ml, Nacl 20% (02 imp) = I, II
- Ciprofloxacino 400 mg EV c/ 12 horas
- Metronidazol 500 mg EV c/ 8 horas
- Metamizol 1.5 mg EV c/8 horas
- Deambulaci3n
- Dimenhidrinato 50 mg EV PRN a náuseas
- CFV + OSA
- Alta con indicaciones al 3er día de hospitalizaci3n:
- Ciprofloxacino 500 mg VO c/12 horas x 6 días
- Metronidazol 500 mg VO c/8horas x 6 días
- Paracetamol 500 mg VO c/8horas x 4 días
- Retiro de puntos en 7 días.

Evoluci3n: Paciente ingresa a emergencia con Dx de Apendicitis Aguda No complicada, es operado por Apendicectomía convencional, en su post operatorio no surgen complicaciones, raz3n por la cual fue dado de alta al 3er día de hospitalizaci3n.

1.3. Rotaci3n de Ginecología y Obstetricia

Las competencias explicadas en el sílabo del internado médico relacionado a la rotaci3n de Ginecología y Obstetricia son las siguientes:

- Define, aplica, propone y juzga las alternativas de soluci3n a las complicaciones ginecológicas, obstétricas y éticas, tomando en cuenta la promoci3n y prevenci3n de la salud.

Dentro de sus elementos nombra estas capacidades:

- Emplea principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de las pacientes ginecológicas, gestantes y púerperas, con respeto al paciente tomando en cuenta sus deberes y derechos, para brindarle una atenci3n integral de salud.

Por ello conforme a las competencias mencionadas en el sílabo se expondrá los presentes casos:

1.3.1. Preeclampsia y Endometritis Puerperal

Relato:

Anamnesis: Puérpera de 23 años ingresó al servicio de emergencia del Hospital Rezola el día 05/02 a las 21:40 pm, y fue referida del Centro de Salud Ramos Larrea con PA :170/90, T°:38.5, loquios con ligero mal olor, tinnitus.

Antecedentes Obstétricos: G1P000

Antecedentes patológicos:

- Niega otras patologías
- Covid-19 No reactivo

Examen físico de ingreso:

FV: PA :130/80 FC: 110x' T: 38.5° FR: 20x'

Piel: T/E/H. llenado capilar menor a 2 segundos

Mamas:blandas/secretantes.

Abdomen: Dolor a la palpación superficial y profunda en Hipogastrio. Útero contraído a nivel de la cicatriz umbilical (sub involucionado).

G. externos: Loquios hemáticos escasos con ligero mal olor.

Exámenes auxiliares de ingreso:

Hemograma:

Leucocitos:13000

Hb:6.8

Hematocrito:21%

Plaquetas : 357,00 Grupo sanguíneo y Factor Rh: O Rh(positivo)

Bioquímica:

Glucosa :97

Urea :27

Creatinina:0.57

Perfil de toxemia:

TGP: 28 U/L

TGO: 34 U/L

LDH :84 BD:0.1 BI: 0.2

FA:115

Proteinuria: 25/01/22

Depuración de proteinuria: 400 mg

Volumen urinario: 1310 ml/24 h

Examen completo de orina:

Leucocitos: 0-1 x campo.

Piocitos: no se observa.

Dx de Ingreso:

- Puérpera mediata
- PO7 Cesárea x Preeclampsia severa
- Preeclampsia
- Anemia Severa
- Endometritis puerperal

Dx diferencial:

- Preeclampsia severa
- HTA Gestacional

Tratamiento:

- Dieta compleja + LAV
- CFV + OSA
- Control de sangrado vaginal
- Cloruro de Sodio 0,9 x 1000 ml 500 a chorro luego 45 gotas x'
- SO4 Mg 4g EV 20' luego 1gr/hora; suspender si FR menos de 12, ROT disminuidos, diuresis menor a 30 cc /hora
- Sonda Foley + diuresis horaria
- Clindamicina 900mg EV c/8horas
- Gentamicina 80 mg EV c/8horas
- Paracetamol 1gr VO PRN T° mayor o igual a 38.0
- Metamizol 1.5gr en 100 cc de Nacl PRN a T° mayor o igual a 39°
- Cruzar y transfundir 2 PG
- Nifedipino 10mg VO PRN PA mayor a 160/110

- Análisis de Gases Arteriales y Electrolitos
- Pasa a hospitalización.

Evolución: Puérpera con Diagnóstico de ingreso de Preeclampsia y Endometritis puerperal llegó con un índice de hemoglobina de 6.8, razón por la cual se le transfundió 2 Paquetes globulares, además se le administró sulfato de magnesio para prevenir convulsiones y se le manejó con antibiótico, antipiréticos y analgésicos hasta el día del alta. No presentó convulsiones, dos días antes del alta manejó presiones normales, solo presentó febrícula un día, más no presentó fiebre en hospitalización, razón por la cual se le dio de alta cinco días después de su ingreso con antibióticos vía oral, para que culmine el tratamiento en su casa.

1.3.2. Placenta Previa

Relato:

Anamnesis: Paciente gestante de 26 años acude a emergencia por presentar sangrado vaginal de escasa cantidad, desde hace aproximadamente dos horas de color rojo rutilante. Niega dolor y PLA. Percibe movimientos fetales.

Antecedentes Obstétricos:

G4P1111

G1 :29/11/11: PE

G2: 28/07/13: PD

G3: Legrado uterino 2019

G4: Actual

Antecedente:

Ultimo parto: 2013, un RN de 4250 gr

Qx: Niega

Niega otras patologías, Covid no reactivo.

Examen físico de ingreso:

FV: PA:110/70 FC: 78 x' FR: 18 x' T:36.6° Talla :1.58 Peso: 85kg

Piel: T/E/H. llenado capilar menor 2 s. No palidez

Mamas: Blandas, simétricas, secretantes

Abdomen: AU: 29 cm SPP: LCI DU: AUSENTE FCF:148 x' MF: ++

TV: cérvix cerrado D:0 B:O AP: -4 Membranas: Integras

G. externo: escaso sangrado vaginal mancha pañal

Exámenes auxiliares de ingreso:

Hemograma:

Leucocitos= 5280

Hb=10.3

Plaquetas=235 000

Ex de orina: No patológico

VDRL: No reactivo

Bioquímica:

Glucosa: 88

Urea :23

Creatinina:0.68

NST:9/10(Activo /Reactivo)

Ecografía Obstétrica:

- Gestación Única de 33ss x FUR
- Ponderado Biométrico fetal 8/8
- Circular simple de cordón
- Placenta previa de inserción baja

Dx Definitivo:

- Gestante de 33 ss x FUR
- Placenta previa

Dx Diferencial:

- Desprendimiento prematuro de placenta
- Vasa Previa

Tratamiento de Emergencia:

- Dieta Blanda + Líquidos a voluntad + Reposo Absoluto
- Na Cl 0.9 x 1000 cc como vía
- Fitomenadiona IM stat
- Metamizol 1gr + Hioscina 20 mg IM stat
- Betametasona 12mg IM x 2 dosis
- CFV
- CSV
- Solicita NST

- Reposo Absoluto
- SS: Ecografía Obstétrica
- CO(DU+CLCF+MF)

Evolución: Paciente de 26 años ingresa con Dx de placenta previa, en el día 2 de hospitalización ya no volvió a presentar sangrado activo, y estaba con reposo absoluto, razón por la que se le dio de alta al cuarto día, con indicaciones de continuar en reposo absoluto en casa.

1.4. Rotación de Pediatría:

Las competencias explicadas en el sílabo del internado médico relacionado a la rotación de Pediatría son las siguientes:

Define, aplica, plantea las alternativas de solución a los problemas pediátricos, neonatológicos y éticos, tomando en cuenta la atención integral de salud, basada en la prevención y promoción de la salud.

Dentro de sus elementos nombra estas capacidades:

Emplea principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo del recién nacido y del niño, con respeto al paciente, tomando en cuenta sus deberes, y derechos para brindarle una atención integral de salud.

Por ello, conforme a las competencias mencionadas en el sílabo se expondrán los presentes casos:

1.4.1. Otitis Media Aguda

Relato

Anamnesis: Madre llega con su niño de 2 años a emergencia del Centro de salud Nuevo Imperial, refiere que su menor de 2 años hace más o menos 4 días presentó un cuadro de catarro, 2 días antes de venir a emergencia fiebre cuantificada con termómetro de T° de 38.2°, asociándose a un cuadro de

otalgia que persistía con la fiebre, razón por la cual ingresó a emergencia del C.S Nuevo Imperial.

Antecedentes:

- Parto eutócico
- Bajo peso al nacer: 2350 gramos
- Lactancia Mixta
- Vacunación completa

Ex físico: FV: PA:100/70 FR: 28 x' FC: 120 x' T :38,0° peso: 13 kilos

- Piel: T/E/H. Llenado capilar menor a 2 segundos, No palidez, No ictericia
- Oído: Tímpano hiperémico, opaco y abombado, sin secreción purulenta y ausencia de movimiento a la otoscopia
- Orofaringe: Ligera inflamación a nivel de amígdalas
- Pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados
- Cardiovascular: RCR de BI. No soplos

Exámenes auxiliares:

Hemograma:

Leucocitos:12300

Hemoglobina:13mg/dl

Plaquetas:300,000

Eosinófilos : 4%

Ex de orina: No patológico

Diagnóstico:

- Otitis Media Aguda

Diagnóstico Diferencial:

- Faringitis Aguda
- Infección por Sars Cov2

Tratamiento:

- Amoxicilina: 7ml VO c/8 horas x 10 días
- Metamizol 0.80 ml Intramuscular STAT
- Paracetamol 7ml VO c/8horas x 4 días
- Clorfenamina:4 ml VO c/8 horas x 3 días.

- Enseñar los signos de alarma

Plan: Regresar a las 72 horas para ver efecto del antibiótico.

Evolución: Paciente con Diagnóstico de Otitis media aguda evoluciona a los 3 días de toma de antibióticos. No presentó fiebre y disminuyó la otalgia, por lo cual culminó el tratamiento con mejoría clínica.

1.4.2. Diarrea Aguda Infecciosa

Relato:

Anamnesis: Madre refiere que su menor de un año 3 meses, desde hace dos días presenta deposiciones líquidas (4/día) malolientes sin moco ni sangre, acompañado de vómitos (2/día de contenido alimenticio). Refiere que le compró Bactrim, pese a ello la diarrea y los vómitos persistieron, y se encontraba lloroso, por lo que fue llevado a emergencia del centro de salud Nuevo imperial.

Antecedentes:

- Natales=Normal
- Parto=Eutócico
- Peso al nacer: 3800 gramos
- Alergia=Ninguno
- Hospitalizaciones previas=niega

Examen físico: FC:136 FR:29 SAT:99% T: 38,1 peso:11,300kilos

- Piel: hidratada, llenado capilar menor de 2 ". Signo pliegue negativo, no cambio coloración, no lesiones.
- Mucosas poco hidratadas.
- TCSC: no edemas
- Cráneo: normal / no hundido
- Cuello: no se palpan ganglios
- Abdomen: blando/ depresible. No doloroso a la palpación,
- RHA (+)
- Tórax: mv pasa bien en ACP

- CV: RCR. No soplos
- Neurológico: No signos de alarma/ No signos meníngeos.

Exámenes auxiliares:

- Reacción inflamatoria en heces: No se observa leucocitos.
- Parasitológico seriado, salió positivo para giardia lamblia, en la primera muestra de heces.
- Ex completo de orina: leucocitos :0-1/campo, gérmenes (-)
- Glucosa: normal
- Hemograma completo:
Leucocitos: 9830
Hb: 13
Plaquetas: 482,000
Linfocitos:28
Eosinófilos: 10%
Basófilos: 0

Diagnóstico:

- Diarrea Aguda Infecciosa
- Deshidratación leve-moderada
- Síndrome emético

Tratamiento:

Vía Salinizada

SRO si tolera

Probiótica vía oral (Floratil)1/2 sobre, disuelto en medio vaso con agua, cada 12 horas.

Metamizol 0.7 ml EV stat

Dimenhidrinato 10 mg EV stat

Metronidazol: 2.5ml VO c/8horas x 5 días (de presentación 125mg/5ml)

Paracetamol 6ml PRN T° mayor de 38°

CFV y CSA

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El contexto en el que se desarrolló la experiencia clínica en el internado médico fue muy incierto, donde el abordaje y el manejo del paciente es limitado.

La primera rotación del internado fue en el Hospital Rezola de Cañete, inaugurado en el año 1980, es un hospital de categoría II-2 (II de complejidad, 2 de atención) ubicado en la plaza San Martín 124, San Vicente de Cañete 15701, en el distrito de San Vicente, provincia de Cañete, departamento de Lima, tiene una variedad de especialidades y 97 camas hospitalarias(1).

El Centro de Salud está enfocado en atender a los usuarios del SIS y NO SIS, aceptar las referencias de los diferentes casos de mayor complejidad que no pueden ser manejados en el centro de salud, y que son solicitadas mediante coordinación con el Minsa.

Además, las funciones del interno de Medicina Humana están enfocadas en brindar una atención adecuada en el examen físico a los pacientes hospitalizados, completando su historia clínica y realizando la observación diaria del paciente.

Asimismo, otras labores son agilizar y realizar exámenes de laboratorio, y también de imágenes que solicite el médico asistente en el pase de visita para asegurar un rápido y oportuno tratamiento para la recuperación de la salud de los pacientes. En algunas oportunidades los internos toman muestras como análisis de gases arteriales o paracentesis, demostrando su habilidad y seguridad en estas prácticas.

De igual manera, algunos roles administrativos, tales como coordinar y gestionar las interconsultas a otros servicios, agilizar la entrega de resultados de exámenes de laboratorio, de imágenes, realizar y actualizar cada 3 días la referencia de algunos casos clínicos que no pueden ser manejados en el

hospital por el nivel de complejidad y por carecer de insumos médicos tales como incubadoras, y ventiladores mecánicos. También para ayudar a transportar a los pacientes hacia otras áreas del hospital para la toma de exámenes.

Las guardias nocturnas de 12 horas permitían poner en práctica las destrezas y habilidades aprendidas a lo largo de la carrera, más no eran obligatorias por el motivo de evitar la exposición al COVID 19.

Las actividades académicas en ese tiempo se basaban en la exposición de casos clínicos o temas relacionados a la especialidad que estábamos rotando, ante los médicos asistentes, residentes y compañeros internos del servicio. También se tenían clases en línea una vez por semana, de todas las especialidades, de acuerdo al Syllabus del internado de la universidad.

Después de la segunda ola, en el mes de julio comenzaron las rotaciones de cirugía, aproximadamente, estuvimos dos meses y medio, rotando en el servicio, y se hacía guardia nocturna una vez por semana en el Hospital Rezola, luego el mes siguiente en el Centro de Salud Nuevo Imperial, abarcando áreas de medicina general y pediatría.

La tercera rotación fue en Ginecología Obstetricia, un servicio con bastante carga laboral, en donde se aprendió a examinar a la paciente por medio de un adecuado examen físico general y obstétrico enfocado en el tacto vaginal, la realización de ecografías, la toma de electrocardiogramas y la atención de partos eutócicos guiados por el médico asistente. La última rotación fue en el centro de salud Nuevo Imperial, ubicado en calle Miraflores 163, de categoría I-3.

La desventaja del Hospital Rezola en lo referente a las especialidades quirúrgicas es que solo cuentan con una sala de operaciones y por la alta demanda de pacientes no llegan a satisfacer sus necesidades quirúrgicas. En razón que se establecieron las nuevas medidas sanitarias, varias actividades que se desarrollaban regularmente sufrieron ciertos cambios,

como por ejemplo al examinar al paciente no se realizaba detenidamente, para evitar una mayor exposición al Covid-19.

Las TeleConsultas también limitaban la relación médico-paciente. En línea era imposible realizar un examen físico completo, y los resultados de los exámenes de laboratorio y de imágenes se retrasaban. Por esta misma razón, las reuniones académicas presenciales tuvieron que realizarse en línea.

La primera rotación fue en la especialidad de cirugía general en el Hospital Rezola, que posee de 20 camas; repartidas en 6 camas para traumatología, 12 camas para cirugía general y 2 camas para pacientes quemados. Bajo responsabilidad de 18 cirujanos, 4 traumatólogos, 2 médicos residentes de cirugía general, y los internos de medicina de diferentes universidades.

El tópico de cirugía general de emergencia el trabajo del interno se concentraba en atender pacientes con clínica de abdomen agudo quirúrgico de varias etiologías, pacientes con heridas contusos cortantes, presencia de cuerpo extraño, quemaduras de varios grados, atención de pacientes policontusos y politraumatizados. En el mismo tópico de cirugía general se hacían procedimientos como suturas, taponamiento anterior, extracción de cuerpos extraños, colocación de sonda Foley a pacientes con globo vesical, colocación de férulas y yesos en caso de fracturas.

La segunda rotación de la especialidad fue en el Centro de Salud Nuevo Imperial que atiende servicios de medicina general y pediatría. No cuenta con internamiento. Están a cargo cinco médicos generales que trabajan de forma rotativa. En el Centro de salud se apoyaba en el llenado de la historia clínica en base en una buena anamnesis, un examen físico exhaustivo y descarte de Covid 19, mediante pruebas antigénicas a los pacientes sintomáticos o con contactos positivos. Además, se presentaba el formato único de atención, se aprendía a hacer las recetas según indicación médica, y se aprendió a llenar el HIS mediante capacitaciones.

La tercera rotación fue en Gineco Obstetricia en el Hospital Rezola que dispone de 40 camas; repartidas en 09 camas de puerperio, 13 camas para

post operadas u otras patologías ginecológicas, 4 camas para centro obstétrico, 6 camas para pacientes con alto riesgo obstétrico y 8 camas aisladas para gestantes o puérperas positivas al SARS COV-2.

Bajo responsabilidad diaria y rotativa de ginecólogos obstetras, obstetras, enfermeras y los internos de diferentes universidades. Rotamos por 4 servicios: hospitalización, centro obstétrico, consultorio externo y emergencia.

En esta área el interno tenía que realizar una guardia semanal de 12 horas en centro obstétrico, que cuenta con cuatro camas para el inicio y monitoreo del trabajo de parto. Aprendimos a hacer una buena anamnesis, realizar un adecuado examen físico ginecológico-obstétrico, y se prefirió examinar y monitorear a las gestantes en trabajo de parto mediante altura uterina, eco doppler, tacto vaginal y NST para ver la presencia de contracciones uterinas y ritmo cardiaco fetal. También a examinar manualmente la posición del feto por medio de las maniobras de Leopold que evalúan: situación, posición, presentación y encajamiento del feto.

Además, se utilizaba el equipo eco Doppler para conocer los latidos cardiacos fetales. Se tomaban constantemente las funciones vitales de las gestantes, puérperas y se llenaba el partograma con ayuda de las obstetricas. Asimismo, se tomaban las funciones vitales y se controlaba el sangrado en las puérperas. En la guardia diurna y nocturna se tuvo la oportunidad de asistir dos partos de manera satisfactoria.

La cuarta rotación volvimos al centro de salud en el área de medicina general a atender todo tipo de pacientes en consultorio externo y emergencia.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Se detallan las evidencias que sustentan la experiencia clínica adquirida por los casos clínicos presentados en el capítulo I.

3.1. Rotación de Medicina Interna:

3.1.1. Pancreatitis aguda:

La pancreatitis aguda es de los trastornos gastrointestinales más comunes que requieren hospitalización. Su fisiopatología es generada por la activación previa de enzimas digestivas en el interior de las células acinares, las cuales son liberadas por el páncreas exocrino, generando su autodigestión y activación de la cascada inflamatoria que puede derivar a un daño local, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), y según la respuesta a las medidas de reanimación. Si es favorable, en un tiempo menor a 48 horas se considera un cuadro de falla orgánica (FO) transitoria. De lo contrario, si no es favorable y persiste mayor o igual a 48 horas, será una FO persistente(2).

Se puede clasificar en una PA intersticial edematosa, como es el presente caso el cual se da en el 80 a 90% de los casos, y se caracteriza por la inflamación del parénquima pancreático y/o peripancreático, pero no se detecta tejido necrótico en la tomografía computarizada con contraste (TCC), su resolución es en la primera semana.

Por el contrario, la PA necrotizante es más agresiva, y se detecta tejido necrótico y/o peripancreático por TCC. (3). Además, se diferencian en una fase temprana, la cual se resuelve en la primera semana, y presenta SRIS y/o FO, mientras que la fase tardía dura semana a meses, y se caracteriza por la presencia de signos sistémicos de inflamación, complicaciones locales y sistémicas y/o FO persistente. (3)

También es importante definir los grados de severidad mediante la clasificación de Atlanta, para, de ser necesario, referir al paciente a un centro de mayor complejidad, y detectar aquellos pacientes que al ingreso de la atención requieren un tratamiento más agresivo.

a. PA leve: Se caracteriza por la ausencia de FO y complicaciones locales o sistémicas. Se resuelve en la primera semana, y generalmente no necesita exámenes de imágenes, la mortalidad es rara.

b. PA moderadamente grave: Se distingue por la presencia de FO transitoria o por complicaciones locales y sistémicas. La resolución puede ser las primeras 48 horas sin intervención (FO transitoria o colección líquida aguda), o la segunda o tercera semana con una atención especializada prolongada (PAN estéril sin FO), su mortalidad es de menos del 8%.

c. PA grave: Se caracteriza por una FO, persistencia y una o más complicaciones locales o sistémicas. Se divide en una fase temprana o tardía, y tiene una mortalidad del 36 al 50%(3)

La incidencia anual es de 13 a 45 casos por cada 100000 personas y en el caso de Perú tiene una prevalencia del 3%. La mayoría de los casos son leves y se autolimitan, solo el 10% son casos graves. La etiología más relevante es en primer lugar y con mayor frecuencia, los cálculos biliares con un 40% con mayor prevalencia en el sexo femenino, ello concuerda con el caso presentado ya que es una paciente mujer con esta etiología.

La segunda causa es el consumo excesivo de alcohol con un 30%, en este caso es más prevalente en el sexo masculino, y la tercera causa es la hipertrigliceridemia con un 2 al 5 %. Como factores de riesgo tenemos al tabaquismo el cual en sinergia con el alcohol sobre todo un consumo mayor de 400 gr al mes, aumenta el riesgo en 4 veces para padecer de PA. Otros factores son la obesidad central, y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que incrementa de 2 a 4 veces el riesgo de padecer PA(2).

La clínica clásica y que es presentada en el caso es el dolor abdominal de inicio agudo, intenso y persistente con localización en epigastrio. También ocurre en el cuadro superior izquierdo y periumbilical y/o epigastrio, con irradiación a tórax y espalda media, y su factor iniciador es la ingesta de comida copiosa en grasas o alcohol. Estos síntomas se pueden asociar a náuseas y vómitos, sensación de llenura, distensión abdominal, hipo, indigestión y oliguria.

En el examen físico es variable, pero incluye fiebre, hipotensión, taquicardia, taquipnea, ictericia, diaforesis y alteración del estado de conciencia. Puede hallarse aumento de la sensibilidad y resistencia a la palpación con signos de irritación peritoneal. Se describe que el signo de Cullen que es la equimosis y edema del TCS, y el signo de Grey Turner que es la equimosis en flancos se asocian con PA grave y mal pronóstico.

Con respecto al laboratorio, si bien debe realizarse una revisión completa según el escenario clínico, se debe tener en cuenta la elevación de las enzimas lipasa y amilasa mayor a 3 veces su valor de referencia máxima, siendo más sensible y específico el indicador de lipasa, pero habrá que recalcar que no son útiles en el pronóstico y severidad del paciente.

Finalmente, en la práctica diaria el estudio por imagen inicial y más usado por rentabilidad y fácil uso es la ecografía abdominal (USG). Si bien la TC es el método estándar que puede evaluar predicción y pronóstico de severidad, es de elección el diagnóstico diferencial. La RM permite un mayor beneficio ya que evalúa mejor el conducto pancreático principal y presencia de colecciones. Por lo tanto, la TC como la RM son de utilidad ante la duda diagnóstica(2).

Por lo tanto, el diagnóstico de PA necesita de tres criterios, el dolor abdominal característico, la elevación de la amilasa y/o lipasa mayor a tres veces su valor y/o la evidencia en imagen (USG, TC, RM) de pancreatitis. Respecto a los predictores de severidad de la PA, la existencia de FO persistente evaluada

con el score de Marshall, infección del tejido cercano o del mismo páncreas determina severidad, mientras que los marcadores pronósticos incluyen el BISAP (S: 72%, E: 99% VPP 83%, VPN: 98%), el cual al incluir parámetros de SIRS eleva su sensibilidad al 95% pero con VPN de 15%, cuya desventaja es generar falsos positivos de severidad en casos leves, pero sin descuidar a los pacientes severos.

También se considera marcadores de pronóstico a la elevación de la urea y hemoconcentración (Hematocrito mayor a 44) al ingreso, y que persiste así 24h después de hidratado el paciente(2).

En este caso la paciente presentó los criterios diagnósticos, con dolor en epigastrio, elevación de enzimas 3 veces su valor referencial y evidencia de líquido peripancreático y litiasis vesicular en la USG, y el hallazgo de una pancreatitis edematosa intersticial en el TEM, no presentó signos de severidad ya que no se hallaron signos peritoneales, y con respecto al valor de la urea, al ingreso se hallaba elevado. Sin embargo, durante el tratamiento hídrico su valor disminuyó.

Respecto al tratamiento la PA leve, tiene un manejo ambulatorio con analgesia vía oral no obstante la mayor parte de casos necesita hospitalización. Es importante detectar deterioro en los primeras 48 a 72h, ya que si presenta hipotensión, taquicardia, hipoxemia y oliguria mayor a 48h, es una FO persistente, y si no responde a la resucitación de fluidos, el manejo será en un UCI, serán necesarias imágenes radiológicas, y un abordaje endoscópico o quirúrgico(2).

La evidencia para la analgesia en la PA es intravenosa (IV) y se basa en el uso de AINES y opioides. En el caso de los AINES son buenos para el dolor de intensidad leve a moderado, y además tienen techo analgésico, entre ellos tenemos al Ibuprofeno 2400 mg/día, Diclofenaco 150 mg/día y Ketorolaco 90 mg/día son las dosis recomendadas. Este último no debe usarse más de cinco días por su alto riesgo de hemorragia, ulcera y perforación.

Por otro lado, los opioides son efectivos para controlar dolores de moderado a severo ya que no poseen techo analgésico, además disminuyen la necesidad de analgésicos complementarios. Tanto los AINES y opioides no tienen diferencia en complicaciones ni efectos adversos, debido a que el sistema de modulación del dolor se produce en distintos niveles, se puede asociar un AINE (acción periférica) con un opioide (acción central). La reanimación de fluidos es importante, ya que las guías refieren una administración temprana en las primeras 24 horas, luego de este tiempo carece de impacto en la morbimortalidad.

Las guías y estudios avalan el uso de cristaloides, en particular el Lactato Ringer, ya que mejora los niveles de PCR y SIRS. Sin embargo, la literatura no aconseja el uso de coloide por riesgo de daño renal y muerte ante sepsis severa. La velocidad de infusión no debe ser rápida, ni controlada ni escasa ya que la mayoría de paciente llega posterior a las 24h, por lo que las guías recomiendan una velocidad de infusión de 5-10 ml/h/kg, la infusión de 2500-4000 ml en las primeras 24 horas es adecuada.

Finalmente, el monitoreo de la respuesta a los fluidos se hará con parámetros tanto clínicos como bioquímicos, los cuales se han comentado anteriormente(2).

Respecto a la nutrición se prefiere la NE realizada de forma precoz, con una dieta polimérica es decir que presente proteínas, carbohidratos y grasas, acompañado de líquidos claros. A diferencia de la NE, la NTP tiene mayor riesgo, menor efectividad y se considera en una segunda línea. En pacientes con PA leve o sin necrosis o FO se inicia con NE, caracterizada por dieta blanda o sólida y baja en grasas, por lo que está vinculada a menor tiempo en el hospital, pero en caso que el paciente tenga una PA grave, ya no tolere vía oral o hay deterioro clínico con la NE, se utilizará como segunda línea la NTP. No obstante, se debe dar una perfusión mínima de NE los primeros 3 a 5 días al mejorar clínica, y los marcadores inflamatorios a través de una sonda nasoyeyunal para evitar migración bacteriana al páncreas. (2)

Con respecto a los exámenes de imagen, en especial la TC, durante la fase temprana (dura una semana) tiene una baja sensibilidad en el diagnóstico de necrosis, debido a que los primeros días ciertas áreas hipodensas se confunden entre edema o necrosis, mientras que en la fase tardía la necrosis del páncreas o cerca de ella se delimita, por lo que en esta etapa la TC tiene una precisión elevada, razón por la cual el uso de la TC en las primeras 72 horas tiene valor escaso con respecto a detectar necrosis. En este escenario, la ecografía abdominal suele ser de primera opción(2).

El uso de antibióticos en la PA debe indicarse en casos de sospecha o confirmación de infecciones locales o extra pancreáticas (Neumonía, ITU, colangitis, sepsis), en pacientes con una PAN con necrosis pancreática mayor al 30%, o en caso que el enfermo no presente mejoría, tras 7 a 10 días de tratamiento en el hospital. Las guías no recomiendan la profilaxis de antibióticos, ya que incrementa el riesgo de micosis y microorganismo resistentes a estas drogas. La literatura y revisiones de Cochrane nos mencionan que la terapia más efectiva en infecciones al páncreas es la prescripción de los Carbapenem (imipenem/cilastatin)(4).

Por último, el uso de la CPRE en la PA se observa en el metaanálisis realizado en el año 2021, donde se demostró que en pacientes con PA biliar, vinculada a colangitis. Este procedimiento disminuyó la mortalidad, así como las complicaciones a nivel local y sistémica, por lo que ante una PA leve no se indica CPRE, mientras que ante una PA con colangitis, se indica precozmente la CPRE, y ante una PA severa se indica CPRE, si el deterioro clínico es por la obstrucción biliar persistente(2).

En este caso, la paciente al presentar un cuadro de pancreatitis edematosa intersticial sin signos de severidad se le realizó tratamiento con fluidoterapia, una NE a base de dieta blanda, se trató la analgesia con opioides y se realizó tratamiento sintomático para la fiebre, náuseas y dolor abdominal, por lo que se considera un PA leve, con una resolución menor a una semana, y sin complicaciones locales ni sistémicas.

3.1.2. Celulitis:

El presente caso clínico fue parte de la rotación de Medicina Interna, se trata de una paciente mujer de 61 años, con Diagnóstico de Celulitis de miembro inferior izquierdo.

La bibliografía menciona que los casos de celulitis se manifiestan con una incidencia que va entre 0,2 y 25/1000 pacientes por año, se informa que aproximadamente el 75% del total de casos se presentan en miembros inferiores y no difiere el sexo o la edad.

La celulitis es considerada una infección aguda de la piel que daña el tejido celular subcutáneo más profundo que la erisipela, causada comúnmente por el *S. aureus* y *S. pyogenes* y menos frecuente por *Haemophilus influenzae* tipo B. Sánchez y col mencionan que la clínica más frecuente es el eritema con bordes mal definidos, dolor circunscrito, aumento de volumen y calor local en el área comprometida. El edema surge poco a poco, y al hacer presión se observa la fóvea. Es común también encontrar adenopatías regionales, síntomas y signos sistémicos(5).

De igual manera, Ortiz y col informan que ciertos pacientes pueden desarrollar síntomas sistémicos tales como escalofríos, fiebre y malestar general, también pueden presentar ampollas de tipo hemorrágicas y pústulas, que pueden convertirse en úlceras. También mencionan que los principales factores de riesgo para desarrollar celulitis son la dermatomicosis, la la disrupción cutánea previa, el intertrigo interdigital, la insuficiencia venosa, antecedente de celulitis, linfedema, obesidad, diabetes mellitus, alcoholismo y enfermedades inmunosupresoras(6).

En nuestro caso, la mujer presentó dos factores de riesgo: obesidad, y un trauma contuso cortante previo.

Para el Diagnóstico, una Guía de Práctica Clínica de Colombia informa que no hay una prueba Gold estándar que permita el diagnóstico de celulitis, basta solamente con el examen físico y antecedentes epidemiológicos adquiridos.

Pese a ello, recomienda realizar hemocultivos, biopsia o aspirados de piel en pacientes neutropénicos, con inmunocomprometidos de forma severa o que estén en quimioterapia activa. Estos exámenes en pacientes inmunocompetentes no se deben realizar de rutina, por su baja sensibilidad y especificidad, sin causar un impacto en la mejora de salud del paciente(7).

En lo referente al tratamiento la Guía de Práctica clínica del Instituto Nacional de Excelencia Sanitaria y Asistencial, por las siglas en inglés NICE, del Reino Unido, aconseja prescribir antibióticos vía oral como primera línea, si es que el paciente tolera y la gravedad de la celulitis no requiere de antibióticos vía endovenosa. De igual manera, recomienda que es prudente actuar ante alguna situación que predisponga la aparición de la celulitis como la diabetes, y la insuficiencia venosa(8).

La Guía de práctica clínica colombiana refiere como tratamiento de primera opción por vía oral a la Cefalexina y como segunda opción la Clindamicina, Amoxicilina con ácido clavulánico o TMP SMX. De igual manera, como manejo endovenoso la Oxacilina, Ampicilina-sulbactam, Clindamicina o Cefazolina. En el caso de que la celulitis se asocie con un trauma penetrante, infección previa o colonización por SAMR, celulitis con absceso, o inmunosuprimidos se debe tomar un antibiótico contra SAMR y estreptococos. Esta Guía de Práctica Clínica recomienda que el tratamiento debe ser por cinco días, pero que puede prolongarse si la infección no mejora(7).

Para concluir, para prevenir complicaciones es importante saber si es oportuno dar profilaxis en caso de celulitis recurrente. Por ello, la Guía NICE sugiere no prescribir profilaxis de antibióticos de manera rutinaria para prevenir celulitis o erisipela recurrentes. También menciona que si ha tomado el tratamiento para celulitis en dos momentos, separados de menos de 12 meses, estaría indicado el uso de profilaxis antibiótica(8), y que el estudio de

Cochrane que tuvo como objetivo determinar los efectos adversos y beneficiosos de la profilaxis antibiótica para prevenir episodios de celulitis recurrentes en personas mayores de 16 años. Se incluyeron 6 ensayos con un promedio de 573 participantes, y se evaluó como tema crítico la prevención de eventos posteriores de celulitis. Se reportaron que 5 de los 6 ensayos se realizaron en pacientes con celulitis en miembros inferiores, y la duración de la profilaxis antibiótica varió entre 6 a 18 meses.

El estudio reveló que la profilaxis antibiótica redujo el riesgo de aparición de celulitis recurrente en 69%, a comparación con no dar tratamiento o placebo (RR 0.31; IC 95%: 0.13 a 0.72). No se encontró ninguna diferencia significativa en los eventos adversos (RR 0.87; IC 95%: 0.58 a 1.30). Por lo tanto, se concluye que referente a la incidencia, recurrencia de casos y el tiempo hasta un nuevo episodio, tratamiento profiláctico con antibióticos seguramente sea efectivo para evitar la prevención de celulitis recurrente en miembros inferiores, en comparación con ningún tratamiento o placebo(9).

3.2. Rotación de Cirugía General:

3.2.1. Caso de Abdomen agudo quirúrgico no complicado:

Este caso clínico fue parte de la rotación de cirugía general. Se trata de un paciente varón de 17 años, con diagnóstico de Apendicitis aguda No complicada.

El dolor abdominal agudo es un reto diagnóstico para el médico. Son muchas las enfermedades que provocan dolor abdominal, algunas de las causas pueden ser potencialmente mortales, por ello una buena historia clínica es primordial para elegir pruebas diagnósticas certeras. La tomografía axial computarizada abdominal puede ser el examen más preciso y sensible, para diagnosticar la mayor parte de las causas del dolor abdominal, pero debe reservarse para casos especiales(10).

Según Robert Oh, el puntaje de Alvarado continúa siendo una herramienta útil, económica y es de aplicación rápida para estratificar a los pacientes con signos y síntomas sospechosos de apendicitis aguda, mayormente en los servicios donde no realizan estudios por imágenes. La validez de la puntuación en algunos grupos no está clara, por ello el objetivo de este estudio fue evaluar la precisión diagnóstica y el rendimiento de la puntuación de la escala de Alvarado.

Se hizo una búsqueda sistemática de estudios de validación en Embase, Medline, The Cochrane library, y DARE. Se calculó la precisión diagnóstica de la puntuación en dos puntos de corte: puntuación de 5(1 a 4 vs. 5 a 10) y puntuación de 7 (1 a 6 vs. 7 a 10). La calibración se analizó en baja (1 a 4), intermedia (5 a 6) y alto (7 a 10) estrategias de riesgo. El estudio se basó en tres subgrupos: hombres, mujeres y niños.

Los resultados fueron cuarenta y dos estudios que se incluyeron en la revisión. En términos de precisión diagnóstica, el punto de corte de 5 fue adecuado para 'descartar' el ingreso por apendicitis (sensibilidad 99% en general, 96% hombres, 99% mujeres, 99% niños). El punto de corte de 7, recomendado para descartar apendicitis y progresión a cirugía, la puntuación se ejecutó mal en cada subgrupo (especificidad general 81%, hombres 57%, mujeres 73%, niños 76%). La puntuación de Alvarado está bien calibrada en hombres en todos sus estratos de riesgo.

Se concluyó que la puntuación de Alvarado es de diagnóstico útil para "descartar" en un punto de corte de 5 para todos los grupos de pacientes. Está bien calibrada en varones, no es consistente en niños y sobre predice la posibilidad de apendicitis en mujeres en gran parte de los estratos de riesgo(11).

A diferencia de los adultos, los exámenes auxiliares en el síndrome de abdomen agudo en niños no son específicos, siendo la leucocitosis del hemograma completo uno de los criterios más usados. De igual manera los otros exámenes de laboratorio y de imágenes que se solicitan nos ayudan al

descarte de otras patologías intraabdominales que pudieran ser no quirúrgicas (12).

Asimismo, los exámenes de imágenes para el diagnóstico tampoco son específicos, más que todo al inicio del cuadro clínico. La radiografía de abdomen es más sensible para diagnosticar obstrucción intestinal o perforación de víscera hueca, y menos sensible y específica para descartar apendicitis aguda, mientras que la ecografía abdominal puede presentar una sensibilidad de 90% a 96%, y una especificidad de 94% al 98%, siendo el examen de imagen más solicitado cuando se piensa en apendicitis aguda, ya que ayuda a descartar otras patologías de abdomen. No obstante, la precisión diagnóstica de la ecografía depende de la experiencia del operador(12).

En el tratamiento hay una discusión acerca del uso de analgésicos en pacientes con dolor abdominal de tipo quirúrgico, por ello, Manterola y Col hicieron una revisión sistemática Cochrane cuyo objetivo era evaluar la evidencia disponible acerca del uso de analgésicos opioides en pacientes con dolor abdominal agudo. Fueron incluidos 8 ensayos clínicos con 923 participantes, determinando el cambio en la intensidad del dolor, dicho estudio reveló que el desenlace de cambio en la intensidad de dolor abdominal en la escala VAS disminuyó significativamente con la utilización de opioides (DMS -1.94, IC 95% -2.92 a -0.95), y analizando a los subgrupos reportaron que los pacientes que recibieron Morfina presentaron una disminución significativa del dolor a comparación de los que recibieron Tramadol (DMS -1.78, IC 95% -2.62 a -0.95), y concluyeron que el uso de analgésicos opioides no incrementaba el riesgo de error en el diagnóstico ni el riesgo de error en tomar decisiones médicas(13).

En lo que respecta al tratamiento quirúrgico de la apendicitis, la Guía de práctica clínica Cubana recomienda la apendicectomía por vía laparoscópica como primera opción, y realizar cirugía “abierta” en caso de que no cuenten con equipos de laparoscopia o cuando el diagnóstico es dudoso, y de esa manera permitiría una mayor exploración de la cavidad abdominal para descartar otras patologías que pudieran estar presentes(14).

3.2.2. Colecistitis Crónica Calculosa:

Se puede definir como una inflamación crónica de la pared vesicular con antecedentes de cuadros leve de colecistitis, histológicamente se caracteriza por atrofia y fibrosis de la pared vesicular. Su fisiopatología consiste en la formación de cálculos de colesterol a raíz de su excesiva secreción por las células del hígado, la baja motilidad o por la falta de vaciado de la vesícula. Una vez formados los cálculos, éstos pueden obstruir el conducto cístico, conductos biliares o ambos. Si la obstrucción es temporal se genera el clásico cólico biliar causando la colelitiasis sintomática, no obstante, si persiste ocasiona colecistitis aguda. En el Perú la incidencia de colecistitis calculosa o litiásica es de un 10%, y puede llegar a tener complicaciones como la colangitis (30%) y pancreatitis (11%). Los estudios estiman que los portadores asintomáticos de cálculos son 14% de los casos, y mujeres en su mayoría.

Con respecto a los factores de riesgo, es más prevalente en el sexo femenino a una edad entre los 30 a 59 años, en pacientes obesos y en mujeres multíparas. En la mayoría de casos, el diagnóstico de cálculos se revela de forma incidental al tomar un examen de imagen a nivel abdominal y son asintomáticos. Cuando se presenten síntomas, estos son no específicos como la distensión abdominal, además son cuadros leves. El dolor es de tipo sordo y se localiza en hipocondrio derecho o epigastrio, se irradia a la escapula derecha. En caso que se acompañe de fiebre, puede sospecharse de colecistitis aguda, o si fuera de ictericia puede tratarse de una coledocolitiasis(15).

El diagnóstico implica realizar una historia clínica detallada, examen físico, exámenes de laboratorio e imágenes, recalcar que el 75% de los casos presentan antecedentes previos. Los criterios de Tokyo utilizan 3 componentes para el diagnóstico: Signos de inflamación local como el signo de Murphy y el efecto masa/dolor en hipocondrio derecho, signos inflamatorios sistémicos que incluyen fiebre, PCR elevada y leucocitosis y signos de imagen. La presencia del 1 y 2 componente hace un diagnóstico sospechoso, y si se confirma el 3 componente el diagnóstico es definitivo. El examen de

imagen de elección es la ecografía abdominal (S:84% y E:99%). Esta técnica debe efectuarse ante la sospecha clínica de cólico biliar. En caso el paciente presenta sintomatología típica, pero si la ecografía no muestra nada anormal, se puede realizar una ecografía endoscópica (EUS)(16).

Referente al tratamiento, para la analgesia se recomienda el uso de AINES, ya que varios estudian y avalan su eficacia, en vista que disminuye la progresión a colecistitis aguda y el uso de antiespasmódicos como segunda línea. En la antibioticoterapia se recomiendan cefalosporinas de tercera y cuarta generación. En casos leves o moderados quinolonas más Metronidazol, y en cuadros graves piperacilina-tazobactam con/sin aminoglucósidos(17) .

El tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica, la cual debe realizarse las primeras 72 horas, según el cuadro clínico del paciente. Si no es posible esta medida, por riesgo de complicaciones debe prolongarse hasta 6 semanas después. La colecistectomía quirúrgica debe ser indicada en pacientes con colelitiasis sintomática, ya que los pacientes tienen un riesgo de hasta un 50% de recurrencia, además de padecer complicaciones como pancreatitis o colangitis del 1 al 3% de forma anual. La técnica quirúrgica de elección es la laparoscópica, debido a los beneficios que presenta como un tiempo menor en el hospital y menor dolor después de la cirugía(16).

Un estudio del periodo del 2010 al 2014 en hospitales mexicanos evaluaron la eficacia del abordaje laparoscopia y endoscópico hallando eficiencia similar. Es decir, con alto porcentaje de éxito, y bajo en complicaciones para el manejo tanto de pacientes con colelitiasis como coledocolitiasis. Estos resultados contrastan con el ultimo metaanálisis que abordó este tema, ya que encontró mayor porcentaje de éxito, menor tiempo en cirugía, y menor tiempo hospitalario mediante la colecistectomía laparoscópica. Cuando el paciente presente contraindicaciones o no desee realizarse la operación, el tratamiento indicado sería con ácido ursodeoxicólico a una dosis de 10mg/kg/día, en vista que los estudios demuestran que previene episodios nuevos y complicaciones(18) .

El enfermo presentó un cuadro previo de cólico biliar, y al realizarle la ecografía abdominal se halló un engrosamiento de pared vesicular de 6 x 3 cm, y la localización de múltiples cálculos en la arteria cística, y dentro de la vesícula, por lo que fue candidato a la colecistectomía laparoscópica (COLELAP). El tratamiento de apoyo consistió en hidratación, prescripción de antipiréticos, AINES y antiespasmódicos.

Con respecto a la antibioterapia se utilizó una Quinolona, ya que se considera un cuadro moderado, y una vez realizada la intervención quirúrgica no surgió ninguna complicación. El paciente fue dado de alta 2 días después del procedimiento, y se le indicó antibioterapia por una semana, vía oral.

3.3. Rotación de Ginecología y Obstetricia

3.3.1. Caso de Preeclampsia y Endometritis puerperal:

Este caso clínico fue parte de la rotación de Ginecología y Obstetricia, se trata de una puérpera adulta, con diagnóstico de preeclampsia y endometritis puerperal. Según la bibliografía consultada, preeclampsia es la hipertensión en el embarazo después de las 20 semanas de gestación, con proteinuria y/o signos de falla orgánica(19).

Según la Organización Mundial de la Salud, constituye la segunda causa de muerte en el mundo con un 14%. En el Perú, en el I semestre del 2018, fue la primera causa de muerte materna con un 28,7%(20)

Según el estudio Cochrane, la endometritis puerperal ocurre cuando los organismos de la vagina ascienden al endometrio, durante el parto y generan una infección(21)

La fisiopatología de la preeclampsia no es comprendida totalmente. Una explicación aceptada para que se manifieste la preeclampsia trae consigo un desequilibrio inflamatorio durante la invasión a la placenta que conduce a

anomalías vasculares. Además, hay una sobreproducción de citocinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α). La gran respuesta inflamatoria se considera un elemento importante, tanto de la preeclampsia y de la infección(19).

Según este artículo, la preeclampsia sin criterios de severidad se define como el aumento de la presión arterial, a más de 140 la sistólica y más de 90 la diastólica, en dos tomas, con un intervalo de diferencia de cuatro horas, asociado a proteinuria y/o falla de órganos.

La presencia de proteinuria no es necesaria para diagnosticar preeclampsia. La preeclampsia severa cuenta con parámetros clínicos y de laboratorio, de los cuales son presentar una PA Sistólica 160 mmHg y/o Diastólica de 110 mmHg, confirmado a un intervalo de 15 minutos. A veces presentan signos premonitorios de eclampsia como cefalea, fotofobia, escotomas, epigastralgia y dolor en hipocondrio derecho, que se asocia a deterioro hepático y de otros órganos(22)

Respecto a este estudio, cuyo objetivo fue examinar la asociación entre el diagnóstico de preeclampsia y el desarrollo de endometritis, fiebre posparto, corioamnionitis e infección de la herida en gestantes con y sin diagnóstico de preeclampsia antes del trabajo de parto mediante análisis univariable y multivariable.

Un total de 227.052 mujeres fueron elegidas de la base de datos de CSL para el análisis, de estas 14.268 (6,3%) fueron diagnosticadas con preeclampsia. (22).

El estudio reportó que la tasa de infección materna periparto fue mayor en las mujeres con preeclampsia (4,2 frente a 3,8%, $p = 0,026$). Además, se encontró que las tasas de infección de herida (1,0 versus 0,5 %, $p < 0,001$) y fiebre posparto (8,2 versus 4,4 %, $p < 0,001$) fueron más altas en las mujeres con preeclampsia.

Lo interesante fue que la tasa de corioamnionitis intraparto fue menor en las mujeres con preeclampsia (1.3 versus 1.7% $p=0.004$). Las tasas de endometritis no difirieron entre ambos grupos. En conclusión, la asociación entre preeclampsia y la infección periparto no persistió. También se determinó que la fiebre posparto, endometritis e infección de la herida, no se asociaron con el diagnóstico de preeclampsia(22).

La mujer presentó preeclampsia, sin signos de severidad, asociada a endometritis puerperal.

3.3.2. Caso de Placenta Previa:

Este caso ocurrió en la rotación de Ginecología Obstetricia. Se trata de una gestante de 26 años con diagnóstico de Placenta Previa. La placenta previa es un estado en el que ésta se encuentra implantada en el segmento inferior uterino, muy cerca del orificio cervical interno, o cubriéndolo de manera total o parcial(23).

Clásicamente se ha clasificado en 4 tipos: completa (la placenta cubre totalmente al OCI), parcial (la placenta cubre parte del OCI), marginal (borde de la placenta llega al OCI pero no lo llega a cubrir) y de implantación baja (borde de la placenta a menos de 2cm del OCI). Los factores de riesgo relacionados con la placenta previa son multiparidad, placenta previa anterior, edad materna avanzada, cicatrices uterinas previas, cesárea anterior o aborto previo, tabaquismo de la madre, tratamientos de infertilidad y placenta previa anterior.

La multiparidad y el número de cesáreas previas tienen un efecto de sinergismo que aumentan el riesgo de placenta previa y de sus complicaciones. En el caso clínico expuesto la paciente cumple sólo con un factor de riesgo como Cesárea previa. En este estudio de cohortes el objetivo fue evaluar la precisión de la ecografía en el diagnóstico prenatal de placenta acreta, y el impacto de la profundidad de la invasión de las vellosidades en el

manejo de mujeres con placenta previa, o placenta de inserción baja y con 1 o más cesáreas anteriores.

Los criterios para dicho estudio fueron de cohortes que proporcionaron información sobre el modo de parto anterior, la placenta previa o la placenta de inserción baja en las imágenes de ecografía prenatales(23).

Los 14 estudios de cohortes incluyeron 3889 embarazos que presentaron placenta previa o placenta de inserción baja y 1 o más partos por cesárea anterior en los cuales se examinó la placenta accreta. Se encontraron 328 casos de placenta previa accreta (8,4%), de los cuales 298 (90,9%) habían sido diagnosticados prenatalmente por ecografía. La incidencia de placenta previa accreta fue del 4,1 % en mujeres con 1 cesárea previa y del 13,3 % en mujeres con dos o más cesáreas previas.

El rendimiento de la ecografía para detectar prenatalmente placenta previa fue mayor en los estudios prospectivos que en los retrospectivos, con una razón de probabilidad de diagnóstico de 228,5 (intervalo de confianza del 95 %, 67,2–776,9) y 80,8 (intervalo de confianza del 95 %, 13,0–501,4). Se realizó una histerectomía por cesárea en 208 de 232 casos (89,7%) en los cuales disponían datos detallados acerca del manejo.

No se encontraron datos sobre el examen ecográfico de la placenta accreta en la ecografía de rutina del segundo trimestre. Se concluyó que la planificación del manejo individual para el parto solo se podría hacer con una evaluación prenatal precisa de detectar acretismo placentario en mujeres que presentan una placenta previa/ de inserción baja y antecedentes de cesáreas anteriores. El ultrasonido es muy sensible y específico en el diagnóstico prenatal de la placenta accreta cuando lo realizan especialistas preparados. Es importante realizar un protocolo de detección prenatal para evitar esta complicación obstétrica(24).

Según Ávila S. et al, para el diagnóstico se prefiere la ecografía Transvaginal, estableciéndose como el Gold Standard para el diagnóstico de placenta

previa, ya que se ha determinado que es un procedimiento seguro en este tipo de casos, y posee una sensibilidad del 87,5%, especificidad del 98,8%, mayor que la US transabdominal en predecir con exactitud la ubicación de la placenta para el momento del parto(23).

En lo que respecta a las manifestaciones clínicas se caracterizan por sangrado vaginal de inicio súbito, rutilante, sin presencia de dolor, profuso, sin observarse contracciones uterinas ni sufrimiento fetal agudo, a menos que haya un gran compromiso en la salud de la madre. El grado de severidad de la placenta previa está en relación a la intensidad del sangrado y el tiempo desde la aparición. Mayormente, la primera hemorragia cede con el descanso, y pocas veces pone en peligro la vida de la paciente(25).

En el manejo es importante la distancia entre el borde de la placenta y el orificio cervical interno medida que se toma por ecografía transvaginal, después de las 35 semanas de gestación para planear la mejor ruta del parto. Usualmente se elige el parto por cesárea para la placenta previa, e incluso para la de tipo marginal, ya que puede ocasionar sangrado vaginal profuso. Se sugiere tomar una distancia de 2cm o menos del OCI como umbral para manejo por cesárea y prevenir hemorragia obstétrica. No obstante, existe muy poca evidencia para respaldar esta afirmación.

Si el borde placentario está a 1 cm o menos del OCI la cesárea electiva es la elección. Asimismo, cualquier grado de cobertura del OCI pasando las 35 semanas es indicación de cesárea. Cuando el borde placentario se encuentra a más de 2 cm del OCI, hay probabilidad de un parto vía vaginal. Según algunos estudios en mujeres con bordes placentarios entre 1,1 y 2cm del OCI, las cuales se llevaron a labor de parto, más del 90% tuvo un parto vía vaginal sin sangrado profuso, confirmando de esa manera que no todas las gestantes con borde placentario menos de 2cm del OCI necesiten cesárea. Con una distante de 1,1 a 2 cm el manejo es expectante y exponer a labor de parto está indicado, siempre y cuando se tenga una unidad de alto riesgo obstétrico e indicando la cesárea solo para casos necesarios(23).

Uptodate recomienda no usar tocolíticos de rutina en el tratamiento de la placenta previa, por falta de beneficios demostrados y posibles daños. En mujeres con contracciones, se puede usar tocolíticos como Nifedipino, mientras se aprovecha en administrar corticosteroides prenatales si el sangrado ha disminuido o ha cesado. A veces las contracciones uterinas generan un sangrado de la placenta, por lo tanto, la tocólisis reduce el riesgo de sangrado. La Indometacina no se usa porque causa inhibición plaquetaria y posibles efectos adversos fetales.

Ciertos estudios observacionales en gestantes con placenta previa sintomática recomiendan que el uso de tocolíticos ayuda a prolongar el embarazo, facilitando el aumento de peso al nacer sin causar efectos fetomaternos negativos (26). No obstante, es posible que las diferencias en los pacientes tratados y no tratados (control) generen este beneficio.

Asimismo, dichos estudios mayormente no han demostrado disminución en el número de episodios de hemorragia, después del ingreso, de pérdida de sangre o en el número de transfusiones sanguíneas. Otros estudios informaron que la tocólisis de mantenimiento en placenta previa no es beneficiosa.

En lo referente al cerclaje en ausencia de evidencia segura y eficaz, se recomienda no realizarlo, para mejorar el proceso del embarazo en la placenta previa.

Sin embargo, existe un metaanálisis de dos ensayos aleatorios que evaluó el cerclaje para mejorar el embarazo en gestantes con placenta previa sintomática. Se observó que el cerclaje cervical disminuyó el riesgo de parto antes de las 34 semanas (riesgo relativo [RR] 0,45, IC del 95 % 0,23-0,87), el nacimiento de un lactante con peso menor de 2000 g (RR 0,34, IC del 95 %: 0,14-0,83). La ausencia de consistencia entre los ensayos y la metodología impiden determinar cierto beneficio(26).

3.4. Rotación de Pediatría:

3.4.1. Caso de Diarrea Aguda Infecciosa:

En este siglo XXI, las enfermedades diarreicas siguen siendo un gran problema de salud pública en el Perú por su alto costo familiar, económico y social causante del aumento de morbilidad y mortalidad en los niños. Según los registros de la Organización Mundial de la Salud, en países en vías de desarrollo los niños menores de 5 años experimentan en promedio 3,2 episodios de diarrea cada año(27).

La diarrea aguda infecciosa (DAI) es una disfunción del movimiento intestinal, con aumento del agua, volumen, frecuencia de las deposiciones y cambio en la consistencia, suele causarse por varios organismos virales, bacterianos o parasitarios. Los agentes bacterianos más comunes son *Aeromonas* spp, *Campylobacter* spp, *Escherichia coli* enterotoxigénica, *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Vibrio cholerae* y *Yersinia* spp(28).

En varios estudios a nivel mundial, el rotavirus fue el agente causal más común de la diarrea en todos los estudios. Las bacterias más comunes causantes de DAI fueron *Campylobacter*, *E. coli* y *salmonella*.

En Europa el agente más frecuente de la diarrea aguda infecciosa es el rotavirus.

En el Perú, en un estudio de cohortes con 1034 pacientes de 2 a 12 meses de edad, en cuatro distritos de Lima se aislaron más frecuentemente *E. coli* enterotoxigénica, *Campylobacter* y rotavirus en lactantes mayores. En niños mayores, *E. coli* difusamente adherente y *E. coli* enterotoxigénica se encontraron más comúnmente aislados en las heces.

Si bien un paciente con diarrea disentérica tiene alta probabilidad de ser portador de una diarrea de etiología bacteriana, también es cierto que no toda diarrea acuosa es de causa viral. La investigación para el diagnóstico

causante de la diarrea no recomienda el uso frecuente de examen de heces, ya que solo se indica si hay sangre o moco en heces, si es un lactante menor por riesgo de bacteriemia, si presentan sepsis de origen intestinal, si sospechan de brote en guarderías, si el niño es inmunodeficiente, o si a los 7 días no mejora la diarrea(29).

Según Silva H.et al, se hizo un estudio analítico transversal en el hospital regional Lambayeque-Perú, desde marzo a mayo del año 2015, en 70 muestras de heces. Para detectar bacterias y virus enteropatógenos las muestras han sido estudiadas por coprocultivo e inmunocromatografía. Los enteroparásitos se hallaron mediante examen microscópico, Kinyoun y ELISA.

Asimismo, para el estudio funcional de la EDA se realizó conteo de leucocitos y exámenes químicos como Benedict, Thevenon y Sudan III. El objetivo del estudio era definir el tipo y frecuencia de enteropatógenos preponderantes en las diarreas y características asociadas a los niños atendidos en el Hospital Regional Lambayeque-Perú (21).

Los resultados que se obtuvieron es que en el 48,6% de muestras se halló la etiología, siendo mayormente la causa parasitaria (25,8%), en segundo lugar, la bacteriana (17,1%) y viral (5,8%). Los patógenos más frecuentes fueron G. lamblia (18,6%) y Salmonella Enteritidis (10,0%). Se determinó una asociación entre el número de leucocitos mayor a 100 con la causa bacteriana ($p=0,027$), en tanto que menor de 10 por campo ($p=0,002$) y el Sudan III positivo ($p=0,003$) con la causa parasitaria. No se demostró causa infecciosa en más de la mitad de las muestras (51,4%), sin embargo, Giardia lamblia fue la etiología más común en la población estudiada. No obstante, se necesita realizar pruebas más sensibles y específicas para hallar a más enteropatógenos y realizar un mejor abordaje de la enfermedad(28).

Referente al tratamiento de la deshidratación y DAI se indica iniciar terapia de rehidratación oral o por sonda nasogástrica (gastroclisis). En pacientes que presenten vómitos persistentes o flujo de deposiciones "alto" (10mL/k/h) y que son incapaces de hidratarse por vía oral o sonda nasogástrica, está indicada

la hidratación endovenosa. También para cuadros de Deshidratación moderada/severa/con shock.

Según Sánchez R. et al, el tratamiento antimicrobiano es tema de controversia, dado el probable curso leve y autolimitado. Incluso aunque sea sospechoso de etiología bacteriana, la mayoría será viral. El tratamiento antibacteriano va a ser dirigido en base al enteropatógeno que se sospecha y va a ser restringido a casos de diarrea con criterios de severidad, lactantes o ancianos, inmunosuprimidos o enfermedades crónicas, cuadro disentérico febril, prótesis valvular cardiaca y anemia hemolítica, en caso de infección parasitaria(30).

En este otro artículo respecto al tratamiento añade que hay sueros de rehidratación oral, conocidos como Pedialite y ReHsal las que se deben tomar en ausencia de vómitos. Los antiespasmódicos se deben usar con mucho cuidado. Los medicamentos antidiarreicos como Loperamida no se usan en diarreas disentéricas o febriles. Probióticos como *Saccharomyces boulardii* son muy útiles en población pediátrica, se encargan de degradar la toxina A de *Clostridium difficile*, estimular la IgA, reducir el nivel de AMP cíclico provocado por *V. cholerae*, se usa en dosis de 250 mg 2 veces al día por 3 días.

En el estudio de Cochrane de 2009, los autores concluyeron que rehidratación más probióticos parecen tener efectos beneficiosos en disminuir la duración y la frecuencia de las heces en la diarrea aguda. Pese a ello se necesita más investigación para aplicarla en otros grupos de pacientes. Coincide con Sanchez R. et al, en que los antibióticos están indicados en casos especiales como inmunodepresión, edades extremas, prótesis valvular cardiaca y cuadros disentéricos febriles(31).

3.4.2. Caso de Otitis Media Aguda:

Se define a la OMA como un proceso inflamatorio del oído medio, que se caracteriza por la aparición de efusión retrotimpánica, generando otalgia y

perdida de la audición, así como sintomatología de una infección aguda como la fiebre(32–34).

Se puede asociar a otorrea purulenta si se produce perforación timpánica, el grupo etario principalmente afectado son los niños menores a 2 años(34).

La fisiopatología consiste en migración de gérmenes desde la rinofaringe por infección respiratoria alta, la llegada a la trompa de Eustaquio y oído medio, generación e inflamación, con liberación de interleukina. La reacción inflamatoria se manifestará con dilatación de los vasos, exudado, infiltración de leucocitos, generando incremento de la presión retrotimpánica, hiperemia del tímpano que genera la otalgia. Si el cuadro persiste, puede llegar a la perforación timpánica dando origen a la otorrea(33)

A nivel mundial la incidencia estimada es de 10.85% y en la zona sur de América Latina es de 4.25%. El grupo etario con mayor incidencia se encuentra entre los 6 a 12 meses, ya que los menores de 6 meses reciben protección a través de la lactancia materna(34).

Además los estudios reportan que la incidencia es alta entre los 1 y 4 años(35), y estiman que el 90% del grupo de 3 meses a 2 años han manifestado un cuadro de OMA . La mayoría de los episodios tiene resolución espontánea, sin embargo, el cuadro puede recurrir en un 40% en el grupo de 2 a 5 años, e incluso más del 10% no mejora con antibioticoterapia(36).

Los factores de riesgo para episodios de recurrencia son cuadros previos, antibióticos previos y edad menor a 2 años. Con respecto a la etiología la mayoría de casos (70%) son virales (V. Sincitial Respiratorio, Rinovirus, V. Parainfluenza, V. Influenza), le siguen los bacterianos, en orden de frecuencia mayor destacan *Streptococcus Neumoniae* con un 50 %, *Haemophilus Influenzae* con un 15- 30 % y *Moraxella Catarrhalis* del 3-20 %(35,36).

Con respecto al diagnóstico para evitar sobrediagnosticar, la guía americana propone criterios como la presentación aguda del cuadro, la presencia de

exudado en la cavidad del oído medio, sospecha si hay abombamiento de la membrana timpánica, movilidad de la membrana limitada o ausente, nivel de líquido/aire retrotimpánica u otorrea, y por último signos y síntomas inflamatorios como otalgia o hiperemia del tímpano(33,35).

Es importante recordar que al examen físico el exudado inflamatorio se manifiesta en 3 signos importantes: la otoscopia, estos son la hiperemia que evidencia congestión, luego la falta de brillo que traduce opacidad, y el abombamiento. Existe un cuarto signo que ocurre cuando hay perforación timpánica: la otorrea que traduce supuración(34).

En el tratamiento para la OMA destaca la analgesia y la conducta expectante o no de la antibioticoterapia. En el caso de alivio del dolor, los más estudiados son el Acetaminofén e Ibuprofeno, en un estudio doble ciego, controlado y randomizado (7% tratados con Ibuprofeno y 10% con Paracetamol) con un grupo placebo (24%) los resultados fueron a favor del ibuprofeno(33,35).

Los opioides no se recomiendan en niños, debido a sus efectos adversos, y debido a que puedan ocasionar depresión respiratoria. No obstante, se debe evaluar riesgo y beneficio en otalgias muy intensas(33). Respecto a la antibioticoterapia, la disyuntiva de no prescribirlos ocurre porque el 80% de casos de OMA tienen resolución espontánea en un tiempo de 2 a 14 días. Sin embargo, en lactantes disminuye a 30%(34,36).

Además, un meta-análisis del año 2015 demuestra que los antibióticos vs placebo, acelera la resolución de los síntomas, disminuye tiempo de efusión del oído medio, riesgo de perforación del tímpano y OMA contralateral, sumando a ello que son más efectivos en el grupo etario menor a 2 años, con otorrea y con daño bilateral. No obstante, existen efectos adversos como erupciones, vómitos, diarrea que están descritos en la literatura(36).

Por lo tanto, la guía americana menciona y varios autores coinciden en lo siguiente: si el paciente es menor de 6 meses se tratará con antibióticos de inmediato, si está entre los 6 meses a 2 años se prescribirá si la OMA es

bilateral y si es mayor a 2 años, si presenta sintomatología grave (fiebre mayor de 39 °C, otalgia intensa, otorrea o alguna complicación) se le indicarán antibióticos. Los otros casos se manejarán con conducta expectante, es decir estarán en observación por 48 horas, y si no hay mejoría se prescribirá antibioticoterapia.

El antibiótico de primera línea es la amoxicilina 80 a 100 mg/kg/día, cada 12 horas, con el fin de mantener al menos un 40% del tiempo de concentración, esto se administrará en niños no tratados con Amoxicilina el último mes, que no tengan conjuntivitis recurrentes, o sean alérgicos a la penicilina.

En caso fracase el tratamiento inicial o exista deterioro en los 72h posteriores, se recomienda Amoxicilina de 90mg/Kg/d con ácido clavulánico de 6.4mg/kg/d; Cefalosporina de segunda generación (cefдинир, cefuroximo, cefpodoximo). El tiempo de tratamiento en menores de 2 años es de 10 días, en OMA leve a moderada y edad de 2 a 5 años, 7 días, y en OMA leve a moderada, de 5 a 7 días(33,35).

En el caso del paciente pediátrico presenta criterios diagnósticos ya mencionados. Para el diagnóstico de OMA se descartó perforación timpánica ya que no presentaba otorrea, y al ser un niño de 2 años fue necesario indicarle un tratamiento antibiótico con Amoxicilina, se realizó también manejo sintomático para el cuadro catarral, fiebre y analgesia. Como se ha mencionado, la migración de gérmenes, en este caso de la IRA alta, propició la infección a nivel del odio medio. El niño presentó una evolución a los 3 días.

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA:

EXPERIENCIA

El interno de medicina humana debe cumplir con las tareas y responsabilidades descritas anteriormente, porque es el principal colaborador del área de trabajo, y tener toda la disposición para ayudar al personal de salud en lo que requiera.

Las visitas médicas, el trabajo del día a día, las tareas académicas y el tiempo que el interno pasa en el hospital facilita que forme vínculos de amistad con médicos y otros profesionales del área de la salud, compartiendo conocimientos, y poniéndolos en práctica para su desenvolvimiento laboral en un futuro. Ya que es un ambiente laboral, a veces existen conflictos que son difíciles de evitar, las diferencias personales o de jerarquías ya sean por conocimientos, formas de trabajo, o malas interpretaciones, entre los trabajadores de salud, pueden presentarse de forma inesperada.

Puesto que empezamos el internado en época de pandemia, el ambiente laboral cambió considerablemente, provocó nuevos problemas y desafíos que tenían que ser resueltos de la mejor manera posible.

En este tiempo, los pacientes se vieron perjudicados debido a que solo atendían cirugías de emergencias o casos de emergencia. Las cirugías electivas se postergaban, convirtiéndose a la larga en una emergencia.

También se cancelaron las citas de diferentes especialidades en consulta externa, afectando la dolencia del paciente, porque no recibía un tratamiento para su enfermedad. Asimismo, la tele consulta que era dada por el médico mayor de edad o con comorbilidades, y limitaba el abordaje total del paciente.

CONCLUSIONES

- El internado médico es una experiencia importante para afianzar los conocimientos aprendidos durante toda la carrera, permitiendo poner en práctica lo aprendido a lo largo de los años, y generar más experiencia clínica y confianza en las prácticas médicas de las cuatro especialidades como Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Pediatría, bajo responsabilidad y enseñanza de médicos asistentes y residentes, desarrollando las habilidades y competencias necesarias para que un profesional médico cirujano se desenvuelva en la práctica laboral de un futuro cercano.

RECOMENDACIONES

- El estudiante de medicina humana, al inicio del internado, y empezar el desarrollo de sus prácticas en hospitales, no cuenta con suficiente información sobre todas las actividades, normas de bioseguridad y temas administrativos del hospital y del centro de salud, razón por la cual muestra inconvenientes al inicio de las rotaciones por las 4 especialidades. Por ello se recomienda que aprovechen las prácticas clínicas de los años anteriores, para que estén preparados, tanto académica como clínicamente, y apliquen los conocimientos adquiridos en esas experiencias en el día a día del internado, garantizando así una integral atención de salud a sus pacientes.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Bibliografía

1. Rezola H de A. Reseña Historica [Internet]. [cited 2022 Feb 23]. Available from: <https://hospitalrezola.gob.pe/paginas/resena>
2. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang HJ, Pires H, Basso S, et al. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda [Internet]. Vol. 49, Acta Gastroenterol Latinoam. 2019 [cited 2022 Feb 24]. Available from: <https://actagastro.org/actualizacion-en-el-manejo-inicial-de-la-pancreatitis-aguda/>
3. Bustamante Durón D, García Laínez A, Umancor García W, Leiva Rubio L, Barrientos Rosales A, Romero L. Pancreatitis Aguda: Evidencia Actual. Arch Med [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 24];14(1). Available from: <https://www.archivosdemedicina.com/abstract/pancreatitis-aguda-evidencia-actual-22310.html>
4. Greenberg JA, Hsu J, Bawazeer M, Marshall J, Friedrich JO, Nathens A, et al. Clinical practice guideline: management of acute pancreatitis. Can J Surg [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2022 Feb 24];59(2):128–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27007094/>
5. Sánchez-Saldaña L, Sáenz-Anduaga E. INFECCIONES CUTÁNEAS BACTERIANAS. Eliana Sáenz-Anduaga Dermatología Peru. 2006;16(1).
6. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2022 Feb 23];110(2):124–30. Available from: <http://www.actasdermo.org/es-actualizacion-el-abordaje-manejo-celulitis-articulo-S0001731018304253>
7. Valderrama-Beltrán S, Cortés JA, Caro MA, Cely-Andrade L, Osorio-Pinzón JV, Gualtero SM, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de las infecciones de piel y tejidos blandos en Colombia. Infectio [Internet]. 2019 Sep 9 [cited 2022 Feb 23];23(4):318–46. Available from: <http://revistainfectio.org/index.php/infectio/article/view/805>
8. National Institute for Health and Care Excellence. Overview | Cellulitis and erysipelas: antimicrobial prescribing | Guidance | NICE [Internet]. Directriz NICE [NG141]. 2019 [cited 2022 Feb 23]. p. 1–36. Available from:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng141>

9. Dalal A, Eskin-Schwartz M, Mimouni D, Ray S, Days W, Hodak E, et al. Interventions for the prevention of recurrent erysipelas and cellulitis [Internet]. Vol. 2017, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2017 [cited 2022 Feb 23]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009758.pub2/full>
10. Del Arco Galán C, Parra Gordo ML, Garcia De Casasola Sanchez G. Imaging tests in acute abdominal pain. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2008 [cited 2022 Feb 23];208(10):520–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19100135/>
11. Ohle R, O'Reilly F, O'Brien KK, Fahey T, Dimitrov BD. The Alvarado score for predicting acute appendicitis: A systematic review. *BMC Med*. 2011 Dec 28;9.
12. Hijaz N, Friesen C. Managing acute abdominal pain in pediatric patients: current perspectives. *Pediatr Heal Med Ther* [Internet]. 2017 Jun [cited 2022 Feb 23];8:83–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29388612/>
13. Gatica CC, Flores AA, Rodríguez FR, Farias TY, de la Rosa FB, Salazar CM, et al. Evaluación de la composición corporal en niños y adolescentes: Directrices y recomendaciones [Internet]. Vol. 33, *Nutricion Hospitalaria*. Grupo Aula Medica S.A.; 2016 [cited 2020 Jul 7]. p. 734–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.285>
14. González López SL, González Dalmau LP, Quintero Delgado Z, Rodríguez Núñez BR, Ponce Rodríguez Y, Fonseca Romero BE. Apendicitis aguda en el niño: guía de práctica clínica. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 23];92(4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000400015&lng=es
15. INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN - IETSI. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA COLELITIASIS, COLECISTITIS AGUDA Y COLEDOCOLITIASIS. Vol. 11, GPC 11. LIMA; 2018.
16. Fernández RM, Senra NV, Ríos EF, Mauriz Barreiro V, Domínguez-Muñoz JE. Enfermedad litiásica biliar. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. 2020 May 1;13(9):488–96.

17. European Association for the Study of the Liver. Guías de práctica clínica de la EASL sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la litiasis biliar . J Hepatol [Internet]. 2016 Mar [cited 2022 Feb 24];65:146–81. Available from: https://easl.eu/wp-content/uploads/2016/10/2016-Gallstones_ES.pdf
18. Herrera-Ramírez M de los Á, López-Acevedo H, Gómez-Peña GA, Mata-Quintero CJ. Efficiency of laparoscopic vs. endoscopic management in cholelithiasis and choledocholithiasis. Is there any difference? Cirugía y Cir (English Ed. 2017 Jul 1;85(4):306–11.
19. Harrison RK, Egede LE, Palatnik A. Peripartum infectious morbidity in women with preeclampsia. J Matern Fetal Neonatal Med [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 23];34(8):1215. Available from: [/pmc/articles/PMC7219109/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3481215/)
20. Guevara-Ríos E. La preeclampsia, problema de salud pública. Rev Peru Investig Matern Perinat [Internet]. 2019 Aug 28 [cited 2022 Feb 23];8(2):7–8. Available from: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/147>
21. Mackeen AD, Packard RE, Ota E, Speer L. Antibiotic regimens for postpartum endometritis. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Feb 2;2015(2).
22. Peraçoli JC, Borges VTM, Ramos JGL, Cavalli RDC, Costa SHDAM, Oliveira LG De, et al. Pre-eclampsia/Eclampsia. Rev Bras Ginecol e Obstet. 2019;41(5):318–32.
23. Ávila Darcia S, Alfaro Moya T, Olmedo Soriano J. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Rev Clínica Esc Med UCR-HSJD [Internet]. 2016 [cited 2022 Feb 23];6(3). Available from: www.revistaclinicahsjd.ucr.ac.cr
24. Jauniaux E, Bhide A. Prenatal ultrasound diagnosis and outcome of placenta previa accreta after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 217, American Journal of Obstetrics and Gynecology. Elsevier; 2017 [cited 2022 Feb 23]. p. 27–36. Available from: <http://www.ajog.org/article/S0002937817303824/fulltext>
25. Oscar Hernán Téllez Santos NWB. Placenta previa y acretismo placentario: dos grandes complicaciones de alto riesgo obstétrico. Rev MÉDICAS UIS [Internet]. 2006 [cited 2022 Feb 23];19(2):125–36. Available from: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2164>

26. Lockwood C. Placenta previa: Management - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2019 [cited 2022 Feb 23]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/placenta-previa-management/print>
27. Gonzales Escalante E. Coinfecciones bacterianas causantes de enfermedad diarreica aguda, en el Instituto Nacional de Salud del Niño. An la Fac Med [Internet]. 2016 [cited 2022 Feb 23];76(4):463. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000500021
28. Heber Silva-Díaz; Olinda Bustamante-Canelo; Franklin-Rómulo Aguilar-Gamboazsu, Katya Mera-Villasis, Jhonatan Ipanaque-Chozo, Eberth Seclen-Bernabe MV-E. Enteropatógenos predominantes en diarreas agudas y variables asociadas en niños atendidos en el Hospital Regional Lambayeque, Perú. Horiz Médico [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 23];17(1):38–44. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2017000100007&script=sci_arttext&tlng=en
29. Gonzales C, Bada C, Rojas R, Bernaola G, Chávez C. Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú – 2011. Rev Gastroenterol [Internet]. 2011 [cited 2022 Feb 23];31(3):258–77. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000300009
30. Arco RTS del, Lázaro JMM, Díaz PC. Diagnostic and therapeutic protocol for acute diarrhea. Med. 2019 Oct 1;12(87):5135–9.
31. M. RA. DIARREA AGUDA. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2022 Feb 23];26(5):676–86. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864015001327>
32. Vaduva C, Gómez JIT, Zaid DM, Rivera-Rodríguez T. Patología infecciosa aguda de foco otorrinolaringológico. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2022 Feb 24];12(91):5339. Available from: </pmc/articles/PMC7143590/>
33. Krause FJ. OTITIS MEDIA AGUDA. DIAGNÓSTICO Y MANEJO PRÁCTICO. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2022 Feb 24];27(6):915–23. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-otitis-media-aguda-diagnostico-y->

S0716864016301274

34. Rodríguez J, Pavez D, Pérez R, Cofré J, Rodríguez J, Pavez D, et al. Recommendations for the diagnosis and antimicrobial treatment of acute otitis media in pediatrics. *Rev Chil infectología* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2022 Feb 24];36(4):497–504. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182019000400497&lng=en&nrm=iso&tlng=en
35. Alemán IB, Alemán IB, Hernández RCT, Pérez AE. Tratamiento de la otitis media aguda en niños. *Rev Cuba Otorrinolaringol y Cirugía Cabeza y Cuello* [Internet]. 2021 Feb 22 [cited 2022 Feb 24];5(1). Available from: <http://www.revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/197>
36. Quesada Solano S, Mackenzie Visbal F, Cortés Mejía M. Otitis media aguda: generalidades y resistencia antibiótica | Revista Medica Sinergia. *Rev Médica Sinerg* [Internet]. 2019 May [cited 2022 Feb 24];4(5):130–8. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/207/523>