



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO Y EL CENTRO DE
SALUD HUASCAR XV**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ANA ALESI TIPE ALIAGA**

**ASESOR
KARIN NARDA GÁLVEZ CARRILLO**

LIMA - PERÚ

2023



**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

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO EN EL HOSPITAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO Y EL CENTRO DE SALUD
HUASCAR XV**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ANA ALESI TIPE ALIAGA**

**ASESORA
DRA. KARIN NARDA GÁLVEZ CARRILLO**

LIMA - PERÚ

2023

JURADO

Presidente: Dr. Fernando Marcos Herrera Huaranga

Miembro: Dr. Johandi Delgado Quispe

Miembro: Dr. Cesar Augusto Aguilera Herrera

DEDICATORIA

Dedico esta publicación esencialmente a mi familia por ser el soporte durante todo este tiempo en que se ha desarrollado mi formación profesional, por no solo ser comprensivos con mis decisiones sino también darme la seguridad de contar con ellos.

Ana Alesi Tipe Aliaga

INDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	iii
INDICE	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL.....	3
Rotación de gineco obstetricia	4
Rotación de medicina interna	6
Rotación de pediatría y neonatología.....	8
Rotación en cirugía	10
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	12
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	15
Rotación de gineco obstetricia	15
Rotación de medicina interna	17
Rotación de pediatría y neonatología.....	22
Rotación de cirugía	23
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA	24
CONCLUSIONES.....	27
RECOMENDACIONES.....	28
FUENTES DE INFORMACIÓN	29

RESUMEN

El internado médico conforma el último y más importante periodo de la formación en pregrado del futuro médico, por lo cual en el contexto que aconteció la pandemia por el COVID 19, los años anteriores se desarrollaron de manera virtual, no volviendo a la práctica en los hospitales hasta el inicio del internado, lo que nos ponía en desventaja a comparación de otras promociones, por lo cual el internado se dividió en la primera mitad en un hospital y la segunda en un centro de salud, dando las habilidades de manejar casos que se puedan presentar desde el primer nivel en consultorio externo hasta los que necesitan ser derivados a centros de mayor complejidad.

La intención de este trabajo de suficiencia profesional es describir las experiencias vividas durante el internado médico e identificar las ventajas y dificultades relacionadas durante la transición de la pandemia a la nueva realidad social, asimismo de exponer que los estudiantes de medicina que realizaron el internado en los hospitales y en los centros de salud cuentan con las aptitudes y capacidades profesionales para desempeñarse como médicos.

Por ende, podemos concluir que siendo esta la etapa más importante de nuestra formación, se ha asegurado que con cada rotación se alcanzó el aprendizaje, desarrollo básico y necesario para consumarnos como futuros médicos.

ABSTRACT

The medical internship is the last and most important period of undergraduate training of the future doctor, so in the context of the pandemic occurred by COVID 19, the previous years were developed virtually, not returning to practice in hospitals until the beginning of the internship, This put us at a disadvantage compared to other promotions, so that internship was divided into the first half in a hospital and the second half in a health center, giving the skills to handle cases that may arise from the first level in outpatient clinic to those who need to be referred to centers of greater complexity.

The intention of this work of professional sufficiency is to describe the experiences lived during the medical internship and to identify the advantages and difficulties related to the transition from the pandemic to the new social reality, as well as to expose that the medical students who did the internship in hospitals and health centers have the aptitudes and professional capacities to perform as physicians.

Therefore, we can conclude that since this is the most important stage of our training, it has been ensured that with each rotation we have achieved the basic learning and development necessary to become future doctors.

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MEDICO
EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGA
NCHO Y EL CENTRO DE SALUD HUASCA
R

AUTOR

ANA ALESI TIPE ALIAGA

RECuento DE PALABRAS

7172 Words

RECuento DE CARACTERES

39752 Characters

RECuento DE PÁGINAS

36 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

75.9KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 12:44 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 12:44 PM GMT-5

● 11% de similitud general

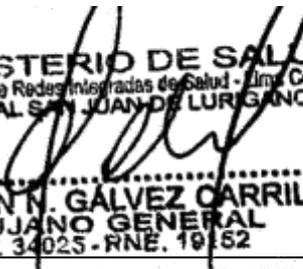
El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 11% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

 **MINISTERIO DE SALUD**
Dirección de Redes Integradas de Salud - Lima Centro
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO



.....
DRA. KARIN N. GÁLVEZ CARRILLO
CIRUJANO GENERAL
CMP. 34025 - RNE. 19152

INTRODUCCIÓN

Durante el internado médico se adquiere ciertas competencias y habilidades que nos ayudan a consumarnos como médicos, los cuales se darán a conocer en los diferentes capítulos del presente informe que es el trabajo de suficiencia profesional, la cual es una opción de obtener el título profesional de médico cirujano.

El tiempo por el cual transcurre este informe es a tres años del primer caso de COVID en el Perú, por directiva administrativa del MINSA, donde establece el desarrollo de actividades del internado en ciencias de la salud que comience a inicios de junio del 2022 y culmine a finales de marzo del 2023.

El internado de medicina se desarrolló los primeros 5 meses en el Hospital San Juan de Lurigancho (HSJL) de nivel II-2 de atención, localizado en el distrito de San Juan de Lurigancho que pertenece a DIRIS Lima centro, el cual se escogió en la primera adjudicación por medio del promedio general adquirido durante los 6 primeros años, cuenta con especialistas requeridas en las cuatro rotaciones que son medicina interna, gineco-obstetricia, cirugía general y pediatría, que son pilares en nuestra formación, asimismo de un laboratorio, una farmacia de emergencia y hospitalización, de un rayos x, un ecógrafo, un tomógrafo y patología, siendo primordial para el diagnóstico y manejo de las patologías que se presentaron. Unas semanas antes del inicio del internado el hospital convocó a todos los futuros internos a un reconocimiento del hospital para poder familiarizarnos con los ambientes y presentarnos con el director del hospital, los médicos asistentes y los residentes, los días posteriores fueron las capacitaciones sobre las medidas de bioseguridad y protección, ya que en la población de San Juan de Lurigancho tiene alto índice tuberculosis, además del modo de uso del sistema virtual que se maneja en emergencia y hospitalización, ya que en casi toda su totalidad las historias clínicas, recetas,

procedimientos, interconsultas y solicitudes se realizan por medio del sistema virtual. El apoyo, las observaciones y recomendaciones no solo del personal asistencial sino también del personal administrativo creó un ambiente favorable y agradable para desenvolvernos seguros durante el internado. Al ser el único hospital de nivel II en un distrito de más de un millón de personas, según el último censo, se pudo abarcar múltiples patologías en el tópico de emergencia de todas las especialidades, en el centro de hospitalización y también en el centro quirúrgico.

Los últimos 5 meses el internado se desarrollaron en el centro de salud Huáscar XV de I-3 de nivel, que también se encuentra ubicado en el distrito de San Juan de Lurigancho, donde la doctora jefa del centro con el personal de recursos humanos nos explicó el manejo y flujo del centro de salud, siendo uno de los centros de salud con más demanda en el distrito, cuenta con 5 consultorios externos que atienden durante la mañana y 3 en la tarde. Además, cuenta con su propio laboratorio, servicio de obstetricia y tópico de emergencia, al culminar el internado, el centro de salud se preparaba para abrir su servicio de radiología. Algunos días de la semana, se podía rotar por las especialidades de infectología y neumología, ya que esos especialistas acudían al centro de salud, con respecto al neumólogo que acudía al servicio de PCT (Prevención y Control de Tuberculosis) y doctora de infectología para control de pacientes que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Por consiguiente, en el presente trabajo de suficiencia profesional se presenta dos casos representativos de cada rotación que comprende medicina interna, gineco-obstetricia, cirugía general y pediatría, para poder aplicar al título de médico cirujano y poder adjudicar plaza para el SERUMS (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud).

CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Un pilar importante para nuestra formación médica es la consolidación de todo el conocimiento teórico adquirido durante nuestros 6 años de pregrado, que se divide en ciencias básicas y clínica, el cual lo llevamos a la práctica durante el internado, que es el séptimo y último año de la carrera, en el Hospital San Juan de Lurigancho donde llegan un gran cantidad de pacientes de todo el distrito, siendo el más único del distrito y el poblado del Perú, donde se roto por las cuatro especialidades que incluían medicina interna, pediatría, ginecología-obstetricia y cirugía. Gracias a las grandes cantidades de pacientes, como interno se pudo estar en un contacto más directo no solo con el paciente sino también con los familiares, los cuales nos permitió desarrollar habilidades para una comunicación asertiva y mejorar el vínculo médico-paciente.

Con respecto al servicio de emergencia de cada especialidad, se pudo participar de forma activa en el manejo y tratamiento de los pacientes bajo la supervisión de los médicos asistentes y residente, con el fin de conseguir el adecuado conocimiento y experiencia en la detección de los factores de riesgo, aplicación de medidas preventivas, diagnósticas y de tratamiento de las patologías más frecuentes.

En hospitalización, el trabajo es multidisciplinario no solo por el personal de piso y los internos de medicina sino también participan los internos de enfermería y nutrición, por lo cual, en los pases de visita hecha por los médicos asistentes, el intercambio de conocimiento, sobre cómo se debe abordar la patología del paciente, es muy beneficioso tanto para los internos y como para el paciente, ya que cada paciente es diferente y no se puede generalizar ya que cada uno viene con diferentes antecedentes, diferentes personalidades además de estar en contacto con el paciente, su evolución, el hecho de solicitar los medicamentos y seguir la implementación, además de que en

hospitalización hay que realizar una historia clínica completa en donde están todos los ítems que nos enseñaron durante nuestros años de preparación.

En la segunda mitad del internado, se pudo evidenciar las carencias con respecto a la infraestructura de la mayoría de los centros de salud de primer nivel de atención y de la desbordante demanda de la población, también se evidencio el estrecho vínculo de confianza que los pacientes desarrollan con los médicos y el personal del centro, ya que al ser de la jurisdicción y por ende vivir cerca, se convierte en parte de la comunidad, lo cual ayuda mucho a que las campañas de tamizaje y prevención sean exitosas. Asimismo, reconocer y agradecer a los profesionales que laboran en el primer nivel de atención y que usualmente son infravalorados.

A continuación, se describirá los casos más representativos y/o interesantes que llamaron el interés de la autora durante la rotación en el hospital y centro de salud como interna de medicina.

Rotación de gineco obstetricia

CASO N°1

Paciente mujer de 45 años quien ingresa a emergencia de GYO, por sangrado vaginal abundante que no se relaciona con su ciclo menstrual, refiere que desde hace más de 2 años presenta cuadros similares asociados a dolor pélvico con sangrado menstrual abundante agregado con dismenorrea.

Antecedentes:

Gineco obstétricos: menarquia 15 años, ciclos menstruales irregulares con dismenorrea, IRS: 22 años, PS: 1, MAC: niega, actualmente con pareja, FUR: 06/07/2022, G0 P0000

Patológicos: niega

Quirúrgicos: COLELAP + APENDILAP (2020)

RAMS: niega

Familiares: niega

Signos vitales: PA: 110/70. FC: 102. FR:14. Temperatura: 36.5. SATO2:98%

Examen físico:

AREG, AREH, AREN

Piel: turgente, húmeda, elástica, palidez mucocutánea +/-+++

Mamas: asimétricas, blandas, se evidencia nódulo +/- 1 cm móvil, duro, no doloroso, en R1 a R3 cm del pezón, sin adenopatías presentes

A. Respiratorio: murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, sin ruidos agregados

CV: ruidos cardiacos rítmicos de buen tono, sin soplos

Abdomen: blando, depresible, masa abdominal palpable en hipogastrio, no dolorosa a la palpación, que llega hasta 1 cm, debajo de cicatriz umbilical.

GE: aspecto y configuración externa de acuerdo a edad, especuloscopia: paredes vaginales sonrosadas, con flujo vaginal escaso blanquecino, sin mal olor, cérvix puntiforme móvil de aspecto sano. Sangrado transvaginal activo. Tv: útero AVF +/- 22 cm, cérvix posterior, cerrado, tumoración palpable en pared posterior del útero de aproximado 7 cm, leve dolor a la laterización derecha.

Neurológico: lucida, orientada en tiempo, espacio y persona. Escala de Glasgow 15/15

Diagnóstico: Hemorragia uterina anormal (HUA) descartar mioma uterino

CASO N°2

Paciente de 19 años gestante de 21 semanas por fecha de última regla que ingresa a emergencia por presentar fiebre desde hace 2 días, que cursan con náuseas y vómitos, por lo cual no ha estado comiendo.

Antecedentes:

Obstétricos: G1 P0000

Patológicos: niega

Quirúrgicos: niega

RAMS: niega

Signos vitales: PA 100/60. FC 100. FR 18. Temperatura 38.1. SAT 96%

Al examen físico

AREG, REG, AREN

Piel: normo térmica, palidez +/+++ , mucosas orales semihúmedas

Respiratorio: murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, sin ruidos agregados, no tiraje

Abdomen: AU: 21 CM, SPP: Indiferente, LFC 147. No doloroso, no signos peritoneales

TV: cérvix cerrado posterior sin cambios cervicales

Neurológico: LOTEPE, Glasgow 15/15

Diagnóstico: Infección de las vías urinarias en el embarazo

Rotación de medicina interna

CASO N°3

Paciente masculino de 49 años de edad, ingresa a emergencias 03/10/22 por dolor y eritema en 1/3 medio de pierna derecha con tiempo de enfermedad de 2 semanas sin resolución con curaciones y ungüentos. En triaje se le saca HGT con valor mayor a 440

Antecedentes:

Patológicos: diabetes mellitus diagnosticado hace 4 años con tratamiento irregular

Quirúrgicos: apendicetomía hace 9 años.

RAMS: Niega

Signos vitales: PA: 120/90 FC: 70 FR: 18 Temperatura: 36° SAT: 97%

Examen físico:

Paciente despierto, lúcido. Ventila espontáneamente

Piel tibia hidratada, no palidez, no edema general

Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares

CV: ruidos cardiacos son rítmicos de regular tono, no hay soplos.

Abdomen: RHA positivo, blando, depresible no dolor a la palpación

Locomotor: lesión con signos de flogosis y soluciones de continuidad en piel en tercio medio de pierna derecha, los pulsos periféricos se encuentran conservados. Herida con punta de salida purulenta serohemática

Neurológico: LOTEPE, no focalización, no signos meníngeos.

Diagnóstico: diabetes mellitus, celulitis descartar absceso

CASO N°4

Paciente masculino de 74 años, ingresa el 22/10 por tóxico de medicina, debido a dolor abdominal en epigastrio 9/10 que se irradia a la espalda, náuseas y vómitos de 3 días de evolución. Actualmente se agrega dificultad respiratoria al caminar

Antecedentes:

Patológicos: litiasis vesicular hace 3 años, episodio anterior de pancreatitis hace 10 años y gastritis crónica sin tratamiento

Quirúrgicos: niega

RAMS: niega

Signos vitales: PA: 130/70 FC: 110 FR: 24 Temperatura: 37.8°C SAT: 92%

Examen físico

REG REN REH

Paciente despierto, orientado, sin apoyo de oxígeno.

Piel: tibia, elástica, hidratada, no ictericia, no palidez, LC >2".

TCSC: no edemas.

CV: ruidos cardiacos rítmicos, buen tono e intensidad, no soplos.

Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no estertores.

Abdomen: B/D, RHA presentes, presenta dolor en epigastrio a la palpación profunda, timpanismo en hemiabdomen superior.

Locomotor: movilización 4 extremidades. No limitación de movimiento

Neurológico: Glasgow 15/15, despierto, orientado, no signos meníngeos ni déficit motor.

Diagnóstico: pancreatitis aguda, descartar neumonía.

Rotación de pediatría y neonatología

CASO N°5

Paciente varón de 5 meses de nacido que es traído por la madre, ingresa a emergencia por diestres respiratorio y fiebre desde hace 5 días que no calma con paracetamol.

Antecedentes:

Perinatales: nacido por parto vaginal a las 40 semanas

Vacunas: completas hasta los 5 meses

Patológicos: niega

Signos vitales: FC 122 FR 48 Temperatura 39°C. SAT 95%. Peso 8.600 KG

Examen físico:

Despierto, con polipnea

Piel: T/H/E, llenado capilar menor 2 segundos, no cianosis, no edemas

Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, tiraje subcostal, sibilantes espiratorios, sub crépitos en base.

CV: ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: RHA presentes, no doloroso, no distendido

Neurológico: reactivo, conectado al entorno

Diagnóstico: síndrome obstructivo bronquial

CASO N°6

Lactante de sexo femenino de 3 semanas de nacida que acude a su control de niño sano por el servicio de enfermera, donde se le observa coloración amarillenta en piel y ojos, por lo que es derivada a consultorio externo de medicina. Donde menciona que coloración la presenta desde hace 6 días.

Antecedentes

Familiares: madre grupo O, Rh +

Obstétricos maternos: G1 P0101

Natales: parto único por cesárea, Capurro de 39 semanas, Apgar 8 al minuto y 9 a los 5 minutos

Alergias: niega

Patológicos: niega

Signos vitales: FC 147 FR 56 Temperatura 36°C. SAT 96% Peso 3.700 kg

Examen físico

Piel: turgente, húmeda, elástica, llenado capilar menor 2 segundos, no cianosis, no edemas, ictericia marcada en piel, desde la cabeza hasta tórax, en mucosa oral y en escleras

Respiratorio: murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no tiraje, ni ruidos agregados

CV: ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos

Abdomen: blando, depresible, RHA presentes, no doloroso, no distendido, ombligo en proceso de cicatrización sin signos de infección.

Neurológico: Despierto activo, reactivo a estímulos externos, conectado al entorno

Diagnóstico: Ictericia

Rotación en cirugía

CASO N°7

Paciente varón de 34 años que desde hace 16 horas presenta dolor abdominal que inicia en epigastrio y que luego se localiza en FID, asociado a falta de apetito, que después se agrega náuseas y vómitos.

Antecedentes

Patológicos: Niega

Quirúrgicos: Niega

RAMS: Niega

Signos vitales PA 126/77 FR 18 Temperatura 38.4 FC 112 SAT 100%

Examen físico:

Paciente despierto, lúcido. Ventila espontáneamente

Piel tibia hidratada, no palidez, no edema general

Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales

CV: los ruidos cardiacos son rítmicos de regular tono, no hay soplos.

Abdomen: RHA presentes, dolor en región FID, Mc Burney positivo, Blumberg positivo, Rovsing positivo no signos peritoneos.

Locomotor: moviliza ambas extremidades, no limitación funcional

Neurológico: LOTEPE, no focalización, no signos meníngeos.

Diagnóstico: apendicitis aguda

CASO N°8

Paciente varón de 69 años que acude a emergencia por presentar dolor en masa que se encuentra en región umbilical.

Antecedentes

Patológicos: hernia umbilical hace más de 12 años, HTA hace 15 años, DM hace 12 años con complicación neuropática.

Quirúrgicos: apendicetomía hace 8 años

RAMS: niega

Signos vitales: PA 100/62 FR 20 Temperatura 36 FC 91 SAT 98%

Examen físico:

Paciente despierto, lúcido. Ventila espontáneamente

Piel: tibia hidratada, no palidez, no edema general

Respiratorio: murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no rales

CV: los ruidos cardiacos son rítmicos de regular tono, no hay soplos.

Abdomen: RHA + blando, masa en región umbilical no reductible, dolorosa 9/10 a la palpación superficial con signos de inflamación

Locomotor: moderada limitación de movimiento en miembros inferiores

Neurológico: LOTEPE, no focalización, no signos meníngeos.

Diagnóstico: hernia umbilical estrangulada

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El trabajo de suficiencia profesional se llevó a cabo en el HSJL de categoría II-2 que está ubicado al noreste de la Provincia de Lima, en el departamento de Lima, distrito de San Juan de Lurigancho; en el paradero 11 de la Av. Canto Grande, en la denominada parte alta del distrito, con una altitud que varía entre 220 y 350 msnm, y su superficie territorial de 131.25Km² (1).

En hospital de san juan de Lurigancho al ser de categoría II-2 cuenta con cinco unidades y diez servicios: Consulta Externa y Hospitalización, Medicina, Cirugía y Anestesiología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Odontología-estomatología, Enfermería, Emergencia, Apoyo al Diagnóstico y Apoyo al Tratamiento. El hospital cuenta con 3 ambulancias: Tipo I, Tipo II, Tipo III, en cuanto al avance tecnológico el hospital cuenta con un mamógrafo. (2). Este hospital tiene como población objetivo a los habitantes de Lima Centro, específicamente de los habitantes del distrito san juan de Lurigancho. Al ser un hospital del Ministerio de Salud (MINSA) da atención gratuita a personas inscritas al Sistema Integral de Salud (SIS), a las personas con otro tipo de seguro se les brinda precios bajos y personas que no pueden pagar se les brinda ayuda de la asistenta social o varias ONG que usualmente están al pendiente de estos casos (1). El hospital cuenta con un área de 10,500 metros cuadrados, que con el paso de los años fue llenándose con el fin de atender la alta demanda ya que inicio como un establecimiento de salud de baja complejidad nivel Centro Materno Infantil Nivel I-4, solo recibía referencia de los centros de salud de primer nivel de las zonas cercanas y los pacientes que requieran un manejo más especializado eran referidos al Hospital Nacional Dos

de Mayo o al Hospital Nacional Hipólito Unanue. Al tener alta demanda con una densidad poblacional grande, es la necesidad lo que obliga a las autoridades a mejorar el centro de salud para poder convertirlo en un hospital nivel II-2 (1) La situación en el HSJL meses antes de que la OMS declarara pandemia de COVID-19 era sin mayores cambios, recibía internos con toda normalidad. Posterior a eso, el hospital fue implementando medidas de bioseguridad, como la instalación de dispensadores de alcohol en gel en puntos estratégicos, se tuvo que cerrar los consultorios externos por falta de espacio y se utilizó el ambiente para tóxico de cirugía y traumatología hasta finales del año 2022, delimitación de las zonas elegidas para COVID-19 y se restringió el número de visitas a un solo familiar.

El centro de salud Huáscar XV de nivel I-3, ubicado en avenida Rio Grande S/N altura paradero 9 Av. JC Mariátegui Huáscar Grupo XV, es el centro de salud con más atención en consultorio externo de medicina por lo que cuenta con 5 consultorios externos que atienden durante la mañana y 3 en la tarde, aparte de los doctores encargados de otros servicios como la doctora encargada de PCT y el doctor en área COVID que atiende mañana y tarde, actualmente se ha solicitado un doctor más para el turno tarde por la demanda de pacientes. También es el centro más referencias al HSJL ya sea para ser atendida en consultorio externo o por emergencia (1). Esta es la segunda vez que aceptaban internos de medicina para que puedan hacer sus prácticas preprofesionales en su establecimiento. Este centro de salud con categoría I-3 pertenece a la dirección de Redes Integradas de Salud Lima-Centro (DIRIS LIMA-CENTRO) (3). En este establecimiento los internos acompañaban al médico general para hacer las consultas externas en pacientes recurrentes para sus controles y a los nuevos ingresos se les realizaba la historia clínica que abarcaba anamnesis, signos vitales, examen físico entre otros, se solicitaba exámenes de laboratorio con tamizaje de VIH, hepatitis de ser necesario, aparte de realizar procedimientos simples de ser necesario, también el comentar el posible tratamiento acorde al diagnóstico dado. Si se deseaba solicitar exámenes de imágenes se tenía que referir al centro de salud Ganimedes, ya que el equipo de radiografía del centro de salud se malogro, anteriormente el centro Ganimedes también contaba con ecógrafo, pero este

se averió por lo cual si se necesitaba una ecografía se tenía que explicar al paciente que se tenía que hacer de forma particular. Se participaba en las campañas de salud enfocados para grupo etario, siendo los meses de enero, febrero y marzo, los de más demanda por inicio de año escolar.

Tanto en el hospital como en el centro de salud se procuró brindar equipos de bioseguridad de protección personal para poder realizar las actividades de forma cómoda y segura, además también nos afiliaron al SIS para poder atendernos en caso de accidente laboral o de emergencia y que estemos cubierto por dicho seguro. Finalmente nos dieron un abono mínimo de 400 soles durante los meses que realizo el internado.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Se desarrollará los casos anteriormente descritos en el capítulo I tanto en el hospital como en el centro de salud.

Rotación de gineco obstetricia

CASO N°1

Siendo una HUA, la FIGO nos recomienda evaluar las causas más frecuentes, las cuales las dividen en estructurales y desordenes médicos subyacentes. Los problemas estructurales los podemos evaluar según PALM y los desórdenes subyacentes por COIN. Nuestra paciente según su clínica y factores de riesgo nos orienta a un mioma uterino, por lo cual se solicita exámenes de laboratorio más una ecografía transvaginal. (4)

Exámenes de laboratorio:

- WBC: 1050/Mm³, Abastionados:00%, Hemoglobina: 9.2 Gr/DI, Hematocrito: 34.6%, Plaquetas: 291 000/Mm³.
- TC: 6 Min 30 Segundos. TS: 2 Min 15 Segundos
- Glucosa 88 Mg/DI, Urea:20 Mg/DI, Creatinina 0.57 Mg/DI,
- Examen Orina Sin Alteraciones.
- Grupo Sanguíneo A Rh +.

ECOTV

- Útero AVF: Aumentado de volumen solo se logra evidenciar cérvix mide 4.3mm, El istmo y cuerpo uterino no se logra visualizar por estar deformado en su anatomía por 2 masas,

- Masa 1: circular, bordes regulares, heterogénea 74x97x111mm, volumen 41800cc. Doppler periférico positivo.
- Masa 2: circular, bordes regulares, heterogénea mide 69x70x74 mm, volumen 186 CC, Doppler periférico positivo.
- Concluye: útero miomatoso y deformante en su anatomía por 2 miomas grandes.

Pareja de la paciente menciona que tienen una tomografía de hace más de 1 año que se tomó después de su colecistectomía, el reporte concluye:

- Miomatosis uterina, status post colecistectomía. Genitales internos: útero incrementado de tamaño, de bordes multilobulados por múltiples lesiones solidas redondeadas en su miometrio compatible con miomatosis uterina

Diagnóstico definitivo:

HUA por mioma uterino sintomático

PLAN

- AINES: ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 3 días.
- Anticonceptivo oral 20 microgramos de estrógenos cada 12 horas por 5 días, luego se reducirá a una vez al día.

Se explica a la paciente que tiene que sacar referencia de su centro de salud para consultorio externo de ginecología para ser programada.

CASO N°2

Paciente gestante que por clínica nos hace sospechar en una infección urinaria, se le solicita exámenes de laboratorio:

- Examen de orina: Leucocitos >100 por campo
- Granulocitos 2-4 por campo
- Hb: 10.8 Leucocitos 17 000 (Abastoados: 7%)
- Se solicita urocultivo

Diagnóstico definitivo: Infección de las vías Urinarias en el embarazo (5)

Tratamiento

- Dieta Líquida
- ClNa 0.9% 1000 CC ...XXX Gotas
- Dimenhidrinato 50 mg endovenoso cada 8 horas
- Ceftriaxona 2 gr endovenoso cada 24 horas
- Metamizol 1 Gr endovenoso PRN Temperatura mayor de 38
- Ranitidina 50 Mg endovenoso cada 8 horas
- Balance hidroelectrolítico
- Control de funciones vitales y monitoreo fetal

Rotación de medicina interna

CASO N°3

Paciente con clínica de infección en región concordante con diabetes mellitus no controlada a causa de una infección de origen en región de la pierna derecha con signos de celulitis, por lo cual se le solicita exámenes de laboratorio y se le hospitaliza.

03/10/22: Hemograma: Leucocitos:13.6; Abastados: 04% Neutrófilos: 88%, Plaquetas: 332 10 Urea:43 Creatinina: 1.03

06/10: Hemoglobina Glicosilada: 11.53

7/10: Ecografía partes blandas: signos de celulitis y paniculitis región anterior de pierna derecha. Formaciones hipo ecogénicas en el TCSC profundo de pierna derecha, sugiere colecciones densas.

08/10: Hemograma: leucocitos 11.27 Abastados: 0% Neutrófilos: 80% Plaquetas: 350 000 HB:14.3 HTC:41.5 Urea: 25.8 Creatinina 0.86 Perfil Lipídico: Colesterol total: 120 HDL:33.6 Triglicéridos: 108

10/10 Creatinina: 0.77 Urea: 22.9 Perfil de coagulación: 6.15 TS:1min, TP:14.8, INR:1.15 Tiempo Parcial Tromboplastina 38.2 Fibrinógeno: 5.30g/L

11/10: PCR: positivo

13/10: Hemograma: Leucocitos: 8.68 Abastados: 0% Neutrófilos: 65% Linfocitos: 24% Monocitos: 4% HB: 13.5 HCT: 39.4% Plaquetas: 421 000

Diagnóstico: Absceso, diabetes mellitus insulino dependiente, obesidad.

Tratamiento (6,7)

1. Dieta hipoglúcida, Hipocalórica Más Líquidos a voluntad (sin arroz)
- 2 NaCl 0.9% 1000cc endovenoso.....XXX
3. Metformina 850 mg vía oral posterior al almuerzo
4. Vancomicina 1 gr endovenoso cada 12 horas lento y diluido
5. Enoxaparina 60 mg subcutáneo cada 24 horas
6. Tramadol 50 Mg endovenoso PRN a dolor
7. Metamizol 1g PRN a dolor y solo si P/A: 90/60
8. Insulina NPH 14 Unidades Sc 8 Am
9. Insulina NPH 7 Unidades Sc 8 P.M
10. Insulina Regular 08 UI subcutáneo antes del desayuno - almuerzo - cena
11. Glucometría (6am; 12 pm; 4 pm 10pm)
12. Uso de arco protector.
13. Limpieza de herida cada 24 horas
13. Frio local 3 veces al día en miembro inferior derecho
14. Elevación de miembro inferior derecho a 30°
15. Control de signos vitales

En hospitalización sus glicemias seguían altas por lo que se decide agregar insulina NPH y la regular, aparte de la metformina. Después de reajustar las dosis, las glicemias comienzan a estabilizarse. Con respecto a la celulitis en la pierna derecha, esta mejora por el tipo de limpieza que se comienza a realizar con el gluconato de clorhexidina no solo porque reduce el riesgo de infección sino por que incrementa la capacidad de granulación del tejido (8). El paciente presenta mejoría, en su día 15 de hospitalización se le da de alta con las siguientes indicaciones:

1. Dicloxacilina 500mg vía oral c/6 horas por 7 días: 1 hora antes o 1 hora después de comidas.
2. Clindamicina 300mg vía oral c/6 horas por 7 días
3. Insulina NPH 14 UI subcutáneo 8 am, e insulina NPH 7 UI subcutáneo 8 pm. Por un mes.
4. Insulina regular 3 UI subcutánea antes del desayuno almuerzo cena (30 minutos antes) por un mes.
5. Control por consultorio externo de medicina interna y endocrinología.

CASO N°4

Paciente con clínica sugerente a pancreatitis aguda, que en observación de emergencia presenta:

Paciente despierto, desorientado, MEG REN REH, disnea leve, con apoyo de oxígeno por máscara de Venturi a 9 litros, en nada por vía oral (NPO).

FIO: 35%. DIU: 2300. FU: 0.39. DEP: 0 TFG: 50.92. BHE: +1676

Se le estabiliza e ingresa a hospitalización. Se le solicita exámenes de laboratorio, ecografía y tomografía:

22/10: Hemograma: Leucocitos $11.94 \times 10^9/L$, Abastionados: 04%, Neutrófilos: 91% Hb:16.3 G/DI, HCT: 48.4%, plaquetas: $267 \times 10^9/L$, G:180, U: 37.2. C: 1.17

Lipasa: 1025, Amilasa: 1755

Perfil Hepático: BT: 2.26, BD: 1.43, BI: 0.83, FA: 775, PT: 8.5, Albumina:4.56, TGO: 404, TGP: 424, GGTP: 1124

23/10: Ecografía abdominal: D/c esteatosis hepática incipiente, meteorismo intestinal acentuado, no se d/c litiasis vesicular, no colección líquida visible en cavidad abdominal al momento del examen.

27/10: Tomografía abdominal con contraste:

1. Hallazgos tomográficos compatibles con pancreatitis necrotizante aguda, índice de severidad modificado de 10
2. Contenido heterogéneo en vesícula biliar, sugerente de litiasis
3. Líquido laminar con estriación de la grada perirrenal bilateral
4. Quiste hepático de aspecto simple
5. Litiasis renal derecha
6. Quistes renales bilaterales, con imágenes sugerentes de quistes parapiélicos izquierdo
7. Efusión pleural bilateral, leve derecha y moderada izquierda, asociada atelectasia segmentaria en lóbulo inferior derecho, así como atelectasia del lóbulo inferior izquierdo
8. Fractura por aplastamiento de L1 9. Pinzamiento discal L5 S1

Diagnóstico: Pancreatitis aguda, coledocolitiasis, insuficiencia respiratoria producto de la atelectasia bilateral con efusión pleural.

Tratamiento (9,10)

1. NPO
2. Dextrosa 5%: 1L + NaCl 20% (1.5 AMP) + KCl 20% (1 AMP) > I y III frasco (45 gotas x')
3. NaCl 0.9% 1 L > II frasco (45 gotas x')
4. Ciprofloxacina: 400mg endovenoso cada 12 horas
5. Metronidazol: 500mg endovenoso cada 8 horas
6. Metoclopramida 10 mg endovenoso cada 8 horas
7. Bromuro de ipratropio 3puff cada 6 horas por aerocámara
8. Tramadol 100 mg + dimenhidrinato 50 mg endovenoso, diluidos en NaCl 0.9 % 100 ml, PRN a dolor
9. Metamizol 1g endovenoso condicional a fiebre > 38^a

10. Oxígeno por máscara Venturi para saturación > 92%
11. Colocación de SNG
12. Colocación de sonda Foley.
13. HGT: 06h,15h,22h
14. Control de signos vitales y balance hidroelectrolítico.

Al paciente, por el estado de gravedad se solicitó ingreso a UCI, pero el servicio se encontraba sin disponibilidad, aun así, se siguió insistiendo con las interconsultas a UCI.

Paciente continua en NPO porque sonda nasogástrica no es aceptada.

Mientras tanto al paciente cada 24 horas se le realizaba el score de Marshall: PAFI (182): 3, indicativo de falla orgánica. Los demás scores se sacaban de acuerdo a la solicitud del médico que pasaba visita. También Tokyo: A+B+C: criterios de colecistitis. BISAP: 4, indicativo de pancreatitis grave. APACHE: 9 puntos.

En el 6° día de hospitalización, el paciente empieza a tener una mejoría lenta pero favorable, donde se empieza a disminuir el apoyo de oxígeno, también se realizan la interconsulta a gastroenterología, quienes dan el visto bueno para la colocación de la sonda naso yeyunal. En el 9° día de hospitalización, paciente se presenta lucido, orientado en tiempo y espacio, se le retira todo apoyo ventilatorio, los índices de severidad y scores empiezan a disminuir, se solicita retiro de sonda naso yeyunal.

El paciente presenta una mejoría evidente, por lo que en su 11° día de hospitalización se le da de alta con las siguientes indicaciones:

1. Dieta blanda severa hipo grasa
2. Escopolamina 10mg vía oral PRN dolor abdominal
3. Metoclopramida 10mg v vía oral PRN náusea y/o vómitos
4. Control por consultorio externo de medicina interna y cirugía.
5. Alta médica

Rotación de pediatría y neonatología

CASO N°5

Paciente de 5 meses por clínica, en emergencia de pediatría, se le solicita radiografía.

Radiografía de tórax: se evidencia radio opacidad en hemitórax derecho, a predominio de región paracardiaca derecha.

Tratamiento (11)

1. Lactancia materna supervisada 30cc por hora
2. Metamizol 258 mg PRN a temperatura > 38.5
3. Ampicilina 400 mg endovenoso cada 6 horas
4. Hidrocortisona 22 mg endovenoso cada 6 horas
5. Paracetamol 120 mg 5cc vía oral cada 8 horas
6. Salbutamol 8 gotas + ClNa 3% 4cc cada 3 horas
7. Bromuro ipratropio inhalatorio 2 puf cada 4 horas con aerocámara
8. Oxígeno CBN a 2 litros condicional a SAT menor o igual a 92%
9. Saturación de oxígeno cada 4 horas
10. Posición semisentada
11. Control de funciones vitales

Paciente presenta mejoría, pero es monitorizado en observación con ingreso a hospitalización donde responde favorablemente a tratamiento, siendo dado de alta a los 4 días de tratamiento.

CASO N°6

Al paciente se encuentra estable, no presenta clínica neurológica ni signos de sepsis por lo que se le solicita exámenes de laboratorio para poder tener un control.

Se conversa con la madre para que explique cómo da de lactar y se identifica una mala técnica de lactancia materna, además de la baja de peso del menor.

Diagnóstico: ictericia por mala técnica de lactancia materna

Tratamiento (12)

1. Se aconseja una buena técnica de lactancia materna.
2. Exponer al menor de 1 a 2 minutos al sol todos los días una vez al día.
3. Se hace seguimiento del cuadro icterico del menor en el centro de salud.

Rotación de cirugía

CASO N°7

Examen laboratorio: Leucocitos 22 150 abastionados 05%

Ecografía: esteatosis hepática leve, hepatomegalia, meteorismo intestinal

Por clínica del paciente y exámenes de laboratorio, dando la escala de Alvarado 9 puntos, se decide entrar a sala quirúrgica.

Tratamiento (13)

1. Manejo quirúrgico.

Se le realiza apendicetomía con incisión de Rockey Davis, ya que el hospital no cuenta con laparoscopio en la sala quirúrgica de emergencia (sala 1), solo en la de programadas (sala 2).

Paciente se recupera favorablemente y es dado de alta a las 48 horas. Se le recomienda sacar cita por consultorio externo para retiro de puntos

CASO N°8

Paciente presenta una hernia umbilical complicada, por lo que se le solicita exámenes de laboratorio para operación (14).

Examen laboratorio

Hemoglobina 14 g/dl. Hematocrito 42.2%. Leucocitos 8.200/mm³ Neutrófilos 72%. Glucemia 84 mg/dl. Creatinina 0.8 mg/dl. Examen de orina: sin alteración.

Ecografía abdominal: masa isoecogenica dura no movible. Disminución de flujo sanguíneo.

Diagnóstico: Hernia umbilical estrangulada

Tratamiento

Laparotomía exploratoria, resección y anastomosis T-T, herniorrafía.

CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRITICA DE LA EXPERIENCIA

El internado medico tanto del HSJL como del centro de salud Huáscar XV supero mis expectativas, si bien esperaba la pandemia limito totalmente que nuestras prácticas pre internado se realizaran en hospital, la cantidad de pacientes que asistían a ambos establecimientos era diversa y abundante, que al ser una de las desventajas de la promoción, estas han sido compensadas no solo en cantidad sino también en calidad. El personal del hospital y del centro de salud están comprometidos con la atención del paciente lo cual se ve reflejado en la recuperación de los pacientes hospitalizados. Si bien es un hospital con compromiso, la infraestructura del hospital es deficiente y en algunos casos un peligro para los pacientes que tienen limitación de movimiento por las grietas y agujeros de los pasadizos y pisos.

En la primera rotación se empezó con cirugía general que se dividía inicialmente en emergencia y hospitalización, gracias al apoyo de las autoridades del hospital y por solicitud de los internos también se pudo rotar en emergencia de traumatología y consultorio externo de urología, tratando así las patologías más frecuentes, en las rotación se pudo hacer procedimientos como suturas, curación de heridas, retiro de lipomas, manejo de pacientes que venían por trauma de arma blanca, politraumatizados, colocación de férulas y yesos, retiro de sondas, entre otros procedimientos bajo la supervisión y consejería de los doctores. También se dejó a los internos participar en las cirugías de emergencia como las apendicitis agudas, hernias, colecistitis

aguda, entre otras. En las cirugías programadas también existía variedad, ya que el hospital contaba con dos cirujanos oncólogos y tres cirujanos plásticos como segunda especialidad, esto era con respecto a cirugía general, en traumatología se pudo entrar a las programadas como apoyo en amputaciones, artroscopias, colocación de tornillos, entre otros. Si bien el espacio que se brindó para tópicos de cirugía y traumatología durante la pandemia era de los consultorios externos, este era provisional, ya que a las siguientes rotaciones se volvió a donde fue antes de pandemia, que es un espacio reducido para la cantidad de pacientes que atiende.

En ginecología obstetricia, fue donde se apreció la mayor cantidad de pacientes no solo en emergencia si no también en hospitalización, centro quirúrgico tenían prioridad ante los demás servicios. Se atendió partos, se aprendió a usar el ecógrafo en emergencia, también nos permitieron realizar legrados y asistir en los partos por cesáreas, siempre bajo supervisión de los médicos que nos guiaban. El servicio estaba bien organizado por lo cual su flujo era constante y no se observaba saturado por la cantidad de pacientes que llegaban.

En pediatría las rotaciones fueron en emergencia de pediatría, hospitalización de neonatología, atención inmediata en sala de parto y cesáreas, hospitalización de pediatría y cuidados intermedios de neonatología. Los doctores nos hacían practicar la dosificación para poder atender en emergencia con mayor fluides, dentro de emergencia también podíamos manejar a las crisis asmáticas y los lavados gástricos donde siempre estábamos supervisados. El espacio de atención dentro de emergencia es reducido a un pasadizo donde circulan los pacientes adultos cuando van a sacarse los exámenes de laboratorio y/o de imagen.

En medicina interna se rotó por emergencia, observación y hospitalización. Fue la rotación donde los procedimientos realizados por el interno eran frecuentes como tomar muestra de sangre para el análisis de gases arteriales, uso del glucómetro en los pacientes diabéticos, poner vía intravenosa, toracocentesis, paracentesis, punción lumbar, entre otros que eran supervisados por los residentes o por los médicos asistentes.

Todos los procedimientos eran supervisados y guiados por los médicos y personal del servicio, la responsabilidad también estaba en la documentación de las historias clínicas, solicitudes de procedimientos, recetas, interconsultas y documentación de alta, los cuales eran abundantes por la cantidad de pacientes que se atendía, pero que el sistema este virtualizado colaboraba a que todo sea fluido y más rápido, como algunas interconsultas que eran de emergencia antes las tenías que mandarlas con el técnico de enfermería ahora se subían instantáneamente al sistema del servicio al que realizaba la interconsulta, o los exámenes de laboratorio, que apenas se mandaban la solicitud uno podía apreciar si se habían solicitado, tomado, recepcionadas y/o subidas al sistema, lo cual ayudaba a su siguiente en el caso del paciente

A parte de la práctica que se realizaba en el hospital y en el centro de salud, también como internos estábamos en constante evaluación, ya sea con los exámenes semanales, las exposiciones, los informes, entre otros, siempre estaban pendientes de enseñarnos. Si bien nos daban todas las facilidades también pedían puntualidad, era un valor muy importante tanto en el hospital como en el centro de salud.

CONCLUSIONES

Durante el periodo en el cual se desarrolló el internado médico que comprende 2022-2023, se terminó de consolidar el conocimiento adquirido durante todo el periodo de pregrado, llevándolo a la practica en cada rotación, por ende, no solo implementando para el diagnóstico y tratamiento sino también para la identificación de factores de riesgo y reforzar el vínculo médico-paciente.

Debido a la pandemia se limitó las prácticas en los hospitales por casi dos años, los cuales perjudico de manera significativa a los estudiantes de medicina, dejando en desventaja a los siguientes internos que en un futuro serían los futuros médicos, pero pese a todas las desventajas que se pudieron presentar, los hospitales y centros de salud cumplieron con su objetivo, que es prepararnos para atender de manera correcta las patologías más comunes que hay en nuestro medio.

Las medidas de bioseguridad, las capacitaciones, las vacunas, entre otros métodos de protección del interno, aseguro que el internado se desarrolle de manera regular y segura, no solo protegiendo a la familia sino también a los pacientes.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda priorizar el esquema de vacunación de todos los internos de todas las áreas de salud, para así poder garantizar y salvaguardar la salud de uno mismo y la de nuestros familiares, por lo cual todos deberían estar con su esquema de vacunación completa antes de iniciar el internado.
2. El desarrollo del internado debería regresar a su duración de 12 meses, considerando que estos 10 meses en los que se desarrollo fue un periodo muy reducido, agregando que solo 5 meses se roto en los hospitales.
3. Considerar que, si bien el primer nivel es un pilar importante en nuestra formación como médicos la duración que fue de 5 meses es desproporcional a la duración de las rotaciones en los hospitales donde se rotan en diferentes servicios y que estos fueron acortados por el aumento del tiempo en el primer nivel, además se debería garantizar las capacitaciones a los médicos de primer nivel para que puedan dar una enseñanza de mejor calidad a los internos.
4. Es necesario implementación de mayor infraestructura a nivel de hospital como en los centros de salud, para que los internos tengan un espacio específico para poder desarrollar las actividades académicas de forma óptima tales como las exposiciones, la discusión de casos médicos, entre otras actividades.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Gob.pe. [citado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.hospitalsil.gob.pe/ArchivosDescarga/Epidemiologia/ASIS/asis2021.pdf>
2. HSJL - Presentación [Internet]. Gob.pe. [citado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.hospitalsil.gob.pe/institucional/presentacion.html>
3. Centro De Salud Huáscar XV en San Juan De Lurigancho [Internet]. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. Establecimientos de Salud MINSA; 2022 [citado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/lima-centro/centro-de-salud-huascar-xv-san-juan-de-lurigancho/>
4. Gob.pe. [citado el 20 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1310127/RESOLUCION%20DIRECTORAL%20N%C2%B0054-2020-DG-INMP/MINSA.pdf>
5. Guías de practica clínica y de procedimiento en obstetricia y perinatología [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <http://file:///C:/Users/Ana%20Maria/Downloads/650t.pdf>
6. Román-Gonzalez A, Cardona A, Gutiérrez J, Palacio A. Manejo de pacientes diabéticos hospitalizados. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [Internet]. 2018;66(3):385–92. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v66n3/0120-0011-rfmun-66-03-385.pdf>
7. Ortiz-Lazo E, Arriagada-Eggen C, Poehls C, Concha-Rogazy M. Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2019 [citado el 21 de marzo de 2023];110(2):124–30. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-actualizacion-el-abordaje-manejo-celulitis-articulo-S0001731018304253>
8. Wagner EG, Sala JM. Uso del gluconato de clorhexidina en la curación de heridas y su potencial formación de tejido de granulación. Revista Asociación Argentina Ortopedia Traumatología [Internet]. 2019 [citado el 21 de marzo de 2023];85(2):139–46. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-74342020000200008
9. Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la pancreatitis aguda en pacientes adultos. [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/2017/09/RD-351080917.pdf>
10. Garro Urbina V, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020;5(7):e537. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms207j.pdf>
11. Guía práctica clínica de síndrome obstructivo bronquial [citado el 22 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2018/RD-113-2018.pdf>
12. GUÍAS DE PRÁCTICA CLINICA DE ATENCION DEL RECIEN NACIDO [Internet]. Gob.pe. [citado el 22 de marzo de 2023]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1027_DGSP198.pdf

13. Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de apendicitis aguda 2021 [citado el 22 de marzo de 2023]. Disponible en:
http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/0408/GUIA_DE_PRACTICA_CLINICA_DX_Y_TTO_APPENDICITIS_AGUDA_1.pdf
14. Guía de práctica clínica para diagnóstico y tratamiento de la hernia umbilical y epigástrica [citado el 23 de marzo de 2023]. Disponible en:
https://heves.gob.pe/_public/resoluciones/directorales/RD-240-2020-DE-HEVES.pdf