REPOSITORIO
ACADÉMICO
USMP

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

# COMPETENCIAS ADQUIRIDAS DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN LA CLÍNICA GOOD HOPE – MIRAFLORES. ENERO 2020 – ABRIL 2021

PRESENTADO POR

GIRALDO GLORIA FIORELLA ESTEFANY

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

ASESORA
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

LIMA – PERÚ

2021

**Reconocimiento**
**CC BY**
El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

# COMPETENCIAS ADQUIRIDAS DURANTE EL INTERNADO MÉDICO EN LA CLÍNICA GOOD HOPE – MIRAFLORES. ENERO 2020 – ABRIL 2021

## TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**FIORELLA ESTEFANY, GIRALDO GLORIA**

**ASESORA**

**DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

**JURADO**

**Presidente:** Dr. Hugo Ortiz Becerra

**Miembro:** Dra. Nelly Borra Toledo

**Miembro**: Dr. José Garay Uribe

## DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado a mis padres: Iris Gloria Arias y Carlos Giraldo Garro, por brindarme soporte constante y apoyo incondicional durante mis 7 años de carrera

A mi abuelo Rolf Gloria Bravo que, aunque ya no está conmigo, nunca dejó de creer en mí.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a las autoridades de la Clínica Good Hope, por el apoyo que me brindaron y a los docentes en esta institución, por enseñarme a valorar y profundizar en los avances y aplicaciones, que la medicina ofrece para realizar actividades de promoción, prevención, tratamiento y curación de las enfermedades.

## ÍNDICE

**Págs.**


**PORTADA** iii

**JURADO** iv

**DEDICATORIA** v

**AGRADECIMIENTO** v

**ÍNDICE** vi

**RESUMEN** viii

**INTRODUCCIÓN** x

**CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL** xii

I.1 MEDICINA INTERNA xiii

I.2 PEDIATRÍA xv

I.3 GINECOLOGÍA- OBSTETRICIA xviii

I.4 CIRUGÍA GENERAL xx

**CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE DESARROLLÓ LA EXPERENCIA** 24

**CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL** 27

III.1 MEDICINA INTERNA 27

III.2 PEDIATRÍA 30

III.3 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 32

III.4 CIRUGÍA 34

**CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA** 38

**CONCLUSIONES** 49

**RECOMENDACIONES** 50

**FUENTES DE INFORMACIÓN** 51

# RESUMEN

Este trabajo se realizó, de enero 2020 a abril del 2021, con el objetivo de presentar los conocimientos y experiencias obtenidos en la Clínica Good Hope – Miraflores, durante el último año de estudios de la carrera como Interna de la Facultad de Medicina Humana - Universidad de San Martín de Porres.

Se relatan los cambios efectuados en dicha institución, luego del inicio de la pandemia por el virus SARS-CoV2 y los cambios que se realizaron al internado médico, en aplicación de la RESOLUCIÓN MINISTERIAL Nº 622-2020 del MINSA.

Se describen las características de la institución y de su equipo médico docente, poniendo énfasis en como los tutores nos ayudaron a generar actitudes y aptitudes importantes para el manejo, diagnóstico y tratamiento de las patologías más relevantes en nuestro país.

Se presenta en este trabajo, un total de ocho casos clínicos, dos por cada especialidad en las rotaciones realizadas durante el internado médico: Medicina Interna, Pediatría, Ginecología-Obstetricia y Cirugía General; al no tener facilidades en el acceso a las historias clínicas originales**,** se utilizaron los apuntes realizados durante las rotaciones**.** También se compararon los tratamientos realizados**,** con lo que se indica en las Guías Clínicas y UpToDate, que permitió realizar un análisis objetivo con el tratamiento que recibieron los pacientes en la Clínica.

## ABSTRACT

This work was carried out, from January 2020 to April 2021, with the aim of presenting the knowledge and experiences obtained at the Good Hope Clinic - Miraflores, during the last year of studies of the career as an Intern at the Faculty of Human Medicine - University of San Martin de Porres.

The changes made in said institution are related, after the start of the pandemic caused by the SARS-CoV2 virus and the changes that were made to the medical internship, in application of MINISTRY RESOLUTION No. 622-2020 of the MINSA.

The characteristics of the institution and its medical teaching team are described, emphasizing how the tutors helped us to generate important attitudes and skills for the management, diagnosis and treatment of the most relevant pathologies in our country.

A total of eight clinical cases are presented in this work, two for each specialty in the rotations carried out during the medical internship: Internal Medicine, Pediatrics, Gynecology-Obstetrics and General Surgery; As there was no facility to access the original medical records, the notes made during the rotations were used. The treatments performed were also compared with what is indicated in the Clinical Guidelines and UpToDate, which allowed an objective analysis to be carried out with the treatment received by the patients at the Clinic.

# INTRODUCCIÓN

El Internado Médico, corresponde al último año de la carrera de medicina humana y es parte importante en la formación de los estudiantes de medicina. Tiene carácter teórico y eminentemente práctico y debe permitir que los alumnos puedan utilizar y aplicar las habilidades y conocimientos adquiridos durante los anteriores años de estudios, en el contexto real de la práctica profesional bajo la supervisión de tutores y médicos docentes.

En nuestro país estas prácticas pre profesionales se caracterizaban por su precariedad, sobrecarga de trabajo y falta de remuneración; esto cambio luego de la pandemia por SARS-CoV2 en marzo del 2020, el internado en esta situación fue suspendido, puesto en espera y los internos fueron enviados a sus hogares. Esta situación se mantuvo por 6 meses hasta que en agosto del 2020 se publicó en el diario El Peruano, 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 Nº 090-2020" por la RESOLUCIÓN MINISTERIAL Nº 622-2020 del MINSA (1), en el que se estableció para los internos que decidieran regresar al internado, que este se realizaría en su mayoría en establecimientos de salud del primer nivel de atención, con un estipendio equivalente a la remuneración mínima vital, la entrega de equipos de protección personal por parte de los Establecimientos de Salud, un horario de trabajo de 6 horas y un tiempo de trabajo de 15 días seguidos con 15 días de descanso.

La pandemia también generó modificaciones en los establecimientos de salud; cambios en el aforo, el número de acompañantes por pacientes, los protocolos de seguridad, la afluencia de pacientes e incluso la distribución de camas hospitalarias (2). Muchos hospitales pasaron a ser exclusivamente para atención de pacientes COVID-19, habilitándose otros ambientes para poder atender a los pacientes con esta enfermedad (3).

Todos estos cambios influyeron en como la autora realizó su internado médico en la clínica Good Hope y generaron alteración respecto al número y tipo de

pacientes que se logró atender. Estos cambios se explican en este trabajo de suficiencia profesional; además de 8 casos clínicos, 2 por especialidad, que la autora pudo recopilar de los apuntes que realizó durante el año, además de analizar cómo se realizó el tratamiento de estos casos, comparándolo con guías internacionales, trabajos de investigación y la información disponible en UpToDate. Se realiza una breve descripción de cómo se desarrolló el internado antes y después del reinicio, según las rotaciones por especialidad.

# CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de medicina humana en la Universidad de San Martín de Porres dura siete años, tres años de Ciencias Básicas, tres años de Ciencias Clínicas y el último año, el Internado Medico (4). Este último año es parte importante de la formación de los estudiantes de medicina, ya que su finalidad principal es que los internos puedan consolidar el conocimiento obtenido en años anteriores con la práctica clínica supervisada (5).

Este año es uno de los más demandantes de la carrera de un estudiante de medicina; la Clínica Good Hope no fue la excepción, al comienzo del 2020 se trabajaba mínimo 14 horas al día, con guardias nocturnas cada 36 horas y una carga de pacientes mucho mayor al reiniciarse el internado.

Se realizaron varias modificaciones al internado, que se detalla en los siguientes capítulos; los sílabos de la USMP también variaron por la emergencia sanitaria, ahí se plantea como objetivo principal que el alumno aplique principios éticos y conceptos básicos de medicina basada en evidencias en el manejo de los pacientes en las diferentes especialidades, reconociendo sus derechos y deberes además de aplicar los conocimientos sobre la promoción y prevención en salud (6, 7, 8).

En este capítulo se presentan 8 casos clínicos, 2 por cada rotación que se realizó durante el año: Medicina Interna, Pediatría, Ginecología-Obstetricia y Cirugía General. Al no tener acceso directo a las historias clínicas de la institución, se utilizó los apuntes que realizó la autora durante las rotaciones respectivas.

## 1.1 MEDICINA INTERNA:

### CASO 1:

Mujer de 45 años, con antecedente de cesárea en dos oportunidades sin otros antecedentes de importancia. Acude a emergencia por sentirse cansada constantemente y cefaleas continúas desde hace un mes; presenta pérdida leve de sangre por vía vaginal desde hace doce horas.

Al examen físico en emergencia la paciente se encontraba en aparente regular estado general, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona, piel pálida y fría, mucosas pálidas, sistema cardiorrespiratorio normal, las funciones vitales conservadas. En el examen físico se palpó una masa abdominal pélvica de aproximadamente 10 cm, aparentando un embarazo de 20 semanas por lo que se pide evaluación por ginecología, resto de examen físico sin alteraciones.

Se pidió un hemograma completo en el que se observó anemia severa de 4.2 g/dl, todos los demás valores se encontraban en rangos normales. Después de la evaluación por ginecología, indican una ecografía transvaginal y abdominal, además de hospitalización para manejo conjunto con medicina Interna. La paciente tuvo que ser atendida en emergencia por aproximadamente 24 horas ya que no había camas disponibles en la clínica y es ahí donde se le colocaron dos paquetes globulares.

Luego de ser hospitalizada y haberle pasado los primeros dos paquetes globulares se tomó una hemoglobina control en la que se observó que había aumentado a 7.4 g/dl. En la ecografía transvaginal, se pudo observar un mioma intramural de aproximadamente 20 cm, por lo que ginecología informó a la paciente sobre la necesidad de realizar una cirugía, para extirpar dicho mioma que estaba causando el sangrado y la anemia, pero que este procedimiento se debería realizar luego de que su hemoglobina se estabilice. La paciente pidió que se le atienda por consultorio externo.

Se le volvió a pasar dos paquetes globulares con lo que su hemoglobina quedó en 9.3 g/dl. La paciente se observaba más activa, no hubo sangrado vaginal nuevo, no náuseas, no vómitos, ni dolor de cabeza, por lo que se decidió darle de alta para que siguiera con sus controles y tratamiento por consultorio externo de ginecología.

**CASO 2:**

Mujer de 70 años, acude a emergencia con tiempo de enfermedad de 2 días siendo el síntoma principal somnolencia, tiene antecedentes de Alzheimer e hipertensión hace 18 y 20 años, respectivamente y en tratamiento.

La paciente no se puede comunicar por sí misma y su cuidadora explicó que hace dos días la ve más somnolienta y con apetito disminuido, no dormía por la noche, ha tenido tomas de temperatura de 38ºC en dos ocasiones, refiere ver orina cargada y maloliente.

Al ingreso su temperatura fue de 37.7 se le tomó examen de sangre se observaron leucocitos y PCR elevado. En el examen de orina no se evidencia infección, los leucocitos estaban en rango normal, se tomó radiografía de tórax al ingreso, se observó consolidado pulmonar derecho.

La paciente ingresó con los diagnósticos de síndrome febril, neumonía no especificada, trastorno urinario no especificado, Alzheimer, hipertensión esencial primaria y con un plan de trabajo de tratamiento: antibiótico, hidratación, control de enfermedades de fondo, urocultivo y hemocultivo.
Su tratamiento de ingreso fue:

- Dieta completa
- Vía salinizada
- Ceftriaxona 2gr c/24h ev
- Levofloxacino 750mg c/24h ev
- Ranitidina 50 mg c/12 h ,

- Tratamiento de enfermedades de base
- Paracetamol 1gr  ev si la temperatura subía más de 38º
- Control de funciones vitales y balance hídrico.

La paciente evoluciona favorablemente con este tratamiento, se encontró disminución en la leucocitosis, PCR. Urocultivo y hemocultivos negativos.

Al tercer día de tratamiento el familiar refiere que la paciente se encuentra quejumbrosa, hace señas hacia su abdomen y fiebre en la noche.  En la evaluación física durante la visita médica, se le examinó abdomen y se pudo observar facies dolorosas al momento de la presión profunda en hipocondrio derecho. Se le pidió una tomografía de abdomen y se encontró signos de colecistitis aguda complicada con un absceso, a considerar una colecistitis gangrenosa que se asociaba a edema de grasa mesentérica regional y líquido libre laminar. Se envió interconsulta junto con esta tomografía al departamento de cirugía general. Informando a los familiares respecto a la necesidad de realizar una colecistectomía laparoscópica. La paciente paso a manejo de cirugía general.

## 1.2 PEDIATRÍA:

### CASO 1:

Niña de 2 años 9 meses es llevada a emergencia por dolor al miccionar, número de micciones incrementado y coloración rojiza en orina en una oportunidad hace 12 horas, fiebre cuantificada en 37.9ºC hace 2 horas y vómitos en el trayecto a la clínica. Los padres refieren que la niña estaba irritable. No presentaba antecedentes de infección del tracto urinario o algún otro tipo de enfermedad y tampoco ningún tipo de antecedente familiar relevante.

La paciente se encontró febril 38,5º C, en regular estado general; alerta conectada con su entorno, sistema cardiorrespiratorio normal, abdomen blando y depresible. Al examen no: masa, visceromegalia o signos de irritación peritoneal. ruidos hidroáereos (+); fuerza y tono muscular conservados. La paciente fue diagnosticada de infección de tracto urinario. Se solicita examen de orina, hemograma, proteína C reactiva (pcr) y urocultivo. El examen de orina fue patológico, se encontró leucocitosis y pcr elevado, se le hospitalizó para tratamiento antibiótico y observación.

El tratamiento consistió en:

- Dieta blanda y líquidos a voluntad
- Vía salinizada
- Paracetamol 15 mg/kg c/ 6 h ev
- Cefotaxima 150 mg/kg/d ev
- Control de funciones vitales

El cultivo dio positivo para *Escherichia coli*, por lo que se continuó con el tratamiento antibiótico indicado. La paciente evolucionó de manera favorable, al cuarto día de hospitalización afebril por 48 horas, no presenta: disuria, hematuria y hemodinámicamente estable. Por lo que es dada de alta con antibioticoterapia vía oral por 6 días más y control por pediatría en 5 días.

**CASO 2:**

Lactante de 1 mes y 15 días es llevado a emergencia por presentar regurgitación luego de lactar desde hace 2 días, madre niega que su hijo haya presentado elevación de temperatura u otros síntomas. Paciente nació a término por vía vaginal con 3.7kg, talla de 52 cm y perímetro craneal 35cm.

Al examen clínico: Peso de 4.502gr, se le observa activo, despierto, piel rosa e hidratada, en regular estado general. El sistema cardiorrespiratorio

normal, abdomen blando depresible, no: se palpa masa, visceromegalia, signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos (+). Genitales normales, fontanela anterior normo tensa, fuerza y tono muscular conservados.

Paciente es hospitalizado con los diagnósticos de reflujo gastroesofágico, descartar estenosis pilórica hipertrófica, con el plan de ecografía abdominal y observación, durante su primera noche de hospitalización presentó vómitos en proyectil luego de las tomas de leche. Durante la visita médica se observa la ecografía en la que se puede apreciar la estenosis hipertrófica del píloro de la que se sospechaba, se observó una longitud de canal pilórico de 15mm y un espesor de pared de 5mm, por lo que se pide interconsulta con cirugía pediátrica.

Luego de ser evaluado por el especialista, se conversa con los padres, respecto a la necesidad de realizar una pilorotomía, y aceptan la intervención quirúrgica por lo que se piden los exámenes pre quirúrgico correspondiente y al día siguiente ingresó a sala de operaciones. La cirugía se realizó sin complicaciones. En el posoperatorio presenta evolución favorable, tolera vía oral, no vómitos. Es dado de alta al día siguiente, con indicación de control por consultorios de cirugía pediátrica y pediatría en 5 días.

## 1.3 GINECOLOGÍA- OBSTETRICIA:

### CASO 1:

Mujer de 33 años con antecedente de 2 abortos (2016 y 2020) y una cesárea el 2014, refiere dolor pélvico intenso desde hace un mes, por lo que acude a otra institución donde le diagnostican de vaginitis y enfermedad pélvica inflamatoria, le dieron tratamiento antibiótico durante un mes, que no logra especificar.

Acude a consultorio externo de ginecología de esta institución por dolor pélvico intenso y constante que no cede con el tratamiento indicado previamente. Al examen físico en consultorio se observa leve sangrado vaginal, dolor pélvico a la palpación profunda, no se logró hacer tacto vaginal por dolor intenso. Se decidió hospitalizarla para continuar tratamiento antibiótico endovenoso y realizar estudios adicionales.

La paciente ingresó con los diagnósticos de dolor pélvico, descartar infección del tracto urinario, enfermedad pélvica inflamatoria y vaginitis.
Recibe terapia antibiótica endovenosa. Exámenes de: urocultivo, cultivo de secreción vaginal y orina. El primer día de hospitalización no se le indicó ningún antibiótico para poder tomar las muestras para los cultivos. Al examen físico en el ingreso a hospitalización la paciente se encontraba en aparente regular estado general; lúcida, orientada en tiempo, espacio, persona; sistema cardiorrespiratorio normal; en abdomen se podían escuchar ruidos hidroaéreos positivos y doloroso a la palpación en fosas ilíacas a predominio de fosa ilíaca izquierda.

Se inició tratamiento antibiótico endovenoso con ciprofloxacino, metronidazol y cluvax en óvulo intravaginal, al tercer día de hospitalización se le agregó doxiciclina endovenosa, además se le mantuvo con ketoprofeno cada 8 horas y tramadol subcutáneo, condicional si el dolor era muy intenso. Se le tomó ecografía de control, se encontró líquido libre en fondo de saco de Douglas de 1.1 CC aproximadamente. Con una ecografía

de 7 días anteriores en la que también se observaba líquido en fondo de saco de Douglas con un volumen de aproximadamente 4.7 cc. El urocultivo, examen de orina y el cultivo de secreción vaginal salieron negativos; por lo que se continuó con el plan sin variaciones.

La paciente evolucionó de forma lenta pero favorable y al séptimo día de tratamiento antibiótico endovenoso se le dio de alta con 7 días más de tratamiento antibiótico vía oral y tratamiento para su pareja, paciente a febril, toleraba vía oral, deambulaba sin asistencia y se le pudo realizar un tacto vaginal en el que aún se observaba dolor mínimo al movimiento del cuello uterino.

**CASO 2:**

Gestante de 35.3 semanas de 43 años tercigesta, nulípara con antecedente de 2 abortos el 2019, asintomática, percibe movimientos fetales, niega sangrado y pérdida de líquido. Es hospitalizada para monitoreo fetal, control obstétrico estricto, maduración pulmonar y estudios, por el diagnóstico de oligoamnios y edad materna avanzada. A la evaluación durante el ingreso la paciente se observaba en aparente regular estado general; lucida, orientada en tiempo, espacio y persona; abdomen ocupado por útero grávido, altura uterina de 30cm, latidos cardiacos fetales en 157, el índice de líquido amniótico por eco: 4.85 ; resto de examen físico sin alteraciones.

Al ingreso el plan de trabajo fue control obstétrico cada 12 horas, maduración pulmonar y monitoreo fetal. Se hizo maduración pulmonar por dos días con betametasona 12mg intramuscular cada 24 horas.
No presentó mayores molestias durante la estadía y al cuarto día de monitoreo se pidió control por eco doppler, para observar si la cantidad de líquido amniótico había disminuido y decidir realizar cesárea. En la ecografía se observó un oligoamnios con índice de líquido amniótico 4.68 cm por lo que se consideró como un oligoamnios severo y se decidió ingresar a la paciente a sala de operaciones. En el posoperatorio la

paciente evoluciona favorablemente, refiere leve dolor en herida operatoria, no presenta fiebre, tolera dieta, elimina gases y brinda lactancia materna.

A los 2 días posoperatorio se le dio de alta con las indicaciones de:

- Dieta blanda,
- Dolofarmalan forte 500 mg/50 mg 1 tableta cada 8 horas por 5 días,
- Simeticona 80 mg cada 8 horas por 5 días
- Acudir a control en 5 días con su ginecólogo,
- Vigilar signos de alarma como fiebre y sangrado vaginal

## 1.4 CIRUGÍA GENERAL:

### CASO 1:

Varón de 35 años sin ningún antecedente de importancia acude a emergencia, refiere dolor abdominal tipo cólico ubicado en fosa iliaca derecha desde hace 12 horas acompañado de hiperoxia, niega fiebre.

Al examen físico en emergencia se le encuentra en aparente regular estado general, lúcido, orientado en tiempo espacio y persona, Glasgow 15/15; sistema cardiorrespiratorio normal; abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca derecha, Mac burney (+), rebote (+), ruidos hidroaéreos (+); en tracto genitourinario puño percusión (-). Funciones vitales en rangos normales. Se sospecha de apendicitis aguda por lo que se pide ecografía abdominal, hemograma completo y pcr. Se inició tratamiento del dolor vía endovenosa con ketoprofeno.

En el hemograma leucocitosis de 12 000 y un PCR elevado; en la ecografía se encuentra un apéndice con diámetro trasverso de 7 mm y un ancho de pared de 3 mm, por lo que se decide hospitalizarlo para la realización de apendicetomía laparoscópica. Durante la estadía en emergencia se

tomaron los exámenes pre quirúrgicos. Él paciente recibió 2 gr de cefazolina ev, antes de ingresar a sala de operaciones.

La apendicectomía laparoscópica se realizó sin intercurrencias, en el pos operatorio el paciente evoluciona favorablemente, a febril, elimina flatos, tolera vía oral, dolor mínimo en herida operatoria sin signos de infección. De alta en su segundo día posoperatorio con los diagnósticos de apendicetomía laparoscópica y apendicitis aguda resuelta.

Las indicaciones posoperatorias fueron:

- Dieta progresiva más líquidos a voluntad
- Vía salinizada
- Ketoprofeno 1gr ev c/ 8 horas
- Deambulación asistida
- Control de funciones vitales con balance hídrico
- Control de pcr y hemograma completo

Las indicaciones de alta fueron:

- Dieta blanda con líquidos a voluntad y progresar dieta de acuerdo a tolerancia oral
- Paracetamol 1 gr c/ 8 horas o condicional a dolor
- Frutenzima una cápsula 20 minutos antes de cada comida por 3 días
- Vigilar signos de alarma (dolor abdominal intenso, fiebre, vómitos), si se presentara alguno de estos acudir inmediatamente emergencia
- Cita con cirugía general en 7 días para control y retiro de puntos

**CASO 2:**

Mujer de 37 años acude programada para colecistectomía laparoscópica. Refiere que hace 1 mes presentó dolor en hipocondrio derecho asociado a náuseas y vómitos luego de haber comido grasas, por lo que acudió a emergencia de esta clínica y le diagnosticaron litiasis vesicular. Se le hizo seguimiento por consultorio externo y se le programó para cirugía.

La paciente informa que trató de seguir las indicaciones del médico respecto al tipo de alimentación sin grasas que debería consumir, pero no siempre lo cumplió, presentando cólicos biliares en 3 ocasiones antes de la cirugía. Al ingreso refiere que presenta dolor 2/10 en hipocondrio derecho y leves náuseas.

Al examen físico de ingreso la paciente se encuentra en aparente regular de estado general, lúcida, orientada en tiempo espacio y persona, con un Glasgow de 15/15, sistema cardiorrespiratorio en rangos normales, al examinar abdomen se encuentra blando, depresible, con ruidos hidroaéreos (+) y doloroso la palpación profunda en cuadrante superior derecho 6/10, signo de Murphy (+). El plan de trabajo al ingreso fue hidratación endovenosa, colecistectomía laparoscópica y cuidados posoperatorios.

La paciente ingresó con todos los exámenes previos necesarios entre ellos los pre-quirúrgicos y riesgo quirúrgico por cardiología, neumología y anestesiología, ingresó a sala sin ningún problema, no hubo ningún tipo de intercurrencias durante la operación

En el posoperatorio, la paciente evoluciona favorablemente, presenta leve dolor abdominal en zona operatoria, niega náuseas o vómitos, tolera vía oral, se mantiene a febril 48 horas, elimina flatos y deambula sin problema. De alta a los dos días de la cirugía con los diagnósticos de colecistectomía laparoscópica y colecistitis litiásica.

Las indicaciones del posoperatorio fueron:

- Dieta sin grasa y líquidos a voluntad
- Cloruro de sodio al 9% 1000 miligramos en 24 horas
- Ketoprofeno endovenoso cada 8 horas
- Paracetamol 1gr ev PRN dolor
- Deambulación asistida

Las indicaciones de alta fueron:

- Dieta blanda sin grasas por un mes,
- Ketoprofeno 100 miligramos una tableta c/ 8h durante 5 días,
- Frutenzima una cápsula cada 8 horas por 5 días,
- Control por consultorio en una semana para retiro de puntos
- No esfuerzo físico intenso por un mes y estar atento de los signos de alarma como: fiebre, dolor abdominal, náuseas, vómitos persistentes y conjuntivas amarillas, si ocurriesen, acudir inmediatamente por emergencia

## CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERENCIA

La Clínica Good Hope ubicada en Malecón Balta 256 en Miraflores, lleva 74 años brindando atención médica integral cuya promotora es la Asociación Unión Peruana de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, y es parte de la red de instituciones médicas que está conformada por 700 instituciones de salud a nivel mundial. En el Perú iniciaron actividades el 18 de marzo de 1947 ofreciendo servicios de maternidad teniendo solo la especialidad de Ginecología y Obstétrica.

En el Perú los establecimientos de salud se clasifican según niveles de atención como se observa en la tabla Nº1.

**Tabla N° 01. Niveles de atención y categorías de Establecimeintos de Salud**

| Nivel de atención | Internamiento | Categoría | Descripción |
|---|---|---|---|
| Primer Nivel | Sin internamiento | I-1 | Puestos o postas de salud con profesionales de salud no médicos |
| | | I-2 | Puesto o posta de salud con médico, con medicos con o sin especialidad |
| | | I-3 | Centros de salud, centros médicos, centros médicos especializados, policlínicos, centros odontológicos |
| | Con internamiento | I-4 | Centro de salud o centros médicos con camas de internamiento |
| Segundo Nivel | Con internamiento | II-1 | Hospital de atención general |
| | | II-2 | Hospital de atención general |
| | | II-E | Hospital de atención especializada |
| Tercer Nivel | Con internamiento | III-1 | Hospital de atención general |
| | | III-E | Hospital de atención especializada |
| | | III-2 | Instituto de salud especialziado |

**FUENTE:** Elaborado por el autor

La clínica está clasificada en un nivel de atención II-2, cuenta con sala de emergencia que funciona 24 horas al día los 365 días del año, unidad de cuidados intensivo para adultos y niños, servicio de hospitalización de más de 150 camas, consultorio de 40 especialidades y banco de sangre (9). Tiene convenio con varios tipos de seguros de salud como: La Positiva, Rímac, Pacifico, Mapfre y Sanitas. La clínica generó su propio seguro de salud que

para el cuarto trimestre del 2018 contaba con 10 837 asegurados; cuenta con diversos planes específicos para la atención de salud del paciente: Baby Hope, Family Hope, Edad Dorada, etc. (10).

La autora, logró un puesto para realizar el internado médico en esta institución luego de un riguroso proceso de selección, que consistió en: 3 entrevistas, un examen psicológico y un examen de conocimientos, además pudo postular a esta institución, por ser parte del tercio superior de su promoción y poseer un promedio de más de 15.

El internado se inició con regularidad, el primero de enero del 2020 luego de varias inducciones y un recorrido por la institución. La primera rotación de la autora fue en Cirugía General, donde se trabajaba 14 horas diarias con guardias nocturnas en emergencia cada 36 horas, con una carga mínima de 10 pacientes por día y se asistía a sala de operaciones 2-3 veces al día.
Todo esto cambió, luego de la declaración del estado de Emergencia Nacional, a mediados de marzo del 2020, en que se establece el inició de la cuarentena en todo el país por la pandemia de COVID-19 (11), a los internos se les indicó cumplir con la cuarentena que se extendió por 6 meses. En agosto del mismo año se aprobaron los lineamientos oficiales para el retorno al internado por RESOLUCIÓN MINISTERIAL N. º 622-2020 del MINSA, con lo que el desarrollo del internado sufrió cambios importantes que son detallados posteriormente.

A partir de abril del 2020 la clínica definió un sistema de atención en emergencia diferenciada para COVID.19 para todo paciente que presentara los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria, congestión nasal y fiebre. También se inició con las atenciones virtuales por consultorio externo, además de implementar protocolos de seguridad para el ingreso a la clínica como: el lavado y desinfección de manos, la toma de temperatura y el uso obligatorio de mascarilla (12).

De acuerdo con el DS N°002-2021-PCM y N° 013-2066-SA, artículo 75° la Clínica Good Hope, aplicó los siguientes protocolos luego del inicio de la pandemia para la atención hospitalaria y áreas ambulatorias:

- Atenciones hospitalarias: se limitó a un acompañante, que junto con el paciente se le toma pruebas de descarte para COVID-19 antes de ser hospitalizado y el acompañante debe permanecer dentro de las instalaciones con mascarilla y protector facial.
- Atención ambulatoria: el ingreso al área de consulta externa se realizó 30 minutos antes de la cita; sólo menores de edad, gestantes en el último trimestre o personas discapacitadas ingresaban con acompañante.

El internado para los alumnos de la USMP en la Clínica Good Hope se reinició en octubre del 2020, la mayoría de los lineamientos del MINSA habían sido implementados: horarios de 6 horas diarias, no se asistía los domingos, se trabajaba 15 días y se descansaban 15 días, no se tenía acceso al área COVID y no se hacían rotaciones por emergencia, además se llegó a un acuerdo en la que la clínica no brindaría equipo de protección personal. Sobre otras experiencias del internado se relatan en el Capítulo IV.

# CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

El internado médico permite asociar y analizar los conocimientos teóricos de toda la carrera a la práctica clínica, además se consolidan conceptos sobre las patologías más relevantes en el país. Es importante que los médicos indiquen tratamiento basado en evidencia a los pacientes, para eso se utilizan guías clínicas actualizadas, con esto es posible brindar una atención médica estandarizada. Se relata en este capítulo un comentario breve respecto al manejo qué se dio a los casos clínicos presentados en el Capítulo I, comparándolos con guías clínicas, artículos de revisión y UpToDate.

## III.1 Medicina interna:

### Caso 1:

La paciente presentó síntomas comunes de anemia como: fatiga constante, cefalea, piel y mucosas pálidas (13). La anemia puede tener múltiples causas, en este caso teniendo en cuenta el sangrado vaginal de la paciente y la palpación de la tumoración pélvica se orientó desde un inicio como una anemia por perdidas. Este diagnóstico fue confirmado por la evaluación de ginecología y la ecografía transvaginal que permitió observar un mioma de 20 cm que ocasionaba el sangrado. A pesar de que la causa de fondo era ginecológica a la paciente se le atendió principalmente por medicina interna para estabilizar su hemoglobina.

En el hemograma se pudo observar una hemoglobina en 4.2 g/dl, por lo cual se cataloga como una anemia severa (14). La transfusión sanguínea es una terapia eficaz y rápida para reestablecer los niveles de hemoglobina, según las guías de la American Association of Blood Banks (AABB) de 2016 incluyen las siguientes recomendaciones para pacientes hemodinámicamente estables sin hemorragia activa (15):

- Hemoglobina <6 g / dL - Se recomienda transfusión

- Hemoglobina de 6 a 7 g / dL: es común que esté indicada
- Hemoglobina de 7 a 8 g / dL: puede ser lo adecuado en pacientes quirúrgicos de traumatología o cardiología y en pacientes con enfermedades cardiovasculares estables.
- Hemoglobina > 8 g/dL: no está indicada.

Teniendo en cuenta este resultado, se le realizó la primera transfusión de 2 paquetes globulares, lográndose como resultado una hemoglobina de 7.4 g/dL y una mejoría notoria en la paciente, disminuyó el dolor de cabeza y podía pararse sin sentir mareos.

Se sabe que cada paquete globular puede llegar a subir la hemoglobina en aproximadamente 1.5 g/dL y es lo que se pudo observar en la paciente (16). Luego de 12 horas se le volvió a hacer otra trasfusión con lo que la hemoglobina subió a 9.3 g/dL, con estos resultados se le comunicó sobre la posibilidad de realizar una miomectomía durante la hospitalización, para resolver la causa de fondo de la anemia, pero la paciente prefirió ver ese tema por consultorio externo, se le dio de alta.

**Caso 2:**

La neumonía adquirida en la comunidad es una enfermedad común y potencialmente grave asociada con una comorbilidad y mortalidad importante sobre todo en adultos mayores y pacientes con comorbilidades (17). La presentación de neumonía en adultos mayores como en la paciente suele ser atípica (18), presentó cuadro de somnolencia, deterioro de funcionalidad basal y fiebre, no tuvo ningún síntoma pulmonar como tos o expectoración. La paciente no se podía comunicar directamente para indicar y explicar sus signos y síntomas, por lo que se decidió regirse por los exámenes auxiliares para el diagnóstico. Además, al ingreso se sospechó de patología urinaria por los síntomas informados por su

cuidadora de: orinas cargadas y malolientes, pero eso se descartó luego de que los cultivos y el examen de orina fueran negativos.

Para los pacientes con sospecha de neumonía adquirida en la comunidad se pide una radiografía postero anterior y lateral, lo que se suele encontrar son consolidaciones lobares, infiltrados intersticiales y/o cavitaciones (19). En la paciente se observó consolidado pulmonar derecho y en los exámenes auxiliares una proteína C reactiva elevada y leucocitosis, fue hospitalizada con el diagnóstico de neumonía.

Se le dio tratamiento con fluoroquinolona (levofloxacino) y cefalosporina de tercera generación (ceftriaxona) como indican las guías (20), además del manejo de enfermedades de fondo, ranitidina para protección gástrica y paracetamol condicional si en caso volvía a hacer fiebre. La evolución fue favorable clínica y resultados de laboratorio , se observó una disminución en la leucocitosis y en el pcr; al 3er día de hospitalización la paciente tuvo elevación de temperatura y empezó a mostrarse quejumbrosa, al examen físico presento facies dolorosa al momento de la presión profunda en hipocondrio derecho.  Se realizó tomografía abdominal, se encontró una colecistitis aguda complicada con absceso, fue derivada para manejo a cirugía.

La paciente no presentó ningún síntoma típico de colecistitis aguda al ingreso, por lo que no se consideró como una patología a descartar. Se llegó a la conclusión de que, la paciente había presentado una neumonía adquirida en la comunidad de acuerdo a lo observado en la placa torácica y las pruebas de laboratorio apoyaban el diagnostico; pero lo más probable, era que la causa base de toda la sintomatología haya sido la patología de colecistitis aguda, que no se pudo diagnosticar adecuadamente ya que no se tuvo el apoyo de la paciente para referirnos exactamente sobre sus dolencias.

## III.2 Pediatría:

### Caso 1:

Las infecciones del tracto urinario son parte de las infecciones más comunes durante la infancia y suelen tener buen pronóstico. En niños de la edad de la paciente los síntomas comunes son: disuria, aumento de frecuencia miccional, dolor abdominal, fiebre, hematuria, orina maloliente, orina turbia, etc. (21). La paciente presentaba síntomas compatibles con el diagnóstico de infección urinaria y un examen de orina patológico por lo que es hospitalizada para tratamiento antibiótico endovenoso.

Los criterios para hospitalización son (22):

- >2 meses
- Uro sepsis clínica
- Inmunodeprimidos
- Vómitos, no tolerancia a medicación oral.
- Falta de seguimiento ambulatorio adecuado
- Falta de respuesta a la terapia ambulatoria

La paciente se encontró nauseosa durante la estadía en emergencia y esto influyó en la decisión de hospitalizarla. Luego de la toma de muestra para urocultivo, se inició tratamiento antibiótico con Cefotaxima 150 mg/kg/d, la antibióticoterapia temprana, es importante en niños ya que ellos tienen un mayor riesgo de cicatrización renal si la infección urinaria no se trata de inmediato (23). En el urocultivo se encontró *E. Coli*, que es responsable de más del 80% del total de las infecciones urinarias en niños (23), no se realizó ningún cambio al tratamiento. El tratamiento endovenoso se debe mantener hasta que el paciente muestre mejoría clínica y sea capaz de tolerar líquidos y medicamentos por vía oral (23), esto sucedió con la paciente al 4to día de hospitalización, por lo que se planteó el alta a los padres informándoles que debían seguir con el tratamiento antibiótico

durante los días restantes. Al alta, la paciente se encontraba afebril 48 hrs, toleraba vía oral y no presentaba molestia en vía urinaria.

**Caso 2:**

La estenosis hipertrófica pilórica es un trastorno que ocurre principalmente en lactantes y puede progresar hasta una obstrucción completa de la salida gástrica. La presentación clásica suele iniciar entre las 3-6 semanas en la que el lactante desarrolla vómitos en proyectil, no biliosos postprandiales y presenta avidez por la lactancia luego del suceso, se observó al paciente deshidratado y mayormente se palpa a nivel del hipogastrio una oliva pilórica (24).

El paciente presentó vómitos no biliosos postprandiales, no explosivos antes del ingreso, y no se llegó a palpar la oliva pilórica durante el examen físico en emergencia.  No deshidratación y su estado general estable. Se le hospitalizó con la intención de confirmar el diagnóstico de hipertrofia pilórica y poder realizar la pilorotomía lo más pronto posible y evitar que la patología progrese.

Durante la hospitalización se llegó a observar los vómitos explosivos comunes en esta enfermedad y se confirmó la hipertrofia con ecografía. La ecografía es el procedimiento de elección para diagnóstico de esta patología en lactantes, su sensibilidad y especificidad se encuentra encimas del 95% (24).

Los criterios para diagnostico por ecografía son (25):

- longitud del canal > 14 mm
- espesor de la pared >4 mm

Con el tratamiento se suele estabilizar a los pacientes antes de la cirugía, pero el paciente no presentó deshidratación, ni ninguna alteración electrolítica ya que era un cuadro temprano, por lo que se decidió realizar el tratamiento quirúrgico el mismo día del diagnóstico (26). La pilorotomía

de Ramstedt es el Gold estándar por ser un procedimiento seguro que alivia la constricción y permite el paso del contenido gástrico. (24) El paciente evolucionó favorablemente y se le dio de alta al 2do día posoperatorio.

### III.3 Ginecología y Obstetricia:

**Caso 1:**

La paciente acudió con el diagnóstico previo de enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) que se refiere a una infección del tracto genital superior en las mujeres, asimismo la mayoría de estos casos son causados por patógenos de transmisión sexual o patógenos asociados a la vaginosis bacteriana (27), como se observó en la paciente.

Dentro de los criterios diagnósticos de EPI se tienen los siguientes (28)

Criterios mayores:

- Dolor pélvico bajo
- Dolor a la movilización del cérvix
- Dolor anexial
- Relación sexual sin protección

Criterios menores:

- Fiebre
- VSG elevado
- Leucocitosis
- Exudado (+)

Las indicaciones de hospitalización en pacientes con EPI son (29):

- Enfermedad clínica grave (fiebre alta, náuseas, vómitos, dolor abdominal intenso)
- EPI, complicada con absceso pélvico

- Posible necesidad de una evaluación diagnóstica invasiva para una etiología alternativa (o intervención quirúrgica para la sospecha de absceso tubo-ovárico roto)
- Intolerancia oral que impide toma de pastillas, debido a náuseas y vómitos.
- Embarazo
- Falta de respuesta o tolerancia a los medicamentos orales.
- Preocupación por la falta de adherencia a la terapia

La paciente fue hospitalizada por enfermedad clínica grave. En el intrahospitalario inició tratamiento antibiótico endovenoso. El tratamiento antibiótico para estos casos debe tener un amplio espectro y debe cubrir C. Trachomatis, N. Gonorrhoeae y anaerobios (30).

La paciente recibió ciprofloxacino, metronidazol y cluvax en óvulo intravaginal, al tercer día de hospitalización se le agregó doxiciclina endovenosa, por lo que tuvo cubierto todos estos patógenos. Recibió tratamiento endovenoso por 7 días con lo que su evolución fue favorable y se le dio de alta, la paciente continúo los siguientes 7 días con tratamiento oral en casa.

**Caso 2:**

Oligohidramnios, se refiere al volumen de líquido amniótico que es menor de lo esperado para la edad gestacional calculándose a través del índice de líquido amniótico ≤5 cm, se asocia con un mayor riesgo de muerte fetal o neonatal. Los embarazos complicados por oligohidramnios tienen mayor riesgo de deformación fetal, hipoplasia pulmonar y compresión del cordón umbilical, ya que un volumen de líquido amniótico adecuado es imprescindible para el movimiento fetal normal y el desarrollo pulmonar, además de proteger al feto y al cordón umbilical de la compresión uterina (31).

Teniendo como principal factor de riesgo la edad avanzada y (teniendo en cuenta) el diagnóstico previo en consultorio de oligohidramnios se decide

hospitalizar a la paciente para mantenerla monitorizarla y tomar una decisión de proceder con la realización de cesárea temprana. Se realizó maduración pulmonar como está indicado en estos casos (32). Se observó el incremento en el oligohidramnios por lo que se decidió realizar cesárea electiva para evitar complicaciones fetales (33)

La paciente evoluciona favorablemente, al igual que su recién nacido y son dados de alta al 3er día posoperatorio.

**III.4 Cirugía:**

**Caso 1:**

El diagnóstico de apendicitis en este paciente se puede sospechar desde el momento del ingreso a emergencia, pues presentaba el dolor clásico ubicado en fosa iliaca izquierda, y que en este caso se acompaña de hiporexia.

En el examen físico también se pudieron examinar el punto doloroso de Mac burney que fue positivo y el signo de rebote (Blumberg), positivo; que guiaban al diagnóstico definitivo de apendicitis. El signo de Mac burney posee una sensibilidad de 50-94% y especificidad de 75-86% para diagnóstico de apendicitis (34). Es común encontrar leucocitosis de >10 000 cel/microl en pacientes con apendicitis y un PCR elevado (35) y esto es lo que presentó el paciente.

Luego de tener esta información y para saber el manejo que se le daría al paciente, se utilizó la escala de Alvarado, que brinda una puntuación a los siguientes criterios (36):

- Dolor migratorio en el cuadrante inferior derecho (1 punto)
- Anorexia (1 punto)
- Náuseas o vómitos (1 punto)
- Sensibilidad en el cuadrante inferior derecho (2 puntos)
- Sensibilidad de rebote en el cuadrante inferior derecho (1 punto)

- Fiebre> 37,5 ° C (> 99,5 ° F) (1 punto)
- Leucocitosis del recuento de leucocitos> 10 x 10 9 / L (2 puntos)

Se observó que él paciente obtuvo una puntuación de 6, por lo que el siguiente paso fue realizar una prueba de imágenes para confirmar el diagnóstico probable de apendicitis.
La prueba de imagen de elección es la tomografía computarizada para la evaluación de sospecha de apendicitis en adultos ya que tiene una mejor precisión diagnóstica (35) pero en este caso el médico a cargo prefirió la realización de una ecografía. Se conoce que la ecografía posee una sensibilidad de 80% y especificidad de 90% (36).

Al realizar ecografía el hallazgo más preciso para apendicitis es un apéndice no comprimible con un diámetro de >6mm, una pared de >2mm, dolor focal a la compresión del apéndice, apendicolito líquido en cuadrante inferior derecho, y mayor ecogenicidad de la grasa peri apendicular inflamada (35). En el caso clínico presentado, el paciente tenía un diámetro apendicular de 7mm y grosor de pared de 3mm, por lo que se inició el tratamiento, fue hospitalizado y se realizó una apendicectomía laparoscópica.

La apendicectomía, es el tratamiento de elección para pacientes adultos con apendicitis no perforada según las pautas de tratamiento del Colegio Estadounidense de Cirujanos, la Sociedad Estadounidense de Cirujanos Gastrointestinales y Endoscópicos, la Asociación Europea de Cirugía Endoscópica y la Sociedad Mundial de Cirugía de Emergencia. (37)
En el preoperatorio el paciente recibió hidratación endovenosa, se manejó el dolor y se le colocó 2g de cefazolina dosis única, esto se utiliza para la profilaxis de heridas quirúrgicas (38)

Se decide por el abordaje laparoscópico ya que genera menor tasa de infecciones de herida, el dolor es menor en el primer día posoperatorio y la estancia hospitalaria es más corta (39)

En el posoperatorio se controló el dolor, se realizó deambulación temprana asistida, es importante observar que el paciente no genere un íleo u obstrucción intestinal temprana (40), se fue progresando con la dieta según tolerancia oral y fue dado de alta al 2do día posoperatorio.

**Caso 2:**

La mayor parte de pacientes con colelitiasis permanecen asintomáticos, los pacientes que llegan a tener síntomas suelen tener inicialmente un cólico biliar (41), este es el caso de la paciente que acudió a emergencia un mes antes del ingreso a hospitalización por dolor intenso y sordo que se localizó en cuadrante superior derecho, asociado a náuseas y vómitos; se lo cataloga como un cólico biliar y se pide ecografía abdominal, se observa una litiasis biliar no complicada y se obtienen pruebas de laboratorio normales. Se le dio de alta con indicaciones sobre cómo prevenir futuros cólicos y cita para consultorio externo de cirugía general para seguimiento.

La ecografía transabdominal es la modalidad más sensible para detectar cálculos de vesícula biliar, otros estudio como radiografía o tomografía son menos sensibles. Solo el 10% de cálculos contienen suficiente calcio para ser visibles en radiografía simple y pueden ser pasados por alto en tomografía cuando son isodensos (42).

En pacientes como en este caso que presentan cólico biliar típico que cede con el tratamiento en emergencia y cálculos biliares en imagen, se recomienda seguimiento por consultorio y la programación de colecistectomía electiva, sobre todo para prevenir futuros ataques de cólico y evitar complicaciones (42).

La cirugía laparoscópica reduce el: dolor posoperatorio, tiempo de hospitalización y convalecencia, los resultados estéticos son mejores y permite retornar pronto al trabajo, pero existe mayor riesgo de lesión del conducto biliar y es la conducta de elección en estos casos (43). La cirugía se realizó sin ninguna intercurrencia, en el posoperatorio se inició con dieta

líquida que fue progresando según tolerancia oral, la paciente empezó con deambulación asistida temprana y salió de alta al 2do día posoperatorio.

## CAPÍTULO IV: REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Para llegar a ser parte de los internos de la clínica Good Hope la autora tuvo que tomar un examen de conocimiento al inicio de Noviembre del 2019, solo a los postulantes que aprobaron dicho examen se les pidió que regresaran para ser examinados por el departamento de psicología, se dieron 2 exámenes y una entrevista; los que aprobaron esto fueron llamados una vez más para una entrevista con el jefe de docencia e investigación y con el equipo de pastoral de la clínica. Luego de una semana se entregó la lista oficial con 24 internos. Los internos seleccionados tuvieron un curso de una semana durante el inicio de diciembre del 2019 en el que nos explicaron el funcionamiento general del hospital, se tuvo reuniones con el jefe de auditoria, la oficina de recursos humanos y se nos llevó a conocer las instalaciones, además firmamos los contratos y se nos entregó códigos con los que pedir nuestros almuerzos.

El inicio del internado en la clínica Good Hope fue el 31 de diciembre del 2019, se acudió principalmente para que los internos salientes pudieran informar respecto al funcionamiento del sistema en donde se realizaban las historias y la mayoría de los pedidos como laboratorios e imágenes diagnosticas, además se nos presentó a las licenciadas encargadas de piso de la rotación respectiva. La primera rotación de la autora fue cirugía general y fue la única rotación que llevó con normalidad, la experiencia completa se relatará en las páginas siguientes. El 15 de marzo de 2020 se suspendió el internado sin una fecha fija de retorno por la pandemia de Covid-19, los nuevos lineamientos para retornar a hospitales y clínicas fueron dados a conocer en agosto del mismo año.

El reinicio del internado en la clínica Good Hope, fue en octubre del año 2020 luego de los cambios realizados según lo establecido en 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 Nº 090-2020” por la RESOLUCIÓN MINISTERIAL Nº 622-2020 del MINSA (1) el horario de trabajo había sido reducido a seis horas diarias y solo seis días a la semana, las rotaciones duraron dos meses alternando cada quince días, además las rotaciones por emergencia y las guardias se

suspendieron. Así mismo el número de internos por grupo de rotación se redujo a cuatro por especialidad y se incorporaron ocho internos más a nuestra institución, con lo que éramos un total de 32 internos y rotábamos 16 al mismo tiempo. Las rotaciones en cada especialidad tuvieron cambios que serán expuestos en las siguientes páginas.

Luego de reiniciar el internado, teníamos programados clases virtuales de la facultad de medicina, brindadas por la universidad, en las que realizábamos la tarea de la semana y se resolvía un caso clínico en grupos de 15 estudiantes junto con el tutor respectivo de cada rotación (medicina interna, pediatría, ginecología y cirugía general), cada reunión virtual tenía una duración de 2 horas; la preparación para el caso clínico tomaba aproximadamente de 5 a 6 horas y la autora lo realizaba 2 días antes de la discusión para poder revisarlo antes. Además teníamos clases diarias de la academia de preparación para el Examen Nacional de Medicina y simulacros virtuales de 3 horas todos los domingos.

## Cirugía general

Esta fue la única rotación que la autora pudo completar antes del inicio de la pandemia y es por eso que se explicará cómo fue esta experiencia antes y después de la cuarentena. La rotación en cirugía general antes de la pandemia era una de las más completas en esta institución.

Se rotaba todos los días incluidos domingos, durante doce horas diarias de siete de la mañana a siete de la noche y teníamos dos guardias semanales en emergencia, las cuales duraban doce horas a partir de las siete de la noche y terminaba al día siguiente a las siete de la mañana, el interno de guardia debía pasarle visita a su pacientes al día siguiente con normalidad y quedarse hasta por lo menos la una de la tarde. De los seis internos, uno estaba asignado durante dos semanas en emergencia durante el día y cinco rotaban en piso, al final de la rotación todos debíamos haber rotado por las dos semanas de guardias diurnas en emergencia. Este era un horario realmente demandante y que definitivamente fue difícil de llevar, hubieron mucho momentos en los que sentía que la falta de sueño afectaba mi trabajo, sobretodo durante las cirugías largas. Al inicio del internado muchos de mis compañeros pensaban que se iba a cumplir las 150 horas mensuales que indica el Decreto Supremo No. 003-2008-TR; pero nuestros jefes fueron muy claros respecto a que eso no era parte de la realidad del internado en Perú y que en caso de que alguno no siguiera el horario indicado esto se vería reflejado en nuestras notas.

La distribución de pacientes estaba a nuestra responsabilidad y lo hacíamos según llegada de pacientes a piso sin tener en cuenta cuántos pacientes tenía cada uno, con esto refiero que uno de nosotros podía tener siete pacientes que se quedaba más tiempo del esperado o con evoluciones lentas y al mismo tiempo, otro interno podía no tener ningún paciente ese día, ya que todos los pacientes a su cargo fueron altas rápidas. Luego de conversar con mis compañeros al reiniciar el internado llegamos a la conclusión de que debimos hacerlo de otra manera, por lo que se empezó a distribuir pacientes de manera

equitativa y según se iban de alta para que todos tuviéramos la misma cantidad de pacientes.

Para la visita todo debía estar listo a las ocho de la mañana, así que, era usual llegar lo más temprano posible para poder terminar de evolucionar, examinar y curar a los pacientes antes de la llegada del médico. Normalmente durante la noche había por lo menos dos ingresos, y esos pacientes solían designarse para el interno que estuvo de guardia en emergencia ya que podía hacer las historias clínicas y las notas de ingreso durante la guardia, además de ser pacientes que ya había atendido y examinado desde su ingreso. Teníamos exposiciones tres veces a la semana sobre temas previamente coordinados.

Durante el horario de trabajo habían aproximadamente ocho a diez operaciones programadas entre cirugía general y especialidades, teníamos que entrar con los pacientes de cirugía general, pero con los de especialidades dependía de cada médico encargado y si teníamos la disposición de tiempo. Debíamos de ingresar a sala de operaciones junto con el paciente y antes que el cirujano principal, luego realizábamos el lavado de manos correspondiente, luego el lavado de la zona operatoria y nos colocaban el mandil estéril al igual que al doctor; durante las operaciones éramos los encargados de la aspiración, la limpieza con apósitos, el laparoscopio en caso fueran operaciones laparoscópicas y si teníamos la oportunidad realizábamos suturas guiados directamente por el médico.

Durante la operación los médicos solían hacernos preguntas sobre el caso del paciente o preguntas anatómicas y teóricas sobre lo que observábamos en ese momento. Al terminar la operación y luego de cerrar los cortes el cirujano se retiraba y debíamos ayudar a las licenciadas en la atención del paciente , moverlo de la camilla y  llevarlo junto con el anestesiólogo a sala de recuperación.

El trabajo de piso era el mismo que el de medicina interna, tener las historias listas, hacer las evoluciones a tiempo, tener las indicaciones diarias listas, estar pendiente de las imágenes y exámenes que se pedían, evaluar a los

paciente diariamente antes que el médico encargado, coordinar las interconsultas y preparar las altas adecuadamente. Además por ser el departamento de cirugía debíamos curar las heridas de los pacientes de nuestro servicio, de medicina interna y pediatría.

La rotación en emergencias fue donde la autora sintió que aprendió más, los médicos dejaban que los internos atendieran a los pacientes sin intervenir a menos que fuera necesario, había momentos en los que los médicos debían ir a cirugías de emergencia y los internos debían seguir atendiendo el tópico con normalidad. La afluencia de paciente era mínimo dos por hora, por lo que es en esta rotación donde veíamos más pacientes de todo el internado. La autora llegó a tener que atender a 5 pacientes al mismo tiempo sin ayuda. Se llegaban a realizar varias suturas a pacientes al día, por: contusiones, accidentes de tránsito, etc. Verdaderamente una de las rotaciones más completas.

Luego de la pandemia la afluencia de pacientes era mínima, mis compañeros solían tener un paciente cada uno y habían momentos en los que debían compartir pacientes. La rotación por emergencia fue completamente cancelada y no se les permitió ingresar a las cirugías de emergencia, ni ver a esos pacientes por el riesgo de contagio de Covid-19. Todo esto causó que mis compañeros tuvieran menos oportunidades de aprender a manejar emergencias, menos oportunidades de practicar suturas y limpieza de heridas. Tampoco se continuó con las exposiciones teóricas, lo cual minimizó las oportunidades que teníamos de conversar directamente con especialistas quirúrgicos y aprender directamente de ellos.

## Medicina interna

La autora no tuvo la oportunidad de llevar esta rotación antes de la pandemia por lo que su experiencia se basa posterior a los cambios dados. La afluencia de pacientes de casos no COVID-19 en esta especialidad se vio mínimamente afectada por la pandemia y el piso continuó funcionando con normalidad.

El horario de trabajo se iniciaba a las siete de la mañana y finalizaba a la una de la tarde. Se tenía reunión con todos los asistentes a las ocho de la mañana se presentaban los casos de todos los pacientes del piso y se explicaba al jefe de medicina interna como iba evolucionando cada paciente. Dos veces a la semana durante este horario también realizábamos exposiciones sobre temas indicados previamente por los doctores. Cada interno tenía asignado un tutor y solo teníamos que evaluar a los pacientes de este tutor, se debía tener toda la información y exámenes listos, a las nueve de la mañana para poder iniciar la visita.

El trabajo incluía tener la historia clínica y nota de ingreso realizada de manera correcta y con los datos completos, además de las evoluciones de todos los días junto a la terapéutica correspondientes, haber evaluado al paciente antes de la visita del doctor para comunicarle cualquier eventualidad. Cuando los pacientes eran dados de alta se debía tener la Epicrisis e informes listos. Nos encargábamos además de ver que los exámenes de laboratorio o imágenes que fueran indicados por el médico se realizaran lo más pronto posible e informar al médico encargado sobre estos resultados según estuvieran disponibles, al tener todo en la clínica de forma virtual bastaba una llamada al departamento correspondiente y lo indicado se realizaba muy eficientemente.

Cuando se solicitaban interconsultas también nos encargábamos de llamar directamente al médico responsable para pedirle que se acerque a la clínica o en todo caso preguntarle cuándo estaría disponible para coordinar su visita. Durante la visita médica presentábamos el caso clínico y el informe del examen físico del día y fuera del cuarto del paciente, para no incomodarlo y que el doctor ingrese con toda la información necesaria para poder conversar

con el paciente, evaluarlo e indicarle como continuaríamos con su tratamiento y como estaba evolucionando.

Antes de ser hospitalizadas a todas las pacientes y sus acompañantes se les tomaba prueba de detección de SARS-CoV-2 por PCR tiempo real y si el ingreso era por emergencia se tomaba también la prueba rápida. Los médicos encargados no permitían que los internos ingresaran a ver al paciente directamente hasta que su prueba de PCR saliera negativa, para evitar exponerlos al contagio. Esto permitía a los internos sentirse más seguros y poder atender a los pacientes con mas tranquilidad.

Contábamos también con un piso COVID-19 con 31 camas y UCI COVID con 8 camas, la mayor parte del tiempo estas camas permanecían ocupadas y los mismos doctores de medicina interna se encargan de pasarles visita ya sea antes o después de la visita en piso no COVID, lamentablemente no teníamos acceso a esta zona. Llegamos a tener pacientes que salían del piso COVID luego de que pasaba el tiempo de contagio a los que se les pasaba visita junto a los demás pacientes del piso, sin hacer ninguna distinción, muchos de ellos habían estado hospitalizados por un largo tiempo y su problema principal era aun la necesidad de oxígeno; cuando el aporte necesario era menor a 1 litro se pedía a los familiares que consiguieran un balón de oxígeno para poder darles de alta rápidamente.

## Ginecología y Obstetricia

El número de pacientes en esta especialidad se vio mínimamente afectada por la situación de la pandemia y el servicio continuó funcionando con normalidad, así que la mayor diferencia con respecto a los otros internos que tuvieron una rotación normal era que teníamos menos tiempo para terminar nuestras actividades y solo éramos cuatro por rotación por lo que teníamos incluso más pacientes.

Al igual que el resto de rotaciones luego de la pandemia el horario de trabajo se redujo a solo 6 horas, de 7 de la mañana a 1 de la tarde. La distribución de pacientes estaba a nuestra responsabilidad, por lo que la hacíamos al terminar el día, teniendo en cuenta el número de pacientes que tenía cada interno y el número de ingresos programados para el día siguiente. Normalmente durante la noche había 2 ingresos, así que esos pacientes solían ser del interno que tenía más altas al día siguiente.

El trabajo era el mismo que se realizaba en las rotaciones anteriores: hacer historias, pasar visita, pedir exámenes e imágenes, coordinar interconsultas, armas las altas, etc. Por orden del jefe de ginecología siempre debía haber por lo menos dos internos en piso para poder atender rápidamente cualquier pedido de las licenciadas respecto a los exámenes de laboratorio interconsultas, etc. o corregir cualquier problema con el papeleo de las pacientes.

En el horario de trabajo se tenía programado aproximadamente cuatro operaciones, entre cesáreas y cirugías de ginecología a las que debíamos ingresar cuando eran nuestra paciente, con respecto a los partos vaginales, solían ingresar por emergencia y también debíamos estar presentes, pero la mayoría de médicos pedían que nos quedáramos en el piso por el riesgo de contagio que existía. Debíamos de ingresar a sala de operaciones junto con el paciente y antes que el ginecólogo, luego realizábamos el lavado de manos correspondiente y nos colocaban el mandil estéril. Durante las operaciones

éramos los encargados de la aspiración y la limpieza de la zona, no se nos permitía realizar ningún tipo de sutura.

Durante la operación los médicos no solían hacernos preguntas o hablar a menos que fuera necesario, solían dirigirle la palabra a la paciente para calmarla o explicarle que estaba sucediendo en ese momento, lo cual me parecía correcto ya que es un momento importante para la paciente y no seria adecuado interrumpir con preguntas a los internos. Luego del nacimiento y limpieza del bebe se hacía ingresar al padre y se le tomaban fotos a la familia completa. Al terminar la operación y luego de suturar la herida, el ginecólogo se retiraba y ayudábamos a las licenciadas a atender a la paciente, moverla de la camilla y llevarla junto con el anestesiólogo a sala de recuperación.

Esta institución cuenta con todos los equipos e implementos necesarios para brindar una atención integral a las gestantes por lo que todas las que acudían para atenderse en su parto ya tenían un médico asignado, que era el que realizaba la cesárea o parto vaginal respectivamente. Teníamos gran facilidad para ver sus citas médicas, interconsultas, imágenes y laboratorios ya que el sistema de la clínica es completamente virtual y todo funciona de manera muy organizada.

## Pediatría

La afluencia de pacientes en esta especialidad se vio muy afectada por la pandemia y el piso que solía tener sus habitaciones ocupadas, paso a tener solo dos pacientes al mismo tiempo; además continuábamos con la rotación por neonatología en la que antes de la pandemia rotaba un solo interno por quince días continuos durante doce horas, ahora teníamos que repartir quince días entre cuatro internos por lo que rotamos solo cinco días cada mes y en grupos de dos, la mayor diferencia con respecto a los otros internos que tuvieron una rotación normal, fue que tuvimos menos pacientes y un solo médico encargado de todo el piso, durante la rotación normal cada interno rotaba solo con un médico y estaba encargado de los pacientes de ese piso.

El número de pacientes en neonatología se mantuvo casi igual ya que la afluencia de gestantes fue casi la misma luego de la cuarentena pero la duración de la rotación varió notablemente y nos programaron en pares para que todos tuviéramos la oportunidad de rotar por esta especialidad.

El horario de trabajo en piso de pediatría iniciaba a partir de las siete de la mañana y finalizaba a la una de la tarde. Los doctores solían pasar visita a las siete de la mañana, por lo que debíamos llegar lo más temprano posible. Lo más importante era realizar la evolución terapéutica y evaluado al paciente, para que la visita fuera efectiva. La distribución de pacientes estaba bajo nuestra responsabilidad y disposición de tiempo en el servicio, asignándonos uno o dos pacientes por cada interno y la mayoría de estos ingresaban por emergencia.

El sistema de trabajo en esta rotación era similar al de las otras rotaciones, que incluía: elaborar historias clínicas, documentos de altas, coordinar las interconsultas, evaluar al paciente antes que el médico encargado y comunicarle de alguna, etc.

Durante la rotación de neonatología ingresábamos lo más temprano posible porque las evoluciones se registraban a mano, generalmente se tenía más de

diez pacientes por día, los neonatos estaban con sus madres durante la noche y a las ocho de la mañana llegaba el personal de enfermería para bañar, pesar al paciente y ser evaluado por el neonatólogo de guardia. Luego pasábamos junto con el médico y la licenciada encargada por las habitaciones de las madres para informarles sobre la evolución del neonato y dejarles las indicaciones necesarias sobre la lactancia materna. Durante el horario de trabajo se contaba con aproximadamente dos cesáreas programadas, a las que ingresábamos junto con el neonatólogo, luego del nacimiento llevábamos al recién nacido al cuarto de neonatos, mientras la mamá salía de la sala de operaciones.

Esta clínica cuenta con todos los implementos necesarios para brindar una atención integral a los neonatos y a sus madres, además cuenta con UCI de Neonatología a la que lamentablemente no tuvimos acceso.

## CONCLUSIONES

1. La Clínica Good Hope - Miraflores es una de las mejores sedes con la que tiene convenio la USMP para la realización del internado, posee un equipo de médicos docentes muy calificados y preparados, sus instalaciones son muy modernas y los administrativos y docentes mostraron verdadero interés por la formación y protección de sus internos.

2. Gracias a las distintas rotaciones en las especialidades de: Ginecología, Cirugía General, Medicina interna y Pediatría durante el internado, se logró afianzar los conocimientos teóricos, clínicos y éticos obtenidos durante los años de carrera previos.

3. A pesar de la situación sanitaria, la clínica se adaptó con rapidez y facilidad a la aplicación de los nuevos protocolos y lineamientos que se indicaron por parte del gobierno y esto no afectó el número de pacientes que se atendían diariamente.

4. La pandemia generó profundos cambios en la forma en la que se desarrolló el internado 2020-2021 y a pesar de que se hicieron dicho cambios principalmente para la protección de la integridad de los internos, fue contraproducente en la parte de docencia, ya que hizo que se tuviera menos tiempo para contacto con los pacientes, tener exposición y evaluar sus casos, además de la cancelación de las discusiones de casos clínicos y eventos de docencia dentro de la clínica.

## RECOMENDACIONES

1. Luego de experimentar el nivel de enseñanza y las oportunidades de conocer diferentes tipos de patologías en pacientes en la Clínica Good Hope, una de las recomendaciones principales es que la Facultad de Medicina - USMP, mantenga el convenio con esta institución y que, en medida de los posible, se aumente el número de las plazas para el internado médico en esta sede.

2. Teniendo en cuenta la limitada afluencia de pacientes pediátricos en servicio de hospitalización antes y durante la emergencia sanitaria, sería adecuado permitir las rotaciones en consultorio externo dentro de la institución, y también se debería coordinar una rotación de 2 semanas en otra institución como el Hospital del Niño o el Hospital San Bartolomé, para complementar la experiencia y formación profesional en pediatría.

3. En la rotación de cirugía general, una de las experiencias más interesantes en la formación médica fueron las 2 semanas de guardias diurnas en emergencia, lamentablemente por la situación de la pandemia se suspendió para los internos las rotaciones en emergencia luego de reiniciado el internado, consideramos que sería favorable reconsiderar al respecto.

4. La suspensión de asistir a las guardias en ginecología y obstétrica fueron también preocupantes, porque no nos permitió observar muchos de los partos vaginales, ya que las pacientes llegaban dentro del horario en el que los internos ya no estaban en la clínica y solo podían evolucionarlas, sería recomendable tener en cuenta esta situación en beneficio de la formación del interno.

5. El horario de trabajo reducido, a pesar de haber sido planteado para nuestro beneficio, terminó perjudicándonos; sobre todo en la rotación de medicina interna, ya que la carga de trabajo seguía siendo la misma. Teniendo en cuenta además que ahora el personal de salud se encuentra vacunado y parte de la población también, el riesgo de contagio disminuye, por lo que lo adecuado sería que el horario de trabajo se incremente.

# FUENTES DE INFORMACIÓN

1.- Aprueban 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 Nº 090-2020” [Internet]. El peruano. 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-documento-tecnico-lineamientos-para-el-inicio-o-la-resolucion-ministerial-no-622-2020 minsa-1877740-1/

2.- Protocolo de ingreso a Consultorios externos y Hospitalización [Internet]. Clínica Good Hope. 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.goodhope.org.pe/blog/protocolo-de-ingreso-a-consultorios-externos-y-hospitalizacion/

3.- Villa Panamericana [Internet]. Andina. 2020 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://andina.pe/agencia/noticia-villa-panamericana-unico-lugar-el-mundo-donde-pacientes-covid-y-medicos-viven-juntos-805314.aspx

4.- Plan de Estudios Pregrado [Internet]. USMP. 2021 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/plan%20de%20estudios/plan_de_estudios_pregrado.pdf

5.- Arroyo-Ramírez FA, Rojas-Bolívar D. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes profesionales de medicina ante la legislación peruana. Acta Med Perú. 2020; 37(4):562-4. Doi: https://doi.org/10.35663/ amp.2020.374.1852

6.- Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martin de Porres. Sílabo adaptado al marco de emergencia sanitaria por el COVID-19 GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (INTERNADO). 2020.

7.- Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martin de Porres. Sílabo adaptado al marco de emergencia sanitaria por el COVID-19 MEDICINA (INTERNADO). 2020.

8.- Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. Sílabo adaptado al marco de emergencia sanitaria por el COVID-19 PEDIATRÍA (INTERNADO). 2020.

9.- Unidades de atención [Internet]. Clínica Good Hope. 2021 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.goodhope.org.pe/servicios/unidades-de-atencion/

10.- Quienes somos [Internet]. Clínica Good Hope. 2021 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.goodhope.org.pe/quienes-somos/

11.- 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. 2021 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51902989

12.- NUEVAS POLÍTICAS DE ATENCIÓN Home / NUEVAS POLÍTICAS DE ATENCIÓN [Internet]. Clínica Good Hope. 2021 [citado 15 abril 2021]. Disponible en: https://www.goodhope.org.pe/nuevas-politicas-de-atencion/

13. - R. Means. Diagnostic approach to anemia in adults. UpToDate. Recuperado el 10 de abril de 2021, de https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-anemia-in-adults

14.- Giménez, S., 2014. Anemias clínicas y tratamiento. Elsevier.es. Recuperado el 11 de abril de 2021, de https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-anemias

15. - Carson JL, Guyatt G, et al. Clinical Practice Guidelines from the AABB: Red Blood Cell Transfusion Thresholds and Storage. JAMA. 2016 Nov 15; 316(19):2025-2035. Doi: 10.1001/jama.2016.9185. PMID: 27732721.

16. - Carson, J. Indications, and hemoglobin thresholds for red blood cell transfusion in the adult. UpToDate. Recuperado el 11 de abril de 2021, de https://www.uptodate.com/contents/indications-and-hemoglobin-thresholds-for-red-blood-cell-transfusion-in-the-adult

17. - File, T. Treatment of community-acquired pneumonia in adults who require hospitalization. UpToDate. Recuperado el 11 de abril de 2021, de https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-community-acquired-pneumonia-in-adults-who-require-hospitalization

18.- Garcia, T., Villalobos J., Trabado-López M. Neumonía comunitaria en el adulto mayor. Artículo de revision. Evid Med Invest Salud 2013 6 (1): 12-17

19. - Klompas, M. Clinical evaluation and diagnostic testing for community-acquired pneumonia in adults. UpToDate. Recuperado el 11 de abril de 2021, de https://www.uptodate.com/contents/clinical-evaluation-and-diagnostic-testing-for-community-acquired-pneumonia-in-adults

20.- Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med. 2019 Oct 1; 200(7): e45-e67. Doi: 10.1164/rccm.201908-1581ST. PMID: 31573350; PMCID: PMC6812437.

21.- González JD, Rodríguez LM. Infección de vías urinarias en la infancia. Protocolo diagnóstico pediatría de Asociación Española de Pediatría. 2014; 1:91-108

22.- Shaikh, N. Urinary tract infections in infants and children older than one month: Clinical features and diagnosis. UpToDate. Recuperado el 11 de abril

de 2021, de https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-infants-and-children-older-than-one-month-clinical-features-and-diagnosis

23.- Shaikh, N., Hoberman A., Urinary tract infections in infants older than one month and young children: Acute management, imaging, and prognosis. UpToDate. Recuperado el 11 de abril de 2021, de https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-infants-older-than-one-month-and-young-children-acute-management-imaging-and-prognosis

24. - Olive A., Endom E. Infantile hypertrophic pyloric stenosis. UpToDate. Recuperado el 11 de abril de 2021, de https://www.uptodate.com/contents/infantile-hypertrophic-pyloric-stenosis

25.- Romero G., Rodriguex A., Casals R., Revisión de Estenosis Hipertrófica del Píloro. Revista Pediátrica Electrónica [en línea] 2016, Vol. 13, N° 3. ISSN 0718-0918.

26. - Poon TS, Zhang AL, Cartmill T, Cass DT. Changing patterns of diagnosis and treatment of infantile hypertrophic pyloric stenosis: a clinical audit of 303 patients. J Pediatr Surg. 1996 Dec; 31(12):1611-5. Doi: 10.1016/s0022-3468(96)90032-9. PMID: 8986971.

27. - Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Enfermedad inflamatoria pélvica. N Engl J Med 2015; 372: 2039.

28.- Jacobson L, Weström L. Diagnóstico objetivado de la enfermedad 2.- inflamatoria pélvica aguda. Valor diagnóstico y pronóstico de la laparoscopia de rutina. Am J Obstet Gynecol 1969; 105: 1088.

29.- Workowski KA, Bolan GA, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Directrices para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64: 1.

30.- Dodson MG. Regímenes de antibióticos para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica aguda. Una evaluación. J Reprod Med 1994; 39: 285.

31. - Magann EF, Perry KG Jr, Chauhan SP, Anfanger PJ, Whitworth NS, Morrison JC. The accuracy of ultrasound evaluation of amniotic fluid volume in singleton pregnancies: the effect of operator experience and ultrasound interpretative technique. J Clin Ultrasound. 1997 Jun; 25(5):249-53. Doi: 10.1002/ (sici) 1097-0096(199706)25:5<249: aid-jcu5>3.0.co; 2-d. PMID: 9314106.

32. - Sotiriadis A, Makrydimas G, Papatheodorou S, Ioannidis JP, McGoldrick E. Corticosteroids for preventing neonatal respiratory morbidity after elective caesarean section at term. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Aug 3 8(8):CD006614. Doi: 10.1002/14651858.CD006614.pub3. PMID: 30075059; PMCID: PMC6513666.

33.- Sarno AP Jr., Ahn MO, Phelan JP. Intrapartum amniotic fluid volume at term. Association of ruptured membranes, oligohydramnios and increased fetal risk. J Reprod Med. 1990 Jul; 35(7):719-23. PMID: 2198351.

34. - R. Martin. Acute apendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. UpToDate. Recuperado el 10 de abril de 2021, de https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis

35. - R. Martin, S. Kang. Acute apendicitis in adults: Diagnostic evaluation. UpToDate. Recuperado el 10 de abril de 2021, de https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-diagnostic-evaluation

36. - Kaewlai R, Lertlumsakulsub W, Srichareon P. Body mass index, pain score and Alvarado score are useful predictors of appendix visualization at

ultrasound in adults. Ultrasound Med Biol. 2015 Jun; 41(6):1605-11. Doi: 10.1016/j.ultrasmedbio.2015.01.021. Epub 2015 Mar 12. PMID: 25771443.

37. - D. Smink, D. I Soybel. Management of acute apendicitis in adults. UpToDate. Recuperado el 10 de abril de 2021, de https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults

38.- Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR, et al. Schecter WP; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. JAMA Surg. 2017 Aug 1 152(8):784-791. Doi: 10.1001/jamasurg.2017.0904. Erratum in: JAMA Surg. 2017 Aug 1; 152(8):803. PMID: 28467526.

39. - Jaschinski T, Mosch C, Eikermann M, Neugebauer EA. Laparoscopic versus open appendectomy in patients with suspected apendicitis: a systematic review of meta-analyses of randomised controlled trials. BMC Gastroenterol. 2015 Apr 15; 15:48. Doi: 10.1186/s12876-015-0277-3. PMID: 25884671; PMCID: PMC4399217.

40. - Frazee RC, Abernathy SW, Isbell CL, Isbell T, Regner JL, Smith RD. Outpatient Laparoscopic Appendectomy: Is It Time to End the Discussion? J Am Coll Surg. 2016 Apr; 222(4):473-7. Doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2015.12.053. Epub 2016 Jan 14. PMID: 26920990.

41. - F. Salam. Overview of gallstone disease in adults. UpToDate. Recuperado el 10 de abril de 2021, de https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults

42. - Dimou FM, Adhikari D, Mehta HB, Riall TS. Trends in Follow-Up of Patients Presenting to the Emergency Department with Symptomatic Cholelithiasis. J Am Coll Surg. 2016 Apr; 222(4):377-84. Doi:

10.1016/j.jamcollsurg.2015.12.011. Epub 2015 Dec 21. PMID: 26837281; PMCID: PMC4818112.

43. - F. Salam. Approach to the management of gallstones. UpToDate. Recuperado el 10 de abril de 2021, dehttps://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-gallstones