



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO 2021-2022 EN EL
CENTRO MÉDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO**

TÁVARA

**PRESENTADO POR
ALFREDO STIVEN TRUJILLO MENDOZA**

**ASESOR
JEFFREE TOVAR ROCA**

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

LIMA- PERÚ

2022



**Reconocimiento - No comercial
CC BY-NC**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TRAYECTORIA DEL INTERNADO MÉDICO 2021-2022 EN EL
CENTRO MÉDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO
TÁVARA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO
CIRUJANO**

PRESENTADO POR

**ALFREDO STIVEN TRUJILLO
MENDOZA**

ASESOR

DR. JEFFREE TOVAR ROCA

LIMA – PERÚ

2022

JURADO

PRESIDENTE: Dr. Fernando Herrera Huranga

JURADO: Dr. Johandi Delgado Quispe

JURADO: Dr. Cesar Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Dedicado a cada una de las personas que confiaron en mí y fueron de vital apoyo durante todo este periodo. Gracias a ustedes pude alcanzar este objetivo.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios por haber permitido que el completar la carrera de medicina esté dentro de sus planes.

A mis padres y hermanos por su apoyo incondicional e innegable durante todos estos años, son mi mayor inspiración.

A mis tíos y primos por siempre estar al tanto de mi proceso.

A cada uno de los doctores del CEMENA que tomaron parte de su tiempo para instruirme y limar mis defectos. Gracias, maestros.

Contenido

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN. | 4 |
| ABSTRACT. | 5 |
| INTRODUCCION. | 6 |
| CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL. | 8 |
| Ginecología y Obstetricia (GyO). | 9 |
| Caso clínico 1.1. | 9 |
| Caso clínico 1.2. | 10 |
| Pediatría y Neonatología. | 11 |
| Caso clínico 2.1. | 11 |
| Caso clínico 2.2. | 13 |
| CIRUGÍA | 14 |
| Caso clínico 3.1. | 14 |
| Caso clínico 3.2. | 16 |
| Medicina Interna | 17 |
| Caso clínico 4.1. | 17 |
| Caso clínico 4.2. | 21 |
| CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA | 24 |
| CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL. | 26 |

| | |
|--|-----------|
| Ginecología y Obstetricia..... | 26 |
| Caso clínico 1.2..... | 26 |
| Pediatría y Neonatología | 28 |
| Caso clínico 2.2..... | 30 |
| CIRUGÍA..... | 31 |
| Caso clínico 3.2 | 31 |
| MEDICINA INTERNA | 33 |
| Caso clínico 4.2..... | 33 |
| CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA..... | 35 |
| CONCLUSIONES | 37 |
| RECOMENDACIONES..... | 38 |
| FUENTES DE INFORMACIÓN..... | 39 |
| BIBLIOGRAFIA. | 39 |

RESUMEN.

El internado en salud forma parte del último año de carrera, donde se deben adquirir la mayor cantidad de conocimiento práctico y teórico, que servirán para el desempeño del futuro médico. Asimismo, debido a la emergencia sanitaria y las medidas tomadas por el gobierno, este trabajo pretende describir la experiencia del internado médico en el Hospital II-2 de San Juan de Lurigancho, durante la pandemia por COVID-19, desde enero del 2020 hasta abril del 2021. Para ello se exponen dieciséis casos clínicos, cuatro por cada servicio donde se realizaron las rotaciones (Pediatría y Neonatología, Medicina Interna, Cirugía General, y Ginecología y Obstetricia). Los casos clínicos fueron seleccionados por conveniencia de los autores. Se expone todo el estudio del caso desde el ingreso, la hospitalización y el egreso, acompañado de la descripción del peticionario de exámenes de laboratorio o de imagen. Se espera que este trabajo sirva de guía a la promoción 2022 al momento de elegir sus sedes de internado en el contexto de pandemia y sirva de base para futuras discusiones sobre las condiciones de trabajo de los internos de medicina.

ABSTRACT.

The health internship is part of the last year of the career, where the greatest amount of practical and theoretical knowledge should be acquired, which will be useful for the performance of the future physician. Likewise, due to the health emergency and the measures taken by the government, this work intends to describe the experience of the medical internship in the II-2 Hospital of San Juan de Lurigancho, during the COVID-19 pandemic, from January 2020 to April 2021. For this purpose, sixteen clinical cases are presented, four for each service where the rotations were performed (Pediatrics and Neonatology, Internal Medicine, General Surgery, and Gynecology and Obstetrics). The clinical cases were selected for the convenience of the authors. The entire case study is presented from admission, hospitalization and discharge, accompanied by a description of the laboratory and imaging tests. It is hoped that this work will serve as a guide for the class of 2022 when choosing their internship sites in the context of the pandemic and will serve as a basis for future discussions on the working conditions of medical interns.

INTRODUCCION.

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” (CEMENA), ubicado en el Callao, es un establecimiento de nivel III-1. Fue inaugurado el 4 de julio de 1956 admitido con la Resolución Ministerial N°153 del 12 de marzo de 1956 gestionada por el entonces Vicealmirante Roque A. Saldías Maninat. (1)

Los servicios brindados por el Hospital Naval van desde una atención primaria promoviendo la prevención y promoción de salud hasta una especializada brindando el diagnóstico y tratamiento oportuno; además aquí se refieren a pacientes de instituciones prestadoras de servicio de salud de menor complejidad pertenecientes a la Dirección de Sanidad de la Marina (DISAMAR). De manera adicional, previas coordinaciones con la Marina de Guerra del Perú realizan jornadas médicas de apoyo a favor de las poblaciones de escasos recursos en diversas partes del país. (2)

Según el reporte de la Situación Epidemiológica del COVID-19 en el Callao del 07/02/22 el Centro Médico Naval cuenta con una unidad de trauma shock y con 413 camas las cuales son distribuidas de la siguiente manera: En el área COVID-19, 17 camas de hospitalización , 05 en UCI adultos y 12 en el área de

expansión; similar a este, en el área NO COVID-19 se cuenta con 350 camas de hospitalización, 08 en el área de emergencia, 06 en unidad de cuidados intermedios, 07 en UCI adultos , 04 en UCI pediátrica y 04 en UCI neonatal. (3)

El Centro Médico Naval es reconocido a nivel nacional e internacional como uno de los hospitales peruanos más importantes debido a sus excelentes estándares académicos, valores éticos y morales, reflejados en su alta calidad de recurso humano y también por mantenerse a la vanguardia en el rubro médico razón por la cual fue elegido sede de mis prácticas médicas y para la redacción de este informe de suficiencia profesional.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.

El internado médico es el último peldaño que culmina a lo largo de la carrera de medicina. Este, por lo tanto, es un periodo obligatorio donde el estudiante de medicina del séptimo año demuestra, durante las prácticas, las bases teóricas adquiridas y al mismo tiempo recibe capacitación diaria por parte del personal médico especializado con el objetivo de cimentar aptitudes y actitudes importantes en su camino profesional.

La literatura describe cómo ha ido evolucionando la enseñanza de medicina en pregrado, desde que se instauró la reglamentación de la docencia en hospitales desde fines finales del siglo XIX en Europa hasta la actualidad, con el fin de que el estudiante logre aplicar, integrar y consolidar los conocimientos previamente adquiridos. (4)

Así mismo, la Directiva del Internado Médico de la Universidad de San Martín de Porres describe las funciones y los objetivos que debe alcanzar el interno de medicina en las siguientes rotaciones: Gineco y Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía General y Medicina General. (5)

A continuación, se expondrán diversos casos clínicos vistos en las diferentes especialidades, desde su ingreso a emergencia, la evolución de la enfermedad hasta su egreso del hospital.

Ginecología y Obstetricia (GyO).

Caso clínico 1.1.

El primer caso es sobre la paciente MCA de 34 años, natural de Lima y procedente de San Miguel, secundigesta de 12 semanas de gestación quien acudió a emergencia de adultos por presentar desde hace 3 horas dolor pélvico asociado a sangrado luego de haber esfuerzo físico moderado. Como antecedentes obstétricos refirió que en su primera gestación le realizaron cesárea segmentaria transversa por canal de parto estrecho siendo el producto un recién nacido a término varón con un peso de 3800 g, su fórmula obstétrica fue G2P1001; además refirió tener 2 controles prenatales y negó ser diabética e hipertensa.

El médico de turno realizó el examen físico describiendo lo siguiente: paciente hemodinamicamente estable con control de funciones vitales dentro los parámetros normales. Así mismo en la especuloscopia observó canal vaginal con escasos restos sanguíneo sin sangrado activo, cérvix posterior cerrado. Al tacto vaginal no palpó masas y los anexos no estaban dolorosos. Se le solicitó una ecografía transvaginal con el fin de valorar la vitalidad embrionaria, el informe describió lo siguiente: Gestación activa de 12 semanas y 2 días sin hematoma retrocorial. También le solicitaron exámenes de laboratorio los cuales no se encontraban alterados.

Por lo relatado anteriormente el médico asistente refiere estar frente a una amenaza de aborto por lo cual decide que el manejo será ambulatorio guardando reposo absoluto, con analgésico en caso el dolor continúe y abstinencia sexual. También se le informó que si los síntomas persistían acuda nuevamente al servicio de obstetricia

Caso clínico 1.2.

El segundo caso clínico trata sobre la paciente ECH de 27 años, natural de lima y procedente de ventanilla, quién acudió al servicio de emergencia ginecológica por haber presentado hace 9 días dolor tipo punzada en hipogastrio y flujo grisáceo que fue aumentando en intensidad conforme pasaron los días; además refirió que hace 3 días se agregaron nauseas, dispareunia, disuria, aumento de flujo y niega prurito. Como antecedentes de importancia refirió haber sido hospitalizada por enfermedad pélvica inflamatoria hace 2 años, no uso frecuente de métodos de barrera y poliandria.

El médico asistente de turno describió lo siguiente al examen físico: paciente taquicárdica y con febrícula, resto de funciones vitales sin alteraciones. Sistema cardiovascular y pulmonar sin alteraciones. Al examen ginecológico describió: dolor a la movilización de cuello uterino, dolor anexial y presencia de flujo grisáceo homogéneo. Así mismo le solicitó hemograma el cual presentaba leucocitosis, PCR ligeramente elevada, pruebas serológicas negativas y en la ecografía transvaginal no hubo evidencia de masa ni abscesos.

El tratamiento ambulatorio que le indicaron fue el siguiente Ceftriaxona de 500mg IM dosis única con doxiciclina 100mg VO una tableta cada 12 horas por 14 días; además le informaron que debía acudir al hospital si los síntomas persistían o se intensificaban en el periodo de 72 horas.

Durante el seguimiento de la paciente, su evolución fue favorable remitiendo el cuadro clínico.

Pediatría y Neonatología.

Caso clínico 2.1.

El primer caso es sobre una paciente pre escolar femenina de 2 años 5 meses con las siglas CMB, procedente de Santa Anita, quién fue traída por su madre a la emergencia con un tiempo de enfermedad de dos días de inicio súbito y curso progresivo caracterizado por tos con expectoración y vómitos con restos alimenticios en dos oportunidades; además negó episodios de fiebre y diarrea e indica que la paciente cuenta con vacunas completas para su edad.

Al examen físico la paciente se encontraba despierta, reactiva a estímulos sin signos meníngeos ni de focalización, con una apariencia tóxica ,con una frecuencia cardiaca de 130 latidos por minuto , una saturación de oxígeno de 93%, frecuencia respiratoria de 50 respiraciones por minuto y una temperatura de 38.5°, no estaba cianótica ,ni icterica, su mucosa oral estaba hidratada y no había presencia de tirajes, pero si aleteo nasal . El médico asistente describió que a la auscultación ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad sin soplos, murmullo vesicular pasaba disminuido en bases pulmonares y presencia de sibilancias difusas en ambos campos pulmonares a la espiración. Le solicitaron hemograma, glucosa, urea, creatinina, proteína C reactiva, procalcitonina, prueba de antígeno para COVID19, sedimento urinario y radiografía simple de tórax. La radiografía evidenció rectificación del diafragma e imagen de consolidación basal derecha. Los resultados de los exámenes de laboratorio evidenciaron que los reactantes inflamatorios de fase aguda estuvieron elevados y presencia de leucocitosis sin desviación izquierda. Decidieron hospitalizar a la paciente con los diagnósticos de neumonía basal izquierda y crisis asmática. Durante su estancia hospitalaria recibió tratamiento antibiótico endovenoso con ceftriaxona de 850 mg cada 12 horas,

metilprednisolona 15 mg endovenoso cada 6 horas , salbutamol de 100 mcg 3 puff cada tres horas y budesonida 200 mcg 2 puff cada 12 horas. La paciente , durante la semana de tratamiento, fue evolucionando favorablemente hasta el momento de su alta médica.

Caso clínico 2.2.

Otro caso de mucha relevancia es el del paciente preescolar de sexo masculino de 2 años 3 meses de edad con las siglas LFG quien fue traído por su madre a emergencias pediátricas por dificultad respiratoria y taquipnea desde hace 1 hora. Familiar le comentó al médico de turno que desde hace 3 días el paciente estuvo presentando rinorrea hialina, estornudos y tos no productiva; además que desde hace unas 7 horas lo notaba con disfonía y con un sonido tipo estridor; así mismo refiere que el paciente contaba con vacunación completa para su edad.

El médico de turno realizó el examen físico describiendo lo siguiente: paciente despierto, reactivo a estímulos, saturando de oxígeno en 94%, taquicárdico, afebril, semihidratado, no cianótico, con estridor audible sin estetoscopio y en reposo, dificultad moderada para respirar, con taquipnea, leve retracción intercostal, faringe posterior hiperémica, a la auscultación murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, sibilancias a la espiración forzada, ruidos cardiacos rítmicos y soplos no audibles; además solicitó un hemograma donde se evidenció linfocitosis y leucocitosis, y una radiografía cervical anterior posterior donde se evidenció un estrechamiento subglótico. Por lo descrito anteriormente decidieron hospitalizar al paciente con el diagnóstico de laringotraqueítis aguda moderado para iniciar tratamiento con dexametasona de 4mg endovenoso cada 12 horas, azitromicina 160 mg vía oral una tableta cada 24 horas, budesonida 200 mcg 2 puff cada 24 horas y levodropropizina 30mg/5ml vía oral cada 8 horas.

El paciente sostuvo una evolución favorable, sin necesidad de apoyo oxigenatorio desde su ingreso y fue dado de alta al tercer día con indicaciones de alarma y control por el servicio de pediatría a la semana.

CIRUGÍA

Caso clínico 3.1.

El primer caso trata sobre un paciente varón de 25 con las siguientes siglas HVM , sin antecedentes de interés, quién acudió al servicio de emergencia del tópico de cirugía refiriendo que hace 12 horas presentó un dolor abdominal asociado a náuseas e hiporexia ; además refirió haberse automedicado con una tableta de Plidan de 10 mg el cual disminuyó el dolor abdominal en cierto grado y una hora antes de llegar al Hospital Naval empezó a presentar fiebre y dolor intenso en fosa iliaca derecha.

Al momento del control de las funciones vitales se encontraba taquicárdico, con la saturación y presión arterial normal. Durante el examen físico el médico de turno describió lo siguiente: paciente despierto, reactivos a estímulos, responde al llamado , orientado, con facie antálgica, no cianótico, no icterico; a la auscultación ruidos cardiacos rítmicos , no soplos , murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Al examen abdominal: no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, signo de Mcburney (+) y signo del rebote (+). De acuerdo a lo descrito le solicitaron: exámenes de laboratorio en el cual se evidenció tipo sanguíneo O+, leucocitosis sin desviación izquierda, elevación de reactantes de fase aguda, sedimento urinario no patológico, el resto de los resultados no estaban alterados, riesgo cardiológico I; así mismo debido al diagnóstico de síndrome abdominal agudo por apendicitis aguda decidieron programar sala de operaciones para apendicectomía laparoscópica.

Previamente, una hora antes de la cirugía, indicaron suministrar al paciente cefazolina 2g endovenosa como profiláctico. Durante

el proceso quirúrgico no hubo interurrencias, el cirujano de turno describió los siguientes hallazgos operatorios: Líquido seroso turbio libre cavidad de aproximadamente 10 cc en fondo de saco retrovesical, apéndice de posición retrocecal de 10x2 cm aproximadamente abscedado en toda su extensión y cubierta de fibrina, tercio proximal subseroso, base indemne y ciego móvil; así mismo el diagnóstico post operatorio fue Apendicitis aguda abscedada. Luego el paciente es trasladado al área de recuperación, permaneciendo allí durante 2 horas. Al encontrarse hemodinámicamente estable y sin signos de compromiso vital, deciden trasladarlo a su cama en el área de hospitalización.

El paciente evoluciona favorablemente sin necesidad de iniciar antibioticoterapia y es dado de alta a las 48 horas de la cirugía.

Caso clínico 3.2.

El segundo caso trata sobre la paciente de sexo femenino con las siglas MCL de 35 años, con antecedente obstétrico de haber sido cesareada en 2 oportunidades, obesidad tipo 1 y hernia crural derecha desde hace 3 años. Acudió al tópico de cirugía refiriendo que desde hace 30 minutos presentó dolor intenso en región femoral izquierda, luego de haber realizado actividad física moderada, asociado a náuseas y sensación de malestar general.

Cuando le controlaron las funciones vitales se encontraba con taquicardia y taquipnea. En el examen físico el médico de turno describió lo siguiente: paciente despierta, reactiva a estímulos, orientada, no icterica, no cianótica, con facie antálgica, a la auscultación ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, sin soplos audibles, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares. Al examen de la región inguinal: En bipedestación se observa masa de 3x3 cm aproximadamente, sin cambios de coloración, de consistencia dura, que no reduce a la digitopresión y dolorosa. Por lo cual se solicitó exámenes de laboratorio los cuales no estaban alterados. El doctor refirió estar frente a una hernia crural izquierda incarcerada por lo cual decidió suministrarle diclofenaco de 75 mg IM y orfenadrina de 60 mg IM de manera pronta; así mismo indicó que la paciente repose en decúbito supino.

Al cabo de 30 minutos la paciente fue reevaluada refiriendo que el dolor había disminuido. El médico de turno examinó a la paciente y se percató que la hernia se había reducido espontáneamente por lo cual decidió observar por una hora más a la paciente, para luego emitir su alta con las indicaciones que

tenía que venir nuevamente para programación de cirugía electiva.

Medicina Interna

Caso clínico 4.1.

El primer caso clínico trata sobre un paciente con las siglas AQH de 52 años procedente del Callao, quien fue referido del Hospital De La Base Naval Del Callao con un tiempo de enfermedad de aproximadamente tres horas caracterizado por sensación de desvanecimiento asociado a mareo mientras subía las escaleras en su dependencia sin pérdida de conciencia. Sus compañeros lo llevan al Hospital De La Base Naval Del Callao donde le realizaron un electrocardiograma con resultado de bradicardia sinusal por frecuencia cardiaca de 53 latidos por minuto y a la toma de la presión arterial se obtuvo un resultado de 90/60 mmHg por lo cual es traído el mismo día a emergencias del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara (CEMENA).

Durante la anamnesis el paciente refiere haber presentado estos mismos episodios en 3 oportunidades anteriores en el 2016 todos sin pérdida de conciencia, haber dado positivo a COVID19 en junio del 2021 permaneciendo doce días hospitalizado, diez días con apoyo oxigenatorio. Niega otros antecedentes de interés. Al examen físico se auscultaron ruidos cardiacos rítmicos con tendencia a la bradicardia, no hubo soplos audibles y los pulsos periféricos estuvieron presentes. Durante su permanencia en el área de observación se le solicita exámenes de laboratorio: 14.5 mg/dL.Hcto:41.2 %. Plaquetas: 264 mm³.Leucocitos: 9.22 mm³.Glucosa: 129 mg/dL.Urea: 19.5 mg/dL.Creatinina: 0.63 mg/dL.CPK total: 120 UI.CPK mb : 14.20

UI.K: 3.47.Magnesio: 1.97 mg/dL.Sedimento urinario no patológico. El departamento de cardiología lo evaluó, ese mismo día, tomando dos electrocardiogramas seriados los cuales resultaron con bradicardia sinusal asintomática y sin otras alteraciones; así pues, solicitaron que se le realice el Holter. Neurología también examina al paciente dándolo de alta por su servicio debido a que este estaba lúcido, orientado en tiempo y persona, sin signos de focalización y sin signos meníngeos, y además que en su TAC cerebral sin contraste no había alteraciones estructurales, no había isquemia ni hemorragia.

El paciente permanece en observación hasta el día siguiente donde según el reporte de las enfermeras de esa área el paciente presentó “convulsión tónica clónica” sin mordida de lengua y sin pérdida de control de esfínteres, todo esto sucedió de manera abrupta durante el procedimiento de canalización venosa. Fue evaluado ese día por neurología quienes sugieren hospitalización para ampliar estudios, electroencefalograma, fenitoína de 100 mg endovenosa cada ocho horas y diazepam de 10 mg condicional a convulsiones. Cardiología solicitó un ecocardiograma y ecocarotídeo para ampliar estudios.

El paciente es hospitalizado por la noche a cargo del servicio de medicina interna con los diagnósticos de lipotimia y bradicardia sinusal de etiología a determinar.

Durante su estancia hospitalaria el paciente presentó mareos leves, durante tres días, que resolvieron esporádicamente, no volvió a presentar pérdida de conciencia abrupta ni otras interurrencias de interés, pero lo que si persistía eran las bradicardias sinusales asintomáticas. Se le realizó el ecocardiograma dando como resultado: ventrículo izquierdo de dimensiones normales. VFD VI 67 ML/M2. Función sistólica de ventrículo izquierdo normal. FE 2D BP 62 %. Función diastólica del ventrículo izquierdo normal. No elevación de PFDVI (E/E' 6.95, E/A 1.29). Ventrículo derecho de dimensiones y función

normal (TAPSE 23mm). Aurícula izquierda con dilatación leve (37.97 ml / m²). No valvulopatías significativas. No hay trastornos de motilidad del ventrículo izquierdo. No signos de hipertensión pulmonar (PSAP 28 mmHg,ITvmax 2.44 M/S) .

En el ecocarrotoideo se describió lo siguiente: Vasos carotídeos derechos de diámetros y velocidades conservadas. No se evidencian placas. Vasos carotídeos izquierdos de diámetros y velocidades conservadas con placa ateromatosa no complicada con obstrucción del 20% y no genera aceleración del flujo.

El Holter describió lo siguiente: Ritmo sinusal de base con tendencia a la bradicardia durante todo el estudio, frecuencia cardiaca mínima: 46, frecuencia cardiaca promedio: 61 y frecuencia cardiaca máxima: 76. Extrasístoles supraventriculares aisladas de muy baja densidad. Extrasístoles ventriculares aisladas de baja densidad. No hubo pausas, ni bloqueos, ni fibrilación auricular por lo cual el paciente es reevaluado por el departamento de cardiología quienes le explicaron que sus resultados no evidenciaron cardiopatía. El electroencefalograma solicitado por el departamento de neurocirugía describió lo siguiente: trazados de base simétricos y organizados, negativo para actividad paroxística, la foto estimulación y la hiperventilación no modifica el trazo, por lo tanto, decidieron pasar la fenitoína 100 mg endovenosa a vía oral y de esta forma se discontinuó gradualmente la dosis ya que no hubo evidencia de síndrome convulsivo. Debido a que el paciente es personal naval en actividad se realiza una junta médica en la que Neurología concluyó, en base a los resultados de la tomografía cerebral y electroencefalograma, que no hubo evidencia que sustente que el paciente haya presentado un síndrome convulsivo dándolo de alta por su servicio; Así misma cardiología en base a los exámenes solicitados concluye que el paciente presentó una bradicardia sinusal asintomática. Ambas especialidades modificaron los diagnósticos de ingreso por los

siguientes: síncope vasovagal debido al episodio presentado en el área de observación, pre-síncope recurrentes por lo antecedentes descritos y bradicardia sinusal por los resultados de los exámenes que solicitaron.

Basado en los resultados el paciente es dado de alta con una evolución favorable y con los diagnósticos de síncope vasovagal, pre-síncope recurrentes y bradicardia sinusal asintomática; así mismo se le indicó controles periódicos y monitoreo por el servicio de medicina interna.

Caso clínico 4.2.

El siguiente caso es sobre la paciente RHC, procedente del Callao, quien acudió al CEMENA debido a que presentó un tiempo de enfermedad de 7 días caracterizado por dolor tipo hincada en hipocondrio derecho, asociado a fiebre y vómitos, que empezó de manera insidiosa y que progresivamente se fue intensificando. Como antecedentes de importancia mencionó una colecistectomía laparoscópica hace tres años y ser alérgica a los AINES.

El médico de turno describió lo siguiente: A la ectoscopia la paciente presentaba facie antálgica y piel no ictérica. Se observan cicatrices de puerto operatorio por colecistectomía laparoscópica, abdomen no distendido, ruidos hidroaéreos estaban presentes, abdomen blando y depresible, doloroso 8/10 a la palpación, no se palpa masa.

Durante su estancia en observación le solicitaron exámenes de laboratorio (hemograma, perfil hepático, perfil lipídico, PCR, VSG, PCT y sedimento urinario) y ecografía abdominal la cual describió lo siguiente: hígado de contornos regulares con un parénquima de ecogenicidad incrementada de forma difusa, no dilatación de vías biliares intrahepáticas, el colédoco con un diámetro de 5mm, sin evidencia de líquido libre y con meteorismo intestinal incrementado, al no tener correlación la ecografía con la clínica que la paciente presentaba se le solicita una tomografía abdominal con contraste. La tomografía describió lo siguiente: presencia de imagen hipodensa heterogénea de paredes engrosadas y tabicaciones en su interior las cuales muestran realce a la administración de contraste se localiza en el segmento VI que mide 70x50x69mm (APxDL) con un volumen de 127cc aproximadamente, concluyendo que los hallazgos son sugerentes de un absceso

hepático. Sus exámenes de laboratorio evidenciaron las transaminasas, reactantes inflamatorios de fase aguda elevados, leucocitosis sin desviación izquierda, resto de resultados sin alteraciones. Decidieron hospitalizar a la paciente debido a los resultados anteriormente descritos e iniciar antibioticoterapia empírica endovenosa con ceftriaxona 2g cada 24 horas, manejo del síndrome febril y emético incluyendo el drenaje del absceso. Durante el primer día de hospitalización la paciente no presentó fiebre y el dolor había disminuido.

El médico asistente de turno envió una interconsulta a radiología intervencionista quienes luego de la evaluación del paciente y analizar los exámenes complementarios dejaron indicada la programación para el drenaje del absceso bajo guía ecográfica y fluoroscopia simultánea. En el reporte del procedimiento describieron haber aspirado 50cc de secreción purulenta sin interferencia alguna, concluyendo que la colocación del catéter de drenaje en absceso hepático fue exitosa, además dejaron muestra de la secreción para que sea cultivada. Así mismo solicitaron, previo a la intervención, hemocultivos con removedor de antibióticos los cuales no indicaron crecimiento bacteriano.

Luego del procedimiento la paciente ya no presentó fiebre y el dolor en el hipocondrio derecho sólo estaba presente a la palpación. El resultado del cultivo de secreción indicó presencia de *Klebsiella pneumoniae* resistente a ceftriaxona, debido a esto decidieron cambiar el manejo a Piperacilina Tazobactam 4.5g endovenoso cada 6 horas por 14 días. Durante el periodo de tratamiento del nuevo esquema la paciente no hizo picos febriles, el dolor fue disminuyendo gradualmente y no presentó otra interurrencia. Debido a esta evolución favorable el médico asistente decidió que la paciente completara su tercera semana de tratamiento antibiótico de manera ambulatoria con Cefuroxima de 500 mg una tableta vía oral por 7 días y con controles semanales por el departamento de medicina interna.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

A nivel nacional la distribución del servicio de salud es descentralizada a través de los proveedores de salud, tanto nacionales como privados, quienes cuentan con su propio financiamiento. Dentro de estas tenemos a las que pertenecen al Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud, Fuerzas Armadas como la Fuerza Aérea del Perú, Ejército del Perú, Marina de Guerra del Perú y la Policía Nacional. (6,7)

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” pertenece a la Dirección de Sanidad de la Marina de Guerra del Perú (DISAMAR), este complejo se ubica en el distrito de Bellavista de la provincia constitucional del Callao. El nivel de complejidad es III-1, cuenta con todas las especialidades y además se encarga, de manera integral y holística, de brindar atención médica ambulatoria u hospitalaria de sus derechohabientes. (8)

Antes de la pandemia y la instauración del estado de emergencia el establecimiento contaba con gran afluencia de ingresos hospitalarios, así mismo también sucedía con la atención por consultorios externos; por lo cual durante este periodo estos disminuyeron. Además, decidieron habilitar pabellones exclusivos y un área UCI para pacientes COVID19 positivos con criterios de ingreso a estos.

Es importante mencionar que este hospital ha adquirido equipos imagenológicos de apoyo diagnóstico de alta tecnología, además cuenta con un centro quirúrgico sofisticado y un

personal de salud altamente calificado.

Por otro lado, el puesto desempeñado como interno de medicina no está exento de responsabilidades, sino al contrario es el primer eslabón que está en contacto diario con el paciente y del cual depende, en cierto porcentaje, que los objetivos en el manejo y tratamiento de los pacientes se den acorde a lo planteado.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.

A continuación, se pretende contrastar la medicina basada en evidencia descrita en la literatura con el manejo brindado por el personal de salud del hospital naval.

Ginecología y Obstetricia.

Caso clínico 1.1.

Con respecto al primer caso clínico. La amenaza de aborto es definida como la presencia de un sangrado súbito asociado a dolor uterino antes de las 22 semanas de gestación, pero sin cambios en el cérvix y actividad cardíaca fetal detectable. (9)

La guía de práctica clínica de obstetricia recomienda lo siguiente: realizar especuloscopia para valorar el canal vaginal y cérvix uterino, así mismo una ecografía para observar si hay vitalidad fetal. Como medidas generales sugiere reposo absoluto, abstinencia de relaciones sexuales y reevaluación en 72 horas.(10)

Caso clínico 1.2.

La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es un proceso agudo que puede manifestarse en cualquier momento de la vida reproductiva de la mujer y por lo general se transmite por vía sexual y su diseminación es ascendente hacia el útero, trompas de Falopio, ovarios hasta incluso comprometer órganos extra pélvicos ; además la literatura describe a la Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis y Mycoplasma genitalium como los agentes causales más frecuentes. (11)

La sintomatología de la EPI se caracteriza por un dolor en región

pélvica de inicio agudo, dispareunia, metrorragia y que haya dolor a la movilización del cuello uterino y/o anexos; además a esto se le puede agregar fiebre, flujo vaginal , leucocitosis, elevación de reactantes de fase aguda,etc.. (12)

Con respecto al tratamiento la guía peruana recomienda ceftriaxona de 500mg IM en dosis única por dos semanas con doxiciclina 100mg VO cada 12 por 2 semanas. (13)

Pediatría y Neonatología

Caso clínico 2.1.

Con respecto al primer caso clínico. La neumonía adquirida en la comunidad es definida como la infección aguda del parénquima con una etiología muchas veces difícil de determinar; de esta manera algunos autores sugieren, después de diversos estudios microbiológicos, lo siguiente: etiología de causa viral (virus sincitial respiratorio) en menores de un año y en niños menores de 5 años y de causa bacteriana (*S. pneumoniae*) en mayores de 5 años. Pero esto no quiere decir que ambas poblaciones etarias estén exentas de la etiología viral o bacteriana. (14)

La presentación clínica va a ser variable y sutil, ya que va a depender del agente etiológico responsable, del huésped y su susceptibilidad, siendo en muchos casos inespecíficos. En el caso de recién nacidos y niños menores de 5 años la irritabilidad, problemas para alimentarse o inquietud incluyendo la tos y sonidos respiratorios asociados a fiebre pueden sugerir neumonía. En el caso de niños mayores de 5 años además de la fiebre se puede incluir dolor abdominal. (15,16)

El diagnóstico de la neumonía es clínico, pero se puede solicitar apoyo diagnóstico en aquellos que el diagnóstico es incierto, quienes requieran hospitalización o tengan neumonía grave; Así mismo, también se puede solicitar radiografía simple de tórax o estudios de laboratorio como hemograma, hemocultivos, BK en esputo, reactantes inflamatorios de fase aguda. (17)

Las indicaciones para hospitalizar al paciente son los siguientes: saturación de oxígeno <90%, deshidratación, taquipnea >50

respiraciones por minuto, aleteo nasal, apariencia tóxica y fracaso del tratamiento ambulatorio. (17)

El inicio rápido de la antibioticoterapia es crucial y este va de acuerdo con el grupo etario, el patrón de resistencia y la capacidad resolutive del hospital. Este es empírico al inicio y luego de obtener un diagnóstico etiológico de certeza el tratamiento será específico. En niños de 2 meses a 12 años se pueden usar: Ampicilina 150-200 mg/kg/dosis endovenoso cada 6 horas, Cloranfenicol 75-100 mg/K/día endovenoso cada 6 horas ,Ceftriaxona de 75-100 mg/kg/día endovenoso cada 12 horas.(17)

Caso clínico 2.2.

Con respecto al segundo caso clínico. La laringotraqueítis o CRUP se caracteriza por ser una causa frecuente de obstrucción súbita de las vías aéreas superiores en la población pediátrica, que clínicamente se caracteriza por fiebre, disfonía, tos perruna y estridor laríngeo. Por lo general previa a esta sintomatología los pacientes suelen cursar con rinorrea, conjuntivitis y congestión nasal. (18)

El diagnóstico es clínico y la etiología más frecuente es de causa viral por la parainfluenza tipo 1, sobre todo en las estaciones de otoño e invierno. (19)

El tratamiento depende de la puntuación del score de Westley y la gravedad según la presencia de estridor en reposo o no, el grado de retracción torácica, la cianosis, el estado mental y la entrada de aire. (20)

El paciente según el caso clínico se encuentra en un score de Westley 3 o moderado, por ende el tratamiento sugerido para este escenario es dosis única de dexametasona 0.6 mg/kg, epinefrina nebulizada y hospitalización en caso el cuadro no resuelva con el tratamiento indicado. (21)

CIRUGÍA

Caso clínico 3.1

Con respecto al primer caso clínico. La apendicitis aguda es un proceso inflamatorio del apéndice vermiforme vestigial. Esto puede deberse a una obstrucción ya sea por un fecalito, cálculo, hiperplasia linfoide, procesos infecciosos y tumores benignos. La inflamación puede progresar a isquemia, necrosis y perforación pudiendo generar un masa abscedada o peritonitis localizada o generalizada. (22)

La sintomatología clínica más frecuente de esta enfermedad suele ser el dolor abdominal que suele migrar a la región de la fosa iliaca derecha, pero también se le agregan otros como la hiporexia, náuseas, deposiciones líquidas y fiebre. (23)

El diagnóstico de la apendicitis aguda es clínico, en caso haya duda diagnóstica se puede solicitar ultrasonido o tomografía dependiendo de la disponibilidad de ambas y exámenes de laboratorio. La escala de Alvarado: Dolor en cuadrante inferior derecho (2puntos), leucocitos >10 000 (2 puntos) , anorexia(1 punto), dolor migratorio en cuadrante inferior derecho (1 punto), nauseas o vómitos (1 punto), signo del rebote (1 punto), fiebre >37.5 (1 punto) nos orientará a la toma de decisiones, por ejemplo si obtenemos un score de menor de 4 puntos se sugiere valorar otras causas de dolor abdominal y un valor igual o mayor a 7 puntos sugiere apendicitis aguda. (24)

El tratamiento es netamente quirúrgico, siendo el abordaje laparoscópico el más sugerido. (25)

Caso clínico 3.2

Con respecto al segundo caso clínico. Las hernias femorales o crurales son menos frecuentes que las inguinales, sobre todo afectan en mayor proporción a la población femenina y tienden a

complicarse mediante la incarceration. El diagnóstico es clínico y el tratamiento suele ser cirugía electiva o de emergencia en el caso se presente alguna complicación. (26)

MEDICINA INTERNA

Caso clínico 4.1.

Con respecto al primer caso clínico. Se define al síncope como la pérdida transitoria de la conciencia y del tono postural de inicio súbito y por un periodo de tiempo breve relacionado a un flujo inadecuado y transitorio de nutrientes al cerebro; así mismo la evaluación inicial nos permite valorar si estamos frente a un paciente con síncope y también para valorar el diagnóstico y pronóstico del paciente (27)

El síncope puede estar asociado a un mecanismo reflejo neuromediado, un origen cardiogénico o a una disfunción autonómica. Debido a esto la literatura recomienda dentro de la evaluación inicial realizar un electrocardiograma (28 y 29)

El manejo del síncope está sobre todo orientado a prevenir la consecuencia de la caída orientando al paciente a reconocer los prodromos de esta patología (29)

Caso clínico 4.2.

El absceso hepático primario por *K. pneumoniae* suele ocurrir en pacientes sin patología abdominal predisponente como enfermedad hepatobiliar, enfermedad colorrectal o antecedentes de cirugía o trauma abdominal. (30)

La clínica de esta patología se caracteriza por presentar fiebre, dolor en el cuadrante superior derecho, náuseas, vómitos, leucocitosis y transaminemia. (31)

Una vez observado lesiones sugerentes de absceso en la ultrasonografía o tomografía se debe realizar un aspirado del absceso. (32)

El tratamiento antibiótico debe ser instaurado cuanto antes

cubriendo Gram +, Gram - , aerobios y anaerobios; además el drenaje del absceso va a depender si este es mayor o no de 3 centímetros. El drenaje percutáneo debe realizarse bajo guía ecográfica y se ha observado que tiene mayor tasa de éxito cuando el absceso es mayor de 5 cm y único. (33).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.

La experiencia en este internado médico, en el Centro Médico Naval, tuvo lugar desde el proceso de admisión donde luego de un riguroso examen y una entrevista personaliza fuimos admitidos para poder realizar nuestras prácticas clínicas allí.

Durante las primeras semanas fue difícil la transición de alumnos de pregrado a internos de medicina, nos tomó cierto tiempo adaptarnos al ritmo del hospital, pero con perseverancia y disciplina fue posible.

Así mismo, al ser un internado con pocas afluencias de pacientes, con respecto a años anteriores, igual se presentaron oportunidades de aprendizajes que supimos aprovechar, algunas simples y otras complejas; de esta forma cada especialidad aportó, en cierto grado, un sinfín de experiencias académicas que servirán para nuestro desenvolvimiento como futuros médicos generales.

A diario el interno evaluaba a los pacientes, sus exámenes de laboratorio y redactaba todo en una hoja de evolución con el fin de llevar un registro de la sintomatología que manifestaban los pacientes; de esta manera se ponía en práctica la capacidad semiológica aprendida. En las guardias programadas, por lo general de 12 horas, el interno aprendía el manejo de las emergencias y pulía su capacidad de toma de decisiones.

Es importante recalcar que saber sobrellevar la convivencia con el equipo de co-internos es importante, ya que de ello dependerá que el trabajo a favor de los pacientes sea efectivo.

Por último, la mejor recomendación que se le puede dar al interno de medicina es que sepa disfrutar y aprovechar cada momento de esta experiencia.

CONCLUSIONES

En conclusión, el internado médico es el periodo más importante de nuestra carrera médica donde el estudiante enfrenta diferentes retos y dificultades que le permitirán crecer profesionalmente.

Aunque este año de internado médico empezó con algunas carencias de la casuística por el estado emergencia, no fue motivo para que el nivel de aprendizaje disminuya.

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara” es un hospital de alta complejidad, que cuenta con una gamma amplia de especialidades y recursos que servirán ayuda al desarrollo académico del estudiante de medicina.

Para concluir, la toma de decisiones en el manejo médico por los especialistas es amparada en la medicina basada en evidencia.

RECOMENDACIONES

Dado que el internado médico es una etapa importante en el desarrollo académico del estudiante de medicina, las facultades de medicina humana deben proponer y velar por un adecuado funcionamiento de este.

Además, los internos de medicina deben recibir cursos y capacitaciones de manera exhaustiva para afianzar y consolidar los conocimientos que por motivos de la pandemia no tuvieron parte.

Por último, es importante brindar en este periodo de pandemia los equipos de protección necesarios.

FUENTES DE INFORMACIÓN.

BIBLIOGRAFIA.

1. La Marina de Guerra del Perú. Dirección de Salud del Centro Médico Naval. 2022. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/nosotros/>
2. La Marina de Guerra del Perú. Centro Médico Naval “CMST”. 2022. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/dicemena/>
3. Dirección Regional de Salud del Callao. Situación epidemiológica del COVID-19 en el Callao. Febrero del 2022. Disponible en: <https://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/boletín/epidemiologia/coronavirus/FILE0001932022.pdf> .
4. Tapia Villanueva Rosa M, Núñez Tapia Rosa M, Syr Salas Perea Ramón, Rodríguez-Orozco Alain R. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. Educ Med Super [Internet]. 2007 Dic [citado 2022 Feb 13] ; 21(4). Disponible en :http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005&lng=es.
5. Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. Directiva del Internado Médico. 28 de Noviembre de 2019. https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/normativas/DIRECTIVA_UNIDAD_INTERNADO_MEDICO.pdf
6. Cetrángolo O, et al. El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. Perú: Oficina de la OIT para los Países Andinos. [Internet]. 2013. [consultado:febrero2022].Disponible en:<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2401.pdf>

7. Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario. El Perú. USA: OMS. [internet]. 2011. [consultado: febrero 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/workforcealliance/countries/per/es/>
8. NT N° 021 – MINSA / DGSP V.01. Norma Técnica Categorías de Establecimiento del Sector Salud. Mayo del 2005. http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/103_N.T.021Categoria.pdf
9. Tongsong T, Srisomboon J, Wanapirak C, et al. Resultado del embarazo de la amenaza de aborto con actividad cardíaca fetal demostrable: un estudio de cohorte. J Obstet Gynaecol (Tokio 1995) 1995; 21:331.)
10. GPC obstetricia amenaza de aborto
11. Vital-Reyes VS. Enfermedad inflamatoria pélvica y salud reproductiva. Rev Mex Med Repro. 2018;8.9 (4):127-128.
12. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Enfermedad inflamatoria pélvica. N Engl J Med 2015; 372:2039.
13. GPC EPI
14. Jain S, Williams DJ, Arnold SR, et al. Neumonía adquirida en la comunidad que requiere hospitalización entre niños estadounidenses. N Engl J Med 2015; 372:835.
15. Shah SN, Bachur RG, Simel DL, Neuman MI. Does This Child Have Pneumonia?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. JAMA 2017; 318:462
16. Murphy CG, van de Pol AC, Harper MB, Bachur RG. Clinical predictors of occult pneumonia in the febrile child. Acad Emerg Med 2007; 14:243.
17. Bradley JS, Byington CL, Shah SS, et al. The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2011; 53:e25.

18. Tovar Padua LJ, Cherry JD. Croup (laryngitis, laryngotracheitis, spasmodic croup, laryngotracheobronchitis, bacterial tracheitis, and laryngotracheobronchopneumonitis) and epiglottitis (supraglottitis). In: Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 8th Ed, Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ (Eds), Elsevier, Philadelphia 2019. p.175.
19. Rihkanen H, Rönkkö E, Nieminen T, et al. Respiratory viruses in laryngeal croup of young children. *J Pediatr* 2008; 152:661
20. Yang WC, Lee J, Chen CY, et al. Puntuación de Westley y factores clínicos en la predicción del resultado del crup en el departamento de emergencias pediátricas. *Pediatr Pulmonol* 2017; 52:1329.
21. Clarke M, Allaire J. Un enfoque basado en la evidencia para la evaluación y el tratamiento del crup en niños. *Práctica de Medicina de Emergencia Pediátrica* 2012; 9:1.
22. Hernández-Cortez Jorge, León-Rendón Jorge Luis De, Martínez-Luna Martha Silvia, Guzmán-Ortiz Jesús David, Palomeque-López Antonio, Cruz-López Néstor et al . Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cir. gen [revista en la Internet]*. 2019 Mar [citado 2022 Feb 26];41(1):33-38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992019000100033&lng=es.
23. Hernández-Cortez Jorge, León-Rendón Jorge Luis De, Martínez-Luna Martha Silvia, Guzmán-Ortiz Jesús David, Palomeque-López Antonio, Cruz-López Néstor et al . Apendicitis aguda: revisión de la literatura. *Cir. gen [revista en la Internet]*. 2019 Mar [citado 2022 Mar 03];41(1):33-38. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid

24. Ebell MH, Shiholser J. ¿Cuáles son los puntos de corte clínicamente más útiles para las puntuaciones de apendicitis pediátrica y de Alvarado? Una revisión sistemática. *Ann Emerg Med* 2014; 64:365
25. Asociación Mexicana de Cirugía General, AC. Guía de Práctica Clínica. Apendicitis aguda. México: 2014. p. 6.
26. Grupo HerniaSurge. Directrices internacionales para el manejo de la hernia inguinal. *Hernia*. 2018 febrero; 22 (1):1-165)
27. Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, et al. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, and the Heart Rhythm Society. *J Am Coll Cardiol* 2017.
28. Benbadis SR, Chichkova R. Psychogenic pseudosyncope: an underestimated and provable diagnosis. *Epilepsy Behav.*,9(2006),pp.106-110
<http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2006.02.011>
29. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J* 2018; 39:1883.
30. Fang CT, Lai SY, Yi WC, et al. *Klebsiella pneumoniae* genotype K1: an emerging pathogen that causes septic ocular or central nervous system complications from pyogenic liver abscess. *Clin Infect Dis* 2007; 45:284.
31. Chan KS, Yu WL, Tsai CL, et al. Pyogenic liver abscess caused by *Klebsiella pneumoniae*: analysis of the clinical characteristics and outcomes of 84 patients. *Chin Med J (Engl)* 2007; 120:136.
32. Barrera M. Absceso hepático: Enfrentamiento diagnóstico y terapéutico. *Gastroenterol latinoam* 2010; 2: 309-13.
33. Tan YM, Chung AY, Chow PK, Cheow PC, Wong WK, Ooi LL, et al. An appraisal of surgical and percutaneous drainage for

pyogenic liver abscesses larger than 5 cm. *Ann Surg* 2005; 241: 485.