



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN LA CLÍNICA INTERNACIONAL SEDE
SAN BORJA DE LIMA, PERÚ EN EL AÑO 2020-2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

JIMENA MARISOL ABAD GARCIA
MARIA DEL PILAR ESTRELLA CABALLERO

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

LIMA, PERÚ
2021



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

**EXPERIENCIA MÉDICA EN LA CLÍNICA INTERNACIONAL
SEDE SAN BORJA DE LIMA, PERÚ EN EL AÑO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

JIMENA MARISOL ABAD GARCIA

MARIA DEL PILAR ESTRELLA CABALLERO

ASESOR

DR. PEDRO JAVIER NAVARRETE MEJÍA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Víctor Hinostraza Barrionuevo

Miembro: M.E. Carlos Alberto Morales Paitan

Miembro: Mg. Karim Ugarte Rejavinsky

DEDICATORIA

Para mi papá, ni palabras ni ningún trabajo compararán la dedicación que tuviste conmigo, la paciencia para enseñarme todas las virtudes que te hacían la tan sorprendente persona que eras, pero aún así cada paso que doy te lo dedico y te lo agradezco a ti.

Jimena Marisol Abad Garcia

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quisiéramos agradecer a la universidad, quien nos acompañó y nos vio crecer como profesionales, formándonos en valores y con medicina basada en evidencia.

Agradecemos a nuestros padres, por ser apoyo y sostén en todo momento, siendo ejemplo de perseverancia y dedicación.

Finalmente, un agradecimiento especial a nuestro coordinador de internado, tutor en ginecología y futuro colega, el Dr. Eduardo Guillermo Gil Oliden, quien con paciencia nos enseñó que ser médico no sólo es tener el conocimiento, si no entablar una buena relación con el paciente y los demás colegas, buscar la mejora continua y no perder el buen humor.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Cirugía	3
1.2 Rotación de Medicina Interna	6
1.3 Rotación en Gineco obstetricia	8
1.4 Rotación en Pediatría y Neonatología	11
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	14
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	17
3.1 Rotación de Cirugía	17
3.2 Rotación de Medicina Interna	19
3.3 Rotación de Gineco obstetricia	22
3.4 Rotación de Pediatría y Neonatología	24
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	27
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
FUENTES DE INFORMACIÓN	31
ANEXOS	38
1. Certificados de formación continua Jimena Abad	39
2. Certificados de formación continua María del Pilar Estrella	42

RESUMEN

En el presente informe se habla acerca de la importancia del internado en la formación médica, la desventaja que significó una pandemia y el aprendizaje de este, las nuevas oportunidades en un mundo donde la salud y los médicos son más importantes que nunca.

Se tomaron en cuenta también las habilidades blandas y duras adquiridas en el proceso de formación, recalcando la importancia de la adaptabilidad en tiempos difíciles como este, tornando una amenaza en una oportunidad para el crecimiento y desarrollo.

Se comparó el internado pre pandemia con el internado durante la pandemia, como surgieron conflictos y obstáculos en el examen clínico y la manera de superarlo.

Se reflexionó también acerca de la rotación adicional en la clínica de seguimiento a pacientes covid por teléfono, rotación que se añadió debido a la necesidad de la coyuntura actual.

Finalmente se consolidó el conocimiento con ejemplos de casos clínicos vistos durante el año, siendo estos de las patologías más comunes e importantes que, como médicos generales, se tienen que dominar.

ABSTRACT

This report talks about the importance of the internship in medical training, the disadvantage that a pandemic meant and learning from it, the new opportunities in a world where health and doctors are more important than ever.

Soft and hard skills acquired in the training process were also taken into consideration, emphasizing the importance of adaptability in difficult times like this, turning a threat into an opportunity for growth and development.

The pre-pandemic internship was compared with the internship during the pandemic, how conflicts and obstacles arose in the clinical examination and how to overcome them.

Additionally, the additional rotation in the clinic for monitoring covid patients by telephone, a rotation that was added due to the needs of the current situation.

Finally, knowledge was consolidated with examples of clinical cases seen during the year, these being the most common and important pathologies that, as general practitioners, must be mastered.

INTRODUCCIÓN

La Clínica Internacional es una red de clínicas y centros médicos que fue fundada el 29 de Mayo de 1959, con sede principal en el centro de Lima y su segunda sede importante en San Borja. (1)

La Clínica Internacional cuenta con más de 20 especialidades, dentro de ellas las cuatro especialidades fundamentales que se desarrollan en el internado médico: Ginecología, Cirugía, Medicina Interna y Pediatría. (2)

Se caracteriza por buscar la excelencia, contando con médicos de alta calidad, teniendo como visión ser la red de servicios de salud privada de referencia del país. (1)

Esta misma tiene años ejerciendo la labor de docencia, formando tanto médicos generales como médicos residentes, asegurándose de cumplir con estándares internacionales de calidad, sin duda un lugar óptimo para el inicio de lo que es la carrera médica. (3)

Previo a iniciar nuestros labores en la clínica se recibió una inducción, que incluía una parte presencial, en donde se trataron temas de bioseguridad, seguridad ocupacional, bienestar laboral, actividades de orientación y se realizó capacitación en el uso de extintores y el curso en BLS (*Basic Life Support*). De forma virtual se abarcaron diversos temas como: Bioseguridad, lavado de manos, uso de EPP (Equipos de protección personal), RCP (reanimación cardio pulmonar), ergonomía laboral, manejo del acoso en el ambiente laboral, políticas y procedimientos en Clínica Internacional, seguridad e infraestructura, entre otros. Además, se nos realizó un examen de salud ocupacional.

El primero de enero del 2020 se inicia el internado médico, el último año de formación académica antes de obtener el título de médico cirujano, considerado, por muchos, el año más importante de la carrera. En este año es donde se puede integrar todos los conocimientos teóricos aprendidos en los primeros 6 años de estudios y verterlos en la práctica clínica.

En Marzo del 2020 se notifica el primer caso de coronavirus en el Perú (4), lo que obligó tomar medidas de emergencia, el día 16 de marzo de 2020 inicio el periodo de cuarentena, deteniendo trabajos, clases y dentro de ello: el internado. (5)

Durante el periodo de cuarentena se continuo con actividades académicas de manera virtual por parte de los tutores de la clínica y se realizaron además actividades por parte de la universidad, incluida una capacitación en COVID-19 y uso de EPP. Al ser incierta la situación del país y del mundo, no se podía asegurar el retorno pronto de los internos, por lo que se tuvieron que implementar nuevas medidas para asegurar y resguardar la salud del interno quien acudía en calidad de practicante pre profesional.

El 3 de Agosto de 2020 según el Artículo 2 del Decreto de Urgencia N° 090-2020 se dispone la reanudación progresiva de actividades de internos de ciencias de la salud y financiamiento de este. (6)

El 14 de agosto según el Documento Técnico "Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090-2020" se indican los requisitos para la reintegración de los internos de medicina humana (7), al cumplir todos los requerimientos, se permite la reincorporación al internado en la Clínica Internacional. Previo a reanudar las labores en la clínica, se realiza capacitación adicional de carácter obligatorio en los siguientes temas: Uso correcto de equipos de protección, Prevención de accidentes de trabajo, Plan de Vigilancia, Prevención y Control COVID – 19, Identificación de peligros, evaluación de riesgos y controles. Además se llevó a cabo una prueba rápida de COVID-19.

Se reanudan las labores del internado medico el 1ro de Octubre, siguiendo los parámetros establecidos: reincorporación voluntaria, cobertura de seguro de

salud y de vida, prueba negativa a COVID-19, provisión de EPPs, siguiendo un régimen de 15 días de asistencia seguidos por 15 días de aislamiento en casa con actividades académicas virtuales, con un horario de lunes a sábado de 7am a 1pm, guardias diurnas solo en áreas no-COVID, contando con tutores por parte de la clínica y recibiendo un estipendio mensual equivalente a la remuneración mínima. (7)

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de medicina cuenta con siete años: un año de ciencias básicas, dos años de ciencias preclínicas, tres años de ciencias clínicas y el último año que consta del internado médico.

El internado médico se define como las prácticas preprofesionales, en el que se integran los conocimientos teóricos de los 6 años anteriores y se desarrollan las habilidades prácticas.

Siendo la medicina una carrera larga y; debido a la coyuntura actual, una carrera sumamente importante, el internado es la última etapa de consolidación de todos los conocimientos adquiridos, aplicarlos en la práctica y desarrollar el criterio clínico.

Como estudiantes de medicina, las expectativas respecto al internado se podrían dividir en tres esferas: Conocimientos, Habilidades prácticas y relaciones interpersonales.

En la primera esfera, del conocimiento, la expectativa era de adquirirlo de todas las fuentes posibles, siendo estas libros, guías, plataformas virtuales, capacitaciones, exposiciones y la misma experiencia de los doctores.

La Clínica Internacional brindó la facilidad de contar con plataformas virtuales de artículos médicos como Uptodate, las cuales se implementaron diariamente para la revisión de los casos clínicos que hubiesen en el establecimiento de salud.

De la misma manera, se contó con capacitaciones que brindaron certificados (Anexo 1), tales como el Basic Life Support Course (BLS), cuyo certificado tiene una duración de 2 años.

Añadido a ésta experiencia, la clínica contó con la acreditación de la Joint Commission International en el año 2021, del cual se formó parte. Para lograr esta acreditación en calidad se contaron con capacitaciones de forma virtual, lo cual fue una experiencia enriquecedora para la formación profesional, se aprendió a cerca de los estándares de acreditación, pero más importante, aplicar de manera diaria los seis objetivos internacionales: la correcta identificación del paciente, comunicación efectiva, seguridad de los medicamentos de alto riesgo, cirugía segura, reducción del riesgo de infecciones asociados a la atención en salud y reducción del riesgo de daños por caídas.

Del mismo modo, se pudo adquirir conocimiento de todos los doctores en todo momento, desde la misma visita, consultorio o en los pasillos. Los doctores tuvieron la predisposición de enseñar, tanto de conocimientos teóricos adquiridos en guías como por experiencia propia.

Finalmente, semanalmente habían exposiciones de casos clínicos o temas entre los mismos internos, exposición moderada por residentes, tutores y doctores invitados. Estas exposiciones ayudaron a consolidar los conocimientos adquiridos al revisar los casos, y se le sumaba la apreciación clínica de, no sólo el médico tratante, si no médicos invitados con subespecialidad o especialidad conforme al tema.

En la esfera de las habilidades prácticas, se adquirió la destreza de realizar procedimientos incluidos en las guías prácticas de la universidad. Cada especialidad contó con procedimientos que fueron guiados en primer momento por el tutor y finalmente realizados de manera personal.

En ginecología se realizó tactos vaginales, colocación de espéculos, papanicolau, atención de partos vaginales, controles pre natales y colocación de DIU.

En pediatría se realizó atención en recién nacido, colocación de vacunas, control de niño sano y orientación de lactancia materna.

En medicina interna se realizó colocación y retiro de sonda vesical, sonda nasogástrica, venoclisis, triaje y cuidado de pie diabético.

En cirugía se realizó curación de heridas y mordeduras, suturas, cambio de bolsa de colostomía, retiro de puntos e intubación.

En todo momento se realizó la elaboración de historia clínica y evolución del paciente.

En la última esfera se encuentra el desarrollo de las relaciones interpersonales. Se desarrolló de manera diaria desde el primer momento de contacto con el paciente, se entabló empatía, comunicación efectiva, respeto y confianza.

I.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso 1: Hernia inguinal

Paciente varón de 58 años refiere sensación de tumoración en región inguinal izquierda al realizar esfuerzo, dolorosa al esfuerzo y reducible desde hace aproximadamente 3 años. Niega náuseas o vómitos. Con antecedente de hernioplastia inguinal convencional izquierda a los 11 años.

Acude por consultorio externo y se observa una hernia reducible manualmente en lado izquierdo que aumenta al esfuerzo, en la región inguinal derecha también se observa una tumoración al esfuerzo, reduce espontáneamente, no doloroso a la palpación. Se diagnostica hernia inguinal bilateral y se programa para hernioplastia inguinal bilateral.

Se realiza una hernioplastia inguinal convencional en lado izquierdo y una hernioplastia inguinal laparoscópica en lado derecho. Se indica Cefazolina 1g cada 8 horas iniciando 1 hora antes de la cirugía por 3 dosis. Los resultados de la cirugía son óptimos, se continúa con hidratación endovenosa y se

maneja el dolor con Ketoprofeno, se realiza tolerancia oral 7 horas después de la cirugía y la estadía hospitalaria es de 1 día. Se va de alta con ketorolaco 10mg condicional al dolor y enzimas digestivas 3 veces al día, se indica seguimiento por consultorio externo en 7 días.

Caso 2: Colelitiasis

Paciente mujer de 45 años acude a consultorio externo de cirugía general debido a que hace aproximadamente 3 meses cursa con dolor tipo cólico recurrente en epigastrio, que se irradia a hipocondrio derecho y espalda y aumenta a la ingesta de alimentos grasos. Niega náuseas o vómitos.

Viene derivada del servicio de gastroenterología con una ecografía que presenta un cálculo de 25mm, y vesícula biliar de forma y tamaño normal, así como una pared delgada. Al examen físico, presenta dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, signo de Murphy (-).

Con el diagnóstico de litiasis vesicular se conversa con el paciente y se decide realizar una cirugía programada. Se realiza una colecistectomía laparoscópica. Se indica Cefazolina 1g cada 8 horas iniciando 1 hora antes de la cirugía por 3 dosis. Los resultados de la cirugía son óptimos, se continúa con hidratación endovenosa y se maneja el dolor con Ketoprofeno, se realiza tolerancia oral 7 horas después de la cirugía y la estadía hospitalaria es de 1 día. Se va de alta con ketorolaco 10mg condicional al dolor y enzimas digestivas 3 veces al día, se indica seguimiento por consultorio externo en 7 días.

Caso 3: Apendicitis

Paciente mujer de 25 años acude a emergencia por dolor abdominal tipo cólico difuso. Paciente refiere que hace 8 horas comenzó con dolor leve tipo cólico en epigastrio, acompañado de hiporexia. Continúa con actividades diarias con dolor intermitente que aumenta en intensidad, se vuelve difuso y no cede a Buscapina. Se le añaden náuseas y vómitos de contenido salival ya que

refiere no comer nada desde la mañana y sensación de alza térmica, motivo por el cual acude a emergencia.

Al examen: Paciente en regular estado general, mucosas semisecas, abdomen distendido con RHA disminuidos, McBurney (+), Blumberg (-), Murphy (-).

Temperatura: 37.9ª FUR: Hace 25 días.

BHCG <5mUI/mL (NEGATIVO), leucocitos 9 000 sin desviación izquierda

Se le solicita tomografía con contraste: Apéndice con diámetro transversal de 9mm, no líquido libre en cavidad. Se le programa para apendicectomía laparoscópica de emergencia, se le inicia profilaxis antibiótica con ceftriaxona 2g.

La paciente presenta evolución favorable post cirugía, inicia tolerancia oral al día siguiente, líquida en la mañana, blanda en la tarde y se programa cita por consultorio en 7 días para evaluar evolución.

Caso 4: Obstrucción intestinal

Paciente varón de 60 años con antecedente de apendicectomía por apendicitis aguda complicada hace 3 años acude a emergencia por dolor tipo abdominal tipo cólico a predominio de mesogastrio, acompañado de vómitos en dos oportunidades de contenido alimenticio, deposiciones hace 3 días. Refiere episodio parecido pero de menos intensidad que cede con ayuno el año pasado.

Al examen: Paciente en regular estado general, afebril, mucosas secas, llenado capilar menor de 2 segundos. Abdomen distendido, timpánico, ruidos hidroaéreos ausentes, dolor a la palpación profunda en mesogastrio.

Exámenes de laboratorio: Leucocitos 10 000 no desviación izquierda.

Se solicita radiografía simple de abdomen, encontrándose signos compatibles con obstrucción intestinal: asas dilatadas y niveles hidroaéreos.

Médico cirujano decide su hospitalización para observación de evolución y decisión quirúrgica. Paciente se hospitaliza con hidratación endovenosa en NPO y SNG.

Al día siguiente paciente refiere sentirse mejor, abdomen levemente distendido, RHA presentes, se solicita hemograma control donde no se encuentra leucocitosis ni desviación izquierda. Paciente afebril, se indica observación por 12 horas y se inicia tolerancia oral a líquidos en la mañana y dieta líquida fraccionada en la tarde. Evolución favorable, no se opta por cirugía.

1.2 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso 1: Pancreatitis

Paciente varón de 43 años, acudió a la clínica por dolor abdominal en epigastrio que se irradiaba a flanco derecho, náuseas, vómitos, post ingesta de comida copiosa. Con antecedente de HTA.

En la tomografía se observó un aumento de volumen de cabeza de páncreas, líquido en las regiones: peri pancreático, peri duodenal y fascia pararenal anterior. No se encontró colecciones u otra alteración. A la ecografía no se encontraron cálculos en vesícula biliar.

En los exámenes de laboratorio presentó Lipasa 1790 y Amilasa 710. El PCR se encontraba en 7.05 al momento del ingreso y aumento a 257.83 dos días después del ingreso.

El manejo se realizó en hospitalización, iniciando en NPO, rehidratación hidroelectrolítica con Lactato de Ringer, manejo del dolor con Petidina, además se indicó Metoclopramida, Pantoprazol, Simeticona y continuó con su tratamiento con Captopril.

Al día de 3 de hospitalización, el paciente se encontraba asintomático y refería apetito, se inicia con dieta líquida clara.

Caso 2: Asma

Paciente mujer de 32 años acude por consultorio externo de neumología con antecedente de asma, refiere no haber sido adherente al tratamiento, al momento de la consulta refiere disnea al esfuerzo, sibilantes recurrente y tos nocturna, además de sensación de presión en el pecho.

Frecuencia respiratoria en 22 por minuto, frecuencia cardiaca en 96 por minuto. Al examen físico se auscultan sibilantes a la espiración en ambos hemitórax.

Se le indica prednisona 50mg 1 tableta después del desayuno por 5 días, Salmeterol 25ug/Fluticasona 250ug 2 inhalaciones mañana y noche, Salbutamol aerosol dosis horaria 2 inhalaciones a la 10am, 1pm, 7pm y condicional a dificultad respiratoria y tos. Se indica control en 15 días.

Caso 3: Diabetes Mellitus 2

Paciente varón 55 años sin antecedentes de importancia, acude hace a cuatro meses a consultorio por control de chequeo anual en donde se le diagnostica pre diabetes, dejándose indicación de ejercicios y consejería por nutrición para dieta balanceada.

Glucosa en ayunas 120 mg/dL y 125 mg/dL, HbA1c 6.1 IMC: 28, PA: 130/80.

Pasado 3 meses vuelve a acudir a consultorio para control, donde paciente refiere que no pudo mantener la dieta por fiestas y el trabajo.

Glucosa en ayunas 128mg/dL, se le realiza TTOG con valores de 128-210-150, HbA1c: 7, IMC: 28.8, PA: 135/80, examen de orina sin albuminuria.

Se le inicia tratamiento con metformina 500mg después del desayuno y el almuerzo, se indica ejercicio cardiovascular de su elección 3 veces por semana y se conversa con esposa para recibir apoyo en casa para adherencia al tratamiento, recalando que más que dieta es un estilo de vida. Pasa de nuevo por consejería nutricional.

Caso 4: Pielonefritis

Acude paciente varón de 35 años a emergencia por dolor tipo punzada en región lumbar izquierda acompañado de náuseas, vómitos, fiebre, disuria y polaquiuria. Antecedente de colecistectomía hace dos años, gastritis en tratamiento con omeprazol, claritromicina y amoxicilina, niega antecedente de litiasis renal.

Al exámen: PPLi (+) PPLd(-)

Examen de orina: glucosa (-), leucocitos (+), nitritos (+)

Se realiza ecografía, resulta normal, no se encuentra litiasis.

Se decide hospitalización. Se realiza cultivo y se inicia tratamiento empírico con Meropenem 1g EV cada 8 horas por el riesgo aumentado a resistencia por uso de antibióticos previos

Resultado de cultivo: E. Coli Blee >100 000 UFC

Paciente presenta mejoría clínica y es dado de alta.

1.3 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Caso 1: Mioma uterino

Paciente mujer de 34 años acon FUR de hace 6 dias, refiere enorragia y sangrado intermenstrual.

A la histerosonografía se observa un mioma submucoso pediculado, prolapsado a través del cérvix de 2.6x1.5cm. Útero retroversoflexo con pequeño mioma intramural de 0.8cm en pared anterior. Ambos ovarios normales y no se evidencia masas anexiales ni liquido libre.

Se realiza una resección por histeroscopia, con resultados favorables y paciente fue dada de alta al siguiente día, estable y asintomática.

Caso 2: VIH y gestación

Paciente mujer de 30 años de edad, en la semana 38 de su primera gestación, refiere haber recibido diagnóstico de VIH hace 2 años, para lo cual recibe TARV Tenofovir 300 mg/Emtricitabina 200mg (TDF/FTC) + Raltegravir 400 mg (RAL). Se le solicita carga viral que sale en 20 y se le programa cesárea.

El día de la cesárea se le administrará zidovudina (AZT) por vía endovenosa y 2 mg/Kg peso durante la primera hora de infusión dos horas antes de la cesárea y se continua a 1 mg/Kg/hora. Se realiza la cesárea y se recibe un recién nacido vivo, activo, de 3500g de sexo masculino, se pinza el cordón inmediatamente, se realiza la atención primaria del recién nacido y se procede a bañar al bebe con agua temperada y jabon.

Se contraindica la lactancia materna y Neonatología le indica al recién nacido Zidovudina (AZT) 4 mg/kg de peso, por vía oral cada 12 horas por cuatro semanas.

Caso 3: Macrosomía fetal

Acude a consultorio paciente mujer 36 años gestante de 36 semanas por control pre natal.

Peso: 98 kilos Talla: 1.70m AU: 39 LCI G:1 P:0000

Antecedente de diabetes mellitus mal controlada, con 5 controles pre natales. ELISA (-) VDRL (-) Examen de orina normal.

Se solicita ecografía control donde se calcula ponderado fetal ecográfico en p95. Se decide cesárea electiva a las 38 semanas por alto riesgo de macrosomía fetal.

Cesárea: Se recibe producto único femenino 55 cm de longitud peso 4300g.

Caso 4: Hiperémesis gravídica

Paciente mujer de 21 años, primigesta nulípara con embarazo gemelar bicorial biamniótico de 13 semanas, acude a emergencia por presentar episodios de náuseas y vómitos de contenido alimentario al inicio 7 episodios y 5 episodios de contenido salival que no mejora con el ayuno.

Paciente refiere no ingerir líquidos ni sólidos desde hace 12 horas, presenta cefalea, ronquera, calambres y fatiga.

Al examen: Paciente en aparente mal estado general, alterada, nerviosa, mucosas secas, ojos hundidos, llenado capilar menor de dos segundos, intolerancia oral.

Exámenes de laboratorio: Hemograma dentro de parámetros normales, examen de orina con cetonuria, alcalosis metabólica con hipokalemia leve. HGT: 70 mg/dL. Valores de BHCG por encima de lo normal para la edad gestacional.

Se decide hospitalización para observación y manejo. Se coloca vía para hidratación con solución salina y tiamina 100mg y piridoxina, sonda nasoyeyunal y metoclopramida.

Paciente persiste con hipokalemia, se realiza interconsulta a medicina interna para manejo de trastorno hidroelectrolítico. Se inicia reto de potasio.

Paciente persiste con vómitos, se realiza interconsulta con psiquiatría ya que la paciente se encontraba alterada. Psiquiatría reporta que el embarazo era no deseado, no signos de depresión mayor pero paciente ansiosa, la deriva para consultorio una vez pasado el cuadro agudo y le indica técnicas de relajación, dexametasona y clorpromazina.

La paciente evoluciona de manera tórpida, presenta presión arterial de 140/90 acompañado de proteinuria ++, niega antecedente de hipertensión arterial, se le prescribe metildopa.

Persisten vómitos que no ceden con medicación.

Se realiza ecografía abdominal para valorar bienestar fetal y no se encuentra actividad cardíaca en ninguno de los dos fetos.

Se comunica la noticia a madre, quien se la programa para legrado uterino. Se realiza control con Bhcg a la semana con ecografía y se realiza interconsulta a psiquiatría.

1.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso 1: Kawasaki

Paciente mujer de 3 años de edad acude por presentar fiebre de 7 días.

A la evaluación se observa inyección conjuntival sin secreción, fisura de labios y lengua aframbuesada, edema de manos y pies con leve eritema, además de eritema a predominio de tórax, se palpa un nódulo cervical de de aproximadamente 2cm de diámetro. Adicionalmente madre refiere haber sido diagnosticada de COVID hace 4 semanas. Se realiza prueba rápida a la paciente que sale IgM(-) IgG(+) y se solicita prueba SARS-CoV-2 PCR.

Se realiza el diagnostico de Enfermedad de Kawasaki, probablemente relacionada a COVID-19. Se hospitaliza, se encuentran plaquetas y PCR aumentadas, y prueba SARS-CoV-2 PCR negativa. Se inicia tratamiento con Inmunoglobulinas 2g/kg en infusión en 12 horas y Aspirina a 50mg/kg/día. Al 2do día del ingreso, paciente presenta disminución de signos y de fiebre. Se realiza un ecocardiograma y no se encuentran alteraciones. Se continua dosis de aspirina hasta 48 post desaparición de fiebre.

Se da de alta y se programa control por cardiología pediátrica y por pediatría.

Caso 2: Síndrome de piel escaldada

Paciente de 18 meses inicia cuadro hace 4 días irritable y con falta de apetito, presenta eritema en pliegues, que se extendió posteriormente a tórax y extremidades. Y refiere dolor.

A la evaluación presenta temperatura de 38 grados Celsius. Eritema generalizado que presenta ampollas, con signo de nikolsky positivo y piel dolorosa a la palpación.

El paciente se hospitalizó y se trató con oxacilina, paracetamol y hidratación. Eritema y dolor empieza a disminuir a los 3 días de tratamiento. Comenzó a descamarse en forma folícea. Al 5to día, eritema ha disminuido notablemente y paciente se encuentra menos irritable, por lo que se da de alta y se le indica tratamiento por vía oral por 5 días más.

Caso 3: Diarrea aguda

Paciente varón de 2 años de edad acude a emergencia por que padre refiere que desde hace dos días presentó estornudos y congestión nasal, al día de acudir a emergencia presenta deposiciones líquidas sin moco sin sangre 5 cámaras acompañado de vómitos un episodio de contenido alimentario. Refiere que el paciente se encuentra irritable, no desea comer.

Al examen: Paciente irritable, afebril, llanto sin lágrimas, mucosas secas, no signo del pliegue, llenado capilar menor de dos segundos, ruidos hidroaéreos aumentados, no eritema perianal.

Se solicita reacción inflamatoria en heces, coprocultivo y electrolitos, se indica intentar vía oral, de no tolerar se indicaría vía periférica.

Paciente nauseoso, se indica vía periférica con solución salina 100cc/kg en 4 horas.

Reacción inflamatoria sin leucocitos ni sangre. Electrolitos normales.

Al terminar la infusión paciente presenta mejoría clínica. Se indica alta con consejería a los padres de reglas en casa ACRE (aumentar ingesta de líquido, continuar alimentación, reconocer signos de alarma, evitar episodios de diarrea), se le deja indicación de zinc 20mg por día por diez días. Se le explica los signos de alarma

Familiares preguntan si es necesario tratamiento antibiótico, se le explica a padres que la etiología es probablemente viral, con exámenes contributarios

que no respaldan una infección bacteriana, por lo cual no sería necesario un tratamiento antibiótico. Se educa en salud y se recalca la importancia del lavado de manos.

Caso 4: Varicela

Paciente mujer de 7 años, sin antecedentes de importancia acude con mamá por presentar lesiones vesiculares en todo el cuerpo, pruriginosas y también en mucosas. Madre refiere que los síntomas comenzaron hace 4 días y que la paciente presento episodios de fiebre de 38-39° que no ceden con paracetamol, acompañado de lesiones vesiculares pruriginosas en todo el cuerpo. Niega que alguien más en la casa presentara síntomas parecidos. Madre refiere que acude a la clínica porque su hija refiere que "le duele la garganta" y encuentra lesiones vesiculares en boca y paladar, acompañado de 2 episodios de deposiciones líquidas.

Al examen: Paciente irritable, con llanto incontrolable, refiere presentar prurito en todo el cuerpo a predominio de abdomen y espalda. Se evidencia lesiones polimorfas entre vesiculares, no pústulas y en algunas áreas costrificadas. Se observa vesículas en paladar. Temperatura: 38°, saturación 98. Vacunas completas para la edad.

Hemograma: Moderada linfocitosis, PCR elevado, resto del examen dentro de los valores normales. Se solicita PCR e igM de VVZ resultando +

Se decide su hospitalización para manejo de la fiebre y observación de evolución del cuadro. Se indica baño diario, corte de uñas para prevención de rascado. Se indica clorfenamina para controlar el prurito, paracetamol EV. Se indica tratamiento con Aciclovir por 5 días.

Paciente mantiene aislamiento y presenta evolución favorable. Es dada de alta con control por consultorio externo.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La Clínica Internacional es una red de clínicas y centros médicos a nivel nacional. Cuenta con dos sedes clínicas docentes: sede Lima y sede San Borja. El internado se realizó inicialmente con una alumna en cada sede, pero debido a que al iniciar la pandemia la sede Lima paso a dedicarse mayoritariamente a pacientes con COVID-19, los internos de esta sede fueron redistribuidos a sede San Borja.

Tanto la sede Lima como la sede San Borja son establecimientos de salud nivel III-1 según la categorización de establecimientos de salud establecida en la Norma Técnica 021 Versión 03, ya que cumplen los requisitos de un hospital general con unidades de cuidados intensivos especializados y cuentan con más de 20 especialidades. (2,8)

Ambas sedes han sido acreditadas por tercera vez por la Joint Commission International este año, garantizando el manejo de estándares de calidad y seguridad para el paciente (9)

La Clínica Internacional cuenta con 110 camas de hospitalización, 22 camas UCI, 4 salas de operaciones en la torre hospitalaria, además de 5 salas de cirugía de día. Aproximadamente se realizan un total de 1300 consultas externas diarias, 14 cirugías por día, de 10 a 12 altas por día y se atiende un aproximado de 120 emergencias por día. Los pacientes que recibe la clínica son en su mayoría de aseguradoras privadas y EPS, además de pacientes particulares.

La manera de desarrollar el internado dependía de rotación en rotación. En la rotación de cirugía, realizada previa a la pandemia, la rotación comenzaba con la evolución de los pacientes post operados que se encontraban

hospitalizados, se pasaba visita con el doctor tratante con quien se dialoga y discute los casos, se realizaron revisiones y apreciación clínica basada en evidencia, sugerencia de tratamiento y cuidados post operatorios. Adicionalmente, algunos días se acudía a consultorio externo.

Finalizada la visita se acudió a las cirugías programadas para el día, donde el doctor orientaba al alumno en técnicas quirúrgicas, se reforzaba los conocimientos teóricos sobre la patología y anatomía.

La rotación Medicina interna contaba una guardia diurna semanal, en la que se hacía triaje y entrevista a los pacientes, se sugería manejo tanto diagnóstico como sintomático. Se acudía en las tardes a consultorio donde se veían las principales patologías, se sugería manejo y se aprendió a entablar relación con un paciente que acudiría de manera continua a consultorio por enfermedad crónica tal como hipertensión o diabetes, manejo que se notaba el contraste con cirugía donde se veían más patologías agudas.

En Pediatría se desarrollaron de manera virtual actividades académicas semanalmente, con revisión de casos clínicos donde los internos formaron parte, presentando los casos clínicos, el tutor moderador de la ponencia quien invitaba médicos especialistas para añadir información actualizada respecto al área que dominaban.

Se realizó atención al recién nacido diariamente, tanto en parto por cesárea como parto vaginal. Se colocaron vacunas y se realizó tamizaje oftalmológico. En consultorio, se hizo los controles post natales a los recién nacidos y a los niños sanos, donde se reforzó la importancia de la lactancia materna y una alimentación balanceada en la ablactancia. Además de visitas diarias con el tutor y residentes de pediatría por los ambientes de alojamiento conjunto, uci neonatal, cuidados intermedios neonatales, hospitalización pediátrica y uci pediátrica, discutiendo todos los casos.

En ginecología, la rotación constaba de evolución de los pacientes hospitalizados en la mañana, pasar visita con el tutor y acudir a consultorio, donde se vieron las principales patologías ginecológicas y obstétricas tales como: control pre natal, preeclampsia, diabetes gestacional, tamizaje cáncer cervicouterino y mama. Finalmente, se realizaba una guardia semanal diurna,

donde se realizaba triaje, examen físico y ginecológico e historia clínica de las principales emergencias ginecológicas, sugiriendo tratamiento y manejo de éstas. Se observaron patologías como: hemorragia uterina anormal, ruptura prematura de membranas, enfermedad inflamatoria pélvica, sangrado de primera y segunda mitad de embarazo, aborto y amenaza de aborto, entre otros.

Finalmente, dada la coyuntura actual, se añadió una rotación adicional, la cual contó con una capacitación virtual. Consistía en un seguimiento telefónico a los pacientes con alguna prueba sea molecular o rápida del SARS-COV2 reactiva o tomografía compatible. La rotación consistía en realizar diariamente un flujo de 15-20 llamadas diarias a los pacientes, preguntando por su estado de salud actual y orientarlos en cuanto signos de alarma y planes de contingencia, resolviendo dudas que puedan tener respecto al virus, la enfermedad y las medidas a tomar en caso se presentara un caso de COVID grave. En la rotación se realizaban semanalmente actividades académicas con tema de revisión actual sobre el COVID 19. Se revisaron temas como las vacunas, la epidemiología, la fisiopatología, la clínica, prevención y el correcto uso del equipo de protección personal. Se reforzaron los conocimientos teóricos de manera activa mediante la educación en salud al paciente.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

Caso 1: Hernia inguinal

En el caso presentado previamente, se observa que el paciente presenta dolor al esfuerzo, lo que limita sus actividades, por esto es que la indicación de cirugía en la hernia inguinal izquierda es correcta, ya que la cirugía está indicada en casos sintomáticos que incluyen: dolor al esfuerzo, incapacidad para realizar las actividades diarias debido al dolor o malestar de la hernia, incapacidad para reducir manualmente la hernia.(10) Cumpliendo el paciente con las dos primeras premisas.

En cuanto a la hernia inguinal derecha, esta es asintomática y fue detectada en consultorio, en estos casos lo que se indica es una cirugía programada u observación, pero se suele recomendar cirugía debido a que en 3 años el 38 por ciento de los pacientes (11), y aproximadamente el 70 por ciento de los pacientes en 7 a 10 años (12), requieren reparación quirúrgica debido a la progresión gradual de los síntomas (principalmente el dolor).

La elección de ambas cirugías también fue acertada, en un caso de una hernia inguinal primaria el método de elección es una cirugía laparoscópica, debido a que está asociado a menor dolor postoperatorio y recuperación más rápida (13), por lo que se realizó esta al lado derecho. En el caso de la hernia inguinal izquierda, al ser recurrente, debido a la cirugía previa podría presentar adherencias, haciéndolo de difícil acceso para una cirugía laparoscópica (14). Por lo tanto, el procedimiento de elección sería una hernioplastia convencional, como se realizó en este caso.

Caso 2: Litiasis vesicular

En este caso, el paciente presentaba cólico biliar, el síntoma principal de litiasis vesicular y se le realizó el examen recomendado en este caso, que es una ecografía, lo que confirmaba el diagnóstico. Adicionalmente, al examen físico no se observaban signos de colecistitis. (15)

Por lo tanto, al ser una colelitiasis sintomática, se recomienda, según las Guías de Práctica Clínica de la Asociación Europea para el estudio del Hígado, realizar una colecistectomía programada, siendo la colecistectomía laparoscópica la técnica más recomendada, estando asociada a una estancia hospitalaria más corta y menor incidencia de complicaciones. Tal como se realizó en este caso. (15)

Caso 3: Apendicitis aguda

En el manejo de la apendicitis, se puede observar que, para el diagnóstico se tomaron en cuenta los principales diagnósticos diferenciales. Se solicitaron los exámenes de laboratorio requeridos en el ingreso y se corroboró con el estudio de imagen de elección, siendo la tomografía. Se da el diagnóstico de apendicitis al encontrar un diámetro mayor a 6mm o un grosor de la pared mayor a 2mm.(16) (17)

El tratamiento se optó por la cirugía mínimamente invasiva por vía laparoscópica, la cual hoy en día es de elección por el menor tiempo de hospitalización requerido versus una cirugía abierta. Finalmente, al ser una herida limpia-contaminada, ya que no hubo líquido libre en cavidad, se optó con el tratamiento profiláctico 2g de ceftriaxona cada 24 horas dos dosis. (16)

El manejo del caso se encuentra acorde con las guías de manejo del MINSA y las recomendaciones de Uptodate. (16) (17)

Caso 4: Obstrucción intestinal

En el manejo del caso fue de acorde a las guías de prácticas clínicas del MINSA (17) y Uptodate, siendo el examen inicial de elección la radiografía simple de abdomen en bipedestación, encontrando signos característicos compatibles con obstrucción intestinal. Se acompañó de exámenes de laboratorio como hemograma y PCR, sin encontrarse signos de severidad (como leucocitosis con desviación izquierda), que se contrastaron con la clínica (paciente afebril, hemodinámicamente estable). Motivo por el cual se difiere un manejo quirúrgico y se opta por una actitud expectante, siendo indicación de SNG, NPO y la hidratación endovenosa y evaluación en 12 horas, con una evolución favorable del paciente. (18)

3.2 ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

Caso 1: Pancreatitis

En el caso propuesto, se pueden observar los síntomas clínicos clásicos de una pancreatitis aguda, acompañados de exámenes laboratoriales compatibles con la enfermedad y se realiza un estudio de imágenes adecuado (19), a la tomografía podemos calcular un Índice de Severidad tomográfico de Balthazar-Ranson de entre 1-2, lo cual se en un índice de severidad bajo (20). Además, el paciente no tiene criterios de severidad.

El manejo se realiza de manera adecuada, basándose en fluidoterapia, manejo del dolor y manejo nutricional, como recomienda la Guía de la Asociación Americana de Gastroenterología (19). En pancreatitis leves, como la del caso, se puede manejar una hidratación endovenosa y reiniciar la vía oral dentro de la primera semana, avanzando progresivamente de una dieta líquida clara a una dieta sólida(19), como se realizó en este caso. El manejo del dolor fue adecuado, los opioides representan una buena opción, ya que disminuye la necesidad de usar analgésicos adicionales (20).

En cuanto a la reposición hidroelectrolítica con Lactato de Ringer, existen datos contradictorios sobre los beneficios de este para reducir la inflamación sistémica, existiendo estudios que sugieren su superioridad, pero estos no

miden variables clínicas, sino indirectas (21). En un ensayo que asignó al azar 121 pacientes con pancreatitis aguda a tratamiento con Lactato de Ringer o solución salina normal, el uso del primero no afectó la prevalencia del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, pero redujo la estancia hospitalaria e ingresos a UCI. Ante la ausencia de evidencia clara de superioridad, la reposición hidroelectrolítica con solución salina normal o con Lactato de Ringer es aceptable. (22)

Caso 2: Asma

En el caso previamente presentado, por el cuadro clínico, podemos concluir que se trata de una exacerbación aguda en asma, evidenciado por los síntomas presentados: disnea al esfuerzo, sibilantes recurrente, tos nocturna, y sensación de presión en el pecho; sumado a esto el antecedente de falta de adherencia al tratamiento de control.

En el caso de exacerbaciones agudas en asma se recomienda el uso de Beta agonistas de acción corta (SABA), un tratamiento inicial con glucocorticoides sistémicos de corta duración, así como el tratamiento de control a largo plazo. (23)

En este caso el SABA de elección fue Salbutamol a dosis horaria y condicional a dificultad respiratoria. Las recomendaciones indican tratamiento con glucocorticoides de prednisona 40 a 60 mg/día por cinco a siete días que ha demostrado disminuir la probabilidad de recidiva de la exacerbación en las próximas 2 semanas, en el presente caso se inició tratamiento cumpliendo con estas recomendaciones: prednisona 50mg por 5 días. Como tratamiento de largo plazo, se indicó Salmeterol 25ug/Fluticasona 250ug 2 inhalaciones mañana y noche, que corresponde a una dosis media, correspondiente al Step 4 del tratamiento de asma, que se indica en un asma moderada-severa; pero que podría ser disminuido de ser necesario al control. (23)

Caso 3: Diabetes Mellitus 2

Este caso clínico es un claro ejemplo de la manera de abordar las enfermedades metabólicas, ya que cumple con las recomendaciones de la guía Europea de Diabetes del año 2019 (24) en colaboración con la European Association of Study of Diabetes (EASD) (25) donde recalca la importancia de un manejo holístico y personalizado del paciente, ya que, si bien la indicación del inicio de tratamiento con metformina a pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, se evalúa otros factores asociados en el paciente. Al inicio el paciente vino por control, mostrando interés en su estado de salud, compromiso por cambio de estilos de vida; sin embargo, presentó dificultad en su manejo y adherencia al plan, por lo cual se decide el inicio del tratamiento farmacológico. Se conversa también con su esposa quien es parte de su red de apoyo, eslabón fundamental en la adherencia al tratamiento. Finalmente, se le da una orientación con un especialista en nutrición para adquirir el mejor plan que se adecue con su estilo de vida, horarios de trabajo y actividad física. (24)

Es importante recalcar también que el manejo del caso contó con los exámenes de diagnóstico necesarios: dos glucosas en ayunas, hemoglobina glicosidada, perfil hepático, perfil lipídico, perfil tiroideo y examen de orina, los cuales son importantes para descartar alguna otra patología y/o comorbilidad asociada que se suele ver en pacientes con sobrepeso y diabetes (tales como hipertensión, dislipidemia, entre otros). Se realizó la hemoglobina glicosidada para tener un valor de referencia para próximos controles. (24)

Caso 4: Pielonefritis

El caso muestra un paciente con una clínica clara de un cuadro de pielonefritis aguda. Las medidas que se tomaron fueron acordes con las recomendaciones de Uptodate, la cual contrasta la clínica con los exámenes de laboratorio, se realiza un cultivo previo al inicio de antibióticos y se decide la hospitalización para tratamiento endovenoso (26)

En cuanto a la elección del tratamiento antibiótico, las guías recomiendan en primer lugar cefalosporinas de tercera generación o la combinación de piperacilina- tazobactam, sin embargo, debido al antecedente del uso de

antibióticos previos se sospecha de microorganismo resistente por lo que se inicia de manera más agresiva con un carbapenem como el meropenem. (26)

A los tres días con resultado de cultivo, se corrobora que el tratamiento fue el indicado; sin embargo, a las 48 horas se puede constatar la mejoría clínica del paciente, lo cual corrobora el diagnóstico. (26)

3.3 ROTACIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA

Caso 1 Mioma uterino

Los criterios para tratar un mioma son: Sangrado menstrual abundante o prolongado, síntomas de masa, disfunción reproductiva (infertilidad o pérdida recurrente del embarazo) y dolor. (27)

En este caso, la paciente refería menorragia y sangrado intermenstrual, así que era necesario el tratamiento.

Los miomas submucosos susceptibles a resección histeroscópica incluyen la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) tipo 0, tipo 1 o tipo 2 (28), en este caso nos encontramos con un tipo 0. Por lo que la elección de histeroscopia es adecuada.

Caso 2 VIH y gestación

En el presente caso, podemos ver que a pesar de que el control prenatal no se había realizado en la clínica, al presentar una carga viral de 20, este paciente se encuentra en el escenario 2 de la Norma Técnica: “Gestante con VIH que estuvo recibiendo TAR antes de su embarazo”, por lo cual se podría haber realizado un parto vaginal, pero se procedió a realizar una cesárea.

El manejo de la cesárea y del recién nacido se realizó de acuerdo a norma técnica. (29)

Caso 3: Macrosomía fetal

En el caso clínico presentado, se encuentra con un mal control prenatal y falta de adherencia al tratamiento farmacológico de la diabetes, lo que resulta en complicaciones tales como macrosomía fetal. (30)

En el abordaje del paciente, se cumplió con los protocolos que recomiendan las guías de práctica clínica en el embarazo y puerperio del Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad de España (31), donde recomienda una ecografía control para la decisión quirúrgica de cesárea electiva en una paciente sin antecedentes de cirugía previo, con mal control, ya que optar por una vía vaginal en una gestante añosa con mal control podría resultar en complicaciones en durante el trabajo y puerperio tales como lesión del canal vaginal, fracturas en el recién nacido, hemorragia entre otros (32), por lo cual la decisión de una cesárea electiva con una ecografía con un ponderado fetal >p95 fue la decisión más apropiada para el caso. (32)

Caso 4: Hiperémesis gravídica

En este caso se pudo encontrar que el diagnóstico de la hiperémesis tiene una clara asociación con los niveles de BHCG y es estado emocional del paciente. La manera de abordar fue acorde con las recomendaciones de la Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de hiperémesis gravídica del Hospital Cayetano Heredia, donde se encuentra el manejo conjunto con psicoterapia, nutrición, medicina interna; tomando medidas como control de peso diario, balance hidroelectrolítico y suplementos de vitamina B1 y B6 (33), acompañado de indicaciones recomendadas por la American College of Obstetricians and Gynecologists, donde recalca la importancia del manejo conjunto, el control ecográfico y la indicación de hospitalización en vómitos persistentes donde no hay tolerancia de vía oral. (34)

La evolución desfavorable del cuadro pudo deberse a causas no relacionadas con el tratamiento médico, como el mal estado de ingreso del paciente (peso y estado emocional); sin embargo, se tomaron todas las medidas y precauciones recomendadas por las guías anteriormente mencionadas. (33)(34)

3.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA

Caso 1: Kawasaki

En el presente caso nos encontramos en un caso de enfermedad de Kawasaki probablemente desencadenado por una infección por SARS-CoV-2. Actualmente realizar una diferencia diagnóstica entre un caso clásico de Kawasaki y una enfermedad de MIS-C con características de Kawasaki es difícil, actualmente se designan según el resultado positivo a SARS-CoV-2 y antecedente epidemiológico. (35) En cualquiera de estos casos, el paciente recibe el tratamiento estándar para la enfermedad de Kawasaki. (36)

En este caso, tenemos una paciente que presenta criterios de Kawasaki completo, con el antecedente epidemiológico y la prueba serológica de SARS-CoV-2, por lo que se inicia con el tratamiento con inmunoglobulinas a la dosis adecuada según la Academia Americana de Pediatría. La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP) y la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA) han recomendado una amplia gama de dosis de aspirina (30 a 100 mg/kg/día), pero no está claro si alguna dosis tenga beneficios a largo plazo sobre otra, la dosis aplicada en este paciente se encuentra dentro del rango inferior, para evitar adversos secundarios sin un beneficio comprobado por altas dosis. (37)

Caso 2: Síndrome de piel escaldada

En este caso podemos observar que el diagnóstico se hizo clínicamente, como se indica en el síndrome de piel escaldada. El tratamiento se basa en antibioticoterapia para erradicar el estafilococo, manejo de soporte, reducir las molestias y complicaciones.

Usualmente el tratamiento se realiza de manera intrahospitalaria para tratamiento endovenoso, el cual puede pasar a vía oral si se observa una mejoría clínica y tolera la vía oral.

En el caso se inició adecuadamente tratamiento antibiótico anti estafilocócico de primera línea con oxacilina endovenosa. Además, como está indicado, se brindó hidratación endovenosa. El paracetamol fue indicado para manejo de fiebre y dolor. Al presentar la paciente mejoría clínica, se decide el manejo ambulatorio y se le indica un antibiótico por vía oral por 5 días más, para completar los 10 días recomendados. (38)

Caso 3: Diarrea aguda

El caso cumple con las medidas de la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años del Instituto nacional de Salud, tales como preferir la hidratación por vía oral antes que la vía endovenosa y una vez estabilizado el cuadro dar de alta con consejería. (39) La guía recalca la importancia del uso de la vía oral para la reposición de líquidos y el descarte de una infección bacteriana con el examen inicial de elección siendo la reacción inflamatoria en heces y se solicita un coprocultivo. De igual modo, cumple con las recomendaciones del tiempo de hidratación de 4 horas, y la no indicación de antibióticos por una etiología probablemente viral, que se corrobora con la historia clínica, el examen físico y los exámenes auxiliares. (39) Aún más importante, cumple con la educación y orientación a los padres en salud, con respecto al lavado de manos, hidratación y prevención de futuros cuadros.

Caso 4: Varicela

El caso previamente presentado es un claro ejemplo de la clínica característica de la varicela, cuyo tratamiento se basa principalmente en sintomáticos debido a la resolución espontánea; sin embargo, en casos más severos donde se incluye la incoercibilidad de la fiebre, el dolor y la dificultad respiratoria, la hospitalización está indicada debido a la alta probabilidad de complicaciones tales como sobreinfección bacteriana, encefalitis, cerebelitis, celulitis, neumonía, entre otros. (40)

El caso presentado actúa acorde a la guía clínica de tratamiento de varicela del Hospital Cayetano Heredia en el cual se especifica que ante un caso complicado de varicela se indica la hospitalización para la observación y control, prefiriendo el tratamiento con sintomáticos. La guía recomienda el uso de Aciclovir en las primeras 48 horas del cuadro; si bien no se cumple a cabalidad el tiempo estricto recomendado, el criterio clínico del doctor optó por el tratamiento con el fármaco, sobre todo por presentar alto riesgo de complicaciones, siendo la evolución favorable. (41)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado se desarrolló en su totalidad en ambos casos en la Clínica Internacional. En el Caso de la alumna Abad, inicio en la sede Lima y fue trasladada después del inicio de la pandemia a la sede San Borja, cuando la primera sede mencionada paso a ser una clínica casi en su totalidad COVID.

En general la experiencia pre pandemia y durante la pandemia se diferenciaron en el número de horas realizados, además las actividades académicas pasaron a realizarse de forma virtual.

La rotación con la que se comenzó el 2020 fue de cirugía, que, se podría decir, fue favorable para el internado debido a que, durante la pandemia, la cantidad de cirugías tuvo una disminución considerable, donde solo se atendían emergencias. Pre pandemia las cirugías eran tanto programadas como de emergencia, lo cual dio un amplio abanico de opciones, desde apendicitis a cáncer gástrico, pudiéndose realizar un examen físico más exhaustivo.

Durante el tiempo de cuarentena, se reforzaron los conocimientos teóricos haciendo hincapié en la bioseguridad y el correcto uso del equipo de protección personal.

En medicina interna el principal obstáculo radicó en minimizar el contacto con el paciente por prevención, lo cual significó no hacer exámenes físicos exhaustivos, sin embargo, esto ayudó a reforzar lo más importante del examen físico en cada patología, desarrollando un criterio clínico, hacer más con menos. Además, se pudo observar que varios pacientes habían perdido varios

controles por temor a acudir a citas presenciales y había disminuido la adherencia al tratamiento.

En Ginecología se redujeron considerablemente las cirugías electivas, sin embargo, esto significó adquirir destrezas para resolver emergencias ginecológicas como hemorragias y trastornos hipertensivos.

En pediatría el trabajo se mantuvo constante, se pudo observar casos relacionados a COVID como MIS-C, pero se continuaron con las actividades académicas constantes, solo que de manera virtual. La afluencia de pacientes siguió siendo alta.

De manera general, la experiencia del internado en tiempos de pandemia puso a prueba la capacidad de adaptación del interno, constó de un periodo crítico a nivel mundial donde se tuvieron que desarrollar de manera acelerada habilidades y destrezas, dentro de ellas la templanza para mantener la calma en tiempos críticos, donde, no se puede negar que familias y amigos se han visto afectados; puso a prueba el ingenio en donde tuvieron que inventar nuevos métodos de aprendizaje para sacar provecho la oportunidad de realizar un internado con todas las facilidades que ofrece un centro de nivel resolutivo III; pero, lo más importante, reforzó el amor y compromiso con la carrera, ya que hoy, más que nunca, ser médico conllevará una gran responsabilidad.

CONCLUSIONES

1. De modo general, se puede decir que el internado es el año más importante de toda la carrera, se adquiere una gran gama de conocimientos tanto teóricos como prácticos.
2. La situación actual de la pandemia representó un obstáculo para todas las carreras, siendo Medicina Humana probablemente la más afectada. Sin embargo, la capacidad de adaptarse, el ingenio y la proactividad resultaron útiles para sobrellevarla.
3. Se consolidaron los conocimientos teóricos acompañados con las prácticas de las patologías más importantes por especialidad, se desarrolló el juicio clínico para orientar el diagnóstico, se desarrollaron habilidades interpersonales para la relación médico paciente y el ambiente laboral.
4. En conclusión, el internado en tiempo de pandemia no se puede comparar con internados en años pasados, ya que el mismo contexto en que se encuentra es completamente distinto. La cantidad de actividades realizadas, de procedimientos y de horas pueden no ser las mismas, pero las habilidades blandas adquiridas sin duda hacen la diferencia.

RECOMENDACIONES

- Seguramente no existirá en un futuro cercano una situación parecida a la que se vive actualmente; sin embargo, esta coyuntura ha servido de reflexión para reevaluar la posición del interno, quien por mucho tiempo se consideró aún estudiante, pasando al nuevo paradigma de practicante pre profesional. Este título de practicante le concede beneficios que antes no se consideraban tales como un sueldo mínimo, un horario, equipo de protección y controles mensuales de salud. Si bien, es cierto que la situación de un centro de salud privado es diferente a la de uno público, se debe aspirar y resguardar la salud de todo el personal en el establecimiento, incluyendo la del interno; quien, aún en formación, mantiene contacto con pacientes y realiza labores asistenciales.
- La situación actual ha sido útil para acelerar el proceso de virtualización de actividades académicas, que viene siendo paradigma en países más desarrollados desde años atrás, por lo cual se recomienda tanto a los futuros internos como a los centros de educación implementar medidas que puedan favorecer el aprendizaje virtual, tales como charlas, repasos, videos, podcast, entre otros.
- Finalmente, se recomienda a futuros internos aprovechar las diferentes oportunidades que ofrece el internado, más allá de los obstáculos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Nosotros: Centro Médico en el Perú: Clínica Internacional [Internet]. Nosotros | Centro Médico en el Perú | Clínica Internacional. Available from: <https://www.clinicainternacional.com.pe/la-clinica/>
2. Sede San Borja: Clínica en San Borja: Clínica Internacional [Internet]. Sede San Borja | Clínica en San Borja | Clínica Internacional. [cited 2021Apr11]. Available from: <https://www.clinicainternacional.com.pe/sede/san-borja/>
3. Docencia: Clínica Internacional [Internet]. Docencia | Clínica Internacional. [cited 2021Apr11]. Available from: <https://www.clinicainternacional.com.pe/docencia/>
4. Perú REC. Coronavirus en Perú: "Vamos a mantener la calma y confiar en el sistema de salud", dice Martín Vizcarra [Internet]. El Comercio Perú. NOTICIAS EL COMERCIO PERÚ; 2020 [cited 2021Apr11]. Available from: <https://elcomercio.pe/peru/coronavirus-en-peru-martin-vizcarra-confirma-primer-caso-del-covid-19-en-el-pais-nndc-noticia/>
5. Coronavirus: Perú decreta cuarentena general en el país y el cierre de fronteras durante 15 días ante la pandemia de covid-19 [Internet]. BBC News Mundo. BBC; [cited 2021Apr11]. Available from: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51902989>
6. Decreto de Urgencia N° 090-2020 [Internet]. Gobierno del Perú. [cited 2021Apr11]. Available from: <https://www.gob.pe/qu/institucion/mef/normas-legales/1050976-090-2020>

7. Salud PMde, Dirección General de Personal de la Salud. Lineamientos para el inicio o la reanudación progresiva de actividades de los internos de ciencias de la salud en el marco del Decreto de Urgencia N° 090-2020: Documento Técnico [Internet]. Pesquisa. 1970 [cited 2021Apr11]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1117506>
8. Resolución Ministerial N° 546-2011-MINSA [Internet]. Gobierno del Perú. [cited 2021Apr11]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243402-546-2011-minsa>
9. Clínica Internacional obtiene nuevamente la acreditación de The Joint Commission International [Internet]. CLÍNICA INTERNACIONAL. 2021 [cited 2021Apr11]. Available from: <https://www.clinicainternacional.com.pe/blog/clinica-internacional-acreditacion-joint-commission-international/>
10. Rosenberg J, Bisgaard T, Kehlet H, et al. Danish Hernia Database recommendations for the management of inguinal and femoral hernia in adults. *Dan Med Bull.* 2011;58(2):C4243.
11. de Goede B, Wijsmuller AR, van Ramshorst GH, van Kempen BJ, Hop WCJ, Klitsie PJ, Scheltinga MR, de Haan J, Mastboom WJB, van der Harst E, Simons MP, Kleinrensink GJ, Jeekel J, Lange JF; INCA Trialists' Collaboration. Watchful Waiting Versus Surgery of Mildly Symptomatic or Asymptomatic Inguinal Hernia in Men Aged 50 Years and Older: A Randomized Controlled Trial. *Ann Surg.* 2018 Jan;267(1):42-49. doi: 10.1097/SLA.0000000000002243. PMID: 28350567.
12. Fitzgibbons RJ Jr, Ramanan B, Arya S, et al. Long-term results of a randomized controlled trial of a nonoperative strategy (watchful waiting) for men with minimally symptomatic inguinal hernias. *Ann Surg.* 2013;258(3):508-515. doi:10.1097/SLA.0b013e3182a19725

13. McCormack K, Scott NW, Go PM, Ross S, Grant AM; EU Hernia Trialists Collaboration. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1):CD001785. doi:10.1002/14651858.CD001785
14. Prassas D, Rolfs TM, Knoefel WT, Krieg A. Meta-analysis of totally extraperitoneal inguinal hernia repair in patients with previous lower abdominal surgery. *Br J Surg.* 2019;106(7):817-823. doi:10.1002/bjs.11140
15. European Association for the Study of the Liver (EASL). Prevention, diagnosis and treatment of gallstones - EASL-The Home of Hepatology. [Internet]. EASL. 2019 [cited 2021Apr12]. Available from: <https://easl.eu/publication/prevention-diagnosis-and-treatment-of-gallstones/>
16. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=apendicitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_ra
17. [Internet]. Bvs.minsa.gob.pe. 2021 [cited 12 April 2021]. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/701_MS-PSNB318-7.pdf
18. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. 2021 [cited 12 April 2021]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/management-of-small-bowel-obstruction-in-adults?search=obstruccion%20intestinal&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
19. Crockett, Seth D. Crockett, Seth et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology*, 2018 Marzo; 154(4):1096-1101
20. Bollen TL, Singh VK, Maurer R, et al. A comparative evaluation of radiologic and clinical scoring systems in the early prediction of severity

- in acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol.* 2012;107(4):612-619. doi:10.1038/ajg.2011.438
21. Basurto Ona X, Rigau Comas D, Urrútia G. Opioids for acute pancreatitis pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7):CD009179. Published 2013 Jul 26. doi:10.1002/14651858.CD009179.pub2
22. Festi D, Sottili S, Colecchia A, et al. Clinical manifestations of gallstone disease: evidence from the multicenter Italian study on cholelithiasis (MICOL). *Hepatology.* 1999;30(4):839-846. doi:10.1002/hep.510300401
23. Global Initiative for Asthma. GINA Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Internet], 2020 [actualizado 2020; citado 2021 Abril] Disponible en: www.ginasthma.org
24. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J.* 2019 Aug 31. pii: ehz486.
25. Rydén L, Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología sobre diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, et al. Guía de práctica clínica de la ESC sobre diabetes, prediabetes y enfermedad cardiovascular, en colaboración con la European Association for the Study of Diabetes. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67(2):136.e1-136.e56.
26. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-complicated-urinary-tract-infection-including-pyelonephritis-in-adults?search=URINARY%20INFECCION&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
27. Uterine fibroids (leiomyomas): Treatment overview [Internet]. UpToDate. [cited 2021Apr19]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/uterine-fibroids-leiomyomas-treatment->

overview?search=mioma+uterino&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2636509543

28. Wamsteker K, Emanuel MH, de Kruif JH. Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding: Results regarding the degree of intramural extension. *Obstet Gynecol* 1993; 82:736.
29. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH, SÍFILIS Y HEPATITIS B: NTS N° 159 - MINSA/2019/DGIESP (R.M. N° 1138-2019/MINSA). Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de VIH – SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis – Lima: Ministerio de Salud; 2019. 98 p. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5015.pdf>
30. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/fetal-macrosomia?search=macrosomia&source=search_result&selectedTitle=1~131&usage_type=default&display_rank=1
31. Gob.es. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Guia_practica_AEP.pdf
32. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/shoulder-dystocia-risk-factors-and-planning-delivery-of-high-risk-pregnancies?search=macrosomia&source=search_result&selectedTitle=2~131&usage_type=default&display_rank=2
33. Gob.pe. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2019/rd/RD_370-2019-HCH-DG.pdf
34. DiGaetano A. Nausea and vomiting in pregnancy. En: *Integrative Medicine*. Elsevier; 2007. p. 581–7.

35. Lee PY, Day-Lewis M, Henderson LA, et al. Distinct clinical and immunological features of SARS-CoV-2-induced multisystem inflammatory syndrome in children. *J Clin Invest*. 2020;130(11):5942-5950. doi:10.1172/JCI141113
36. COVID-19: Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) management and outcome [Internet]. UpToDate. [cited 2021Apr19]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-mis-c-management-and-outcome?sectionName=Features+of+Kawasaki+disease&search=kawasaki+covid&topicRef=128190&anchor=H1902242396&source=see_link#H1902242396
37. American Academy of Pediatrics. Kawasaki disease. In: Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases, 31st ed, Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS (Eds), American Academy of Pediatrics, Itasca, IL 2018 p.490.
38. Staphylococcal scalded skin syndrome [Internet]. UpToDate. [cited 2021Apr23]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/staphylococcal-scalded-skin-syndrome?search=sindrome+d+epiel+escaldada&source=search_result&selectedTitle=1~9&usage_type=default&display_rank=1#H75022116
39. Bonilla C, Carmona G, Huaman K, Aramburu A, Caballero P, Hajar G. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años [Internet]. Gob.pe. [citado el 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cnsp/unidades_funcionales/unidad_de_analisis_y_generacion_de_evidencias_en_salud_publica_unagesp/cochrane/guia_de_practica_clinica_para_el_diagnostico_y_tratamiento_de_la_enfermedad_diarreica_aguda_en_ninos_menores_de_5_anos.pdf
40. UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-of-varicella-zoster-virus-infection->

chickenpox?search=varicela%20clinica&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3

41. de La Varicela T, De atención del la CTPOE le P. de pediatría remite ta propuesta de GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y [Internet]. Gob.pe. [citado el 13 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2018/rd/rd-030-2018.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: Certificados formación continua Jimena Marisol Abad García



CERTIFICADO

Otorgado a:

JIMENA MARISOL ABAD GARCIA

Por su participación en el Curso "Acreditación JCI", con una duración de 01 hora académica realizado en el Campus Virtual de Clínica Internacional.

Lima, 27 de Octubre de 2020

Dr. Alfredo Guerreros Benavides
Director Médico Corporativo
Clínica Internacional

Dr. Luis Guerra Díaz
Jefe de Docencia
Clínica Internacional



CERTIFICADO

Otorgado a:

JIMENA MARISOL ABAD GARCIA

Por su participación y aprobación satisfactoria en el Curso "Certificados BLS", con una duración de 6 horas académicas realizado el día 06 de Enero de 2020

Vigente hasta: 05 de Enero de 2022

Lima, 06 de Enero de 2020

Dr. Alfredo Guerreros Benavides
Director Médico Corporativo
Clínica Internacional

Dr. Luis Guerra Díaz
Jefe de Docencia
Clínica Internacional

CERTIFICADO

Otorgado a:

JIMENA MARISOL ABAD GARCIA

Por su participación y aprobación satisfactoria en el Curso "Manejo de Extintores", con una duración de 02 horas académicas realizado el día 06 de Enero de 2020

Vigente hasta: 05 de Enero de 2022

Lima, 06 de Enero de 2020



Alfredo Avalos Farfán
Sub Gerente de Talento
Clínica Internacional

CERTIFICADO

Otorgado a:

JIMENA MARISOL ABAD GARCIA

Por su participación satisfactoria en la "Inducción Presencial", realizada en nuestras instalaciones el día 06 de Enero de 2020

Lima, 07 de Enero de 2020



Alfredo Avalos Farfán
Sub Gerente de Talento
Clínica Internacional

CERTIFICADO

Otorgado a:

JIMENA MARISOL ABAD GARCIA

Por su participación y aprobación satisfactoria en el Curso "Plan de Vigilancia, Prevención y Control Covid-19 en el Trabajo", con una duración de 01 hora académica realizado en el Campus Virtual de Clínica Internacional.

Lima, 27 de Octubre de 2020



Dra. Gianna Aristondo Turín
Médico Ocupacional
Clínica Internacional



Dr. Luis Guerra Díaz
Jefe de Docencia
Clínica Internacional

CERTIFICADO

Otorgado a:

JIMENA MARISOL ABAD GARCIA

Por su participación y aprobación satisfactoria en el Curso "Seguridad del Paciente", con una duración de 01 hora académica.

Vigente hasta: 28 de Octubre de 2022

Lima, 28 de Octubre de 2020



Dr. Alfredo Guerreros Benavides
Director Médico Corporativo
Clínica Internacional



Dr. Luis Guerra Díaz
Jefe de Docencia
Clínica Internacional

ANEXO 2: Certificados Formación Continua María del Pilar Estrella Caballero



CERTIFICADO

Otorgado a:

MARIA DEL PILAR ESTRELLA CABALLERO

Por su participación y aprobación satisfactoria en el Curso "Manejo de Extintores", con una duración de 02 horas académicas realizado el día 06 de Enero de 2020

Vigente hasta: 05 de Enero de 2022

Lima, 06 de Enero de 2020



Alfredo Avalos Farfán
Sub Gerente de Talento
Clínica Internacional



CERTIFICADO

Otorgado a:

MARIA DEL PILAR ESTRELLA CABALLERO

Por su participación y aprobación satisfactoria en el Curso "Certificados BLS", con una duración de 6 horas académicas realizado el día 06 de Enero de 2020

Vigente hasta: 05 de Enero de 2022

Lima, 06 de Enero de 2020



Dr. Alfredo Guerreros Benavides
Director Médico Corporativo
Clínica Internacional

Dr. Luis Guerra Díaz
Jefe de Docencia
Clínica Internacional

CERTIFICADO

Otorgado a:

MARIA DEL PILAR ESTRELLA CABALLERO

Por su participación y aprobación satisfactoria en el Curso "BLS Teórico", con una duración de 02 horas académicas realizado en el Campus Virtual de Clínica Internacional.

Vigente hasta: 31 de Diciembre de 2022

Lima, 31 de Diciembre de 2020



Dr. Alfredo Guerreros Benavides
Director Médico Corporativo
Clínica Internacional



Dr. Luis Guerra Díaz
Jefe de Docencia
Clínica Internacional

CERTIFICADO

Otorgado a:

MARIA DEL PILAR ESTRELLA CABALLERO

Por su participación y aprobación satisfactoria en el Curso "Uso correcto de equipos de protección", con una duración de 0.5 horas académicas realizado en el Campus Virtual de Clínica Internacional.

Lima, 15 de Noviembre de 2020



Dr. Gianni Aristondo Turin
Médico Ocupacional
C.M.P. 049984
Clínica Internacional



Ing. Jhoni Anthonson Alarcón Cruz
Ingeniero Jr. de Seguridad Laboral
CIP: 282427
Clínica Internacional

CERTIFICADO

Otorgado a:

MARIA DEL PILAR ESTRELLA CABALLERO

Por su participación y aprobación satisfactoria en el Curso "Prevención de Accidentes de Trabajo", con una duración de 01 horas académicas realizado el día

Lima, 15 de Noviembre de 2020



Dr. Gianni Aristondo Turin
Médico Ocupacional
CMI.F. 040984
Clínica Internacional



Ing. Jhoni Anthonson Alvarado Santa Cruz
Ingeniero Jr. de Seguridad Laboral
CIP 282472
Clínica Internacional

CERTIFICADO

Otorgado a:

MARIA DEL PILAR ESTRELLA CABALLERO

Por su participación y aprobación satisfactoria en el Curso "Plan de Vigilancia, Prevención y Control Covid-19 en el Trabajo", con una duración de 01 hora académica realizado en el Campus Virtual de Clínica Internacional.

Lima, 18 de Octubre de 2020



Dra. Gianna Aristondo Turin
Médico Ocupacional
Clínica Internacional



Dr. Luis Guerra Díaz
Jefe de Docencia
Clínica Internacional