



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO DURANTE ÉPOCA  
DE PANDEMIA EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL EN EL AÑO  
2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**JOSE LUIS GARCIA FALCON**

**ASESORA**

**DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO**

**LIMA, PERÚ**

**2021**



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO DURANTE ÉPOCA  
DE PANDEMIA EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL EN EL AÑO  
2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
JOSE LUIS GARCIA FALCON**

**ASESORA  
DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** M.E. Emma Mercedes Huamaní De la Cruz

**Miembro:** M.E. Luis Alfonso Gutiérrez Shack

**Miembro:** M.E. Jeffrey Tovar Roca

## DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico primero a Dios, por siempre guiar mi camino.

A mis padres por el amor brindado, esfuerzo realizado y apoyo constante, por su ejemplo de ser siempre disciplinado, por ser perseverante y por inculcarme los mejores valores.

A mi hermano por ser mi soporte, por siempre confiar en mí, por cuidarme y estar siempre a mi lado.

A mi abuela. por ser el motor y motivo para seguir este camino, por siempre cuidarme y por enseñarme a no rendirme.

A mis amistades por la confianza depositada y el apoyo brindado a lo largo de todos estos años.

A mi mascota por todas las largas noches que me acompañó, por siempre ser la que se desvela a mi lado.

## **AGRADECIMIENTO**

Al Centro Médico Naval por abrirme sus puertas y haber concluido mi año académico como interno de medicina.

A mis docentes de cada especialidad por haber guiado mi formación académica y ética.

A todo el personal que conocí en aquel maravilloso hospital, por depositar toda su experiencia, conocimientos y confianza en mi persona.

Muy agradecido con todos ellos.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimiento</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vii
<b>Abstract</b>	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	ix
<b>CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
1.1 Medicina Interna	2
1.2 Ginecología y Obstetricia	6
1.3 Cirugía General	11
1.4 Pediatría	15
<b>CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA</b>	19
<b>CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	22
3.1 Medicina Interna	22
3.2 Ginecología y Obstetricia	25
3.3 Cirugía General	28
3.4 Pediatría	31
<b>CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	34
<b>CONCLUSIONES</b>	38
<b>RECOMENDACIONES</b>	39
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	41
<b>ANEXOS</b>	47
1. Manejo de celulitis no purulenta en adultos	48
2. Evaluación diagnóstica de gestante o puerpera con presión arterial	

elevada	49
3. Criterios de Tokio	50
4. Criterios de Severidad	51
5. Algoritmo para diagnóstico y tratamiento en adultos con sospecha de apendicitis aguda	52
6. Directrices de la OMS para la evaluación de la deshidratación	53



## RESUMEN

El desarrollo del internado médico en época de pandemia por el COVID-19 implicó la implementación de nuevos protocolos para mantener la calidad de educación y formación que requiere un estudiante de séptimo año. La labor se realizó con el mayor cuidado posible dentro de las limitantes que se presentaron. Es importante la información transmitida y las habilidades adquiridas en este periodo para poder enfrentar de manera eficaz las futuras situaciones que se presentarán a lo largo de la vida profesional del médico.

**Objetivo:** Describir la experiencia del internado médico en un hospital de III nivel: las habilidades desarrolladas, las adversidades que se presentaron y el manejo de patologías comunes que se diagnosticaron y trataron.

**Metodología:** Recopilación de información según experiencias de manejo de casos, artículos científicos y medicina basada en evidencia.

**Conclusiones:** El internado médico en época de pandemia forjó el desarrollo de nuevas habilidades para superar las dificultades que se presentaron para una correcta formación profesional del interno de medicina. Se adquirió competencias para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar las diversas patologías que un médico enfrentará a lo largo de su carrera.

**Palabras claves:** COVID-19, Centro Médico Naval, internado médico.

## ABSTRACT

The development of the medical internship in times of the COVID-19 pandemic implied the implementation of new protocols to maintain the quality of education and training required by a seventh-year student. The work was carried out with the greatest possible care within the limitations that were presented. The information transmitted and the skills acquired in this period are important to be able to deal effectively with future situations that will arise throughout the professional life of the doctor.

**Objective:** To describe the experience of the medical internship in a level III hospital: the skills developed, the adversities that arose and the management of common pathologies that were diagnosed and treated.

**Methodology:** Compilation of information according to case management experiences, scientific articles and evidence-based medicine.

**Conclusions:** The medical internship in times of pandemic forged the development of new skills to overcome the difficulties that arose for a correct professional training of the medical intern. Competences were acquired to prevent, diagnose, treat and rehabilitate the various pathologies that a doctor will face throughout his career.

**Keywords:** COVID-19, Naval Medical Center, medical internship.

## INTRODUCCIÓN

El internado médico es el equivalente a las prácticas pre-profesionales que se realiza en la carrera de medicina humana antes de egresar. Se realiza en el 7mo año de la carrera y que en su normalidad consistía en asistir todos los días al establecimiento de salud al cual adjudicó para desempeñar una labor asistencial y administrativa, a su vez, aprovechar la parte académica que es brindada por los médicos residentes y asistentes.

El internado empezó el 01 de enero del 2020 y tenía como fecha de culminación el 31 de diciembre del 2020. El hospital en el que cumplí las labores como interno fue el Centro Médico Naval, ubicado en Bellavista, Callao. Un establecimiento de salud categoría III-1 que tiene como población principal al personal perteneciente a la Marina de Guerra del Perú y a sus familiares asegurados.

Los internos recibieron, previa incorporación al hospital, charlas de inducción que incluyeron temas básicos como bioseguridad, la labor del interno y en qué áreas se desenvolverían. Una de las charlas también involucraba el trato con el personal militar, al ser una institución castrense, el interno debía familiarizarse con ciertas actitudes y el manejo general que tienen en el hospital.

La duración del internado fue desde el 01 de enero del 2020 hasta el 15 de marzo del 2020. La Organización Mundial de la Salud decretó el 11 de marzo del 2020 aislamiento social obligatorio a nivel mundial debido a la pandemia por Covid19.

Las actividades académicas fueron suspendidas, incluyendo las de los hospitales, por lo que, por un tema de prevención y cuidado, los internos no debían seguir asistiendo al establecimiento al tener la condición de estudiantes aún.

El Decreto de Urgencia No. 090-2020, anunció el retorno de los internos de ciencias de la salud a centros de 1er nivel u hospitales, a partir del 15 de agosto del mismo año. El retorno no se efectuó en la fecha del decreto debido a que no podían garantizar la seguridad de los estudiantes. Así mismo, para octubre del 2020, muchos internos empezaron a retornar a su centro de labores y otros fueron asignados a centros de salud de 1er nivel.

Se continuó el internado en el Centro Médico Naval. Se culminó la rotación por las 4 especialidades más importantes y necesarias para el desarrollo del médico: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Pediatría.

El trabajo de suficiencia personal mostrará lo que fue un internado en época de pandemia que tuvo como inicio en marzo 2020 y finalizó en abril 2021, la experiencia vivida, los obstáculos atravesados y las habilidades adquiridas para completar de manera exitosa un periodo de aprendizaje único y necesario en la carrera de un médico.

## **CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL**

La importancia del Internado Médico se basa en que es el año en el cuál el estudiante de medicina de 7mo año busca consolidar todos los conocimientos aprendidos durante toda la carrera y llevarlos a la práctica. En esta etapa se debe aprovechar en absorber todos los conocimientos y la experiencia que tienen los médicos para resolver problemas en un futuro no muy lejano. Es la última y única etapa en la que puedes equivocarte y tendrás un grupo de profesionales para guiarte y corregirte ya que después de ese año la responsabilidad médico-legal recae netamente sobre el médico recién graduado.

En el internado se rota por las 4 especialidades principales: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Pediatría. Algunos hospitales ofrecen la oportunidad de rotar en otras especialidades fuera de las 4 obligatorias, permitiendo tener una visión más amplia de la carrera y probablemente poder inclinarte por alguna de ellas.

En conclusión, el internado podría considerarse la base con la cual el médico enfrentará las urgencias o emergencias que puedan presentar los pacientes, de este modo, al ver tantas patologías durante un año, sobre todo las más comunes, el estudiante termina satisfactoriamente el año atendiendo Prioridades IV o III, como también aprender a diferenciar cuando un paciente necesita una atención en un centro de salud de mayor complejidad como necesitan las Prioridades I y II.

La finalidad es desarrollar habilidades que permitan generar una cultura de prevención, diagnosticar patologías y manejarlas de manera integral y multidisciplinaria.

### **1.1 Medicina Interna**

Al finalizar la rotación de Medicina Interna el estudiante tendrá la capacidad de aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencia para problemas del aparato respiratorio, cardiovascular, digestivo, neurológico, metabólicos, renales, hematológicos, articulares, de piel y salud mental.

#### **Caso clínico 1:**

-Anamnesis:

- Nombre: J.U.L.M Sexo: M Edad: 45 años Procedencia: SMP
- Funciones vitales: FC: 70x' FR: 14x' SatO2: 99% PA: 120/70 T°: 36.7°C

-Antecedentes:

- Médicos: DM2 (+) en tratamiento con metformina, HTA (-), TBC (-), Asma (-), RAMS: Niega
- Quirúrgicos: Colectomía laparoscópica a los 41 años.
- Familiares: Niega

-Relato:

Paciente con un TE: +/- 5 días de inicio insidioso curso progresivo. Refiere que cuadro empezó con disuria leve que al pasar de los días se fue intensificando, 4 días antes del ingreso se agrega polaquiuria y 1 día antes del ingreso presentaba urgencia para orinar y sensación de alza térmica no cuantificada por lo cual decide acudir a EMG de Centro Médico Naval.

-Examen Físico:

- Piel y faneras: Tibia, hidratada y elástica, Llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, no ictericia, no palidez.
- Tórax y pulmón: Amplexación conservada. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Blando y depresible, ruidos hidroaéreos normales, no doloroso a la palpación superficial y profunda.
- Aparato genito-urinario: PPL (+), PRU inferior Izquierdo y derecho (+)
- Sistema nervioso central: LOTEPE, EG 15/15, no signos de focalización.

-Plan de trabajo

-Exámenes de laboratorio:

Se solicita hemograma completo, hemoglucotest, urea, creatinina y sedimento urinario.

- Hemograma: Hb: 14.8 g/dl      Hcto: 38%      Leucocitos: 9600/mm<sup>3</sup>  
Segmentados: 12%
- HGT: 116 mg/dl
- Urea: 22 mg/dl      Creatinina: 0.8 mg/dl
- Sedimento urinario: Leucocitos: 100 por campo      Eritrocitos: 0 a 5 por campo      Densidad: 1022

El paciente presentó clínica y exámenes de laboratorio compatibles con un cuadro de ITU no complicada (porque no ha presentado Fiebre cuantificada), se le brindó tratamiento antibiótico con Nitrofurantoina y sintomático con Fenazopiridina, se le explica al paciente que la orina puede adoptar el color naranja, pero es efecto del medicamento y que no se preocupe porque una vez que deje de tomarlo el color regresa a su normalidad. También se dejó indicado Paracetamol en caso de presentar Fiebre.

-Diagnóstico:

- Infección del tracto urinario

-Tratamiento:

- Nitrofurantoína 100mg VO C/8hrs por 7 días
- Fenazopiridina 200mg VO C/8hrs por 2 días
- Paracetamol 500mg VO PRN T°>38°C

**Caso clínico 2:**

-Anamnesis:

- Nombre: L.M.H.V Sexo: F Edad: 36 años Procedencia: Comas
- Funciones vitales: FC: 67x' FR: 14x' SatO2: 100% PA: 110/70 T°: 36.3°C

-Antecedentes:

- Médicos: DM2(-), HTA (-), TBC (-), Asma (-), RAMS: Niega, G1P1001
- Quirúrgicos: Amigdelectomía a los 8 años.
- Familiares: Padre falleció de IMA

-Relato:

Paciente con un TE: +/- 2 semanas de inicio insidioso curso progresivo. Paciente refiere que hace aproximadamente 2 semanas tuvo una pequeña laceración a nivel de 1/3 de MMII izquierdo, aproximadamente 4 dedos por debajo de la rodilla. Aproximadamente 1 semana antes del ingreso nota que la zona de la lesión presentaba aumento de volumen, cambio de coloración y le generaba prurito por lo que lo rascó en varias oportunidades. 4 días antes del ingreso los signos se intensifican y se apreciaba más eritematoso, también se agregó dolor 4/10 que cedía con analgésicos. 1 día antes del ingreso la paciente refiere gran aumento de volumen, zona de la herida elevada con bordes no definidos, eritematoso,



caliente y presentaba un dolor incapacitante 8/10 por lo cual decide acudir a EMG de Centro Médico Naval.

-Examen Físico:

- Piel y faneras: Tibia, hidratada y elástica, Llenado capilar menor a 2 segundos. No palidez, no edemas, no ictericia. Zona de lesión: Se evidencia signos de flogosis: aumento de volumen, eritematoso, cambio de temperatura, doloroso a la palpación y a la deambulación. No hay presencia de secreción purulenta o formación de abscesos.
- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: Blando y depresible, ruidos hidroaéreos normales, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Aparato genito-urinario: PPL (-), PRU (-)
- Sistema nervioso central: LOTEPE, EG 15/15, no signos de focalización

-Plan de trabajo:

-Exámenes de Laboratorio:

Se solicita Hemograma completo y PCR

- Hemograma: Hb: 13.2gr/dl Leucocitos: 6200/mm<sup>3</sup> Segmentados: 7%
- PCR: 3 gr/dl

El paciente presentó claros signos de celulitis no purulenta, no tuvo síntomas sistémicos como fiebre y tampoco presentó leucocitosis o PCR elevado. También tuvo el antecedente de haber tenido una lesión previa al cuadro y eso refuerza el diagnóstico final. Se opta por terapia antibiótica oral empírica para cubrir los patógenos más frecuentes.

-Diagnóstico:

- Celulitis

-Tratamiento:

- Dicloxacilina 500mg VO C/6hrs por 7 a 10 días
- Paracetamol 500mg VO C/12hrs por 3 días

-Indicaciones:

- Reevaluación por consultorio externo al término del tratamiento

## **1.2 Ginecología y Obstetricia**

Al finalizar la rotación de Ginecología y Obstetricia el estudiante tendrá la capacidad de aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencia para identificar, proponer y juzgar las alternativas de solución a los problemas ginecológicos, obstétricos y éticos, considerando la prevención y promoción de la salud.

### **Caso Clínico 1:**

-Anamnesis:

- Nombre: P.F.A.M Sexo: F Edad: 26 años Procedencia: Bellavista
- Funciones vitales: FC: 110x' FR: 22x' SatO2: 98% PA: 80/60 T°: 37.1°C

-Antecedentes:

- Médicos: DM2(-), HTA (-), TBC (-), Asma (-), RAMS: Niega
- Ginecológicos: G2 P1011 menarquia: 11 años 1raRS: 16 años andria: 3 RC: 4-5/28 MAC: Niega
- G1: RN varón A término de 39 semanas.
- G2: Aborto inminente a las 10 semanas.

- Quirúrgicos: Apendicectomía laparoscópica a los 19 años. Cesárea a los 23 años.
- Familiares: Niega

-Relato:

Paciente con un TE: +/- 10 días de inicio brusco curso progresivo. Paciente refiere que cuadro empezó con leve dolor tipo cólico en hemiabdomen inferior y pensó que era su menstruación ya que tenía 6 semanas de amenorrea. 7 días antes del ingreso dolor se intensifica a 5/10 y se asocia a escaso sangrado de color marrón-rojizo por lo cuál acude a "Ginecóloga" particular. Le diagnostican embarazo ectópico y le recetan misoprostol como tratamiento. 2 días antes del ingreso el sangrado se vuelve más abundante de color rojo oscuro y el dolor se intensifica a 7/10. 2 horas antes del ingreso siente un dolor brusco 10/10 que la incapacita para deambular y el sangrado sigue siendo abundante por lo cual decide acudir a EMG de Centro Médico Naval.

-Examen Físico:

- Piel y faneras: Tibia, hidratada y elástica, Llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, Palidez ++/+++
- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: Blando y depresible, ruidos hidroaéreos normales). Dolor a la palpación superficial y profunda a predominio de Fosa Iliaca Izquierda. No signos de peritonismo.
- Aparato genito-urinario: PPL (-), PRU (-). Se confirma sangrado vaginal, no se realiza Tacto vaginal.
- Sistema nervioso central: Somnolienta, entiende indicaciones y obedece. No signos de focalización. No signos meníngeos.

-Plan de trabajo:

-Examen de Laboratorio:

Se solicita hemograma completo, Beta hCG, ECO-TV, urea, creatinina, perfil de coagulación, glucosa, Na, Cl, K.

Los exámenes solicitados son para confirmar el diagnóstico de embarazo ectópico ya que tiene la clínica probable: dolor abdominal, amenorrea y sangrado vaginal. También se le piden exámenes PreQx para poder entrar de emergencia.

- hCG: 3800 mUI/ml
- Hemograma: leucocitos: 10000/mm<sup>3</sup> Hb: 9.3 gr/dl
- ECO-TV: No hay presencia de saco ni embrión. Se aprecia masa anexial extraovárica no homogénea compleja en anexo Izquierdo.
- Urea: 25 mg/dl Creatinina: 0.9 mg/dl Perfil de coagulación: dentro de los valores normales
- Glucosa: 90 mg/dl Na, Cl, K → dentro de los valores normales

La clínica y los exámenes de laboratorio confirman el diagnóstico de Embarazo Ectópico por lo cual la paciente fue llevada a sala de operaciones de emergencia. Se le informó a familiar de la paciente que el embarazo estaba en trompa de falopio izquierda por lo cual se le debía realizar salpingooforectomía izquierda y el familiar a cargo firmó el consentimiento informado.

-Diagnóstico:

- Abdomen Agudo Quirúrgico por Embarazo Ectópico

-Tratamiento:

- Reposición de volumen
- Laparotomía abierta + Salpingooforectomía izquierda

## **Caso Clínico 2:**

-Anamnesis:

- Nombre: Y.M.F.R Sexo: F Edad: 33 años Procedencia: Ancón
- Funciones vitales: FC: 117x' FR: 22x' SatO2: 98% PA: 160/100 T°: 36.9°C

-Antecedentes:

- Médicos: Obesidad Tipo II, DM2(+) en tratamiento con insulina, HTA (-), TBC (-), Asma (-), RAMS: Niega
- Ginecológicos: G2 P0101 menarquia: 12 años 1raRS: 18 años andria: 2 RC: 4-5/28 MAC: Niega CPN: 6
- G1: RN varón Pre término de 35 semanas, paciente presentó Preeclampsia y se realizó cesárea de emergencia.
- Quirúrgicos: Cesárea hace 2 años.
- Familiares: Mamá: DM2

-Relato:

Gestante de 34 semanas 2/7 con un TE: +/- 3 días de inicio insidioso curso progresivo. Cuadro empieza con cefalea leve y acufenos. 2 días antes del ingreso se agrega epigastralgia con una intensidad 5/10 por lo cual toma 2 paracetamol de 500mg y el dolor cede un poco. 3 horas antes del ingreso presenta cefalea, epigastralgia 8/10, presencia de escotomas, acufenos y refiere que no siente movimientos de su bebe hace 5 horas por lo cual decide acudir a EMG de Centro Médico Naval.

-Examen Físico:

Paciente en mal estado general, se toma la presión arterial de nuevo: 160/110, presencia de contracciones 2/10, D: 4cm I: 50% AP: -2.

-Plan de Trabajo:

- Se coloca 2 vías EV con 1000 cc de CIna al 9% con catéter N°16
- Se administra Sulfato de Magnesio al 20%
- Se administra Nifedipino 10mg VO
- Se habilita ambiente en sala de dilatación para monitoreo fetal

-Exámenes de laboratorio:

Hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, proteínas totales y fraccionadas, perfil hepático, bilirrubinas, perfil de coagulación.

- Hemograma: Hb: 12.3 gr/dl Leucocitos: 7000/mm<sup>3</sup> Plaquetas: 210.000/mm<sup>3</sup>
- Glucosa: 100 gr/dl Urea: 30 gr/dl Creatinina 1.1 gr/dl Proteínas: 3.1
- TGP: 75 TGO: 56 BT: 2.4
- Perfil coagulación: dentro de los valores normales

-Se reevalúa a las 2 horas: PA: 140/100, Contracciones 3/10 D: 5cm I: 50% AP: -2

-Se reevalúa a las 2 horas: PA: 140/100, Contracciones 3/10 D: 5cm I: 50% AP: -2

-Se reevalúa a las 2 horas: PA: 130/90. Contracciones 3/10 D: 5cm I: 50% AP: -2

-Se opta por cesárea por Preeclampsia + Desproporción Céfalo Pélvica (DCP)

Durante las reevaluaciones se obtuvieron los resultados de laboratorio y se optó por una cesárea de emergencia debido a la preeclampsia con criterios de severidad y por el DCP ya que la paciente tenía buena dinámica uterina pero la cabeza seguía flotante y la fase activa era prolongada.

-Diagnóstico:

- Secundigesta de 34 semanas 2/7 en Trabajo de parto en fase activa prolongada + Preeclampsia con criterios de severidad + DCP

-Tratamiento:

- Cesárea de emergencia por Preeclampsia con criterios de severidad + DCP

### 1.3 Cirugía General

Al finalizar la rotación de Cirugía General el estudiante tendrá la capacidad de aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencia en el manejo de pacientes de cirugía general y especialidades quirúrgicas, reconocer cuando referir a un paciente a un centro de salud de mayor complejidad, reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención.

#### Caso Clínico 1:

-Anamnesis:

- Nombre: J.J.O.F Sexo: M Edad: 38 años Procedencia: San Borja
- Funciones vitales: FC: 92x' FR: 16x' SatO2: 99% PA: 120/80 T°: 36.9°C

-Antecedentes:

- Médicos: Obesidad Tipo I, DM2(-), HTA (-), TBC (-), Asma (-), RAMS: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Niega

-Relato:

Paciente con un TE: +/- 3 días caracterizado por dolor en hipocondrio derecho que se irradia a espalda. 2 días antes del ingreso se agrega náuseas y vómitos (5 ocasiones). 8 horas antes del ingreso el paciente presenta fiebre de 38°C que no cede con paracetamol, dolor en HCD se intensifica, presenta 4 vómitos en las últimas 6 horas por lo cual decide acudir a EMG de Centro Médico Naval.

-Examen Físico:

- Piel y faneras: Tibia, hidratada y elástica, Llenado capilar menor a 2 segundos, no edemas, no palidez, no ictericia. Mucosa oral poco hidratada.

- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles
- Abdomen: Blando y depresible, ruidos hidroaéreos normales. Dolor abdominal difuso a la palpación. Signo de Murphy (+). McBurney (-).
- Aparato genito-urinario: PPL (-), PRU (-)
- Sistema nervioso central: LOTEPE, EG 15/15, no signos de focalización

-Plan de trabajo:

-Exámenes de Laboratorio:

Se solicita hemograma completo, PCR, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación.

- Hemograma: Hb: 14.7 gr/dl Leucocitos: 16000/mm<sup>3</sup> Segmentados: 37%
- PCR: 12.6 Glucosa: 87 gr/dl Urea: 25 gr/dl Creatinina: 0.8 gr/dl
- Perfil de coagulación: sin alteraciones

-Pruebas de imagen:

Se solicita ecografía abdominal

Ecografía abdominal:

- Litiasis biliar
- Signo de Murphy ecográfico
- Pared vesicular engrosada: 6mm
- Diámetro vesicular: 12mm

La clínica que presenta el paciente nos hace pensar en una colecistitis aguda, se apoya el diagnóstico con leucocitos y PCR elevados y en la ecografía se evidencia la causa que son los cálculos en vesícula. También vemos alteraciones morfológicas de la vesícula producto de la inflamación generada.

-Diagnóstico:



- Abdomen Agudo Quirúrgico por Colecistitis Aguda Calculosa

-Tratamiento:

- Colecistectomía Laparoscópica

## **Caso Clínico 2:**

-Anamnesis:

- Nombre: J.G.G.M Sexo: M Edad: 19 años Procedencia: Comas
- Funciones vitales: FC: 110x' FR: 22x' SatO2: 99% PA: 110/70 T°: 36.9°C

-Antecedentes:

- Médicos: Niega, RAMS: niega
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Madre: falleció por Ca de mama

-Relato:

Paciente con un TE: +/- 12 horas. Cuadro empezó con epigastralgia que a las 3 horas migró a fosa iliaca derecha. 7 horas antes del ingreso se agrega al cuadro náuseas, vómitos (3 veces) y fiebre de 38.5°C. Paciente refiere haber tomado paracetamol e ibuprofeno, pero síntomas no ceden. 1 hora antes del ingreso refiere que dolor abdominal tiene intensidad 10/10 y mantiene posición antálgica.

-Examen Físico:

- Piel y faneras Tibia, hidratada y elástica, Llenado capilar menor a 2 segundos, no palidez, no ictericia, no edemas.
- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.

- Abdomen: Ruidos hidroaéreos disminuidos en frecuencia e intensidad, a la palpación signo de abdomen en tabla, McBurney (+), Signo del rebote (+). No visceromegalia.
- Aparato genito-urinario: PPL (-), PRU (-)
- Sistema nervioso central: LOTEPE, EG 15/15, no signos de focalización.

-Plan de trabajo:

-Examen de Laboratorio:

Se solicita Hemograma completo, PCR, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación, perfil hepático.

- Hemograma: Hb: 15.2 gr/dl Leucocitos: 18000/mm<sup>3</sup>
- PCR: 18.3 gr/dl Glucosa: 78 gr/dl Urea: 28 gr/dl Creatinina: 1.1 gr/dl
- Perfil de coagulación y hepático sin alteraciones

El paciente presentó alto riesgo de cursar con un cuadro de apendicitis aguda y al estar hemodinamicamente estable se le solicitó una Tomografía para reforzar el diagnóstico sugestivo.

-Prueba de imágenes:

Tomografía:

- Apéndice de 8mm + Engrosamiento Parietal + hiperrealce parietal + alteración de la grasa

La clínica y el diagnóstico por imagen nos indicó que el paciente estaba cursando con un cuadro de Apendicitis Aguda Complicada.

-Diagnóstico:

- Abdomen Agudo Quirúrgico por Apendicitis Aguda Complicada

-Tratamiento:

- Apendicectomía Laparoscópica

#### **1.4 Pediatría**

Al finalizar la rotación de Pediatría el estudiante tendrá la capacidad de aplicar principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencia el manejo del recién nacido, niño y adolescente tanto en urgencias y emergencias pediátricas, reconociendo sus derechos y deberes promoviendo la prevención.

#### **Caso Clínico 1:**

-Anamnesis:

- Nombre: S.G.F.C Sexo: M Edad: 10 meses Procedencia: Ventanilla
- Funciones vitales: FC: 100x' FR: 16x' SatO2: 100% T:36.7°C Peso: 5.2kg

-Antecedentes:

- Médicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Familiares: Niega

-Relato:

Paciente que es llevado a EMG de Centro Médico Naval por presentar “manchas rosadas” en rostro, tronco y extremidades. Madre refiere que 7 días antes del ingreso el lactante presentó cuadro catarral que cursó con Fiebre de 39°C, el cuadro duró 1 semana aproximadamente y posterior a eso aparecieron la manchas.

-Examen Físico:

- Piel y faneras: Tibia, hidratada y elástica, Llenado capilar menor a 2 segundos. Se observa exantema maculopapular rosado en rostro, tronco y extremidades superiores. Lesiones no presentan descamación.
- Tórax y pulmón: Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Ruidos hidroaéreos normales.
- Sistema nervioso central: despierto, activo, movimientos espontáneos, no signos de focalización. No signos meníngeos.

-Diagnóstico:

- Exantema Súbito

-Tratamiento:

- Se informa a la madre que el tratamiento solo es sintomático y las posibles complicaciones como convulsión febril. Madre entiende que los exantemas desaparecerán con el tiempo.
- Paracetamol a dosis pediátrica 15mg/kg/día

## **Caso Clínico 2:**

-Anamnesis:

- Nombre: S.M.F.M Sexo: F Edad: 4 años Procedencia: VMT
- Funciones vitales: FC: 105x' FR: 22x' SatO2: 98% T:36.7°C Peso: 16.3kg

-Antecedentes:

- Médicos: Niega
- Quirúrgicos: Niega
- Familiares: Niega

-Relato:

Paciente con un TE: +/- 3 días caracterizado por presentar deposiciones líquidas hasta 5 cámaras diarias, sin moco ni sangre. 2 días antes del ingreso presenta 6 deposiciones líquidas de la misma características y febrícula de 37.8°C. El día del ingreso familiar refiere que la paciente vomitó el agua que había ingerido. Refiere que 1 semana antes del cuadro actual presentó cuadro gripal.

-Examen Físico:

- Piel y faneras Tibia, hidratada y elástica, Llenado capilar menor a 2 segundos, mucosas secas, ojos no están hundidos, lágrimas presentes. Signo de pliegue negativo.
- Tórax y pulmón. Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos audibles.
- Abdomen: Blando y depresible, ruidos hidroaéreos aumentados en frecuencia, no doloroso a la palpación.
- Sistema nervioso central: Despierta, LOTEP, no signos de focalización ni signos meníngeos.

-Diagnóstico:

- Diarrea aguda acuosa con signos de deshidratación moderada

-Tratamiento:

- Sales de rehidratación oral: 200 ml cada hora
- Paracetamol en jarabe 10ml PRN Fiebre >38°C
- Suplemento de Zinc 20mg 1 vez al día durante 14 días

En el internado médico se consolidó los conocimientos para manejar y referir patologías comunes y raras como hipertensión arterial, diabetes Mellitus y sus

complicaciones, celulitis, Infección del tracto urinario, pielonefritis, alteraciones metabólicas, enfermedad Diarreica Aguda, enfermedades del tracto respiratorio, lesiones en la piel, patologías neurológicas como accidentes transitorios isquémicos, desórdenes cerebro vasculares, apendicitis, colecistitis, cólico renal, cólico vesicular, enfermedad diverticular, enfermedades infecciones pediátricas, partos eutócicos, hemorragias uterinas anormales, amenaza de abortos, preeclampsia, hemorragia post parto, endometritis, prevención de cáncer de cuello uterino, patologías otorrinas como otitis agudas, sinusitis, atención al recién nacido, enfermedades tropicales como dengue, entre otras patologías frecuentes y no tan frecuentes para el médico cirujano.

## **CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

El Centro Médico Naval está ubicado en el distrito Bellavista, provincia del Callao, departamento del Callao. Es una institución que pertenece a la Marina de Guerra del Perú y que tiene como principal población a las personas que pertenecen a esta fuerza armada y familiares asegurados. Siendo un hospital de nivel III-1, se desarrollan principalmente actividades de promoción en la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Dentro de la red de atención perteneciente a la Marina de Guerra del Perú, el Centro Médico Naval presenta el nivel de atención de mayor especialización y capacidad resolutive en cuanto a recursos humanos y tecnológicos dirigidos a la solución de las necesidades de salud que son referidas de los niveles de atención precedentes, así como, aquellas personas que acudan a los establecimientos de nivel por razones de urgencia o emergencia.

La dirección de Salud de la Marina participa en diversas actividades de apoyo humanitario que realiza la Marina de Guerra del Perú, de esta manera aportan gran valor en la atención de poblaciones de escasos recursos en los lugares más alejados y necesitados.

En relación de la infraestructura del hospital, cuenta con gran espacio de áreas verdes que brindan un ambiente grato para trabajar. En relación a la seguridad que pueda brindar el establecimiento, al ser gestionado por una fuerza armada,

cuenta con registro de datos personales y documentos que te identifiquen desde el momento que ingresas hasta el momento que dejas el establecimiento, también cuenta con un sistema de inteligencia encargado de garantizar la seguridad del personal de salud y sus pacientes.

Con respecto a la limpieza y el orden, se puede apreciar como en todo momento del día el personal encargado del aseo del establecimiento mantiene las áreas libres de suciedad, gestionan bien el deshecho de materiales contaminados y en equipo, junto al personal de salud, se encargan de mantener una buena bioseguridad para salvaguardar la salud de todos los presentes.

Se debe enfatizar que, a diferencia de otros hospitales del Perú, contamos con todas las especialidades, con profesionales capacitados para resolver cualquier urgencia o emergencia y con toda la tecnología necesaria a nuestra disposición para proveer un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Por último, pero no menos importante, el ambiente laboral con el personal médico, de enfermería, administrativo, técnico y limpieza es sumamente agradable. El hospital se caracteriza por el respeto que hay entre colegas, desde un simple saludo hasta el apoyo entre especialidades para resolver de manera rápida pero eficiente los problemas que se puedan presentar. El trato que se inculca al personal de salud para tratar a los pacientes es la clave para brindar un servicio de calidad, para tener una mejor relación médico-paciente y para que nuestra población sienta satisfacción por la atención brindada.

La situación nacional durante la rotación inicial englobaba a todas las patologías. Se presentaban pacientes para control de enfermedades crónicas por consultorio externo, la mayoría con patologías que no comprometían la vida del paciente y en menor frecuencia urgencias y emergencias. Se realizaban más cirugías electivas, había variedad de casos para adquirir conocimientos en el hospital. La docencia dentro del hospital era mejor porque te involucrabas mucho más con el paciente, en especial los que estaban hospitalizados. La exposición en el hospital no era un problema por lo que quedarte casi todo el día era beneficioso para la



formación del médico. El personal de salud era más numeroso, siempre había alguien a quien podías acudir en caso de dudas o necesitar ayuda. La carga laboral era menos estresante porque no se trabajaba con el miedo de contagio.

Durante la pandemia todo cambió de manera radical, se cerraron los consultorios externos, solo se atendían urgencias y emergencias. Básicamente todos los hospitales se dedicaban a atender pacientes covid19 positivo o aquellos que presentaban la clínica de ésta enfermedad. El cuidado del personal de salud con equipos de protección personal era obligatorio e indispensable para realizar un trabajo responsable. Las cirugías electivas pasaron a un 2do plano y solo se realizaban cirugías de emergencia. Los pacientes con enfermedades crónicas y que necesitaban realizar sus controles no eran atendidos y solo les entregaban sus medicamentos para varios meses y de esa manera disminuían la exposición. La parte académica que se realizaba con apoyo de los pacientes se vio afectada debido a que la recomendación era evitar la exposición.

## **CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **1.1 Medicina Interna**

#### **Caso clínico: Infección del tracto urinario**

Las infecciones del tracto urinario tienen 2 presentaciones, cistitis que es una afección principalmente de la vejiga o el tracto urinario inferior y la pielonefritis que afecta al riñón o tracto urinario superior. La patogenia se debe al ascenso de uropatógenos de la flora fecal por la uretra a la vejiga.

La pielonefritis también puede ser causada por la diseminación de los riñones por bacteriemia. (1,2)

-Los signos y síntomas: disuria, polaquiuria, urgencia urinaria, dolor suprapúbico y hematuria.

Para diferenciarlo de una ITU complicada se agregan cualquiera de las siguientes características. (2,3)

- Fiebre
- Otros signos o síntomas de enfermedad sistémica (
- Dolor de costado.
- Sensibilidad del ángulo costovertebral.
- Dolor pélvico o perineal en hombres

Dentro de los patógenos más frecuentes tenemos a la E. Coli, Klebsiella spp y Proteus spp.

Las posibles complicaciones pueden ser:

- Bacteriemia
- Sepsis
- disfunción de múltiples órganos y sistemas
- shock
- insuficiencia renal aguda.

-Diagnóstico:

Se debe sospechar en pacientes con la clínica ya descrita, específicamente se debe pensar en pielonefritis en pacientes que presentan fiebre y dolor en el costado, incluso en ausencia de síntomas típicos de cistitis. (4)

El estudio con imágenes no es necesario para el diagnóstico o tratamiento. Frecuentemente se emplean para aquellos que están gravemente enfermos o aquellos que, a pesar de un tratamiento antibiótico apropiado, persisten con la sintomatología.

La cistitis en los hombres es poco común por lo que el tratamiento se basa en pruebas indirectas de ensayos en mujeres.

Generalmente se clasifica a la cistitis en varones como infección del tracto urinario complicada, para el tratamiento antimicrobiano empírico de estos hombres se utilizan regímenes de primera línea recomendados para mujeres: (4)

- Nitrofurantoína monohidrato / macrocristales (Macrobid, 100 mg por vía oral dos veces al día)
- Trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX, una tableta de doble potencia [160 mg TMP / 800 mg SMX] por vía oral dos veces al día)
- Fosfomicina (3 gramos de polvo mezclado en agua como dosis única)

La elección entre ellos es según la circunstancia de cada paciente. Influye la resistencia de la comunidad local, disponibilidad y costo.

Debido a que en la población del Centro Médico Naval se ha visto sensibilidad ante la nitrofurantoína y está dentro del petitorio, se escogió este fármaco para llevar el tratamiento antibiótico. Por último, los pacientes responden bien al tratamiento sintomático con fenazopiridina y en combinación con la antibioticoterapia tienen una resolución rápida en caso no presenten compromiso de vías urinarias superior.

### **Caso clínico: Celulitis**

La celulitis es una de las infecciones cutáneas y de tejidos blandos más frecuentes. (5)

-Clínica: eritema, calor de piel y edema. También puede causar fiebre y otras afectaciones sistémicas. Es causado por la entrada de bacterias a través de brechas en la barrera cutánea. (6,7)

Existen factores predisponentes asociados al riesgo de celulitis: (11)

- Traumatismo
- Inflamación de la piel (como eccema, radioterapia, psoriasis)
- Edema debido a la alteración del drenaje linfático.
- Edema por insuficiencia venosa
- Obesidad
- Inmunosupresión
- Roturas de la piel entre los dedos de los pies
- Infección cutánea preexistente

La causa más común de las celulitis son los estreptococos beta-hemolíticos, más común el grupo A o *Streptococcus pyogenes*, *S. Aureus* es una causa frecuente pero más en los meticilino resistente. (8,9)

-Diagnóstico: no se requieren pruebas de laboratorio, suele basarse en una buena historia clínica con signos y síntomas evidentes. (12)

Los cultivos de material desbridado y hemocultivos (antes de la adición de la terapia con antibióticos) están justificados en las siguientes circunstancias: (11)

- Infección local grave
- Signos sistémicos de infección
- Historia de abscesos recurrentes o múltiples
- Fracaso de la terapia antibiótica inicial
- Extremos de la vida
- Presencia de comorbilidades subyacentes
- Exposiciones especiales. Ej. Mordedura de perro
- Presencia de indicación de profilaxis contra endocarditis infecciosa

-Tratamiento: se basa en brindar antibióticos que sean sensibles y cubran los patógenos causantes de esta patología. (12,13)

El caso clínico presentado expone una clínica que no presenta gravedad o afectación sistémica. Es un caso de celulitis no purulenta por lo que para el tratamiento antibiótico nos guiamos de un algoritmo para tratamiento de celulitis no purulenta en adultos de Up to date. (anexo 1)

## **1.2 Ginecología y Obstetricia**

### **Caso Clínico: Embarazo ectópico**

Un embarazo ectópico es un embarazo extrauterino. La mayoría ocurren en las trompas de falopio, pero existen otros sitios posibles. (14)

-Clínica: más frecuente es el sangrado vaginal y/o el dolor abdominal en el 1er trimestre. Aparecen entre la 6ta y 8va semana después de la fecha de última regla, aunque pueden ocurrir más tarde, sobre todo si es un sitio extrauterino

diferente de la trompa. No es raro que se presenten molestias propias del embarazo como sensibilidad en los senos, micción frecuente y náuseas. (15,16)

-Diagnóstico: debe sospecharse en gestante sin evidencia de embarazo intrauterino en la ecografía transvaginal y cualquiera de los siguientes: (15,17)

- Visualización de una masa anexial extraovárica no homogénea compleja, una masa anexial extraovárica que contiene un saco gestacional vacío o hemorragia intraperitoneal en TVUS.
- Una gonadotropina coriónica humana sérica (hCG) que aumenta de forma anormal.
- Dolor abdominal y / o sangrado vaginal, especialmente en aquellas pacientes con factores de riesgo de embarazo ectópico

Y se puede confirmar cuando se presenta cualquiera de los siguientes:

- Visualización de un saco gestacional extrauterino con saco vitelino o embrión (con o sin latido) en TVUS.
- Una hCG sérica positiva y sin productos de la concepción en la aspiración uterina con niveles posteriores de hCG en aumento o meseta.
- Visualización en la cirugía (generalmente realizada para pacientes con inestabilidad hemodinámica) con confirmación histológica después de la resección del tejido del embarazo ectópico.

-Tratamiento: puede ser médico o quirúrgico, siendo el metrotexato el principal agente utilizado para la terapia farmacológica y la cirugía laparoscópica en pacientes estables o laparotomía exploratoria en los casos que sean más graves. (18,19)

En el caso de nuestra paciente, hubo un tiempo de evolución prolongado y al servicio de emergencias llega inestable por lo cual, al confirmar el diagnóstico, se optó por una laparotomía exploratoria que se realizó por la cicatriz de cesárea previa.

## **Caso Clínico: Preeclampsia**

La preeclampsia es un trastorno progresivo multisistémico caracterizado por la aparición de hipertensión y proteinuria o hipertensión y alguna disfunción de órgano con o sin proteinuria en la última mitad del embarazo o posparto. (20,21)

Es causada por una disfunción vascular placentaria y materna y se resuelve después del parto, aunque ese tiempo es variable. El problema de esta patología es la morbimortalidad grave de la madre y el niño. (21,22)

-Factores de riesgo:

- Diabetes pregestacional
- Hipertensión crónica
- Sobrepeso u obesidad
- Enfermedad renal crónica
- Embarazo múltiple
- Nuliparidad
- Edad materna avanzada
- Historial familiar de preeclampsia

Existen 4 diagnósticos para este cuadro: (anexo 2) (22,23,24)

- Preeclampsia
- Hipertensión crónica
- Preeclampsia superpuesta a la hipertensión crónica
- Hipertensión gestacional

-Clínica: epigastralgia, cefalea, síntomas visuales.

Los hallazgos de laboratorio: (anexo 2)

- Proteinuria: mayor igual a 3gr
- Creatinina elevada: mayor a 1.1 mg/dl
- Trombocitopenia: inferior a 150.000
- Hemólisis

El tratamiento definitivo es la culminación del embarazo, que se puede realizar en pacientes a término, ya sea parto vaginal o cesárea, dependerá de la situación de cada gestante. (25.26.27)

Cuando tenemos pretérmino tardíos debido a que ya existe una maduración pulmonar del producto, se puede hacer un manejo expectante, si no tiene criterios de severidad se usarían los antihipertensivos, sulfato de magnesio y la hidratación debida. Después de ello se puede evaluar si se induce el parto o si se programa una cesárea. (27,28)

En casos de pretérminos precoz, se realiza maduración pulmonar con betametasona o dexametasona por 48 horas, se agregan los antihipertensivos, el sulfato de magnesio y la hidratación y posterior a ello se realiza la cesárea. (27.28)

En casos de preeclampsia con criterios de severidad, como es el caso presentado y la gestante tenía 34 semanas 2/7, la cesárea de emergencia era el tratamiento de elección acompañado de hidratación, antihipertensivo como nifedipino y sulfato de magnesio. (27,28)

### **1.3 Cirugía General**

#### **Caso Clínico: Colecistitis aguda calculosa**

La colelitiasis tiene como complicación más común la colecistitis aguda, abarca del 6 al 11% de los casos de abdomen agudo en adultos y tiene alta probabilidad de ser operada por urgencia del 6 al 8%. Se ha convertido en las últimas 3 décadas en un problema sanitario a nivel mundial por presentar un costo elevado para el estado y por causar impacto en la calidad de vida del paciente. (29)



-Diagnóstico: Las Guías de Tokio (TG-13), se utiliza para diagnosticar, evaluar gravedad y guiar el manejo de esta patología. (anexo 3) (31)

-Clínica: síntoma cardinal el dolor abdominal presente en hipocondrio derecho y epigastrio. También se ve frecuentemente asociado las náuseas y vómitos. (29,30)

-Exámenes de laboratorio: se puede apoyar con cifra de leucocitos  $>10.000/mm^3$  o de PCR  $>3mg/dl$ . Las alteraciones en el perfil hepático son leves, puede haber alteración de las bilirrubinas totales ( $>4mg/dl$ ).

-Estudio de imágenes: 1ro: ecografía con una sensibilidad de 50-88% y una especificidad de 80-88%, la presencia de litiasis vesicular nos acerca más al diagnóstico de la patología, incrementando la probabilidad si es que existió cuadros de cólico vesicular como antecedente.

En este caso el paciente presentó 2 signos de inflamación local, los 3 signos de inflamación sistémica y hallazgos característicos de colecistitis aguda en la ecografía por lo que es un diagnóstico definitivo de colecistitis aguda. (31)

El paciente también refirió que presentaba síntomas desde 3 días antes del ingreso, por lo cual se consideraría una Colecistitis Aguda Moderada (Duración de los síntomas  $>72$  hrs). (anexo 4) (31)

Se procedió a realizar una Colecistectomía Laparoscópica por los múltiples episodios de cólico vesicular que presentaba el paciente y porque persistían los signos y síntomas que pudieron haber comprometido la vida del paciente si es que no se abordaba de manera quirúrgica de forma inmediata.

### **Caso clínico: Apendicitis aguda complicada**

La apendicitis es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo que requieren procedimiento quirúrgico como tratamiento definitivo. Se produce

debido a la inflamación de la pared apendicular que va seguida de una isquemia localizada, que puede llevar a complicaciones como perforación y peritonitis generalizada. La obstrucción puede ser causada por fecalitos, cálculos, hiperplasia linfóide, procesos infecciosos, entre otras causas. (32,33,34)

-Clínica:

- Dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho (fosa ilíaca anterior derecha)
- Anorexia
- Náuseas y vómitos

El dolor es típicamente de naturaleza periumbilical o en epigastrio con migración posterior al cuadrante inferior derecho a medida que avanza la inflamación, ocurre sólo en el 50 al 60 por ciento de los pacientes con apendicitis. Las náuseas y los vómitos, si se presentan, suelen seguir al inicio del dolor. Los síntomas relacionados con la fiebre generalmente ocurren más tarde en el curso de la enfermedad. (34,35)

-Signos: punto de McBurney, signo de Rovsing, signo del psoas, signo del obturador. (36)

-Exámenes de laboratorio: tenemos que la mayoría de pacientes presenta leucocitosis y desviación a la izquierda.

-Hallazgos tomográficos: (37,38)

- Diámetro apendicular agrandado > 6 mm con lumen ocluido
- Engrosamiento de la pared apendicular (> 2 mm)
- Varado de grasa periapendicular
- Realce de la pared apendicular
- Apendicolito (visto en aproximadamente el 25 por ciento de los pacientes)

-Hallazgos ecográficos: No siempre se podrá visualizar el apéndice mediante ultrasonido, pero la más precisa es que cuando se observa tiene un diámetro >6mm. (39,40)

El caso que se presentó tenía una clínica altamente probable de ser apendicitis aguda y al ser apoyada por pruebas de imagen se pudo confirmar que era abdomen agudo quirúrgico por lo que se optó por realizar una Apendicectomía Laparoscópica. (anexo 5)

## **1.4 Pediatría**

### **Caso clínico: Exantema súbito**

La roséola infantil (también conocida como exantema subitum o sexta enfermedad) es un síndrome clínico caracterizado por tres a cinco días de fiebre alta que puede superar los 40°C, se resuelve abruptamente y va seguido del desarrollo de una erupción. (41,42)

El virus del herpes humano 6 y 7 son la causa más común de la roséola. Es una enfermedad de los niños pequeños con una prevalencia máxima entre los 7 y 13 meses. Ocurren esporádicamente sin exposición conocida. (42)

-Clínica: presenta 3 a 5 días de fiebre que resuelve bruscamente y es seguido por el desarrollo de una erupción maculopapular rosada. (43,44)

-Exámenes de laboratorio: puede incluir neutropenia, linfocitosis atípica, trombocitopenia y piuria estéril. (44)

-Complicaciones: convulsión febril, meningitis aséptica, encefalitis y púrpura trombocitopénica. Las convulsiones generalmente están relacionadas con la fiebre. (44)

-Diagnóstico: Se debe realizar una buena historia clínica y un examen físico exhaustivo. (44)

-Tratamiento: sintomático con antipiréticos si se asocia a malestar, la erupción se resuelve sin tratamiento. (44)

### **Caso clínico: Enfermedad diarreica aguda**

La diarrea es el paso de heces blandas o acuosas al menos tres veces en un período de 24 horas. Las enfermedades diarreicas son la segunda causa principal de mortalidad infantil; entre los niños menores de cinco años en todo el mundo, se estima que causa entre 1,5 y 2 millones de muertes al año. (45,46)

La enfermedad diarreica puede consistir en diarrea acuosa aguda, diarrea invasiva (con sangre) o diarrea crónica (persistente  $\geq 14$  días). Ésta clasificación facilita el enfoque del tratamiento de la diarrea infantil. (47)

La mayoría de los casos de diarrea aguda en países de recursos limitados son causados por gastroenteritis infecciosa. En lactantes y niños  $< 2$  años, la diarrea aguda acuosa se debe con mayor frecuencia al rotavirus. (49)

La evaluación clínica del niño se puede dividir en 4 componentes: (48)

- Clasificación del tipo de enfermedad diarreica: aguda, disentérica o invasiva y persistente
- Evaluación del estado de hidratación: el grado de deshidratación se evalúa según los signos y síntomas físicos. Es causa importante de mortalidad.
- Evaluación del estado nutricional: La diarrea recurrente se asocia a desnutrición.
- Evaluación de condiciones comórbidas.

-Tratamiento: Diarrea acuosa aguda, que es el que se presenta en el caso, consta de:

Fluidos y electrolitos: consta de 2 fases → reemplazo y mantenimiento.  
La mayoría deben recibir tratamiento con sales de reposición oral (SRO) de baja osmolaridad. (50)

Como es una diarrea moderada, la reposición de líquidos debe ser observada y la reevaluación frecuente del estado de hidratación son esenciales para los pacientes de esta categoría. Los líquidos deben continuar bajo supervisión hasta que desaparezcan todos los signos iniciales de deshidratación y el paciente haya orinado. (anexo 6) (50)

## **CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

Haber llevado el internado médico durante una época de pandemia sin duda alguna requiere de un periodo de adaptación para adquirir nuevos métodos de aprendizaje y habilidades para consolidar nuestros conocimientos. Debido a que se continuó en el Hospital Naval, al ser centro de referencia de los establecimientos de menor categoría, no fuimos afectados de manera significativa en la complejidad de casos que se atendían, pero si en cantidad de pacientes atendidos al día.

La rotación de medicina interna se realizó durante 2 meses y 15 días en una situación pre pandemia. Siendo una de las rotaciones más importantes debido a que las patologías que manejamos son las que más vamos a ver en nuestro SERUMS y como médicos generales. Se pudo reforzar muchos puntos que quizás quedaban en el aire durante los 6 años previos de formación, el contacto diario con los pacientes genera mayor confianza en la atención y nos permitió desenvolvemos con mayor seguridad para las siguientes rotaciones. Vimos patologías comunes y raras, aprendimos a reconocerlas, qué exámenes auxiliares pedir en caso de ser necesario y el manejo que se debe realizar, si es que se puede tratar ambulatoriamente como una Prioridad IV hasta si se necesita estadía en observación o incluso hospitalizar pacientes como algunas Prioridades III y la mayoría de Prioridades II. Las Prioridades I las conocíamos, sin embargo, tenían un manejo en el área de trauma shock o en la Unidad de

Cuidados Intensivos, por ese motivo, el manejo lo llevaban principalmente los especialistas, nosotros apoyábamos con trabajo administrativo.

En relación a lo académico, contábamos con mucho más tiempo para realizar exposiciones de temas primordiales con nuestros tutores y realizábamos un examen físico exhaustivos a los pacientes.

La rotación de Ginecología y Obstetricia se realizó en 2 rotaciones de 15 días, completando de esa manera 1 mes de rotaciones. Generalmente hacíamos guardias de 12 horas ya que el Centro Médico Naval garantizaba nuestra seguridad y no nos exponía a pacientes Covid19. Al llevarlo en época de pandemia ya no teníamos consultorio externo para llevar el seguimiento a las gestantes que acudían a sus controles. Al ser un hospital nivel III-1, siempre iba a ser el centro de referencia de los otros establecimientos, por lo que siempre teníamos gestantes para poder atender partos. Los residentes y asistentes eran muy amables y nos guiaban de manera perfecta para poder aprender a manejar por nuestra propia cuenta los partos no complicados. También asistíamos en sala de operaciones las cesáreas junto a nuestros tutores. Cuando disminuyeron los contagios a nivel nacional, se programaban pacientes para cirugías electivas, sobre todo pacientes oncológicas que durante todo el periodo de confinamiento obligatorio tuvieron que detener sus controles y aplazaron sus citas de cirugías hasta que se podían realizar de nuevo. Del servicio de Ginecología y Obstetricia se aprecia un muy buen ambiente laboral, mucho conocimiento y experiencia adquirida para poder atender y saber referir pacientes en el 1er nivel de atención.

La rotación de Pediatría y Neonatología se realizó en 2 rotaciones de 15 días, completando de esa manera 1 mes de rotaciones. Al igual que en Ginecología y Obstetricia, hacíamos guardias de 12 horas con las medidas de seguridad correctas. En la 1ra rotación no había mucho volumen de paciente pediátrico ya que aún existían muchas restricciones para los niños, sin embargo, vimos muchos casos de deshidratación, afectaciones respiratorias, diarreas, algunas patologías quirúrgicas e incluso se pudo aprender el manejo de covid19 en

pacientes pediátricos. El plus que nos llevamos en esta rotación es que las exposiciones eran muy provechosas porque los temas a desarrollar se podían acompañar y afianzar muy bien con la práctica clínica. Esta rotación también es una de las más importantes y a la que más atención presté porque la mayoría de pacientes que veremos en el SERUMS son pacientes pediátricos y adultos mayores, por lo que debemos saber a detalle que manejo haremos en cada situación y saber cuándo hay signos de alarma y tenemos que referirlos a un establecimiento de mayor nivel de complejidad.

La rotación de Cirugía General se realizó en 2 rotaciones de 15 días, completando de esa manera 1 mes de rotaciones. Se podría decir que es la rotación que sufrió más por la pandemia porque básicamente las cirugías electivas eran lo que menos teníamos. Lo que más vimos fue apendicitis, colecistitis y pacientes para suturas, todos estos en emergencia. En las salas de hospitalización podíamos encontrar muchos pacientes crónicos, usualmente post operados de alguna Neoplasia Maligna y que precisaban de una estancia hospitalaria extensa. Lo más importante fue mejorar la habilidad para suturar y saber reconocer urgencias y emergencias quirúrgicas para poder referirlos a un establecimiento de mayor nivel de complejidad, aprender a realizar las indicaciones médicas para que los pacientes lleguen en el mejor estado posible hasta el establecimiento que se decide referir. También pudimos rotar por especialidades quirúrgicas, como Traumatología, un servicio muy encantador, con personal de salud muy acogedora y siempre dispuestos a enseñar. Aprendimos a manejar esguinces, luxaciones y fracturas. Aprendimos a realizar maniobras de reducción, colocar férulas y yesos y hacer tracción cutánea con diferentes objetos que tengamos a nuestra disposición. Nos enseñaron la manera correcta de referir a nuestros pacientes, las acciones iniciales que debemos realizar y los signos de alarma que tenemos que ver. La 2da especialidad quirúrgica por la cual rotamos es Urología, principalmente consolidamos nuestros conocimientos para colocar sondas, a realizar bien los tactos rectales y saber



reconocer la morfología de ésta y si tiene alguna alteración. Vimos algunas otras patologías como epididimitis, HBP, NM de próstata, NM de vejiga, entre otras.

Si bien es cierto, no fue un internado normal, pero dentro de los obstáculos que tuvimos nos encargamos de recoger la mayor cantidad de experiencia y conocimientos para poder egresar con una base sólida y de esa manera enfrentar con confianza los casos que se presentarán más adelante, de manera efectiva y siempre buscando generar un impacto positivo en la vida de nuestros pacientes.

## **CONCLUSIONES**

El Trabajo de Suficiencia Profesional reflejó la vivencia que tuvieron los internos de medicina durante el periodo 2020-2021 en las rotaciones de medicina interna, ginecología-obstetricia, cirugía general y pediatría antes y durante la pandemia por COVID-19. Se consolidó el conocimiento adquirido durante los 7 años de carrera y afianzó el correcto manejo de las diversas patologías presentadas en las 4 rotaciones principales, guiándonos de medicina basada en evidencia de las guías de práctica clínica, artículos y revistas científicas, logrando de manera satisfactoria el desarrollo de habilidades para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La correcta formación del estudiante de medicina es fundamental para afrontar con seguridad y confianza los diversos retos que se presentarán en el SERUMS y su carrera profesional. La finalidad de toda la formación es brindar un servicio de calidad, guiar al paciente y resolver, en lo posible, todas sus dudas y molestias.

## RECOMENDACIONES

El internado médico no se realizó en condiciones óptimas debido a la pandemia, sin embargo, forjó a las autoridades responsables y a los estudiantes de medicina al desarrollo de nuevas habilidades para culminar su formación de manera satisfactoria. El sistema de salud peruano mostró las grandes carencias que existen en nuestro país, depende de la nueva generación de médicos en formación, que, en un futuro no muy lejano, se pueda mejorar la gestión nacional de algo tan básico para una nación.

La resolución ministerial decretó EPP, horario de trabajo fijo y estipendio para todos los internos, sin embargo, estos no se cumplieron de manera homogénea en todo el país, muchos internos carecían de EPP por lo que tenían que costear su propio equipo de protección. El estipendio presentó un retraso de hasta 3 meses y en algunos casos, hasta el día de hoy no se ha presentado los pagos correspondientes a los meses laborados. El horario de trabajo en algunos establecimientos no se respetó, por órdenes de superiores debían permanecer y en muchas ocasiones, sin carga laboral, aumentando el riesgo de contagio por las horas expuestas.

El retorno de los internos pudo ser mejor, el tiempo para realizar una mejor gestión existió. Se exhorta a las autoridades responsables a realizar una mejor labor administrativa para que el nuevo grupo de internos tenga los EPP correspondientes, el estipendio prometido con un pago a tiempo, un horario de

trabajo establecido y centros de salud cercanos a sus casas debido a que no todos cuentan con vehículos particulares, por último pero no menos importante, que exista una buena gestión para rotaciones en hospitales de categoría II o III, ya que la mayoría de estudiantes realizará su internado en centros de primer nivel.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, et al. Directrices internacionales de práctica clínica para el tratamiento de la cistitis aguda no complicada y pielonefritis en mujeres: una actualización de 2010 de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América y la Sociedad Europea de Microbiología y Enfermedades Infecciosas. Clin Infect Dis 2011; 52: e103.
2. Hooton TM, Stamm WE. Diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario no complicada. Infect Dis Clin North Am 1997; 11: 551.
3. Lipsky BA. Infecciones del tracto urinario en hombres. Epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Ann Intern Med 1989; 110: 138.
4. M Hooton, T,MD Acute simple cystitis in men, 2020. UpToDate. [online] Uptodate.com. Available at: <[https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-men?search=infection%20del%20tract%20urinary&topicRef=16109&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/acute-simple-cystitis-in-men?search=infection%20del%20tract%20urinary&topicRef=16109&source=see_link)> [Accessed 17 April 2021].
5. Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América para el tratamiento de infecciones por Staphylococcus aureus resistente a la meticilina en adultos y niños. Clin Infect Dis 2011; 52: e18.
6. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Guías prácticas para el diagnóstico y tratamiento de infecciones de la piel y los tejidos blandos: actualización de 2014 de la Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2014; 59: e10.

7. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Guías prácticas para el diagnóstico y tratamiento de infecciones de piel y tejidos blandos: actualización de 2014 de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América. *Clin Infect Dis* 2014; 59: 147.
8. Raff AB, Kroshinsky D. Celulitis: una revisión. *JAMA* 2016; 316: 325.
9. Woo PC, Lum PN, Wong SS, et al. Celulitis que complica el linfedema. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000; 19: 294.
10. Peralta G, Padrón E, Roiz MP, et al. Factores de riesgo de bacteriemia en pacientes con celulitis de extremidades. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2006; 25: 619.
11. Denis Spelman, MBBS, FRACP, FRCPA, MPH Larry M Baddour, MD, FIDSA, FAHA. Cellulitis and skin abscess: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis. Up to date [Internet]. el 7 de octubre de 2020; Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=celulitis&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=2)
12. Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América para el tratamiento de infecciones por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina en adultos y niños. *Clin Infect Dis* 2011; 52: e18.
13. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Guías prácticas para el diagnóstico y tratamiento de infecciones de piel y tejidos blandos: actualización de 2014 de la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América. *Clin Infect Dis* 2014; 59: 147.
14. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, et al. Sitios de embarazo ectópico: un estudio poblacional de 10 años de 1800 casos. *Hum Reprod* 2002; 17: 3224.
15. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A, et al. Diagnóstico clínico y tratamiento del embarazo ectópico. *Obstet Gynecol Surv* 2013; 68: 571.

16. Wu G, Yang J, Xu W y col. Niveles séricos de gonadotropina coriónica humana beta el día 12 después de la fertilización in vitro para predecir el tipo final de embarazo clínico. *J Reprod Med* 2014; 59: 161.
17. Stovall TG, Kellerman AL, Ling FW, Buster JE. Diagnóstico del servicio de urgencias de embarazo ectópico. *Ann Emerg Med* 1990; 19: 1098.
18. Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, Sammel M. El tratamiento médico del embarazo ectópico: un metanálisis que compara los regímenes de "dosis única" y "multidosis". *Obstet Gynecol* 2003; 101: 778.
19. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Boletín de prácticas de la ACOG No. 94: Manejo médico del embarazo ectópico. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 1479.
20. Helewa ME, Burrows RF, Smith J, et al. Informe de la Conferencia de Consenso de la Sociedad Canadiense de Hipertensión: 1. Definiciones, evaluación y clasificación de los trastornos hipertensivos en el embarazo. *CMAJ* 1997; 157: 715.
21. Hipertensión gestacional y preeclampsia: Resumen del boletín de práctica del ACOG, número 222. *Obstet Gynecol* 2020; 135: 1492.
22. Brown MA, Magee LA, Kenny LC y col. Trastornos hipertensivos del embarazo: clasificación, diagnóstico y recomendaciones de manejo de la ISSHP para la práctica internacional. *Hipertensión* 2018; 72:24.
23. Sisti G, Colombi I. Nuevo corte de presión arterial para la definición de preeclampsia: 130/80 mmHg. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2019; 240: 322.
24. Magee LA, Pels A, Helewa M y col. Diagnóstico, evaluación y manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo: resumen ejecutivo. *J Obstet Gynaecol Can* 2014; 36: 416.
25. Hipertensión gestacional y preeclampsia: Boletín de práctica de ACOG, número 222. *Obstet Gynecol* 2020; 135: e237.
26. Bellad MB, Goudar SS, Mallapur AA, et al. Intervenciones a nivel comunitario para la preeclampsia (CLIP) en la India: un ensayo controlado aleatorio grupal. *Embarazo hipertensos* 2020; 21: 166.

27. Magee LA, Pels A, Helewa M y col. Diagnóstico, evaluación y manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo: resumen ejecutivo. *J Obstet Gynaecol Can* 2014; 36: 416.
28. Koopmans CM, Bijlenga D, Groen H y col. Inducción del trabajo de parto versus vigilancia expectante para la hipertensión gestacional o la preeclampsia leve después de las 36 semanas de gestación (HYPITAT): un ensayo controlado aleatorio multicéntrico, abierto. *Lancet* 2009; 374: 979.
29. Figueiredo JC, Haiman C, Porcel J, Buxbaum J, Stram D, Tambe N, Cozen W, Wilkens L, Le Marchand L, Setiawan VW. Sex and ethnic/racial-specific risk factors for gallbladder disease. *BMC Gastroenterol.* 2017 Dec 8; 17(1):153.
30. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of Gallbladder Disease: Cholelithiasis and Cancer. *Gut and Liver.* 2012;6(2):172-187.
31. Miura F, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Wada K, Hirota M, et al. Flowcharts for the diagnosis and treatment of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J HepatobiliaryPancreat Surg.* 2007; 14(1):27-34.
32. Williams GR. Discurso presidencial: antecedentes de apendicitis. Con anécdotas que ilustran su importancia. *Ann Surg* 1983; 197: 495.
33. Fitz RH. Inflamación perforante del apéndice vermiforme con especial referencia a su diagnóstico y tratamiento precoces. *Am J Med Sci* 1886; 92: 321.
34. Jaffe BM, Berger DH. El apéndice. En: Principios de cirugía de Schwartz, 8a ed, Schwartz SI, Brunickardi CF (Eds), McGraw-Hill Companies, Nueva York 2005.
35. Burkitt DP. La etiología de la apendicitis. *Br J Surg* 1971; 58: 695.
36. Arnbjörnsson E, Bengmark S. Obstrucción de la luz del apéndice en relación con la patogenia de la apendicitis aguda. *Acta Chir Scand* 1983; 149: 789.



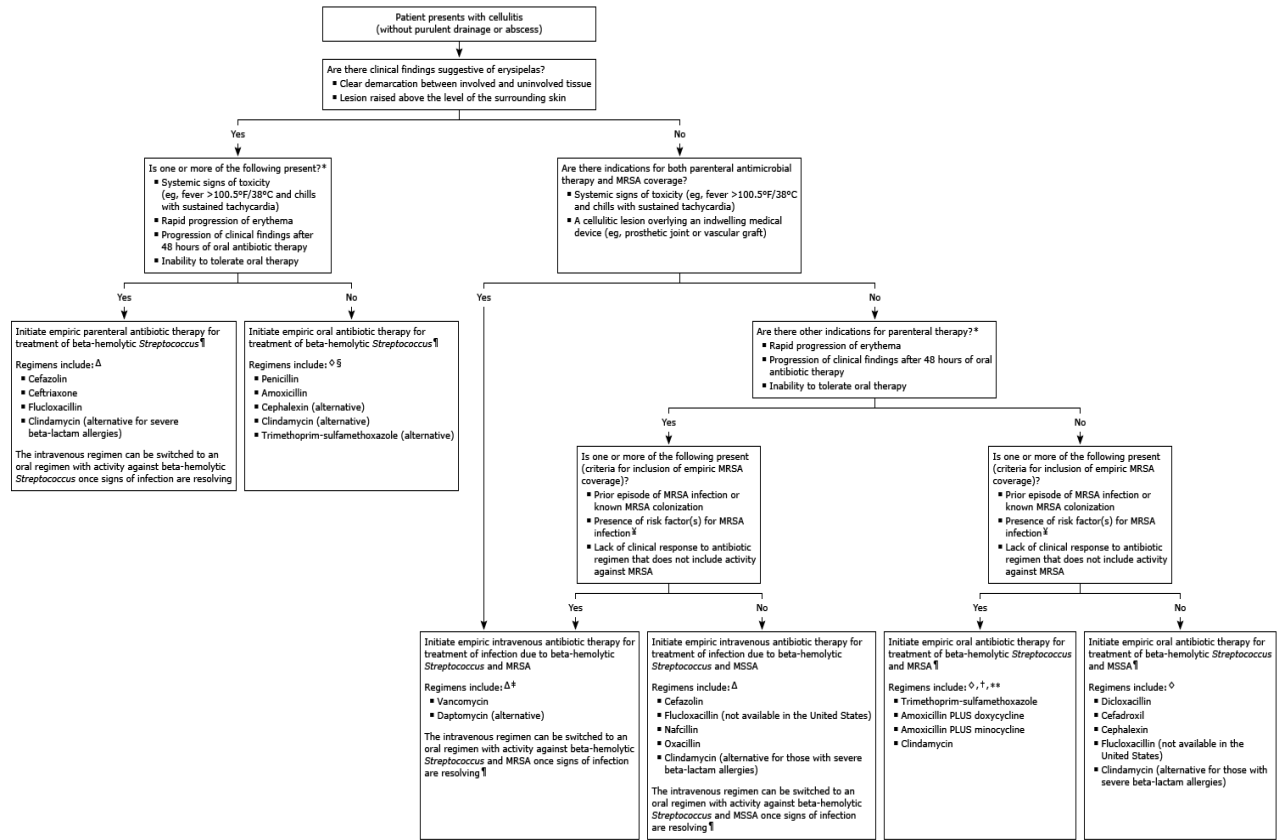
37. Lee SL, Walsh AJ, Ho HS. La tomografía computarizada y la ecografía no mejoran y pueden retrasar el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda. *Arch Surg* 2001; 136: 556.
38. Takada T, Inokuchi R, Kim H y col. ¿Es útil "dolor antes de vomitar"?: Rendimiento diagnóstico del clásico ítem de historia del paciente en apendicitis aguda. *Am J Emerg Med* 2021; 41:84.
39. Rao PM, Rhea JT, Novelline RA. Sensibilidad y especificidad de los signos individuales de apendicitis por TC: experiencia con 200 exploraciones por TC apendicular helicoidal. *J Comput Assist Tomogr* 1997; 21: 686.
40. Choi D, Park H, Lee YR y col. Los hallazgos más útiles para el diagnóstico de apendicitis aguda en la TC helicoidal con contraste. *Acta Radiol* 2003; 44: 574.
41. Cherry JD. Roseola infantum (exantema subitum). En: Libro de texto de enfermedades infecciosas pediátricas de Feigin y Cherry, 8.a edición, Cherry JD, Harrison G, Kaplan SL, et al (Eds), Elsevier, Filadelfia 2018. p.559.
42. Jenista JA. Infecciones por herpesvirus-6 humano y herpesvirus-7 humano. En: Libro de texto de atención pediátrica, McInerney TK (Ed), Academia Estadounidense de Pediatría, Elk Grove Village, IL 2009.
43. Asano Y, Yoshikawa T, Suga S, et al. Características clínicas de los lactantes con infección primaria por herpesvirus humano 6 (exantema subitum, roséola del lactante). *Pediatrics* 1994; 93: 104.
44. Academia Americana de Pediatría. Herpesvirus humano 6 (incluida la roséola) y 7. En: Libro rojo: Informe del Comité de Enfermedades Infecciosas de 2018, 31a ed, Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS (Eds), Academia Estadounidense de Pediatría, Itasca, IL 2018. p.454.
45. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, et al. Estimaciones de la OMS de las causas de muerte en niños. *Lancet* 2005; 365: 1147.
46. Boschi-Pinto C, Velebit L, Shibuya K. Estimación de la mortalidad infantil por diarrea en países en desarrollo. *Bull World Health Organ* 2008; 86: 710.

47. Kosek M, Berna C, Guerrant RL. La carga mundial de enfermedades diarreicas, estimada a partir de estudios publicados entre 1992 y 2000. Bull World Health Organ 2003; 81: 197.
48. Reiner RC Jr, Graetz N, Casey DC, et al. Variación de la morbilidad y mortalidad por diarrea infantil en África, 2000-2015. N Engl J Med 2018; 379: 1128.
49. Operario DJ, Platts-Mills JA, Nandan S, et al. Etiología de la diarrea acuosa aguda grave en niños en la red mundial de vigilancia de rotavirus mediante la reacción cuantitativa en cadena de la polimerasa. J Infect Dis 2017; 216: 220.
50. Organización Mundial de la Salud. El tratamiento de la diarrea, manual para médicos y otros profesionales sanitarios de alto nivel. - 4ta revisión. WHO / FCH / CAH / 05.1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593180.pdf> (Consultado el 8 de enero de 2010).

## **ANEXOS**

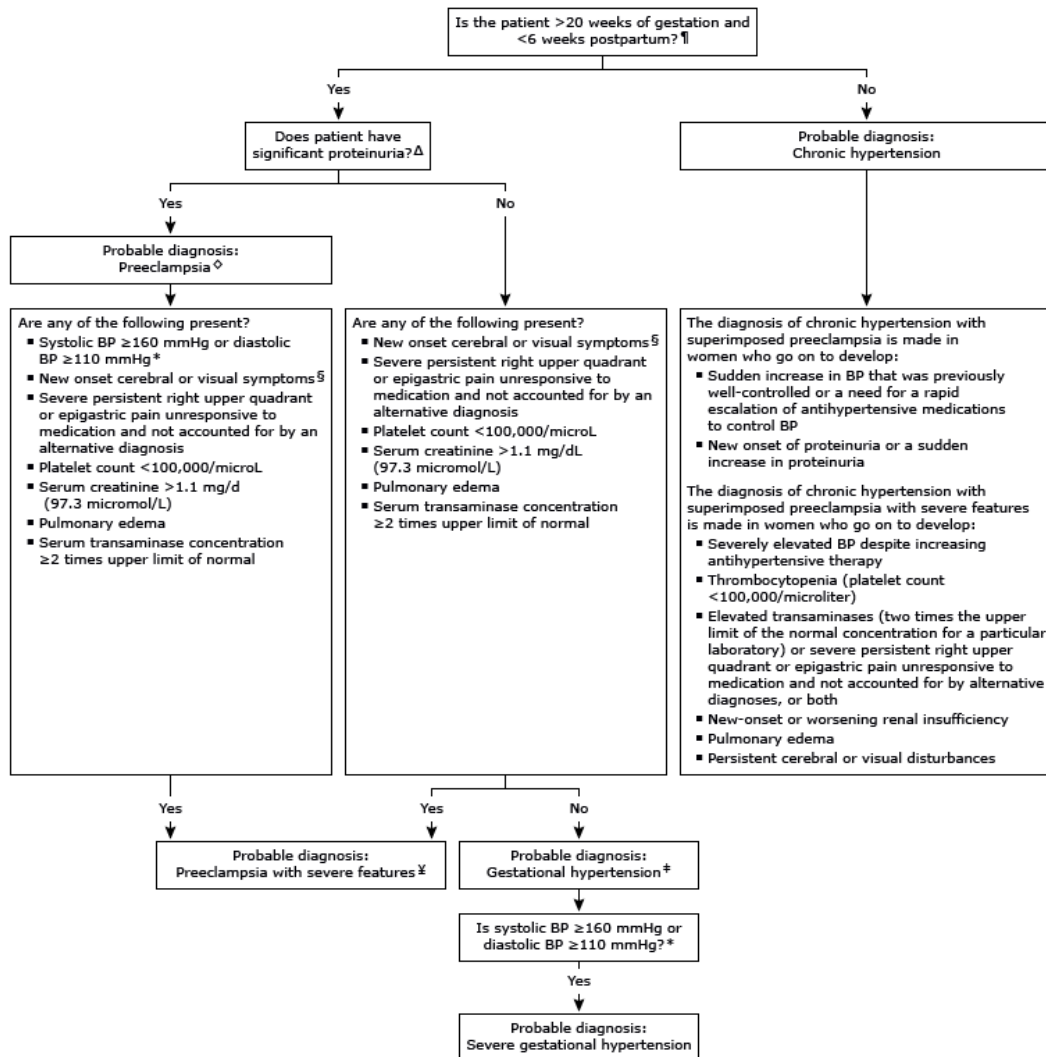
# ANEXO N°1

## Clinical approach to management of nonpurulent cellulitis in adults



## ANEXO N°2

### Diagnostic evaluation of a pregnant or postpartum woman with persistent systolic blood pressure $\geq 140$ mmHg or diastolic blood pressure $\geq 90$ mmHg\*



ANEXO N°3

**Cuadro N° 1**  
**CRITERIOS DE TOKIO**

<b>A. Signos de Inflamación Local:</b> (1) Signo de Murphy, (2) Masa, dolor o defensa en Hipocondrio derecho
<b>B. Signos de Inflamación Sistémica:</b> (1) Fiebre, (2) PCR elevada, (3) Recuento de GB elevados.
<b>C. Hallazgo Imagenológico característico de colecistitis aguda</b>
<b>Diagnóstico Sospechoso:</b> Un ítem de A más uno de B <b>Diagnóstico Definitivo:</b> Un ítem de A más uno de B más uno de C

## ANEXO N°4

### Cuadro N° 2 CRITERIOS DE SEVERIDAD

<b>Grado I (Leve)</b> No cumple criterios para Grado II o III
<b>Grado II (Moderada)</b> Al menos uno de los siguientes:
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Globulos Blancos &gt;18000</li><li>2. Masa Dolorosa Palpable en el CSD</li><li>3. Duracion de los síntomas &gt; 72 Hrs</li><li>4. Marcada Inflamacion Local (Gangrena, enfisema, absceso pericolecístico o hepático, peritonitis biliar)</li></ol>
<b>Grado III (Severa)</b> Al menos uno de los siguientes
<ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Disfunción Cardiovascular</b> Hipotensión que requiera vasopresores</li><li>2. <b>Disfunción Neurológica</b> Alteraciones del estado de Conciencia</li><li>3. <b>Disfunción Respiratoria</b> Razón PA O2/FIO2 &lt;300</li><li>4. <b>Disfunción Renal</b> Oliguria, Creatinina sérica &gt;2mg/dL</li><li>5. <b>Disfunción Hepática</b> INR&gt;1.5</li><li>6. <b>Disfunción Hematológica</b> Plaquetas&lt; 100000</li></ol>

# ANEXO N°5

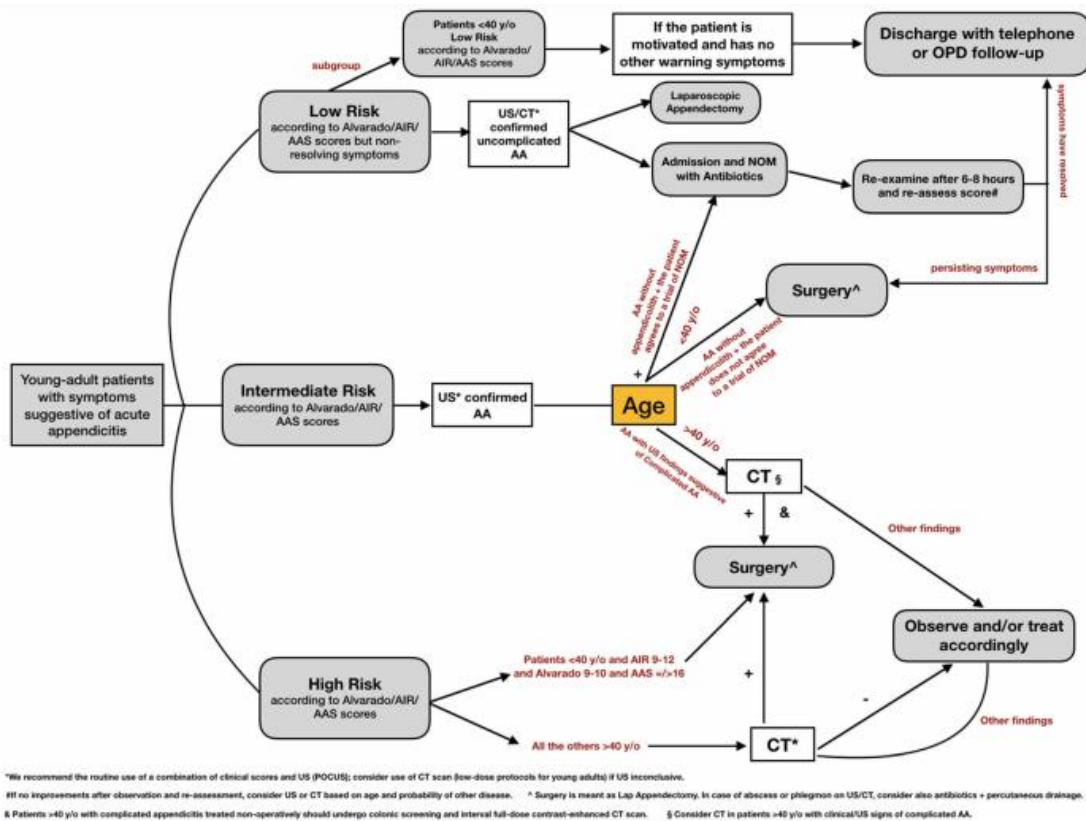


Fig. 1 Practical WSES algorithm for diagnosis and treatment of adult patients with suspected acute appendicitis



## ANEXO N°6

### Directrices de la OMS para la evaluación de la deshidratación

Característica Clínica	Grado de deshidratación previsto		
	Ninguno (<5 por ciento)	Algo de deshidratación (5-10 por ciento)	Deshidratación severa (> 10 por ciento)
Apariencia general	Bueno, alerta	Inquieto, irritable	Letárgico o inconsciente
Ojos	Normal	Hundido	Hundido
Sed	Bebe normalmente, sin sed	Sed, bebe ansiosamente	Bebe mal o no puede beber
Pellicoso de piel	Vuelve rápidamente	Retrocede lentamente	Retrocede muy despacio
Déficit de líquidos estimado	<50 ml / kg	50-100 ml / kg	> 100 ml / kg

Datos de: Organización Mundial de la Salud. El tratamiento de la diarrea: manual para médicos y otros profesionales sanitarios de alto nivel, cuarta revisión. WHO / FCH / CAH / 05.1. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 2005. (Disponible en <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241593180.pdf>).

Gráfico 68271 Versión 4.0

© 2021 UpToDate, Inc. y / o sus afiliados. Reservados todos los derechos.