

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO OBTENIDA EN EL
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA ABRIL 2023 – ENERO 2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

OBDULIO ANDRE CABALLERO CORONADO

ANGELA GABRIELA VASQUEZ LEON

ASESOR

HUGO EFREND ROJAS OLIVERA

LIMA - PERÚ

2024



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO OBTENIDA EN EL
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA ABRIL 2023 – ENERO 2024**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

OBDULIO ANDRE CABALLERO CORONADO

ANGELA GABRIELA VASQUEZ LEON

ASESOR

MTRO. HUGO EFREND ROJAS OLIVERA

LIMA, PERÚ

2024

JURADO

Presidente: FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

Miembro: JOHANDI DELGADO QUISPE

DEDICATORIA

A nuestros padres y familia por el esfuerzo y apoyo durante los años de carrera para poder terminar esta etapa de nuestra vida.

A nuestro asesor por ser un guía, por todos los consejos y el apoyo brindado.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	3
1.1 Rotación en Medicina Interna	3
1.2 Rotación en Ginecología y obstetricia	7
1.3 Rotación en Cirugía general	10
1.4 Rotación en Pediatría	13
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	18
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	20
3.1. Rotación en Medicina Interna	20
3.1.1 Caso 1: Pancreatitis aguda	20
3.1.2 Caso 2: Celulitis facial	22
3.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia	24
3.2.1 Caso 1: Fase activa de labor de parto	24
3.2.2 Caso 2: Aborto séptico	25
3.3. Rotación en Cirugía General	27
3.3.1 Caso 1: Colecistitis aguda	27
3.2.2 Caso 2: Hernia umbilical	29
3.4. Rotación en Pediatría	31
3.4.1 Caso 1: Impactación fecal	31
3.4.2 Caso: Infección de tracto urinario	33
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	38
FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	1

RESUMEN

Objetivo: Esta revisión tiene como finalidad describir y analizar el proceso del internado médico poniendo en práctica los conocimientos teórico-prácticos obtenidos durante los seis años previos de carrera universitaria. Además, conocer las patologías importantes desarrolladas y tratadas en el Hospital María Auxiliadora. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, reporte de casos clínicos. **Resultados:** Este estudio consta de ocho casos clínicos en total, dos por cada especialidad que se desarrollaron en el marco del internado médico realizado en el Hospital. **Conclusiones:** Se reconocieron y trataron adecuadamente cada una de las patologías según lo aprendido en el transcurso de la carrera y de acuerdo a los criterios médicos de los profesionales, de tal manera, se veló por la integridad y la calidad de vida de cada uno de los pacientes atendidos.

Palabras clave: Internado médico, hospital, patologías, casos clínicos.

ABSTRACT

Objective: This review aims to describe and analyze the medical internship process, putting into practice the theoretical-practical knowledge obtained during the previous six years of university studies. In addition, learn about the important pathologies developed and treated at the María Auxiliadora Hospital.

Materials and Methods: Descriptive study, clinical case report. **Results:** This study consists of eight clinical cases in total, two for each specialty that were developed within the framework of the medical internship carried out at the Hospital. **Conclusions:** Each of the pathologies were recognized and treated appropriately according to what was learned during the course and according to the medical criteria of the professionals, in this way, the integrity and quality of life of each of them was ensured. the patients treated.

Key words: Medical intership, hospital, pathologies, clinical cases.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO
OBTENIDA EN EL HOSPITAL MARIA AUX
ILIADORA ABRIL 2023 – ENERO 2024**

AUTOR

OBDULIO ANDRE CABALLERO CORONA

RECuento DE PALABRAS

10379 Words

RECuento DE CARACTERES

58470 Characters

RECuento DE PÁGINAS

53 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

199.2KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 11, 2024 10:40 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 11, 2024 10:42 AM GMT-5**● 8% de similitud general**

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

- 8% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



.....
MTRO. HUGO EFREND ROJAS OLIVERA

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0987-8911>

DNI: 10491727

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, todo el personal profesional de las ciencias de la salud debe completar una pasantía hospitalaria de un año después del tiempo de educación superior que oscila entre cuatro a seis años. Se trata de una etapa estructurada en la que los futuros médicos dejan un proceso de aprendizaje monitoreado y continuo en sus respectivas instituciones académicas y empiezan con la responsabilidad clínica de asumir nuevas obligaciones y contacto directo con los pacientes atendidos en algún establecimiento sanitario, lo cual implica un reto innovador y de constante atención (1).

No obstante, dependiendo del contexto, los pasantes también pueden experimentar una baja disponibilidad de recursos, supervisión y retroalimentación limitadas, un clima de seguridad deficiente, falta de respuesta a las necesidades psicológicas básicas que resultan en un rápido agotamiento y estrés (2). En tal sentido, el año o los años de internado son también el momento en el que estos aprendices están a punto de tomar sus primeras decisiones profesionales y son importantes para informar las opiniones sobre si quieren continuar la medicina en esa organización y país, y si es así, qué carrera de especialidad parece más atractiva (3).

Las etapas comúnmente identificadas en la educación médica son de la educación preclínica a la clínica, del internado a la residencia (capacitación especializada) y la transición a convertirse en especialista (4). Desde la perspectiva de los médicos internos y los residentes mirando hacia atrás y reflexionando sobre esta transición parece que se pide un mayor apoyo en el aprendizaje, una mayor participación de los pacientes y una mayor responsabilidad supervisada por los pacientes para crear un entorno de aprendizaje enriquecido para los médicos en formación (5).

Los estudiantes de salud usualmente perciben el significado del internado como una oportunidad para trabajar y aprender en un entorno auténtico y protegido. Las prácticas garantizan un nivel mínimo de competencia (prácticas como marcador de calidad) y permiten a los internos obtener nuevos conocimientos sobre sí mismos y su mundo (6).

Asimismo, desde una perspectiva de calificación, la medición objetiva puede ser el mejor medio para evaluar la competencia de los estudiantes de medicina, es conveniente evaluar sus percepciones de competencia y preparación para las prácticas. La competencia auto percibida puede indicar niveles de autoeficacia, y estos podrían contribuir a la comprensión del comportamiento de los estudiantes con respecto a los dominios de competencia que se evalúan. La baja competencia auto percibida en dominios particulares puede significar áreas de mejora dentro de un plan de estudios (7).

El presente informe investigativo se sustenta en el análisis de 8 casos clínicos referente a las especialidades de: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y Pediatría. En aspectos generales, se han considerado las casuísticas con mayor tasa de frecuencia en el Hospital María Auxiliadora, entre ellas está presente el diagnóstico de pancreatitis aguda, celulitis facial, FALP, colecistitis aguda, ITU, entre otros (que serán detallados en cada historia clínica).

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

En los siguientes apartados, se sustentarán 2 reportes clínicos correspondientes a cada especialidad.

1.1 Rotación en Medicina Interna

Historia clínica 1

Anamnesis

Paciente mujer de 43 años acude a la sala de emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 días el cual inició con dolor abdominal en epigastrio de moderada intensidad (EVA 8/10), que se irradia a region lumbar, se añade náuseas durante todo el día y 1 episodio de vómito al día. Paciente se automedica con Plidan, el cual disminuye el dolor, además refiere presentar sensación de alza térmica por lo cual acude al hospital.

Antecedentes

- HTA (-), ERC (-), DM (-), ASMA (-), TBC (-)
- Colectomía laparoscópica (hace 10 años)
- Enfermedad: Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) desde 2018
- Medicación habitual: sertralina, gabapentina, clonazepam de forma irregular
- Padres hipertensos
- Niega alergias

Funciones biológicas

- Apetito disminuido
- Sed disminuida
- Orina conservada
- No realiza deposiciones
- Sueño conservado

Funciones vitales

- Presión arterial (P.A): 120/70 mmHg.
- Frecuencia cardíaca (F.C): 82 lpm.
- Frecuencia respiratoria (F.R): 20 rpm.
- Saturación: 96%

- Temperatura: 36.6°C

Examen físico

- AREG , REN, REH
- Piel: T/H/E , llenado cap <2 seg, palidez (-), ictericia (-), cianosis (-), no edemas.
- TCSC: De cantidad moderada en distribución adecuada
- Cabeza: normocéfalo
- Adenopatías: (-)
- Tórax y pulmones: simétrico, móvil, MV pasa bien en AHT, no se auscultan ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ritmos cardiacos normo fonéticos, no se evidencia soplo.
- Abdomen: se evidencia 2 cicatrices lineales en CSD de 0.5cm x 0.2cm, RHA disminuidos en frecuencia e intensidad, presencia de dolor superficial y profunda a la palpación en epigastrio y en ambos hipocondrios, visceromegalías (-).
- GU: PRU (-), PPL (-)
- Locomotor: Moviliza 4 extremidades, ROT (+)
- Neurológico: LOTEPE, no focaliza, no signos meníngeos

Exámenes auxiliares

Ecografía abdominal

- Hígado: Tamaño conservado, contornos lisos, parénquima homogéneo con ecogenicidad conservada, venas suprahepáticas de calibre normal
- Vías biliares: Intrahepáticas, calibre normal, colédoco 7 mm
- Vesícula biliar: Ausente por antecedente quirúrgico
- Páncreas: Parénquima heterogéneo, tamaño incrementado, cabeza: 35 mm, cuerpo: 18 mm.
- Bazo: Ecogenicidad conservada, mide: 96 x 40 mm.

Impresión diagnóstica

- Pancreatitis aguda leve
- Hepatopatía de EAP
- TAG por Historia clínica

Tratamiento

1. NPO
2. Dextrosa 5% 1000 cc
3. Metoclopramida 10 mg
4. Tramadol 50
Dimenhidrato 50
NaCl 9%
5. NGT c/Bh

Historia clínica 2

Anamnesis

Paciente del sexo femenino de 31 años, proveniente de Villa María del Triunfo con un periodo de enfermedad de 3 días de inicio insidioso y de curso progresivo. La sintomatología principal se basó en el aumento de volumen en la cara.

Paciente refiere que 3 días antes de ingreso (DAI) presentó un granito en pómulo derecho, el cual se lo manipuló, por lo cual acudió a la emergencia y le colocan 1 ampolla de clorfenamina y pastillas V.O.

2 DAI nota aumento de volumen en hemicara derecha asociado a cambio de coloración.

1 DAI presenta dolor en hemicara derecha de moderada intensidad, nota que aumentó de volumen y eritema hasta región mastoidea.

El día del ingreso el dolor aumenta de intensidad 9/10 que le dificulta el habla y al no ver mejoría acuda a la emergencia.

Antecedentes

- HTA (-), ERC (-), DM (-), ASMA (-), TBC (-)
- RAM (-)

Funciones biológicas

- Apetito (C)
- Sed (C)
- Orina (C)
- Deposiciones (C)
- Sueño (C)

Funciones vitales

- P.A: 110/60 mmHg
- F.C: 76 lpm
- F.R: 18 rpm
- Saturación de O2: 97%
- Temperatura: 36.1°C
- Talla: 1.60 cm

Examen físico

- REG, REN, REH
- Piel y faneras: T/H/E, LL cap < 2', aumento de volumen en hemicara derecha, eritematosa, presencia de dolor a la digito palpación.
- Tejido celular subcutáneo: No edemas, TCS distribuido adecuadamente.
- Tejido linfático: No se palpan adenopatías
- Sistema osteoarticular: Rangos articular conservados en las 4 extremidades.
- Sistema muscular: Fuerza y tono muscular conservado en 4 extremidades.
- Cuello: Tráquea central, no se presentan nódulos en la glándula tiroidea.
- TyP: Simétrico y no deformidades, amplexación adecuada, MV pasa bien AHT, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: RCR de buena intensidad, soplos (-).
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, dolor palpación (-), edemas (-), visceromegalias(-).
- Aparato urinario: PRU (-), PPL (-).
- SNC: LOTEPE, GLASGOW 15/15 ptos

Impresión diagnóstica

- Celulitis facial

Plan de trabajo

- Hospitalización
- Dieta completa

- Ceftriaxona 1 gr EV c/24h por 7d
- Clindamicina 600 mg EV
- Paracetamol 500 mg VO c/8h por 3d

1.2 Rotación en Ginecología y obstetricia

Historia clínica 1

Anamnesis

Paciente mujer de 20 años proveniente del distrito Villa María del Triunfo acude con referencia del centro materno infantil Daniel Alcides Carrión, con los diagnósticos:

- Segundigesta nulipara 40 semanas por ecografía de I trimestre
- Fase activa de labor de parto
- Bradicardia fetal
- D/C SRA

Al ingreso al tópico de GyO refiere dolor tipo contracción, niega pérdida de sangrado vaginal, pérdida de líquido amniótico (+), percibe movimientos fetales. Niega signos premonitorios de preeclampsia.

Antecedentes

- Enfermedades: TBC pulmonar (2015) tratado en HAMA
- Niega alergias

Funciones biológicas

- Apetito (C)
- Sed (C)
- Sueño (C)
- Diuresis (C)
- Deposiciones (C)

Antecedentes gineco – obstétricos

- Menarquia: 12 años
- RC: 5d/30d
- NPS: 2
- PAP: negativo en octubre 2022
- FUR: 06/08/22

- FPP: 13/05/23
- G2P0010:
 - G1: Aborto en el 2022 en HAMA
 - G2: gestación actual

Funciones vitales

- PA: 110/70 mmHg.
- F.C: 64 lpm.
- F.R: 20 rpm.
- Saturación de O2: 99%

Examen físico

AREG, AREH, AREN

- Piel: T/H/E, LL cap < 2", palidez (-), cianosis (-), edemas en MM.II ++/+++ hasta el tobillo.
- TyP: MV pasa bien en AHT, no rales
- CV: RCR de BI, no soplos
- Abdomen:
 - Altura uterina: 34 cm
 - Latidos cardiacos fetales: 120 lpm
 - Movimientos fetales: ++
 - Dinámica uterina (DU): 1/10/+30"
 - SPP: LCI
- Tacto vaginal:
 - Altura de presentación: -3
 - Borramiento: 50%
 - Consistencia: intermedia
 - Dilatación: 4 cm
 - Membranas ovulares: rotas
- SNC: LOTEPE, EG 15/15pts

Impresión diagnóstica

- Secundigesta nulipara 40 semanas por ecografía de I trimestre
- Fase activa de labor de parto (FALP)
- Ruptura precoz de membranas

Tratamiento

- CFV + OSA
- MMF electrónico
- Sube a centro obstétrico

Historia clínica 2

Anamnesis

Paciente mujer de 31 años proveniente del distrito de San Juan de Miraflores acude a emergencia con sangrado vaginal, presencia de dolor intenso en hemiabdomen inferior y con fiebre de 38° C hace 2 horas.

Antecedentes

- Médicos: (-)
- Quirúrgicos: (-)
- Alergias: (-)

Antecedentes gineco – obstétricos

- Menarquia: 9 años
- RC: 7d/30d
- NPS: 2
- PAP: negativo 2021
- FUR: 10/03/22
- G1P0

Funciones vitales

- P.A: 100/60 mmHg.
- F.C: 120x'
- F.R: 19 x'
- Temperatura: 39°C
- SAT O2: 98%

Examen físico

AREG, AREH, AREN

- Piel: T/H/E, LL cap < 2", palidez (-), cianosis (-), edemas en MM.II ++/+++ hasta el tobillo.
- TyP: MV pasa bien en AHT, no rales
- CV: RCR de BI, no soplos
- Abdomen: RHA (+), poco depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio, rebote (-).
- Especuloscopia: OCE y OCI abiertos con presencia de sangrado vaginal con mal olor.
- SNC: LOTEP, EG 14/15 pts.

Labotatorio: leucocitosis con desviacion izquierda.

Impresión diagnóstica

- Aborto incompleto séptico.

Tratamiento

- Hospitalización
- NaCl 0,9% x 1000ml EV 300 ml en bolo y luego 30 gotas
- Ampicilina 1gr EV c/6h + Gentamicina 80 mg EV c/8h.

1.3 Rotación en Cirugía general

Historia clínica 1

Anamnesis

Paciente varón de 52 años acompañado de su esposa refiere malestar que inició hace 32 horas de forma insidiosa con una sintomatología de dolor abdominal en cuadrante superior derecho tipo cólico, sin irradiación aumentando de intensidad, asociado a náuseas e hiporexia posterior a la ingesta de comida y en vista de no calmar dolor es el motivo por el cual acude a la emergencia

Antecedentes

- Niega enfermedades (HTA, DM2, ASMA, TBC)
- Niega consumo de tabaco, OH, drogas
- Antecedentes quirúrgicos: niega

- RAM: niega

Funciones biológicas

- Apetito disminuido
- Sed (C)
- Diuresis (C)
- Deposiciones (C)
- Sueño (C)

Funciones vitales

- F.C: 81 lpm
- F.R: 16 rpm
- P.A: 130/78mmHg
- Temperatura: 37,1° C
- Saturación: 97%
- IMC: 37,6 kg/m²
- Peso: 100 kg
- Talla: 1.63 cm

Examen físico

- AREG, AREH, AREN
- Piel: tibia, hidratada, elástica, LC < 2seg, no cianosis, no ictericia
- Cabeza y cuello: Normocefalo, sin alteraciones
- TyP: MV audible en AHT, no RA.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos normales, soplos (-)
- Abdomen: Globuloso por panículo adiposo, RHA disminuidos blando depresible, dolor a la palpación profunda en C.S.D., Murphy (+).
- G-U: PPL (-), PRU (-)
- Extremidades: Móviles, simétricos, sin edemas.
- SNC: despierto, LOTEP, EG 15/15pts.

Impresión diagnóstica

- Colecistitis aguda
- Obesidad II

Tratamiento

- Hidratación
- Analgesia
- Antibioticoterapia
- Se envía I/C cardiología

Historia clínica 2

Anamnesis

Paciente del sexo femenino de 67 años ingresa al consultorio de cirugía indicando que presenta malestar desde hace 5 meses con inicio insidioso y de curso progresivo acude a emergencia con los siguientes síntomas: masa y dolor en región umbilical. El tamaño de masa fue aumentando progresivamente asociándose a disconfort y dolor, motivo por el cual se programa cirugía.

Antecedentes

- Niega enfermedades
- Quirúrgicos: Colectomía convencional (1992)
- Niega consumo de alcohol, tabaco y drogas

Antecedentes gineco obstétricos

- FUR: hace 19 años
- MAC (-)
- G6P4024
- PAP: negativo 2019

Funciones biológicas

- Sed (C)
- Apetito (C)
- Sueño (C)
- Diuresis (C)
- Deposiciones (C)

Funciones vitales

- P.A: 110/70 mmHg
- F.C: 81 lpm
- F.R: 19 rpm
- Saturación: 97%

- Peso: 76 kg
- Talla: 1.48 cm
- IMC: 34,6 kg/m²

Examen físico

- AREG, AREN, AREH
- Piel: Tibia, hidratada, elástica / ll. capilar < 2seg
- Tórax y pulmones: Amplexación conservada, MV pasa bien en AHP, no ruidos agregados
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, soplos (-)
- Abdomen: Globuloso por panículo adiposo, no distendido, RHA (+), se palpa masa de +/- 4 x 3 cm en región umbilical reductible, blando depresible.
- Genitourinario: PPL (-) PRU (-)
- SNC: lucido, orientado, Glasgow 15.

Exámenes auxiliares

- Glucosa: 106 mg/dl
- Urea: 35 mg/dl
- Creatina: 0,6 mg/dl

Impresión diagnóstica

- Hernia umbilical
- Obesidad tipo I

Tratamiento

- Hidratación
- Hospitalización para cirugía electiva

1.4 Rotación en Pediatría

Historia clínica 1

Anamnesis

Paciente varón de 2 años quien fue recibido en el área de emergencia proveniente de Villa María del Triunfo acompañado de su madre, quien refiere que el menor ha presentado molestias durante 4 días seguidos

en la zona del abdomen. Madre del paciente refiere que inicia con dolor en el abdomen, niega vómitos o náuseas. De acuerdo al relato:

- 3 DAI: paciente inicia con dolor abdominal sin vómitos sin náuseas
- 2 DAI: dolor intermitente abdominal
- 1 DAI: dolor abdominal se intensifica asociado a dolor de ano

Horas antes del ingreso a emergencia, acudió a policlínico donde indican enema y no lograron ingresar por probable fecaloma, por lo que se acude a emergencia.

Antecedentes

- Inmunizaciones: Completas para la edad
- Niega enfermedades
- Niega alergias

Funciones biológicas

- Apetito: disminuido
- Sed (C)
- Orina (C)
- Sueño (C)
- Deposiciones: no realiza hace 4 días

Funciones vitales

- F.C: 125/min
- F.R: 24/min
- P.A: 100/68 mmHg
- Temperatura: 36.8° C
- Saturación: 100%
- Peso: 11.600 kg
- Talla: 90 cm

Examen físico

- AREG/ AREN/AREH
- Piel y mucosas: tibias y húmedas, edemas (-).
- Tórax y pulmones: ruidos audibles en ACP, no RSA.

- Abdomen: distendido, RHA disminuidos, poco depresible, doloroso a la palpación profunda
- Cardiovascular: soplos (-) .
- SNC: despierto, responde a estímulos, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

- Síndrome doloroso abdominal.
- D/c impactación fecal.

Plan de trabajo

- Rx de abdomen simple.

Reevaluación

- Se evidencia impactación fecal

Tratamiento

- Enema evacuante 60 ml c/48 hrs (con sonda)
- Hospitalización para CFV y OSA

Historia clínica 2

Anamnesis

Paciente del sexo femenino de 8 meses, proveniente del distrito de San Juan de Miraflores, quien hace su ingreso a la sala de emergencia acompañada de su madre, quien al sexto día de malestar menciona que menor tiene tos sin presencia de secreciones y rinorrea. Asimismo, madre indica que 4 días antes del ingreso presentó fiebre de 39°, por lo cual la madre le administró paracetamol c/6h, refiere que la fiebre cedía pero nuevamente subía durante los últimos 3 días.

Horas antes del ingreso menciona que notó decaimiento y continúa el estado febril por lo cual se dirige a emergencia.

Antecedentes

- Prematuridad (35 semanas)
- Parto tipo: Cesárea
- Inmunizaciones: Completas para la edad
- Enfermedades: Niega

- Niega alergias

Funciones biológicas

- Sed (C)
- Sueño (C)
- Orina disminuida
- Deposiciones disminuida
- Pérdida de apetito

Funciones vitales

- F.C: 140/min
- F.R: 46/min
- Temperatura: 38° C
- SAT O2: 97%
- Peso: 7000 gr.
- Talla: 64.5 cm

Examen físico

AREG, AREN, AREH

- Orofaringe: congestiva, no eritematosa, no exudados faringeos.
- Pulmones y tórax: murmullo vesicular pasa adecuadamente en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, soplos (-).
- Abdomen: RHA (+), B/D, no visceromegalia
- SNC: despierta, reactiva a estímulos, no signos meníngeos.

Impresión diagnóstica

- Síndrome febril
- d/c ITU
- d/c OMA
- d/c Rinofaringitis

Plan de trabajo

- Hemograma: se evidencia leucocitosis
- Examen completo de orina: leucocitos 40-50 x campo

Tratamiento

- Paracetamol 100mg/ml gotas: 25 gotas VO STAT, luego c/ 8h por 3 dias
- Hospitalización
- Amikacina 100mg EV c/ 24 h
- CFV + OSA
- BHE

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Los internos responsables de elaborar el presente trabajo de suficiencia profesional realizaron la etapa de internado médico en el Hospital María Auxiliadora (HMA), localizado en San Juan de Miraflores, perteneciente a la red DIRIS LIMA SUR. Según el nivel clasificatorio, es un establecimiento III – 1 y presta servicios a toda la localidad con un alcance aproximado de 2, 500, 764 habitantes durante el 2020. Asimismo, atiende, mayormente, a personas que residen cerca a los distritos de Villa el Salvador, Villa María del Triunfo, Surco y Chorrillos (8).

El HMA tiene principalmente 5 áreas clasificadas en las siguientes especialidades: Medicina interna, gineco – obstetricia, pediatría, emergencia y cirugía general; todos estos cuentan con servicio de hospitalización, emergencia y consulta externa. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, el interno rota por todas estas especialidades cumpliendo los requerimientos del médico a cargo o residente, así como también atendiendo las necesidades de los pacientes.

El HMA es uno de los establecimientos que cuenta con una óptima distribución de espacios físicos, debido a que cuenta con un edificio conformado por 8 pisos distribuidos de la siguiente manera:

Piso 0 – Sótano: ambiente de consultorio externo, oficinas de nutrición, comedor y oficina de archivos.

Piso 1 – Primer nivel: consultorios externos, área de emergencia, área de muestra y laboratorio, área DPI y oficinas administrativas.

Piso 2 – Segundo nivel: Salas de intervención quirúrgica, salas de recuperación

Piso 3 – Tercer nivel: Departamento obstétrico, UCI, departamento de esterilización.

Piso 4 – cuarto nivel: Hospitalización gineco – obstetricia / neonatología

Piso 5 – Quinto nivel: Hospitalización cirugía general

Piso 6 – Sexto nivel: Hospitalización medicina/oncología/geriatría, área de hemodiálisis

Piso 7 – Séptimo nivel: Hospitalización pediatría/UCI.

En la presente institución de salud, el interno cumple diferentes funciones, entre ellas se encuentra la elaboración y análisis de historias clínicas correspondiente a cada paciente indicando y monitoreando la evaluación diaria durante la etapa de hospitalización.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1. Rotación en Medicina Interna

3.1.1 Caso 1: Pancreatitis aguda

La pancreatitis aguda (P.A) es una afección de alta gravedad. Su nivel de incidencia oscila entre de 5,4 a 79,8 por 100 000 (9) y tiene una tasa de mortalidad global del 10% al 15%(10)(11). Sin embargo, existe una amplia variación en su gravedad, que va desde leve y autolimitada hasta grave poniendo en riesgo la integridad de vida. La mayoría de los pacientes que mueren de pancreatitis pertenecen al grupo grave, que tiene una tasa de mortalidad cercana al 40% (12).

Se manifiesta como un inicio agudo de dolor abdominal, vómitos y náuseas, se reconoce cada vez más en los niños como consecuencia de una mayor conciencia, etiologías más identificables, así como avances en las capacidades diagnósticas, como las imágenes. A pesar de esta mayor conciencia y capacidad para diagnósticos más frecuentes, la historia natural de la P.A sigue siendo poco conocida, lo que conduce a brechas en el enfoque y el tratamiento (13).

Estadificación de la gravedad

El tratamiento establecido de la pancreatitis aguda grave incluye la reanimación agresiva con líquidos, la suplementación con oxígeno y el apoyo en cuidados intensivos de cualquier órgano o sistema defectuoso (14).

No es necesario tratar a todos los pacientes con el diagnóstico de P.A en una unidad de alta dependencia (UAD) o en la unidad de cuidados intensivos (UCI), pero es importante tratar de predecir el 25% de los pacientes que desarrollarán complicaciones locales o sistémicas para que se pueda instituir un tratamiento temprano y agresivo con la esperanza de mejorar el resultado. Han pasado casi 30 años desde que se introdujeron los primeros sistemas predictivos de este tipo y algunos se siguen utilizando de forma rutinaria, aunque sin una fiabilidad absoluta (valor predictivo positivo del 46-72% para la gravedad) (15).

La puntuación de la Evaluación de Fisiología Aguda y Salud Crónica (APACHE) II es un sistema de puntuación bastante nuevo (valor predictivo positivo del 45 al 88%) (16) (17). Eso es relativamente más complicado y bastante difícil de calcular, lo que lo hace inconveniente para el uso clínico de rutina. El lavado peritoneal se ha investigado como un predictor pronóstico de criterio único y tiene una precisión del 82% - 90% (18).

Sin embargo, es una prueba invasiva que no se puede justificar en pacientes con pancreatitis leve. En los últimos años, los marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva (PCR) se han utilizado cada vez más y algunos trabajadores han mostrado resultados prometedores (19)(20). En conclusión, no existe un sistema de puntuación único absoluto para predecir de forma fiable el resultado de la pancreatitis.

Imágenes en el diagnóstico y clasificación de la gravedad de la P.A

- Tomografía computarizada (TC)

La TC con contraste se considera el recurso fundamental para un adecuado diagnóstico de la necrosis pancreática y las colecciones peripancreáticas, así como para clasificar la pancreatitis aguda (Anexo 1) (21).

Los hallazgos de la TC de pancreatitis aguda incluyen agrandamiento difuso o segmentario del páncreas, irregularidad del contorno pancreático con obliteración de los planos de grasa peripancreáticos, apariencia heterogénea y áreas de densidad disminuida dentro del páncreas, y acumulaciones de líquido variables mal definidas.

Se ha demostrado que la evaluación por TC está asociado con el periodo clínico de la enfermedad y las variables reconocidas de gravedad de la enfermedad (22) (23). Se acepta que la TC está indicada para evaluar las complicaciones de la pancreatitis aguda grave o cuando el diagnóstico es dudoso, pero no es necesaria para la pancreatitis leve.

Manejo terapéutico

El tratamiento inicial se centra en el control del dolor, la reposición de líquidos y la identificación y corrección de factores desencadenantes.

En casos graves, puede requerirse atención hospitalaria con apoyo nutricional y manejo de complicaciones

Prevención y pronóstico

Evitar factores desencadenantes como el consumo excesivo de alcohol y mantener un peso saludable son fundamentales.

El pronóstico es generalmente favorable con un manejo oportuno, aunque la recurrencia y las complicaciones crónicas pueden afectar la calidad de vida

3.1.2 Caso 2: Celulitis facial

Es una infección de origen bacteriano que afecta al conjunto de tejido blando de la cara y el cuello originado a raíz de un cuadro infeccioso dental. La infección suele comenzar en el diente y luego se propaga a los tejidos circundantes. Casi en su mayoría, las infecciones odontogénicas graves se tratan de forma rutinaria, sin embargo, pueden surgir varias complicaciones (24).

La causa principal es la Infección dental: La celulitis facial odontógena generalmente se desarrolla como resultado de una infección dental no tratada, como una caries profunda o una infección en la raíz del diente.

Bacterias involucradas

Los estreptococos son un grupo de bacterias grampositivas que se presentan en forma de cadenas o agrupaciones esféricas. Estas bacterias son ubicuas y se pueden encontrar en diversos ambientes, incluidos el suelo, la piel y las membranas mucosas de humanos y animales. Aunque muchas cepas de estreptococos son inofensivas o incluso beneficiosas, algunas pueden causar enfermedades en los seres humanos (25).

Sintomatología

Los principales síntomas se basan en:

- Inflamación: Evidente hinchazón en la zona facial y cuello.

- Dolor: Presencia de cuadro doloroso en las zonas afectadas
- Enrojecimiento: La dermis se puede enrojecer y cálida al tacto.
- Presencia de cuadro febril: Se puede evidenciar altas temperaturas por la presencia de bacterias.

Complicaciones

Se distinguen diferentes tipos de complicación:

- Difusión de la infección: Si no existe un adecuado tratamiento, el cuadro infeccioso puede extenderse a otras áreas de la cabeza y el cuello.
- Abscesos: Pueden formarse abscesos, que son acumulaciones de pus.
- Complicaciones sistémicas: En casos graves, la infección puede afectar a otros sistemas del cuerpo y causar complicaciones graves.

Tratamiento

El tratamiento de la celulitis facial odontógena involucra abordar tanto la infección bacteriana como la causa subyacente en el diente. A continuación, se clasifican los posibles tratamientos (26):

a) Antibióticos

- Se prescribe un curso de antibióticos para erradicar la infección, los de uso común incluyen penicilina, amoxicilina o clindamicina.
- Es crucial que el tratamiento sea culminado con éxito aun así si los síntomas son mejorados antes de culminar el tratamiento.

b) Drenaje de abscesos

- Si hay abscesos presentes, es posible que se requiera drenaje. Esto se puede hacer mediante la incisión y el drenaje para eliminar el pus acumulado.
- El drenaje ayuda a reducir la presión y acelera la recuperación.

c) Analgesia y antiinflamatorios

- Se pueden administrar analgésicos para el alivio de dolor, y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para disminuir la inflamación.
- Estos medicamentos pueden ser útiles para mejorar el confort del paciente durante el tratamiento.

3.2. Rotación en Ginecología y Obstetricia

3.2.1 Caso 1: Fase activa de labor de parto

La FALP comienza en varios grados de dilatación, cuando la velocidad de dilatación pasa de la pendiente relativamente plana de la fase latente a una pendiente más rápida. Ninguna manifestación diagnóstica delimita su aparición, aparte de la aceleración de la dilatación. Termina con una aparente ralentización de la dilatación, una fase de desaceleración, que suele ser de corta duración y con frecuencia pasa desapercibida. Se pueden detectar varios patrones de trabajo de parto aberrantes durante la fase activa, incluida la dilatación prolongada, la detención de la dilatación, la fase de desaceleración prolongada y la falla del descenso (27).

Existe evidencia convincente de que la duración de las fases latente y activa del trabajo de parto son clínicamente relevantes y, por lo tanto, requieren enfoques consistentes para la medición. Una fase latente prolongada del trabajo de parto está asociado con un riesgo de incremento de oxitocina del trabajo de parto, cesárea, tinción de meconio en el líquido amniótico, puntaje de Apgar de 5 minutos inferior a 7, necesidad de reanimación del recién nacido (28) (29).

Las mujeres que ingresan en las salas de parto en la FALP tienen un mayor riesgo de intervención obstétrica, incluida la monitorización fetal electrónica, la analgesia epidural, la oxitocina y la cesárea (30).

El inicio de la FALP se ha definido como el momento de la primera evaluación clínica en el trabajo de parto en el hospital, o alternativamente el comienzo de fuertes contracciones dolorosas regulares (31). Del mismo modo, existe inconsistencia en las definiciones de la transición de la fase latente a la activa. Este importante indicador del progreso del trabajo de parto se ha caracterizado de manera variable por coincidir con el inicio de las contracciones regulares, comenzando en el momento en que la mujer fue admitida en la sala de parto, cuando busca atención

profesional, o el momento en que se le da su consentimiento para participar en un ensayo controlado aleatorizado (32).

Friedman definió originalmente el inicio de la FALP como el punto en el tiempo en el que la tasa de cambio de la dilatación cervical aumenta significativamente (33). En la práctica, muchos médicos consideran la dilatación cervical de 3 o 4 cm como el comienzo de la FALP, incluido la partograma de la OMS, que se basa en el principio de que la FALP inicia a los 3 cm de dilatación cervical y que durante el trabajo de parto activo la tasa de dilatación cervical no debe ser inferior a 1 cm/h (34) (35).

3.2.2 Caso 2: Aborto séptico

El aborto séptico (A.S) está referido a cualquier tipología de aborto ya sea espontaneo o inducido, el cual se presenta ante una complicación a raíz de una infección grave en la zona del útero, incluyendo endometritis y parametritis. El A.S se usa comúnmente para referirse a embarazos que ocurren antes de las 20 semanas de gestación, mientras que las infecciones intraamnióticas son comunes después de las 20 semanas de gestación (36)

Desde un punto de visto fisiopatológico el A.S es un resultado común del aborto séptico, que es causado por la infección de la placenta, específicamente del espacio vellosa materno. La sintomatología pueden variar de leves a graves. Los microbios involucrados suelen ser bacterias vaginales comunes, incluidos los anaerobios, pero ocasionalmente las bacterias que producen toxinas causan infecciones potencialmente muy graves y letales (37).

Características clínicas

El aborto séptico puede ocurrir después de un aborto inducido y espontáneo (es decir, pérdida del embarazo o aborto espontáneo):

- Pérdida del embarazo: las personas en varios estados de pérdida del embarazo pueden desarrollar una infección intrauterina. Estos incluyen aquellos con un embarazo intrauterino desmitido, un embarazo parcialmente descuidado (es decir, un aborto incompleto) o la pérdida completa del embarazo con un útero infectado, a

menudo relacionado con productos retenidos de la concepción. Es posible que las personas con complicaciones de la pérdida temprana del embarazo no sepan que están embarazadas o que han estado embarazadas recientemente (38).

- Interrupción del embarazo: La infección intrauterina es una complicación potencial tanto de la medicación como de la interrupción quirúrgica del embarazo. La infección puede estar asociada con productos retenidos de la concepción. Para reducir el riesgo de infección, las personas que se someten a un aborto quirúrgico con aspiración uterina reciben una dosis de antibióticos preoperatorios; Las tasas de infección están por debajo del 1 por ciento con este enfoque

Sintomatología

- Signos y síntomas comunes: suelen incluir dolor pélvico y/o abdominal, sensibilidad uterina, flujo vaginal purulento, sangrado vaginal y/o fiebre (39). El sangrado vaginal puede ser reciente o activo, dependiendo de si el embarazo ya ha pasado.
- Infección grave y sepsis: como su nombre lo indica, las personas con infección uterina pueden progresar a una infección grave que desencadena una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por la respuesta del huésped a la infección. Los marcadores de infección grave pueden incluir fiebre ($>38,0$ °C) o hipotermia, taquipnea, taquicardia y leucocitosis o leucopenia. El dolor y/o la sensibilidad fuera de proporción con los hallazgos del examen físico pueden indicar una infección necrosante.

Tratamiento

- El considerado como más crítico hace referencia a la pronta extirpación del tejido infectado.
- Como tratamiento secundario se tiene la prescripción de antibióticos y líquidos.
- Legrado temprano para extirpar el tejido infectado y desvitalizado, incluso ante los tonos cardíacos fetales continuos.

3.3. Rotación en Cirugía General

3.3.1 Caso 1: Colecistitis aguda

La colecistitis aguda (CA) es un proceso inflamatorio de la vesícula biliar originada, principalmente, por la presencia cálculos biliares que generan obstrucción en la zona o en el conducto cístico. Sus principales diferenciadores respecto al diagnóstico de enteritis bacteriana son: 1) obstrucción de los órganos lumbinales y alteración de la circulación, 2) necrosis del tejido en las paredes de los órganos lumbinales e infección bacteriana secundaria, y 3) El contenido de los órganos lumbinales se vuelve supurativo debido a sustancias químicas irritación y bacterias (40).

Patología

La congestión y el edema son sintomatologías que están presente los primeros 2 a 4 días, también denominada colecistitis edematosa. En un periodo posterior, se desencadena la colecistitis necrotizante, de los 3 a 5 días. Finalmente, el trastorno atraviesa su fase purulenta, denominada también como colecistitis supurativa en un periodo de 7 a 10 días (41).

La fase aguda de la colecistitis dura alrededor de 1 semana a 10 días. Luego, 2-3 semanas después, el nido purulento se reemplaza con tejido de granulación y progresa a colecistitis subaguda, que finalmente se convierte en colecistitis crónica. A continuación, se describe brevemente la progresión de la enfermedad en cada fase (42):

a) Fase congestiva y edema

Se trata de una fase de trastorno circulatorio que alcanza su punto máximo entre 2 y 4 días después de su aparición (Anexo 2A). Cuando un cálculo biliar impacta en el cuello de la vesícula biliar o en el conducto cístico, obstruye el conducto cístico, los vasos sanguíneos de la pared de la vesícula biliar alrededor del cuello son presionados por el cálculo obstructivo, causando trastornos circulatorios. Como resultado, la pared se congestiona y se vuelve edematosa, llenando la vesícula biliar con derrame.

b) Fase hemorrágica y necrosis

Cuando el trastorno circulatorio alcanza su punto máximo y se produce estasis sanguínea, se produce necrosis tisular y hemorragia (Anexo 2B). Esta etapa ocurre de 3 a 5 días después del inicio de la enfermedad, y también se encuentra perforación de la vesícula biliar con peritonitis biliar. Con la progresión de la enfermedad después de la etapa de edema congestivo, la acumulación de exudado inflamatorio en la luz de la vesícula biliar provoca un aumento de la presión interna y comprime la pared de la vesícula biliar. Esto provoca la oclusión de las arteriolas (histológicamente, se observa trombosis/oclusión de las arteriolas) y, finalmente, se produce necrosis del tejido de la pared.

c) Fase purulenta

En esta fase, se produce la infiltración leucocitaria en el tejido necrótico y comienza la supuración (ANEXO 2C). El pus también se acumula en la luz y se forma un absceso en la pared. Esta fase purulenta comienza unos 5 días después de la aparición de la enfermedad y termina alrededor de las 2 a 3 semanas. En esta fase, la recuperación de la inflamación es vigorosa, las vesículas biliares dilatadas tienden a contraerse y las paredes se vuelven hipertróficas debido a la fibrosis inflamatoria.

Complicaciones

La CA no es una enfermedad grave mientras la inflamación permanezca en la vesícula biliar, pero se vuelve grave una vez que se produce la perforación. Así como se mencionan líneas anteriores, la necrosis tisular o perforación de la pared por obstrucción como órganos lumbinales y trastornos circulatorios secundarios son característicos de esta enfermedad (43). Las complicaciones de la colecistitis aguda se pueden dividir en los siguientes tipos:

- a) Perforación en la cavidad peritoneal libre;
- b) Perforación subaguda con formación de un absceso pericolecístico amurallado;

- c) Fístula biliar interna (perforación crónica con conexión fistulosa entre la vesícula biliar y otras vísceras).

Tratamiento

El tratamiento quirúrgico para la CA se puede dividir en colecistectomía de emergencia (temprana) y colecistectomía electiva (tardía). El riesgo quirúrgico de la colecistectomía en sí es relativamente bajo, pero la preferencia de tratamiento varía según la institución y se debe elegir el método más seguro para cada caso individual. Para los pacientes de bajo riesgo, la cirugía temprana es ideal. La cirugía se puede realizar de forma segura dentro de las 48-72 horas posteriores al inicio de la enfermedad, durante la fase temprana (congestiva/edematosa) de la colecistitis aguda (44).

El riesgo de la cirugía está determinado por la extensión de la invasión quirúrgica y el estado general del paciente. Para los pacientes con un alto riesgo de cirugía e inflamación grave de la vesícula biliar, el drenaje de la vesícula biliar se utiliza como un tratamiento temporal para salvar la vida, luego, después de mejorar el estado del paciente, se debe realizar una cirugía electiva (45). Al igual que la cirugía temprana, el drenaje de la vesícula biliar también puede prevenir complicaciones graves de la colecistitis aguda (ver tabla en Anexo 3)

3.2.2 Caso 2: Hernia umbilical

Las hernias umbilicales del adulto tienen un origen adquirido como consecuencia del aumento de la presión (embarazo, ascitis, etc.), el tirón de los músculos abdominales y el deterioro del tejido conectivo. Se debe prestar atención al desarrollo de hernias umbilicales después de la inserción laparoscópica del trocar (46). Todos los sitios de trocates de más de 10 mm deben cerrarse correctamente después de la operación

La hernia umbilical es una protrusión de tejido o de parte de un órgano a través de la abertura en la pared abdominal cerca del ombligo, conocida como el anillo umbilical. Esta condición es bastante común y generalmente no causa dolor, pero en algunos casos puede requerir tratamiento médico.

Factores asociados al diagnóstico

- Debilidad muscular: La hernia umbilical ocurre cuando hay una debilidad en la capa muscular de la pared abdominal, permitiendo que parte del contenido abdominal sobresalga a través del anillo umbilical.
- Aumento de presión abdominal: Factores que aumentan la presión abdominal, como el embarazo, la obesidad, el levantamiento de objetos pesados y la tos crónica, pueden contribuir al desarrollo de una hernia umbilical

Diagnóstico

- Examen Físico: El médico puede diagnosticar una hernia umbilical mediante un examen físico, observando la protuberancia en la zona del ombligo.
- Ultrasonido o Tomografía Computarizada (TC): Estos estudios de imagen pueden realizarse para confirmar el diagnóstico y evaluar el tamaño y la extensión de la hernia.

Tratamiento

- Observación: En algunos casos, especialmente si la hernia es pequeña y no causa molestias, el médico puede optar por simplemente observarla.
- Tratamiento Conservador: Si la hernia es pequeña y no causa problemas significativos, el tratamiento puede incluir medidas para controlar los síntomas y evitar factores que aumenten la presión abdominal.
- Cirugía: Si la hernia es grande, dolorosa o no responde a las medidas conservadoras, se puede recomendar la reparación quirúrgica. La cirugía generalmente implica cerrar la abertura en la pared abdominal y, en algunos casos, reforzar la zona con una malla.

3.4. Rotación en Pediatría

3.4.1 Caso 1: Impactación fecal

Conocido también como retención fecal (RF) y es una afección médica común y potencialmente grave que ocurre en todos los grupos de edad. Los niños, los pacientes incapacitados y los ancianos institucionalizados se consideran las poblaciones de mayor riesgo. La RF generalmente ocurre en el contexto de estreñimiento crónico o severo, anomalías anorrectales anatómicas y trastornos gastrointestinales neurogénicos o funcionales (47).

La RF es un trastorno prevenible, y el reconocimiento temprano es importante, ya que se asocia con un aumento de la morbilidad, la mortalidad y altos costos de atención médica. Es imprescindible la evaluación con una anamnesis y un examen físico cuidadosos, junto con imágenes radiológicas, como una serie abdominal aguda o una tomografía computarizada (48).

Fisiopatología

La IF origina un incremento de la presión intraluminal de la zona del colon, por lo que se producen fenómenos isquémicos que pueden derivar en úlceras y perforación del colon (49). la dilatación prolongada del colon puede provocar la formación de megacolon y un aumento de las secreciones en este nivel del colon, lo que puede provocar incontinencia anal y diarrea en estos individuos, así como una disminución del tono del esfínter en los ancianos. (50). La IF causa obstrucción mecánica del colon y también puede comprimir nervios, vasos sanguíneos o estructuras de órganos parenquimatosos debido al efecto de masa. (51).

Clasificación y etiología

La IF en niños se clasifica en dos grandes grupos: funcional y orgánica. El grupo más numeroso está formado por la IF funcional, que a su vez se clasifica en IF funcional retentiva (IFFR) y funcional no retentiva (IFFNR) según los criterios de Roma IV (52). La mayoría de las FRFI se deben al estreñimiento funcional, mientras que la IFFR es un diagnóstico clínico basado en la historia clínica y el examen físico (53).

Diagnóstico

- Historia Clínica: El médico revisará la historia médica y los síntomas del niño.
- Examen Físico: Se realizará un examen físico, que puede incluir la palpación del abdomen y el recto para detectar la presencia de heces endurecidas.
- Radiografía: Una radiografía abdominal puede confirmar la presencia de heces impactadas y evaluar la extensión del problema.

Tratamiento

a) Medidas higiénico-dietéticas

Se debe fomentar una dieta bien balanceada, que incluya frutas, verduras y mucha agua, y se deben limitar los alimentos estreñidos como el queso y el arroz blanco. Se debe prestar atención a los componentes de los alimentos que conducen a la urgencia fecal o diarrea (54).

En niños y adolescentes, la lactulosa y los oligosacáridos se utilizan para tratar el estreñimiento, pero se sabe que tienen efectos negativos sobre la FI. La fibra dietética puede promover el peristaltismo intestinal, ablandar las heces y reducir la aparición de estreñimiento; deben administrarse individualmente según el tipo de IF. La edad más 5 g (p. ej., 8 g/d a los 3 años, 15 g/d a los 10 años y 25 g/d a los 20 años) es la fórmula utilizada para determinar la ingesta diaria mínima de fibra (g/día) para niños y adolescentes de 3 a 20 años (55).

b) Tratamiento farmacológico

Los laxantes se han considerado apropiados porque eliminan la impactación fecal en el colon y el recto (56). Por otro lado, la glicerina(e)/glicerol y el bisacodilo son los supositorios más utilizados, siendo el primero lo suficientemente suave como para ser utilizado en bebés, pero a menudo ineficaz en niños mayores con disfunción intestinal neurogénica. Este último es un laxante estimulante que tiene aceite vegetal hidrogenado o polietilenglicol (PEG) como base. Se ha demostrado que el polietilenglicol es eficaz tanto en la

desimpactación como en la prevención de la acumulación de heces (57).

3.4.2 Caso: Infección de tracto urinario

La infección del tracto urinario (ITU) puede definirse como una afección en la que las bacterias se establecen y se multiplican dentro del tracto urinario. El diagnóstico requiere la demostración de bacteriuria. Las excepciones a esto incluyen pacientes con absceso piógeno de tejido renal o perinéfrico, piodiosis obstruida o prostatitis bacteriana en quienes la orina puede ser estéril (58).

Según el enfoque clínico, las ITU se clasifican como no complicadas o complicadas. Las ITU no complicadas en individuos sanos no suele presentar anomalías estructurales o neurológicas, lo que provoca infecciones urinarias simples; se dividen en infecciones urinarias inferiores (cistitis) e infecciones urinarias superiores (pielonefritis).

Las ITU complicadas se refieren a infecciones que están relacionadas con alteraciones en los mecanismos de defensa del sistema urinario, incluido el estancamiento de la orina, enfermedades neurológicas, inmunosupresión, insuficiencia renal, trasplante de riñón, embarazo o la presencia de una sustancia extraña.

El agente causal más común de las infecciones urinarias complicadas y no complicadas es la *Escherichia coli* uropatógena (ECUP). En cuanto a los agentes implicados en las infecciones urinarias no complicadas, a la ECUP le siguen en prevalencia *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus* del grupo B (GBS), *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* y *Candida spp* (59)(60). En el caso de las infecciones urinarias complicadas, el orden de prevalencia de los agentes causales, después de la UPEC como el más común, es *Enterococcus spp.*, *K. pneumoniae*, *Candida spp.*, *S. aureus*, *P. mirabilis*, *P. aeruginosa* y GBS (61) (62).

Diagnóstico de la ITU

- Antecedentes y examen físico: Se deben determinar los antecedentes de estreñimiento, infecciones urinarias en hermanos o padres, infecciones recientes o tratamiento con antibióticos. Los signos relevantes en el examen abdominal incluyen distensión, presencia de una masa o heces palpables, dolor a la palpación en el flanco o suprapúbico y/o vejiga palpable, particularmente después de orinar (63).
- Análisis de orina: La prueba de esterasa leucocitaria en la tira reactiva de orina es la prueba de detección más ampliamente disponible. Por lo general, los resultados se informan de forma semicuantitativa (negativo, traza, 1+, 2+ y 3+) (64).
- Urocultivo: La guía de la Academia Americana de Pediatría (AAP) de 2011 define la infección urinaria por la presencia de al menos 50 000 UFC/ml de un uropatógeno en una muestra obtenida por cateterismo vesical en un niño con un resultado positivo en una prueba de esterasa leucocitaria o con glóbulos blancos en la orina al microscopio (es decir, piuria) (65).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Una de las últimas etapas en la carrera de medicina es el proceso de internado, el cual resulta ser gratificante y beneficioso para la formación académica del estudiante. Antes de iniciar el internado, el Hospital María Auxiliadora, ubicado en Lima, fue responsable de brindar capacitaciones y programas orientadores enfocados en todos los procesos internos del establecimiento para que el interno logre familiarizarse y entender íntegramente como es el manejo interno. En tal sentido, el propósito del establecimiento sanitario y de los internos se enfoca, principalmente, en cuidar la integridad del paciente y sus familiares brindándoles una atención con altos estándares de calidad.

La etapa de rotación en el internado consta de la participación en las cuatro principales especialidades: cirugía, medicina interna, pediatría y gineco – obstetricia. En cada una de las rotaciones se brindó atención en hospitalización y emergencia, en las cuales era imprescindible que el interno complete las historias clínicas e informe el estado progresivo o evolutivo de cada paciente atendido y la efectividad del tratamiento, siempre supervisado del médico responsable o residente.

El rol que cumple el interno en los establecimientos sanitarios se vuelve fundamental, puesto que ponen en práctica todos los aspectos teóricos aprendidos y adquiridos durante su etapa como estudiantes; asimismo, complementan esto mediante la práctica clínica que implica la importancia de la atención al paciente, la gestión interna y el desarrollo de diferentes habilidades para poder formarse como un médico. Con respecto a lo último en mención, el proceso de internado no solo está enfocado en potenciar los conocimientos clínicos o de especialidad, sino también se fomenta el aprendizaje en criterios como responsabilidad, puntualidad, trabajo en equipo y los demás valores personales de acuerdo al progreso en el internado y los requerimientos para cada caso específico.

Por último, se puede afirmar que toda la experiencia adquirida ya sea expresada en aciertos o errores, desarrollo de competencias y la integración con futuros colegas, fueron parte de un exitoso proceso de internado, el cual

cumplió con todas las expectativas para la formación de los profesionales médicos que participaron en este ciclo.

CONCLUSIONES

1. Las pasantías o internados en medicina son las experiencias de mayor importancia para los futuros médicos. Bajo la supervisión de especialistas y residentes en formación, se acumulan conocimientos y experiencia durante un período de 12 meses. Esta es la etapa donde se integran los conocimientos adquiridos en los últimos años, la interacción más cerca del paciente en el establecimiento y el desarrollo de los aspectos éticos en la carrera profesional.
2. Las principales conclusiones están referidas en dos aspectos fundamentales: la experiencia asistencial y la experiencia en gestión del desarrollo del internado.
3. El primer aspecto asistencial, se refiere al desarrollo del trabajo y aprendizaje en cada rotación programada; obviamente algunas especialidades son más intensas que otras; la rotación de cirugía y medicina fueron laboriosas en cuanto a guardias, exposiciones y revisión de casos clínicos; por otro lado las rotaciones de ginecobstetricia y pediatría fueron menos exigentes pero igual de intensas en guardias, consulta externa, trabajo en emergencia y hospitalización; considerando que gestantes y niños tienen la mayor tasa rotación de altas hospitalarias; en esta parte, se considera el nivel de integración necesario para que los estudiantes incorporen todos sus conocimientos a la práctica clínica a tiempo y en equipo.
4. En cuanto a la experiencia de gestión administrativa del internado, en general, se ha criticado sobre la exigua remuneración que al final representa un simbolismo económico mensual, aún sin la intervención del estado hacia un salario mínimo, y digno; equipos de bioseguridad (adquiridos por el interno), horarios justos, alimentación para los guardias, seguros de vida y salud, una coordinación académica adecuada y los abusos y malos tratos hacia algunos internos.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los internos de medicina involucrarse de forma constante con cada uno de los pacientes a su cargo y responsabilidad, desarrollar interés académico por el caso, empatía con los familiares y allegados al paciente y que busquen información sobre el estado de salud y condición de su enfermo.
2. A los tutores y docentes coordinadores; se recomienda desarrollar un plan anual de internado en cada sede que corresponda, que incluya estrategias y acciones de trabajo, carga académica y evaluación constante de los internos; que se perciba interés y responsabilidad con este trabajador-estudiante de la salud.
3. A las autoridades del hospital; establecer mecanismos de gestión administrativa para que el interno sea tratado con respeto y dignidad evitando y sancionando actos de hostigamiento y acoso sexual que se origina muchas veces desde el personal asistencial y administrativo.
4. A la universidad; se sugiere no abandonar a su suerte a los internos de medicina que finalmente resultan ser aún sus alumnos que laboran en el sistema de salud y que en el caso de universidades privadas aún mantienen vínculo económico con el pago de las pensiones a la universidad.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Zhao, Y., Musitia, P., Boga, M. *et al.* Tools for measuring medical internship experience: a scoping review. *Hum Resour Health* [Internet] 2021 [consultado 23 dic 2023] **19**, 10). Disponible en <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00554-7>
2. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. [Internet] 2018; [consultado 24 dic 2023] **13** (11). Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30418984/>
3. Smith SE, Tallentire VR, Pope LM, Laidlaw AH, Morrison J. Foundation Year 2 doctors' reasons for leaving UK medicine: an in-depth analysis of decision-making using semistructured interviews. *BMJ Open*. [Internet] 2018 [Consultado 20 dic 2023] **8** (3). Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29500208/>
4. Brennan N, Corrigan O, Allard J, et al. The transition from medical student to junior doctor: today's experiences of tomorrow's doctors. *Med Educ*. [Internet] 2010; [Consultado 20 dic 2023] **44**(5): 449-458. Disponible en doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03604.x
5. Yardley S, Westerman M, Bartlett M, Walton JM, Smith J, Peile E. The do's, don't and don't knows of supporting transition to more independent practice. *Perspect Med Educ*. [Internet] 2018; [Consultado 22 dic 2023] **7**(1): 8-22. Disponible en doi:10.1007/s40037-018-0403-3
6. Carlsson Y, Bergman S, Nilsson A, Liljedahl M. The medical internship as a meaningful transition: A phenomenographic study. *ASME Journal* [Internet] **57** (12) [Consultado 20 dic 2023]. Disponible en <https://asmepublications.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/medu.15146>
7. Lai N, Nalliah S, Jutti RC, Hla Y, Lim VK. The educational environment and self-perceived clinical competence of senior medical students in a Malaysian medical school. *Educ Health (Abingdon)*. 2009;**22**(2):148.

8. BOLETIN ESTADISTICO: HMA EN CIFRAS – AÑO 2020 [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hma.gob.pe/pdf/estadistica/HospMarAuxiCifras2020.pdf>
9. Toouli J, Brooke-Smith M, Bassi C, et al. Guidelines for the management of acute pancreatitis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2002;17 Suppl:S15-S39. doi:10.1046/j.1440-1746.17.s1.2.x
10. Mann DV, Hershman MJ, Hittinger R, Glazer G. Multicentre audit of death from acute pancreatitis. *Br J Surg.* 1994;81(6):890-893. doi:10.1002/bjs.1800810632
11. Corfield AP, Cooper MJ, Williamson RC. Acute pancreatitis: a lethal disease of increasing incidence. *Gut.* 1985;26(7):724-729. doi:10.1136/gut.26.7.724
12. Abu-Zidan FM, Bonham MJ, Windsor JA. Severity of acute pancreatitis: a multivariate analysis of oxidative stress markers and modified Glasgow criteria. *Br J Surg.* 2000;87(8):1019-1023. doi:10.1046/j.1365-2168.2000.01464.x
13. Saeed SA. Acute pancreatitis in children: Updates in epidemiology, diagnosis and management. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2020;50(8):100839. doi:10.1016/j.cppeds.2020.100839
14. Dervenis C, Johnson CD, Bassi C, et al. Diagnosis, objective assessment of severity, and management of acute pancreatitis. Santorini consensus conference. *Int J Pancreatol.* 1999;25(3):195-210. doi:10.1007/BF02925968
15. Blamey SL, Imrie CW, O'Neill J, Gilmour WH, Carter DC. Prognostic factors in acute pancreatitis. *Gut.* 1984;25(12):1340-1346. doi:10.1136/gut.25.12.1340
16. Paredes Cotore JP, Bustamante Montalvo M, Fernandez Rodriguez E, Valeiras Dominguez E, Potel Lesquereux J. [Prognosis of acute pancreatitis: Ranson or APACHE II?] *Rev Esp Enferm Dig* 1995; 87: 121–126.
17. Tran DD, Cuesta MA. Evaluation of severity in patients with acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 604–608.
18. Mayer AD, McMahon MJ, Corfield AP, Cooper MJ, Williamson RC, Dickson AP et al. Controlled clinical trial of peritoneal lavage for the

- treatment of severe acute pancreatitis. *N Engl J Med* 1985; 312: 399–404.
19. Viedma JA, Perez-Mateo M, Dominguez JE, Carballo F. Role of interleukin-6 in acute pancreatitis. Comparison with C-reactive protein and phospholipase A. *Gut* 1992; 33: 1264–1267
 20. Uhl W, Buchler M, Malfertheiner P, Martini M, Beger HG. PMN-elastase in comparison with CRP, antiproteases, and LDH as indicators of necrosis in human acute pancreatitis. *Pancreas* 1991; 6: 253–259.
 21. Balthazar EJ. CT diagnosis and staging of acute pancreatitis. *Radiol Clin North Am.* 1989;27(1):19-37.
 22. Simchuk EJ, Traverso LW, Nukui Y, Kozarek RA. Computed tomography severity index is a predictor of outcomes for severe pancreatitis. *Am J Surg.* 2000;179(5):352-355. doi:10.1016/s0002-9610(00)00375-5
 23. Balthazar EJ, Robinson DL, Megibow AJ, Ranson JH. Acute pancreatitis: value of CT in establishing prognosis. *Radiology.* 1990;174(2):331-336. doi:10.1148/radiology.174.2.2296641
 24. Neal TW, Schlieve T. Complications of Severe Odontogenic Infections: A Review. *Biology.* 2022; 11(12):1784. <https://doi.org/10.3390/biology11121784>
 25. Burgos-Larraín, L.F.; Vázquez-Portela, Á.; Cobo-Vázquez, C.M.; Sáez-Alcaide, L.M.; Sánchez-Labrador, L.; Meniz-García, C. Complicaciones cerebrales de las infecciones odontogénicas: una revisión sistemática. *J. Estomat. Maxilofac oral. Surg.* 2022, 123, E794–E800
 26. Kim, H.I.; Park, S. Sepsis: Reconocimiento temprano y tratamiento optimizado. *Tubérculo. Respira. Dis.* 2019, 82, 6–14.
 27. Friedman EA, Cohen WR. The active phase of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2023;228(5S):S1037-S1049. doi:10.1016/j.ajog.2021.12.269
 28. Chelmow D, Kilpatrick SJ, Laros Jr RK. Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase. *Obstet Gynecol.* 1993;81(4):486–91.
 29. Maghoma J, Buchmann EJ. Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labour. *J Obstet Gynaecol.* 2002;22(1):16–9.

30. Klein MC, Kelly A, Kaczorowski J, Grzybowski S. The effect of family physician timing of maternal admission on procedures in labour and maternal and infant morbidity. *J Obstet Gynecol Can.* 2004;26(7):641–5.
31. Holmes P, Oppenheimer LW, Wen SW. The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. *BJOG.* 2001;108(11):1120–4.
32. Greulich B, Tarrant B. The latent phase of labor: diagnosis and management. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52(3):190–8.
33. Friedman E. *Labor: Clinical Evaluation and Management.* New York: Appleton-Century Crofts; 1978. Return to ref 15 in article
34. World Health Organization. Division of Family Health. Maternal Health and Safe Motherhood Programme Preventing prolonged labor: A practical guide. The partograph Part I: Principles and Strategy. World Health Organization. 1994. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58903/1/WHO_FHE_MSM_93_8.pdf
35. American College of O, Gynecology Committee on Practice B-O. ACOG Practice Bulletin Number 49, December 2003: Dystocia and augmentation of labor. *Obstet Gynecol.* 2003;102(6):1445–54
36. Prager S, Micks E, Dalton V. Aborto séptico: presentación clínica y manejo. UpToDate [Internet] 2023 [Consultado 20 dic 2023]. Disponible en <https://medilib.ir/uptodate/show/130878#rid12>
37. Eschenbach, David A. MD. Treating Spontaneous and Induced Septic Abortions. *Obstetrics & Gynecology* 125(5):p 1042-1048, May 2015. | DOI: 10.1097/AOG.0000000000000795
38. Mouri M, Hall H, Rupp TJ. Threatened Abortion. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; September 5, 2022.
39. Stubblefield PG, Grimes DA. Septic abortion. *N Engl J Med.* 1994;331(5):310-314. doi:10.1056/NEJM199408043310507
40. Adachi T, Eguchi S, Muto Y. Pathophysiology and pathology of acute cholecystitis: A secondary publication of the Japanese version from 1992. *Journ of Hepat Biliar Pancreat Sci* [Internet] 2022 [consultado 22

- dic 2023]. Disponible en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jhbp.912>
41. Ferreres A. Pathophysiology and Diagnosis of Acute Calculous Cholecystitis. Difficult Acute Cholecystitis [Internet] 2021 [Consultado 20 dic 2023]. Disponible en https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-62102-5_2
42. Vagholkar K. Acute cholecystitis: Severity assessment and Management. Int Journ Surg Sci [Internet] 2020 [Consultado 18 dic 2023]. 4(2): 299 - 302. Disponible en https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/63500146/Acute_Cholecystitis20200602-33943-5cqifm-libre.pdf?1591083601=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAcute_cholecystitis_Severity_assessment.pdf&Expires=1705515534&Signature=EbtkOf3jc2ZSPywJifd9K
43. Pines B, Rabinovitch J. Perforation of the gallbladder in acute cholecystitis. Ann Surg. 1954; 140(2): 170–9.
44. Giles AE, Godzisz S, Nenshi R, et al. Diagnosis and management of acute cholecystitis: a single-centre audit of guideline adherence and patient outcomes. Can J Surg. 2020;63(3):E241-E249. Published 2020 May 8. doi:10.1503/cjs.002719
45. Joseph B, Jehan F, Dacey M, et al. Evaluating the Relevance of the 2013 Tokyo Guidelines for the Diagnosis and Management of Cholecystitis [published correction appears in J Am Coll Surg. 2018 Dec;227(6):633-634]. J Am Coll Surg. 2018;227(1):38-43.e1. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2018.02.016
46. Velasco M, García M, Hidalgo M, Carnero F. Current concepts on adult umbilical hernia. Hernia [Internet] 1999 [Consultado 18 dic 2023]. Disponible en <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01194437>
47. Hussain Z, Whitehead D, Lacy B. Fecal Impaction. Current Gastroent Repor [Internet] 2014 [Consultado 20 dic 2023]. 16 (404). Disponible en <https://link.springer.com/article/10.1007/s11894-014-0404-2>
48. Zhao W, Ke M. Report of an unusual case with severe fecal impaction responding to medication therapy. J Neurogastroenterol Motil. 2010;16(2):199-202. doi:10.5056/jnm.2010.16.2.199

49. GRINVALSKY HT, BOWERMAN CI. Stercoraceous ulcers of the colon: relatively neglected medical and surgical problem. *J Am Med Assoc.* 1959;171:1941-1946. doi:10.1001/jama.1959.03010320031008
50. Muller-Lissner S. General geriatrics and gastroenterology: constipation and faecal incontinence.". *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2002;16(1):115–33
51. Yucel AF, Akdogan RA, Gucer H. A Giant Abdominal mass: fecaloma. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012 Feb;10(2):e9-e10. doi: 10.1016/j.cgh.2011.06.030.
52. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, et al. Functional disorders: children and adolescents. *Gastroenterology* 2016; 150:1456–1468.
53. Timmerman MEW, Trzpis M, Broens PMA. The problem of defecation disorders in children is underestimated and easily goes unrecognized: a cross-sectional study. *Eur J Pediatr.* 2019;178(1):33-39. doi:10.1007/s00431-018-3243-6
54. Williams CL, Dwyer J, Agostoni C, Hillemeier C, Kimm SYS, Kwiterovich SYS Jr, et al. A summary of conference recommendations on dietary fiber in childhood. Conference on Dietary Fiber in Childhood, New York, May 24, 1994. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics.* (1995) 96(5 Pt 2):1023–8. doi: 10.1542/peds.96.5.1023
55. Piccoli de Mello P, Eifer DA, Daniel de Mello E. Use of fibers in childhood constipation treatment: systematic review with meta-analysis. *J Pediatr (Rio J).* (2018) 94(5):460–70. doi: 10.1016/j.jpmed.2017.10.014
56. Bardsley A. Assessment and treatment options for patients with constipation. *Br J Nurs.* (2017) 26(6):312–8. doi: 10.12968/bjon.2017.26.6.312
57. Rajindrajith S, Devanarayana NM, Benninga MA. Review article: faecal incontinence in children: epidemiology, pathophysiology, clinical evaluation and management. *Aliment Pharmacol Ther.* (2013) 37(1):37–48. doi: 10.1111/apt.12103
58. Najjar, M. S.; Saldanha, C. L.1,2; Banday, K. A.. Approach to urinary tract infections. *Indian Journal of Nephrology* 19(4):p 129-139, October 2009. | DOI: 10.4103/0971-4065.59333

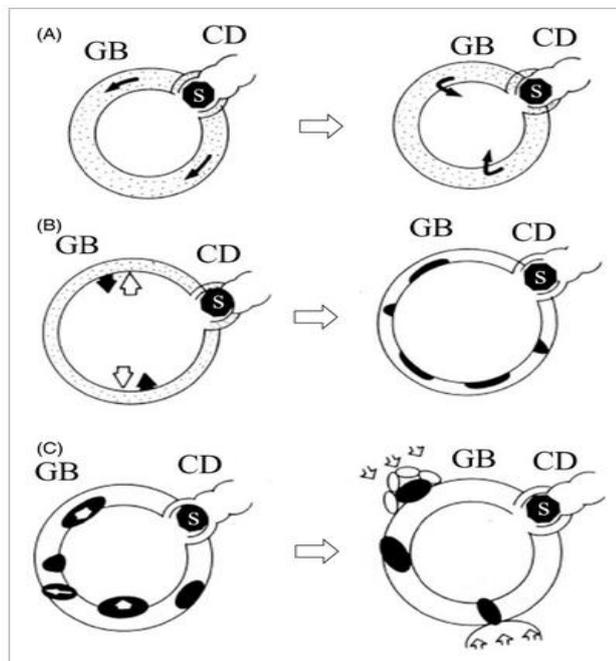
59. Kline KA, Schwartz DJ, Lewis WG, Hultgren SJ, Lewis AL. Immune activation and suppression by group B streptococcus in a murine model of urinary tract infection. *Infect Immun*. 2011;79(9):3588-3595. doi:10.1128/IAI.00122-11
60. Foxman B. Urinary tract infection syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors, and disease burden. *Infect Dis Clin North Am*. 2014;28(1):1-13. doi:10.1016/j.idc.2013.09.003
61. Chen YH, Ko WC, Hsueh PR. Emerging resistance problems and future perspectives in pharmacotherapy for complicated urinary tract infections. *Expert Opin Pharmacother*. 2013;14(5):587-596. doi:10.1517/14656566.2013.778827
62. Levison ME, Kaye D. Treatment of complicated urinary tract infections with an emphasis on drug-resistant gram-negative uropathogens. *Curr Infect Dis Rep*. 2013;15(2):109-115. doi:10.1007/s11908-013-0315-7
63. Shaikh N, Morone NE, Lopez J, et al. Does this child have a urinary tract infection?. *JAMA*. 2007;298(24):2895-2904. doi:10.1001/jama.298.24.2895
64. Williams GJ, Macaskill P, Chan SF, Turner RM, Hodson E, Craig JC. Absolute and relative accuracy of rapid urine tests for urinary tract infection in children: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2010;10(4):240-250. doi:10.1016/S1473-3099(10)70031-1
65. Subcommittee on Urinary Tract Infection, Steering Committee on Quality Improvement and Management, Roberts KB. Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. *Pediatrics*. 2011;128(3):595-610. doi:10.1542/peds.2011-133

ANEXOS

ANEXO 1. Sistema de clasificación de Balthazar para la pancreatitis aguda

GRADO	Apariencia de la tomografía computarizada
A	Normal
B	Agrandamiento de las glándulas, pequeña acumulación de líquido pancreático.
C	Cualquiera de las anteriores + inflamación pancreática + <30% necrosis pancreática
D	Cualquiera de los anteriores + recolección única de líquido extrapancreático + 30-50% de necrosis pancreática
E	Cualquiera de los anteriores + extensa colección de líquido extrapancreático, absceso pancreático + >50% necrosis pancreática

ANEXO 2. Esquema de la transición de fase en la colecistitis aguda



Nota: (A) Fase congestiva y edematosa. (B) Fase hemorrágica y necrosis. (C) Fase purulenta

Anexo 3. Patogenia y patología de la colecistitis aguda

Días de enfermedad	2 – 4	3 – 5	7 – 10
Fase	Congestiva y edematosa (colecistitis edematosa)	Hemorrágica y necrosis (colecistitis necrotizante)	purulenta (colecistitis supurativa)
Complicación		perforación de la vesícula biliar	absceso perivesical biliar, fístula biliar
Tratamiento	cirugía urgente, drenaje	Cirugía urgente	drenaje de abscesos