



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA DE CASOS CLÍNICOS SEGÚN NIVEL DE
COMPLEJIDAD EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA, HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES Y EL CENTRO DE SALUD
MATERNO INFANTIL VILLA MARIA DEL TRIUNFO EN EL PERIODO
2020 -2021**

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

**PRESENTADA POR
ALICIA OLENKA LIZA VALENZUELA**

**ASESOR
DR. JOSÉ FRANCISCO PARODI GARCÍA**

**LIMA, PERÚ
2021**



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

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MÉDICA DE CASOS CLÍNICOS SEGÚN NIVEL
DE COMPLEJIDAD EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA,
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES Y EL CENTRO
DE SALUD MATERNO INFANTIL VILLA MARIA DEL TRIUNFO
EN EL PERIODO 2020 -2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

ALICIA OLENKA LIZA VALENZUELA

ASESOR

DR. JOSE FRANCISCO PARODI GARCÍA

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Giselle Vásquez Donayre

Miembro: Mg. Edgar Rolando Ruiz Semba

Miembro: M.E. Johandi Delgado Quispe

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de Suficiencia Profesional con todo el amor del mundo a mi tía Doris Valenzuela Villavicencio, que perdió la vida frente a la lucha contra el cáncer durante la pandemia, quien me mostró en el transcurso del tiempo la sensibilidad, el amor al prójimo, y lo humano de esta hermosa profesión.

Alicia Olenka Liza Valenzuela

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a todas las personas que de una u otra manera formaron parte de mi camino; a mis maestros por el tiempo que dedicaron e impartieron conocimiento.

A mis amigos, que me impulsaron e hicieron que mi etapa universitaria sea llena de matices emocionales con tristezas y muchas alegrías.

A mi abuelita, quien me acompañó en muchas noches de desvelo mientras estudiaba.

Al amor de mi vida, que con su comprensión y amor incondicional incluso en los momentos más turbulentos permitió que mis metas se cumplan y se culminen de manera satisfactoria.

A mi madre, quien fue el pilar fundamental y el más importante ya que con su amor, apoyo y esfuerzo impresionante hizo que uno de mis grandes sueños se cumpla.

Para culminar agradezco infinitamente a Dios por haberme guiado y brindado la fortaleza para seguir

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de ginecología y obstetricia	1
1.2 Rotación de Pediatría	7
1.3 Rotación de medicina interna	12
1.4. Rotación de cirugía	17
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	24
2.1 Hospital de Ventanilla	24
2.2 Centro de salud materno infantil de Villa María del Triunfo	24
2.3 Hospital Nacional Sergio E. Bernales	25
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	27
3.1 Fuentes de información – bases de datos científicas	27
3.2 Fuentes de consulta rápida	27
3.3 Evaluación crítica de evidencia	27
3.4 Marco básico de decisión	27
3.5 Otros criterios de decisión	27
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	28

CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
FUENTES DE INFORMACIÓN	31
ANEXOS	33
1. Figura 1	33
2. Figura 2	34

RESUMEN

Objetivo: Consolidar el conocimiento, las habilidades y destrezas del futuro profesional médico con una participación constante en el hospital o centro de salud, y a la vez establecer un vínculo que integra la competencia profesional e intelectual para un desempeño óptimo al servicio de la sociedad.

Desarrollo: Se hizo una recopilación de casos relevantes del internado médico donde se unifica el conocimiento teórico y la práctica clínica donde incluye un abordaje oportuno y con una resolución adecuada; por lo cual, cada caso es desarrollado con el enfoque basado en evidencia científica. Cabe mencionar que los casos presentados se desarrollaron antes y durante la pandemia.

Conclusiones: El internado en medicina es una etapa crítica donde se puede obtener y adquirir experiencia; la forma objetiva de resolver los casos clínicos orienta al interno a alcanzar las capacidades necesaria antes de egresar. La especialidad de Cirugía General se vio afectada por una disminución de casos y procedimientos por la pandemia. Finalmente, el futuro egresado en el área médica tiene la responsabilidad de alcanzar, con autonomía, todo lo indispensable para un buen desempeño y ejercicio profesional.

Palabras Claves: Internado médico, casos clínicos, pandemia.

ABSTRACT

Objective: Consolidate the knowledge, skills and abilities of the future medical professional with constant participation in the hospital or health center and at the same time establish a link that integrates professional and intellectual competence for optimal performance at the service of society.

Development: A compilation of relevant cases of the medical internship was made where theoretical knowledge and clinical practice are unified, which includes a timely approach and with an adequate resolution; Therefore, each case is developed with an approach based on scientific evidence. It is worth mentioning that the cases presented developed before and during the pandemic.

Conclusions: The medical internship is a critical stage where experience can be obtained and acquired; The objective way of solving clinical cases guides the inmate to reach the necessary skills before graduating. The specialty of General Surgery was affected by a decrease in cases and procedures due to the pandemic. Finally, future graduates in the medical area have the responsibility to, autonomously, achieve all that is essential for good performance and professional practice.

Key Words: Medical internship, clinical cases, pandemic.

INTRODUCCIÓN

El programa de internado fue realizado a través de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres, prestigiosa institución que tiene como misión formar profesionales de la salud competentes, con alto nivel científico y con valores éticos y humanistas.

El internado de pregrado tiene como objetivo la adquisición de experiencias significativas que permiten al alumno conocer el amplio espectro de manejo de una patología en un escenario real, lo cual implica detectar factores de riesgo para prevenir la enfermedad, diagnosticarla y tratarla oportunamente, y aplicar medidas de rehabilitación cuando sea necesario de las áreas de ginecología, obstetricia, medicina interna, cirugía general y pediatría con sentido ético y humanista.

Este año, puso a prueba la adaptabilidad de los internos de medicina de esta casa de estudios ya que la aparición de la pandemia por coronavirus fue un reto a la forma como se brindaba la atención médica. Instó un cambio en los procesos de atención y cuidado con especial atención en la prevención y detección oportuna de enfermedades, así como buscar nuevas estrategias para brindar la atención como lo fueron la teleconsulta y el teleseguimiento.

Es por ello, que el presente trabajo pretende evidenciar los conocimientos adquiridos y la integración de los conceptos teóricos y prácticos desarrollados durante los años de carrera sumados a las nuevas formas de realizar la práctica médica.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado de pregrado en la Facultad de Medicina Humana es la parte práctica principal y esencial del médico. Forma parte del plan de estudio de la carrera de medicina, es un año indispensable y obligatorio para que los alumnos consoliden los conocimientos e integren la suficiencia necesaria que adquirieron durante los ciclos previos.

Las expectativas en este año de internado fueron las de consolidar e integrar los conceptos teóricos y prácticos adquiridos previamente con el fin de brindar una atención de calidad a los pacientes, así como conocer el funcionamiento de los sistemas de salud peruanos, tanto sus fortalezas como debilidades.

En ese sentido, a continuación, se exponen casos anecdóticos de la trayectoria profesional adquirida

1.1 Rotación de Ginecología y Obstetricia

CASO A: Aborto incompleto

Relato:

Paciente femenino de 32 años acude a emergencia de gineco obstetricia por presentar sangrado vaginal. Indica que su cuadro clínico empezó en horas de la mañana al realizar sobre esfuerzo doméstico. Refiere que inicialmente presentó dolor pélvico de leve intensidad, seguido de presencia de sangrado vaginal de gran cantidad con presencia de coágulos, y acompañado de dolor intenso en la región lumbosacra. Entre los antecedentes obstétricos, la paciente refiere que presentó menarquia a los 12 años, su ciclo menstrual es de 4 días de duración cada 28 días, una fórmula gestacional G5 P3013, y no ha presentado menstruación desde hace 3 meses aproximadamente.

Además, la paciente niega antecedentes patológicos y niega alergia a medicamentos.

Examen físico:

La paciente presentó una frecuencia respiratoria de 17 por minuto, frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, presión arterial de 80/70 mmHg, y temperatura de 36.5 °C. A la ectoscopia, se encuentra en aparente regular estado general. El examen por aparatos y sistemas presentó los siguientes hallazgos:

- En el examen de piel y mucosas se encontró palidez marcada y signo de pliegue negativo.
- En el examen de aparato respiratorio no se encontraron alteraciones, al examen cardiovascular no se encontraron soplos.
- En el examen de mamas, eran simétricas, sin tumoraciones a la palpación.
- En el examen abdominal, se observó un abdomen globuloso a expensas de pániculo adiposo, los ruidos hidroaéreos se encontraban presentes, a la palpación era depresible y no se presentó dolor a la palpación general ni al evaluar puntos apendiculares.
- En el examen vaginal, no se observaron lesiones externas, a la especuloscopia se observan restos ovulares y sangrado, al tacto vaginal el cérvix era posterior, el orificio cervical externo se encontró abierto, permeable.
- En el examen neurológico, la paciente se encontraba orientada.

Diagnósticos presuntivos:

Nos encontrábamos frente a una paciente mujer en edad reproductiva, con amenorrea secundaria, que acude afebril por dolor y posterior sangrado vaginal de abundante intensidad, en quien el examen vaginal evidencia la apertura del orificio cervical externo. En base a ello, se plantearon los siguientes diagnósticos presuntivos:

- Amenorrea secundaria por posible embarazo no diagnosticado.
- Hemorragia de la primera mitad del embarazo por probable aborto aséptico incompleto.
- Posible anemia moderada versus severa

Exámenes auxiliares:

Se consideró confirmar el embarazo en la paciente mediante el dosaje de gonadotrofina coriónica humana (beta-HCG), evaluar la presencia de restos en cavidad uterina mediante pruebas de imagen, evaluar la severidad de la posible anemia, evaluar el grupo sanguíneo en caso sea necesaria la transfusión de paquetes globulares, y evaluar los indicios de un posible proceso infeccioso. Por ello se solicitaron los siguientes exámenes auxiliares:

- Dosaje cuantitativo de beta-HCG
- Ecografía transvaginal
- Hemograma completo
- Grupo sanguíneo y factor Rh

Resultados de exámenes de laboratorio: Beta-HCG: 8000 mUI/mL, leucocitos: 9000 x mm³, hemoglobina: 06 g/dl, linfocitos: 24%, monocitos: 4%, Neutrófilos segmentados: 57%, neutrófilos abastionados: 1%, basófilos: 0%, eosinófilos: 0%, Grupo sanguíneo A, Factor: Rh positivo.

Ecografía transvaginal: Orificio cervical externo abierto, no se encuentra embrión, no se aprecian restos ovulares en cavidad uterina.

En los resultados se observó un nivel de beta-HCG compatible con un embarazo entre las 6 a 7 semanas, no se encontraron indicios de infección pero se encontraron restos y una anemia severa secundaria al aborto. Con los resultados se confirmaron los siguientes diagnósticos:

Aborto aséptico incompleto

Anemia severa por pérdida externa

Tratamiento:

Al ingreso, se planteó estabilizar a la paciente con solución salina y decidir el uso de paquetes globulares en base a los resultados del hemograma. Al obtener los resultados se decidió tratar la anemia severa con transfusión sanguínea según su grupo y factor. Se consideró realizar la extracción de restos mediante aproximación quirúrgica luego de estabilizar a la paciente (1). Respecto a la extracción de restos, la edad gestacional fue menor a las 12 semanas por lo que se consideró como primera alternativa terapéutica realizar una Aspiración Manual Endouterina (AMEU) (2). Además se consideró que al no tener indicios de infección, no se administró antibioticoterapia para sepsis pero sí como una medida profiláctica a infecciones posteriores al procedimiento de aspiración ya que se ha descrito su beneficio en la literatura (3). En resumen, el tratamiento fue el siguiente:

- Hidratación con cloruro de sodio a chorro
- Administrar paquete globular con 1000 cc de sangre A+
- Doxiciclina 200 mg VO, iniciar administración una hora antes del procedimiento de aspirado
- Programar a sala de legrado para AMEU

Evolución:

Se estabilizó a la paciente y se realizó el procedimiento de aspirado. Posteriormente la paciente evolucionó favorablemente y no presentó signos de alarma posteriores al aspirado. Se indicó tratamiento para la anemia.

CASO B: Placenta previa

Relato:

Paciente mujer de 30 años gestante de 39 semanas acude a emergencia de gineco-obstetricia con un tiempo de enfermedad de una hora caracterizado por sangrado rojo rutilante indoloro de poca cantidad. Niega contracciones uterinas y refiere sentir movimientos fetales. Respecto a los antecedentes obstétricos, la paciente refiere menarquia a los 11 años, un ciclo menstrual de 5 días pero irregular, refiere que ha tenido dos cesáreas previas, que posee

grupo sanguíneo Rh positivo al igual que su esposo. Adicionalmente, la paciente niega otras comorbilidades y alergia a medicamentos.

Examen físico:

La paciente presentó una frecuencia respiratoria de 18 por minuto, frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto, presión arterial de 110/80 mmHg, y temperatura de 36,0 °C. A la ectoscopia, se encuentra en aparente regular estado general. En el examen de aparatos y sistemas se encontró lo siguiente:

- En el examen de piel y mucosas no se encontró palidez, signo de pliegue negativo.
- En el examen de aparato respiratorio y cardiovascular no se encontraron alteraciones.
- En el examen de mamas, eran simétricas, turgentes, sin tumoraciones a la palpación.
- En el examen abdominal, se observó un abdomen globuloso y línea alba presente, ruidos hidroaéreos presentes, sin dolor a la palpación. La altura uterina se consignó en 39 cm, presencia de movimientos fetales, y frecuencia cardiaca fetal de 150 latidos por minuto. No se presentaron contracciones uterinas durante la evaluación.
- No se realizó tacto vaginal por la sospecha de una placenta previa.

Diagnósticos presuntivos:

Se trata de una paciente mujer gestante a término, que acude a emergencia por hemorragia indolora de la segunda mitad del embarazo pero hemodinámicamente estable, con antecedente de cesáreas previas. Se consideró que debido a que la paciente se encontraba con más de 30 semanas de gestación, la migración placentaria habría concluido. Por ello, se planteó el siguiente diagnóstico presuntivo:

- Gestante de 39 semanas
- Hemorragia de la segunda mitad del embarazo por posible placenta previa

Exámenes auxiliares:

Se consideró realizar una ecografía transabdominal para confirmar el diagnóstico presuntivo y descartar un posible acretismo placentario, ya que ambos suelen estar asociados. Además, dosaje de hemoglobina y monitoreo fetal. En resumen, se solicitaron los siguientes exámenes auxiliares:

- Ecografía transabdominal
- Monitoreo fetal

Resultados de exámenes de laboratorio: Hemoglobina: 11 mg/dl.

Ecografía transabdominal: Presencia de feto, frecuencia cardiaca: 146 latidos por minuto, movimientos fetales: presentes, edad gestacional: 39 semanas.

Se observa placenta implantada en el segmento uterino inferior, la cual cubre todo el orificio cervical interno. No se observa acretismo placentario en el Doppler. Placenta íntegra.

Monitoreo fetal No contracciones uterinas, feto reactivo.

En los resultados no se encontró sufrimiento fetal ni indicios de inicio de trabajo de parto, se encontró una placenta previa oclusiva total (tipo I) y se descartaron tanto el acretismo placentario como anemia. En resumen, se estableció el siguiente diagnóstico definitivo:

- Gestante de 39 semanas, hemodinámicamente estable
- Placenta previa oclusiva total (Tipo I)

Tratamiento:

Respecto al tratamiento no se indicó maduración fetal con corticoides debido a que era una gestación a término de 39 semanas, tampoco se indicó tocólisis debido a que no se presentaron contracciones uterinas, ni inmunización con vacuna anti-D debido al antecedente de Rh compatible. Dado que la paciente no presentó inicio de labor de parto, signos de sufrimiento fetal, ni inestabilidad hemodinámica, se consideró que no cumplía criterios para realizar una

cesárea de emergencia. Sin embargo, se consideró observarla durante 24 horas para evaluar la aparición de nuevos episodios de sangrado, ya que se ha descrito que a mayor número de sangrados, el riesgo de una cesárea de emergencia se incrementa (4). Con dicha información se decidiría su hospitalización. En resumen, se indicó lo siguiente:

- Hidratación para reponer pérdidas.
- Observación para decidir hospitalización en base al número de episodios de sangrado.

Evolución:

Durante el periodo de observación, la paciente presentó dos episodios de sangrado adicionales, por lo cual se decidió su hospitalización y se planificó la cesárea.

1.2 Rotación de Pediatría

CASO C: Neumonía neonatal

Relato:

Madre de un neonato de 24 horas de nacido refiere que presenta dificultad respiratoria, no succión adecuada de pezón y letargo desde hace tres horas. Madre refiere como antecedente en la gestación que presentó ruptura prematura de membranas por más de 18 horas.

Examen físico:

El neonato presentó un peso de 3 kg, una frecuencia cardiaca de 180 latidos por minuto, una frecuencia respiratoria de 20 por minuto con pausas de más de 20 segundos y temperatura de 38 °C. A la ectoscopia, se encuentra en mal estado general y letárgico. En el examen de aparatos y sistemas se encontró lo siguiente:

- En el examen de piel, no se evidencia ictericia, signo de pliegue negativo, mucosas semisecas.
- En el examen del aparato respiratorio, impresiona tiraje intercostal,

murmullo vesicular pasó con dificultad en hemitórax derecho e impresionaron crépitos.

- En el examen cardiovascular, no se encontraron soplos y la perfusión periférica fue adecuada.
- En el examen abdominal, se encontró un abdomen globuloso, con ruidos hidroaéreos presentes, timpánico a la percusión, no hepatomegalia.
- En el examen del sistema nervioso, no se evidencia abombamiento de la fontanela ni rigidez de nuca.

Diagnósticos presuntivos:

Se trata de un neonato febril que presenta síndrome de dificultad respiratoria a las 24 horas de nacido y con antecedente materno de ruptura prematura de membranas por más de 18 horas. En base a ello, y a que no se encontró otro posible foco infeccioso, se planteó el siguiente diagnóstico presuntivo:

- Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido por posible neumonía neonatal temprana

Exámenes auxiliares:

Los exámenes auxiliares estuvieron orientados a la confirmación del compromiso pulmonar, a aislar el agente patógeno, y a descartar sepsis en el neonato. En base a ello, se solicitaron los siguientes exámenes:

- Radiografía de tórax con proyección anteroposterior y lateral
- Hemocultivo
- Hemograma completo

Resultados de exámenes de laboratorio: Hemocultivo: Se aisló *Streptococcus* del grupo B. Hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 90000 /mm³, leucocitos: 20000 x mm³, linfocitos: 40%, monocitos: 8%, neutrófilos (conteo absoluto): 1000/mm³, neutrófilos abastionados (conteo absoluto): 100/mm³, eosinófilos: 1%, basófilos: 0%

Radiografía de tórax: Se observaron focos de condensación con broncograma aéreo en la base del pulmón derecho. No se evidenció efusión pleural.

Los exámenes auxiliares revelaron una infección de foco pulmonar. Se calculó el índice de neutrófilos abastados / neutrófilos totales y se tomó el punto de corte de 0.2 como un indicativo de sepsis neonatal (5). El resultado del cálculo fue menor al punto de corte, lo que alejó la posibilidad de sepsis. Otros resultados que alejaron la posibilidad de sepsis fueron que no se encontró un conteo de leucocitos disminuido, ni neutropenia en el conteo absoluto de neutrófilos. Además, en el cultivo se aisló *Streptococcus* del grupo B. En resumen, se planteó el siguiente diagnóstico definitivo:

- Neumonía neonatal temprana por *Streptococcus* del grupo B

Tratamiento:

El tratamiento inicial se centró en la estabilización del neonato y una hidratación adecuada. Dada la sospecha de una neumonía neonatal temprana se instauró un tratamiento antibiótico empírico hasta obtener los resultados del hemocultivo (6). En base a ello, la terapia constó de lo siguiente:

- Hidratación por vía EV según requerimiento, para el primer día de nacido 60 ml/Kg/día.
- Control de temperatura con medios físicos.
- Terapia empírica:
 - Ampicilina 50 mg/Kg/dosis cada 08 horas por vía EV más
 - Gentamicina 4 mg/Kg/dosis cada 24 horas por vía EV hasta obtener resultados de cultivo.
- Terapia específica luego de los resultados del cultivo:
 - Ampicilina 50 mg/Kg/dosis cada 08 horas por vía EV hasta completar 10 días.

Evolución:

Luego de instaurar el tratamiento, se observó una evolución favorable en el neonato. Se tornó activo y la madre refirió una mayor fuerza de succión.

CASO D: Varicela

Relato:

Madre de un niño de 08 años refiere que nota la aparición de “machas” rojizas en tronco, extremidades y cara desde hace dos días. Seguido a ello, su hijo le refiere “sensación de calor”, y picazón en las zonas donde estaban las manchas. La madre observa la presencia de “ronchas” y “ampollas” y “costras”. Además refiere que su sobrino presentó una sintomatología similar hace aproximadamente 20 días y ambos niños estuvieron en contacto. La madre niega otros antecedentes patológicos del menor y niega alergia a medicamentos.

Examen físico:

El paciente presentó una frecuencia respiratoria de 18 por minuto, una frecuencia cardíaca de 90 latidos por minuto, presión arterial de 90/80 mmHg, y temperatura de 37.8 °C. En el examen por aparatos y sistemas se presentó lo siguiente:

- A la ectoscopía, aparenta regular estado general
- En el examen de piel se encontraron lesiones papulares, vesiculares y presencia de algunas costras sobre máculas rojizas en cara, tórax, abdomen, y extremidades. Además, presencia de excoriaciones ungueales en las mismas zonas donde se presentaron las lesiones. No se evidencian lesiones pustulosas.
- En el examen de orofaringe se evidenció eritema.
- En el examen de aparato respiratorio y cardiovascular no se encontraron alteraciones.
- En el examen de abdomen, se encontró un abdomen sin distensión, sin alteraciones.
- En el examen neurológico, el niño se encontraba alerta, sin alteraciones a la marcha.

Diagnósticos presuntivos:

Se trata de un niño que acude por lesiones maculo-papulares, con vesículas y costras pruriginosas y que cuenta con el antecedente epidemiológico de contacto con otro niño que presentó la misma sintomatología. Estas características corresponden con la clínica de una infección por virus de varicela-zoster, cuyo diagnóstico es clínico. Además, no se presentaron indicios de complicaciones por lo que el diagnóstico fue el siguiente:

- Varicela no complicada.

Exámenes auxiliares:

Debido a que el diagnóstico de varicela es clínico, no se solicitaron exámenes auxiliares.

Tratamiento:

Se tuvo en cuenta que la infección por virus de varicela-zoster no complicada es autolimitada pero es altamente contagiosa. Por ello, el tratamiento estuvo orientado al manejo sintomático y a evitar la propagación de la enfermedad. En resumen, se indicó el siguiente tratamiento:

- Aseo continuo y observación de infección de las lesiones
- Paracetamol 500 mg VO condicional a la fiebre (temperatura $\geq 38,0$ °C) que puede acompañar con el uso de medios físicos
- Clorfenamina 2 mg VO cada ocho horas
- Aislamiento y reposo durante al menos 15 días

Evolución:

El paciente evolucionó favorablemente y no se presentaron infecciones en otros miembros de la familia.

1.3 Rotación de medicina interna

CASO E: Meningitis bacteriana

Relato:

Paciente varón de 17 años acude acompañado de su madre a emergencia por pérdida de sensorio. Refiere que es vendedor ambulante y que desde hace ocho días inició con sensación de alza térmica, escalofríos, y malestar general. Hace cuatro días presentó cefalea intensa, fotofobia, vómitos y náuseas. Madre del paciente refiere que en el trayecto al hospital presentó convulsiones y pérdida del conocimiento. Además, menciona que no padece antecedentes patológicos como inmunocompromiso ni reacciones alérgicas a medicamentos.

Examen físico:

Se encontró una frecuencia respiratoria de 16 por minuto, frecuencia cardíaca de 90 latidos por minutos, presión arterial de 100/80 mmHg, y temperatura de 39,0 °C. En el examen de aparatos y sistemas se encontró lo siguiente:

- A la ectoscopia, el paciente se presentó soporoso, en decúbito dorsal, no respondió a las preguntas que se le realizó.
- La piel se encontraba turgente, sin signos de pliegue, y las mucosas se encontraban húmedas.
- En el examen cardiovascular, pulmonar y abdominal no se encontraron alteraciones.
- En el examen neurológico, las pupilas eran reactivas, se encontró rigidez de nuca, hipertonía, reflejos osteotendinosos discretamente aumentados, signo de Lasegue, Brudzinski y Kerning positivos.
- Fondo de ojo: no edema de papila.

Diagnósticos presuntivos:

Se trata de un paciente varón joven, con un tiempo de enfermedad aproximado de ocho días, con fiebre, rigidez de nuca, y trastorno del sensorio, signos que se presentan en el 40% de los casos de inflamación meníngea (7). En base a ello, se planteó el diagnóstico de un síndrome meníngeo subagudo

(3 a 21 días) por meningitis infecciosa de etiología a determinar, para lo cual se consideró descartar una etiología bacteriana versus viral. Al respecto, se tuvo en cuenta que para el grupo etario al cual pertenece el paciente, los agentes etiológicos bacterianos más frecuentes son *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*, mientras que los agentes etiológicos virales más frecuentes son los enterovirus (8). Debido a que el paciente no presentaba antecedentes de inmunocompromiso, quedó relegado un posible origen micótico. En consecuencia, a lo anteriormente expuesto, se consideraron los posibles diagnósticos:

- Síndrome meníngeo subagudo por probable meningitis de etiología a determinar: bacteriana versus viral.

Exámenes auxiliares:

Para confirmar el diagnóstico y determinar la etiología de la meningitis se requiere aislar al patógeno en cultivos de sangre y principalmente de líquido cefalorraquídeo (LCR) mediante punción lumbar. Si bien el riesgo de herniación cerebral por punción lumbar puede reducirse al detectar alteraciones intracraneales como absceso cerebral o empiema subdural mediante pruebas de imagen como una tomografía computarizada (TC), se consideró que el retraso en el diagnóstico e inicio de la terapia farmacológica conllevaría más daños para el paciente (8), además no se presentó papiledema y por motivos logísticos, realizar la TC fue poco factible. Adicionalmente, se solicitó un hemograma, y dosaje de glucosa en sangre. En resumen, se solicitaron los siguientes exámenes auxiliares:

- Hemocultivo
- Hemograma con recuento de células hematológicas, electrolitos, glucosa, úrea y creatinina
- Estudio citológico y bioquímico de LCR
- Cultivo de LCR

Resultados de exámenes de laboratorio: Hematíes: 4 660 000 x mm³,

leucocitos: 13 000 x mm³, hemoglobina: 14 g/dl, hematocrito: 42%, linfocitos: 3% monocitos: 3%, neutrófilos abastionados: 11%, neutrófilos segmentados: 83%, eosinófilos: 0%, basófilos: 0%. Glucosa: 40 mg/dl.

Resultados del estudio de LCR: Presión de apertura: 320 mmH₂O, aspecto: turbio purulento, presencia de coágulo fibrinoso, color: xantocrómico, reacción: neutra, proteínas: 840 mg/dl, glucosa: 12 mg/dl, cloruros: 105 mg/dl, leucocitos: 1540 x mm³, polimorfo nucleares: 90%, mononucleares: 10%. Examen bacteriológico: numerosos cocos Gramm positivos.

Resultados de cultivos: Hemocultivo: *Streptococcus pneumoniae*. Cultivo de LCR: *Streptococcus pneumoniae*.

Se encontró leucocitosis con desviación izquierda, una presión de apertura alta en la PL, en el examen de LCR se encontró proteinorraquia e hipoglicorraquia, y el cociente glucosa LCR / glucosa sanguínea fue menor a 0.4. Estos hallazgos fueron compatibles con una infección bacteriana y el cultivo permitió plantear el siguiente diagnóstico definitivo:

- Meningitis bacteriana por *Streptococcus pneumoniae*.

Tratamiento:

Luego de realizar los hemocultivos, inmediatamente se administró antibioticoterapia empírica hasta esperar los resultados de los cultivos. Dada la edad del paciente, el tratamiento empírico incluyó una cefalosporina de tercera generación más vancomicina. Adicionalmente, se consideró agregar un corticoide al régimen empírico, pues diversos estudios evidenciaron que su uso podría reducir la pérdida auditiva y secuelas neurológicas en pacientes con meningitis (8, 9). Una vez obtenidos los resultados del cultivo se modificó la terapia farmacológica. Además, dado que la madre estuvo en contacto se le indicó quimioprofilaxis (8). En resumen, se indicó el siguiente tratamiento:

- Hidratación de mantenimiento por vía EV
- Terapia empírica:

- Dexametasona 10 mg cada 12 horas por 4 días por vía EV
- Ceftriaxona 2 g cada 12 horas por vía EV
- Vancomicina 1 g cada 12 horas por vía EV
- Metamizol 2 g por vía EV condicional a la fiebre ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$)
- Terapia específica luego de resultados del cultivo:
 - Ampicilina 2 g cada 4 horas por 10 días
- Quimioprofilaxis a la madre del paciente con ciprofloxacino 500 mg única dosis por VO.

Evolución:

El paciente respondió bien a la antibioticoterapia a los 10 días del ingreso, no se presentó pérdida de la audición ni secuelas neurológicas. La madre del paciente tampoco presentó síntomas compatibles con meningitis.

CASO F: Cistitis

Relato:

Paciente mujer de 60 años refiere que desde hace tres días inicia con sensación de orinar frecuentemente, ardor al orinar, y se agrega dolor pélvico punzante de moderada a gran intensidad. Debido a la persistencia de los síntomas acude a consulta médica. La paciente niega flujo vaginal, niega prurito vagina, y refiere que no evidenció orina turbia. Entre los antecedentes, refiere que padece de diabetes mellitus, niega antecedente de litiasis renal ni otros antecedentes patológicos, y niega alergia a medicamentos.

Examen físico:

La paciente presentó una frecuencia respiratoria de 16 por minuto, frecuencia cardíaca de 90 latidos por minuto, presión arterial de 100/80 mmHg, y temperatura de 36.3°C . En el examen por aparatos y sistemas se encontró lo siguiente:

- A la ectoscopía, aparenta regular estado general
- En el examen de piel y mucosas, no se encuentra palidez, mucosas húmedas, presencia de acantosis nigricans.

- En el examen de aparato respiratorio y cardiovascular no se encontraron alteraciones.
- En el examen abdominal se encontró un panículo adiposo incrementado, abdomen simétrico, ruidos hidroaéreos presentes, a la palpación los signos apendiculares fueron negativos.
- En el examen genitourinario, la puño percusión lumbar fue negativa.

Diagnósticos presuntivos:

Se trata de una mujer adulta mayor afebril, sin antecedente de litiasis renal, que acude por episodios de disuria, urgencia urinaria y dolor en región suprapúbica. En base a ello se plantaron los siguientes diagnósticos presuntivos:

- Probable infección urinaria baja no complicada de etiología a determinar

Exámenes auxiliares:

Se tuvo en cuenta que los síntomas corresponderían a una infección urinaria baja, en la que se debe confirmar si es por infección bacteriana. En base a ello, los exámenes auxiliares estuvieron orientados a detectar un posible origen bacteriano o no, a partir de lo cual se instauraría la terapia definitiva. Por ello, se solicitó lo siguiente:

- Examen de orina completo
- Urocultivo

Resultados de exámenes de laboratorio: Color: amarillo, aspecto: límpido, densidad: 1020, células epiteliales: 1 x campo, leucocitos: 2 x campo. Ph: 6.50, hematias: 1 x campo, gérmenes: no presentes, nitritos: negativo.

Resultado de Urocultivo: No se aislaron gérmenes.

En el examen de orina no evidenció piuria ni nitritos positivos lo que disminuyó la sospecha de infección urinaria por causa bacteriana (10, 11). Luego, no se

aislaron gérmenes en el urocultivo por lo que se alejó la sospecha de una causa bacteriana y apoyó la hipótesis de una cistitis. En base a ello, se propuso el siguiente diagnóstico definitivo:

- Cistitis aguda no complicada

Tratamiento:

Se instauró un primer tratamiento orientado a la disminución de los síntomas urinarios y en base a los resultados del examen de orina (11). Se esperaron los resultados del cultivo para decidir iniciar antibioticoterapia. Debido a resultados negativos en el cultivo se continuó el tratamiento sintomático. En resumen, se brindó la siguiente terapia:

- Fenazopiridina 200 mg tres veces al día por dos días y reevaluar con resultados del cultivo.

Evolución:

Al iniciar el tratamiento sintomático, la paciente refiere leve mejoría. Retornó al establecimiento de salud en donde se le explicó el resultado del cultivo y se continuó con la terapia sintomática por dos días más. Posterior a ello, la paciente refiere remisión de los síntomas.

1.4 Rotación de Cirugía

CASO G: Apendicitis aguda

Relato:

Paciente mujer de 20 años acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 12 horas, el cual inicio con dolor en epigastrio de moderada intensidad, de tipo punzante y que migró hacia la fosa iliaca derecha. En las últimas dos horas el dolor se incrementó a gran intensidad y continuó siendo de tipo punzante. Además, la paciente refiere pérdida de apetito y sensación nauseosa. No refiere antecedente de litiasis renal ni apendicectomía previa. La paciente no refiere alergia a fármacos.

Examen físico:

Se encontró una frecuencia respiratoria de 19 por minuto, 100 latidos por minuto y una presión arterial de 90/80 mmHg, temperatura axilar de 37,5 °C.

En el examen por aparatos y sistemas se encontró lo siguiente:

- A la ectoscopía aparenta regular estado general y se presenta con facie dolorosa.
- La piel se encontraba húmeda con aparente palidez pero que no se presentaba en mucosas.
- El examen de aparato cardiovascular y respiratorio no presentó alteraciones.
- En el examen de abdomen, no aparentaba presencia de masas, abdomen simétrico, sin máculas rojizas periumbilicales ni en fosas iliacas. Los ruidos hidroaéreos estaban presentes, no rebote abdominal pero se encontraron signos de Mc Burney y Rovsing positivos.
- En el examen genitourinario no se encontraron alteraciones.

Diagnósticos presuntivos:

En base a la anamnesis y examen físico, el diagnóstico presuntivo fue de un síndrome doloroso abdominal por posible apendicitis aguda. Se descartó un posible cólico renal en base a que no se encontraron antecedentes de dicha condición.

- Síndrome doloroso abdominal agudo: posible apendicitis aguda versus ruptura de quiste ovárico

Exámenes auxiliares:

Si bien el diagnóstico de apendicitis aguda es clínico, se decidió realizar una tomografía computarizada de abdomen y pelvis para detectar una posible perforación dada la febrícula que presentaba la paciente y para descartar una posible ruptura de quiste ovárico dada la edad reproductiva de la paciente. Además, se solicitó un hemograma completo, marcadores de fase aguda, y perfil de coagulación como exámenes prequirúrgicos. En resumen se solicitaron los siguientes exámenes auxiliares:

- Tomografía computarizada de abdomen y pelvis
- Hemograma completo
- Perfil de coagulación

Resultados de exámenes de laboratorio: Hemoglobina: 12 g/dl, plaquetas: 190000 /mm³, leucocitos: 16000 x mm³, linfocitos: 3%, monocitos: 3%. Neutrófilos, abastionados: 15%, eosinófilos: 0%, basófilos: 0%, perfil de coagulación dentro de parámetros normales. INR: 0.90, tiempo de protrombina: 12 segundos, tiempo parcial de tromboplastina activada: 26 segundos.

Tomografía de abdomen y pelvis: No se observó perforación apendicular, apéndice con diámetro transversal de 8 mm, no plastrón apendicular, no líquido libre en cavidad abdominal, no se observó presencia de quiste ovárico

Se evidencia imágenes compatibles con apendicitis sin perforación (12, 13). Además, se descartó la presencia de quiste ovárico. En el hemograma se encontró leucocitosis con desviación izquierda de neutrófilos, no presencia de anemia, y el perfil de coagulación no presentó alteraciones. En base a lo anterior se planteó el siguiente diagnóstico definitivo:

- Apendicitis aguda no perforada

Tratamiento:

Con el diagnóstico de apendicitis aguda no perforada se instauró un tratamiento orientado en la analgesia, pues en la literatura se describe que brindar analgesia no enmascara los hallazgos clínicos (14), preparación para apendicectomía, y profilaxis antibiótica (15). En resumen, el tratamiento fue el siguiente:

- Suspender la alimentación vía oral
- Hidratación con solución salina 0,9 % de mantenimiento

- Tramadol 1 mg/Kg por vía EV condicional al dolor
- Antibioticoterapia profiláctica:
- Cefazolina 2 g por vía EV única dosis más
- Metrodinazol 50 mg por vía EV, iniciados 60 minutos antes de la incisión quirúrgica
- Programación para apendicectomía

Evolución:

La apendicectomía no tuvo interurrencias. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta a las 24 horas de realizarse la cirugía.

CASO H: Obstrucción intestinal

Relato:

Paciente masculino de 68 años acude a emergencia por distensión y dolor abdominal de gran intensidad que inició aproximadamente hace cinco horas, de tipo cólico, localizado en flanco izquierdo que se irradia difusamente hacia todo el abdomen. El cuadro posteriormente es acompañado de náusea y vómito en dos ocasiones de contenido alimentario, de olor fecaloide. Además, alza térmica no cuantificada, eructos, ausencia de flatos y ausencia de deposiciones desde hace tres días. Entre los antecedentes, el paciente refiere cirugía previa por apendicitis. Niega alergia a medicamentos.

Examen físico:

El paciente presentó una frecuencia respiratoria de 20 por minuto, frecuencia cardíaca de 100 latidos por minuto, presión arterial de 90/70 mmHg y temperatura de 37.0 °C. En el examen de aparatos y sistemas se encontró lo siguiente:

- A la ectoscopia aparenta mal estado general, con facie dolorosa.
- En el examen de piel y mucosas, aparenta palidez, signo de pliegue negativo pero las mucosas impresionaban secas.
- En el examen del aparato respiratorio y cardiovascular no se encuentran alteraciones.

- En el examen de abdomen se aprecia un abdomen distendido, globuloso, y ruidos hidroaéreos ausentes. A la palpación, el abdomen era levemente depresible, no abdomen en tabla, y a la percusión era timpánico.

Diagnósticos presuntivos:

Se trata de un varón adulto mayor, que acude a emergencia con antecedente de cirugía e historia de ausencia de deposiciones y eliminación de flatos, incremento del volumen abdominal, dolor tipo cólico y vómitos. En base a ello, se consideró el siguiente diagnóstico presuntivo:

- Síndrome doloroso abdominal por posible obstrucción intestinal aguda

Exámenes auxiliares:

Se solicitaron exámenes auxiliares orientados a confirmar el diagnóstico, determinar el origen anatómico de la obstrucción, evaluar una posible alteración electrolítica por los vómitos, y preparar al paciente para una potencial cirugía. Idealmente se solicitaría una tomografía computarizada pero se tuvo que elegir métodos de diagnóstico por imágenes alternativos por no contar con tomógrafo. En resumen, se solicitaron los siguientes diagnósticos:

- Radiografía de abdomen en posición de pie
- Ecografía abdominal
- Dosaje de electrolitos
- Hemograma completo
- Perfil de coagulación

Resultados de exámenes de laboratorio: Hemoglobina: 11.5 g/dl, plaquetas: 180000 /mm³, leucocitos: 175000 x mm³, linfocitos: 2%, monocitos: 3%, neutrófilos segmentados: 55%, neutrófilos abastionados: 5%, eosinófilos: 0%, basófilos: 0%, sodio: 140 meq/l, potasio: 4.5 meq/l, cloro: 100 meq/l, bicarbonato: 25 meq/l, calcio: 9.5 meq/dl, osmolaridad: 290 mosm/l. Perfil de coagulación dentro del parámetro normal. INR: 0.95, tiempo de

protrombina: 11 segundos, tiempo parcial de tromboplastina activada: 27 segundos.

Radiografía de abdomen de pie: Dilatación de asas intestinales con presencia de niveles hidroaéreos a nivel de mesogastrio y flanco izquierdo, además edema de paredes intestinales, se aprecia imagen en grano de café.

Ecografía abdominal: Presenta asas intestinales distendidas en mesogastrio y flanco izquierdo, con abundante gas e hipoperistaltismo.

Los resultados evidencian imágenes compatibles con una obstrucción intestinal de tipo mecánica. Adicionalmente, no se encuentran alteraciones electrolíticas, sin indicios de un proceso infeccioso ya que no se aprecia desviación izquierda, ni trastornos de coagulación. En base a ello se planteó el siguiente diagnóstico definitivo:

- Obstrucción intestinal aguda por vólvulo de sigmoides

Tratamiento:

El tratamiento estuvo orientado a la resolución de la obstrucción por vía quirúrgica. En base a ello se planteó lo siguiente:

- Suspender alimentación por VO
- Hidratación con cloruro de sodio al 0.9% para reponer pérdidas
- Programación para laparotomía exploratoria.

Evolución:

Se realiza la laparotomía exploratoria donde se observa vólvulo de sigmoides. Se decide proceder con la resección y anastomosis de la región afectada. Posterior al procedimiento el paciente queda con sonda nasogástrica, control y cuantificación del drenaje. Posterior a ello, el paciente evoluciona de manera favorablemente, sin presentar fiebre ni signos de descompensación. A los cinco días post quirúrgico tolera dieta oral, sus heridas no muestran signos de infección y es dado de alta a los ocho días postquirúrgicos

Lo casos presentados muestran la integración de los conceptos tanto de ciencias básicas como de clínicas, al permitir extraer adecuadamente los datos necesarios de la anamnesis para proveer un diagnóstico presuntivo, reconocer los exámenes auxiliares necesarios para emitir un diagnóstico definitivo y en base a todo ello instaurar una terapia oportuna, y apropiada en base a evidencia científica.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

La experiencia de internado se desarrolló en tres nosocomios de Lima, Perú. A continuación, se describen las características de estos centros:

2.1 Hospital de Ventanilla

El hospital de Ventanilla se encuentra ubicado en la Av. Pedro Beltrán, distrito de Ventanilla, Lima, Perú. Es un hospital de categoría II-1 que depende del Ministerio de Salud de Perú.

Este nosocomio tiene la misión de brindar atención integral de salud a la población ventanillense. Entre sus competencias se encuentran brindar el servicio de consulta externa general y especializada, hospitalización, y atención de emergencias.

Respecto al flujo de pacientes, este hospital es integrante de la red de atención de salud de la Región Callao por lo que atiende a población ventanillense y zonas aledañas, y está en estrecha coordinación con el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en caso se requieran referencias.

2.2 Centro de salud materno infantil de Villa María del Triunfo

El centro de salud materno infantil de Villa María del Triunfo se encuentra ubicado en la Av. Pedro Valle sin número, a la altura de la cuadra 18 de la Av. El triunfo en el distrito de Villa María del Triunfo, Lima, Perú.

Este establecimiento es un centro de salud de categoría I-4 que depende del Ministerio de Salud de Perú y cuenta con camas de internamiento, por lo que ofrece los servicios de consulta externa, hospitalización, y emergencia.

Respecto al flujo de pacientes, pertenece a la red integrada de salud Villa María del Triunfo, por lo que atiende pacientes de dicha jurisdicción y tiene como principal centro de referencia el Hospital María Auxiliadora.

2.3 Hospital Nacional Sergio E. Bernales

El hospital Nacional Sergio E. Bernales se ubica en la Av. Túpac Amaru 5321, en el distrito de Comas, Lima, Perú. Este establecimiento es un hospital de categoría III-1 que depende del Ministerio de Salud de Perú.

Entre las competencias de este hospital especializado se encuentran brindar una atención de calidad en los servicios de consulta externa general y especializada, hospitalización, y emergencias.

Respecto al flujo de pacientes, se constituye como el centro de referencia de la población de la jurisdicción del distrito de Comas. En este sentido se encuentra en constante coordinación con el Centro Materno Infantil Santa Luzmila II y el Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto Duksil, ambos establecimientos de categoría I-4.

Al inicio del programa de internado, antes del establecimiento de la pandemia por coronavirus, se mantenía un ambiente de continuo aprendizaje, en la cual se manejaban una amplia variedad de casos clínicos. En contraste, luego de que se instaurara la pandemia, dicho abanico de casos disminuyó, pues ahora era predominante la atención de pacientes con síntomas respiratorios compatibles con COVID-19.

La pandemia redujo de forma importante la posibilidad de participar más activamente en las actividades médicas en todas las áreas de desarrollo, de las cuales, el área de cirugía se vio más afectada según mi apreciación. A pesar de ello, considero que hemos adquirido competencias fundamentales

en el manejo de diversas patologías y, sobre todo, de COVID-19, la cual será uno de los principales motivos de consulta en los próximos años.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Se tuvo en cuenta que el manejo de los pacientes debe ser basado en la mejor evidencia científica disponible al momento, por ello es fundamental poner en práctica las competencias de búsqueda de literatura, uso de fuentes de consulta rápida (points-of-care), y una evaluación crítica de los estudios. Así como aplicar un marco de decisión fundamental para brindar o no una terapia. A continuación se exponen las metodologías principalmente utilizadas:

3.1 Fuentes de información – bases de datos científicas:

Buscador PubMed / Medline.

3.2 Fuentes de consulta rápida:

Uptodate.

3.3 Evaluación crítica de evidencia:

Se tuvo en cuenta resultados basados principalmente en revisiones sistemáticas, y ensayos clínicos aleatorizados. Sin embargo, se consideraron otros tipos de estudios según cada caso.

3.4 Marco básico de decisión:

Balance cuántos beneficios y cuantos daños cause dicha terapia.

3.5 Otros criterios de decisión:

En algunos casos se consideró la factibilidad de brindar una terapia o una prueba diagnóstica.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Considero que el internado fue una experiencia que puso a prueba los conocimientos adquiridos durante los años de formación, no solo en términos académicos sino también en remarcar la importancia de brindar una atención humanística, centrada en el paciente.

El advenimiento de la pandemia incrementó dicho reto ya que nos tuvimos que adaptar a un gran cambio en el modelo de atención y, sobre todo, a un temor siempre presente de infectarnos de un virus que en desde inicios del año 2020 no tenía un tratamiento eficaz. Esto solo reafirmó la convicción de brindar una atención humana, ya que la crueldad de la enfermedad evitaba entablar relación más cercana con los pacientes.

Entre algunas de las cosas “buenas” que dejó la pandemia, es que tuvimos que empezar a evaluar con más escepticismo los estudios científicos y no solo creer en opiniones sino empoderarnos y ser nosotros quienes analicemos la evidencia y tomemos una decisión.

CONCLUSIONES

La experiencia de internado ha sido la más desafiante y fructífera de la carrera de medicina. Se pudo evaluar casos diversos en todas las principales áreas de la medicina, se adquirieron competencias en evaluación de pacientes, tomar decisiones en base a evidencia científica, y habilidades de adaptación a la nueva forma de realizar las consultas. El programa de internado puede mejorarse utilizando las nuevas tecnologías de informática y comunicaciones. Sin embargo, fue una experiencia que nos ha preparado para ejercer con ciencia y humanismo.

RECOMENDACIONES

Como mencioné previamente, entre las principales limitantes de la experiencia fue la poca cantidad de casos y procedimientos quirúrgicos a la que se pudo asistir. Quizá con ayuda de las tecnologías de informática y comunicación pueda superarse esta barrera al contar con procedimientos quirúrgicos en video para observar.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin. Clinical management guidelines of obstetrician-gynecologists. Number 67, October 2005. Medical management of abortion. *Obstetrics and gynecology*. 2005;106(4):871-82.
2. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2007 [citado el 14 de abril de 2021]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf.
3. Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2012;2012(3):Cd005217.
4. Wing DA, Paul RH, Millar LK. Management of the symptomatic placenta previa: a randomized, controlled trial of inpatient versus outpatient expectant management. *American journal of obstetrics and gynecology*. 1996;175(4 Pt 1):806-11.
5. Escobar GJ, Li DK, Armstrong MA, Gardner MN, Folck BF, Verdi JE, et al. Neonatal sepsis workups in infants ≥ 2000 grams at birth: A population-based study. *Pediatrics*. 2000;106(2 Pt 1):256-63.
6. American Academy of Pediatrics. Tables of antibacterial drug dosages. 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.914.
7. Bijlsma MW, Brouwer MC, Kasanmoentalib ES, Kloek AT, Lucas MJ, Tanck MW, et al. Community-acquired bacterial meningitis in adults in the Netherlands, 2006-14: a prospective cohort study. *The Lancet Infectious diseases*. 2016;16(3):339-47.
8. van de Beek D, Cabellos C, Dzupova O, Esposito S, Klein M, Kloek AT, et al. ESCMID guideline: diagnosis and treatment of acute bacterial meningitis. *Clinical microbiology and infection : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*. 2016;22 Suppl 3:S37-62.

9. Brouwer MC, McIntyre P, Prasad K, van de Beek D. Corticosteroids for acute bacterial meningitis. The Cochrane database of systematic reviews. 2015;2015(9):Cd004405.
10. Wilson ML, Gaido L. Laboratory diagnosis of urinary tract infections in adult patients. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2004;38(8):1150-8.
11. Anger J, Lee U, Ackerman AL, Chou R, Chughtai B, Clemens JQ, et al. Recurrent Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: AUA/CUA/SUFU Guideline. The Journal of urology. 2019;202(2):282-9.
12. Whitley S, Sookur P, McLean A, Power N. The appendix on CT. Clinical radiology. 2009;64(2):190-9.
13. Arévalo Espejo OdJ, Moreno Mejía ME, Ulloa Guerrero LH. Apendicitis aguda: Hallazgos radiológicos y enfoque actual de las imágenes diagnósticas. 2014.
14. Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. The Cochrane database of systematic reviews. 2011(1):Cd005660.
15. Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendectomy. The Cochrane database of systematic reviews. 2005(3):Cd001439.

ANEXOS

Anexo N° 1

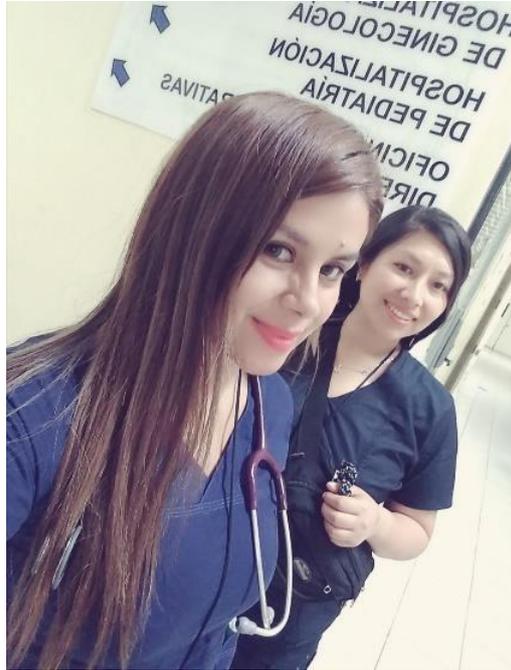


Figura 1. Inicio del periodo de internado antes de la pandemia. Captura realizada el 31 de diciembre de 2019

Anexo N°2



Figura 2. Rotación en el servicio de pediatría durante la pandemia. Captura realizada el 15 de marzo de 2021