



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MEDICA EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN II-1
DURANTE EL PERIODO DE PANDEMIA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

ERICK RUBEN GUTIERREZ LAVALLE

ASESOR

DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

**LIMA, PERÚ
2021**



Reconocimiento - No comercial
CC BY-NC

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA MEDICA EN EL HOSPITAL DE HUAYCÁN II-1
DURANTE EL PERIODO DE PANDEMIA**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
ERICK RUBEN GUTIERREZ LAVALLE**

**ASESORA
DRA. NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Mg. Alejandra Parhuana Bando

Miembro: M.E. Víctor Emilio Cubas Vásquez

Miembro: M.E. Ramón Romel Silva Romero

DEDICATORIA

Dedicado a mi madre, mi abuela y mi hermano, fueron años difíciles en muchos sentidos pero gracias a ustedes siempre supe cómo superar cada uno de esos momentos, gracias por cada uno de sus consejos y por darme ánimos siempre, estamos tan cerca de cumplir esta meta que tanto deseo.

Erick Ruben Gutierrez Lavallo

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de gineco obstetricia	2
1.2 Rotación de pediatría y neonatología	5
1.3 Rotación de medicina interna	8
1.4 Rotación de cirugía	10
CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	13
CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	18
1.1 Rotación de gineco obstetricia	18
1.2 Rotación de pediatría y neonatología	20
1.3 Rotación de medicina interna	22
1.4 Rotación de cirugía	24
CAPITULO IV: REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	27
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES	29
FUENTES DE INFORMACIÓN	30

ANEXOS	32
1. Ubicación del hospital de Huaycán	33
2. Organigrama funcional del hospital de Huaycán	34

RESUMEN

El primero de enero del 2020 dio inicio el internado médico, siendo este el último año de formación académica antes de obtener el título de médico cirujano, este año es el más importante de la carrera, ya que en ese momento no solo se fortalece el conocimiento adquirido, sino también se fortalece el vínculo y comunicación con el paciente. La pandemia por covi-19 trajo consigo cambios en la formación médica a nivel mundial, ya que obligo a tomar medidas necesarias y de emergencia que implicaban entre ellas detener el internado médico. Dando como resultado incertidumbre, al no saber si se podría volver pronto al ámbito hospitalario, así mismo se da a conocer la experiencia obtenida como internos de medicina en los distintos campos clínicos que se encuentran en el Hospital Huaycán II-1 antes y durante la pandemia, la desventaja que significo estar en estas circunstancias y el aprendizaje adquirido con todo lo sucedido.

Objetivo: Detallar las competencias adquiridas en Las rotaciones que se realizaron en el hospital; con el fin de obtención del Título Profesional de Médico Cirujano, en base al Internado Médico.

Metodología: Recopilación de información según medicina basada en evidencias y experiencias de manejo de la salud.

Conclusiones: La pandemia por COVID-19 marco profundamente en la formación médica, de esa misma forma la experiencia que se pudo ganar en estos tiempos difíciles fue sumamente importante y con un valor inigualable, adquiriendo destrezas, habilidades, para lograr superar las diversas dificultades y problemas que se presentaron. Se alcanzó capacidades para lograr solucionar los problemas quirúrgicos, médicos, ginecológicos y obstétricos, y neonatales.

Palabras claves: Cirugía, Medicina, Gineco obstétrica, Pediatría y neonatología.

ABSTRACT

On January 1, 2020, the medical internship began, this being the last year of academic training before obtaining the title of medical surgeon, this year is the most important of the career, since at that time not only knowledge is strengthened acquired, but also the bond and communication with the patient is strengthened. The covi-19 pandemic brought with it changes in medical training worldwide, since it forced the necessary and emergency measures to be taken, including stopping the medical internship. Resulting in uncertainty, not knowing if they could return to the hospital environment soon, likewise the experience obtained as medical interns in the different clinical fields found in the Huaycán II-1 Hospital before and during the pandemic is disclosed. , the disadvantage that I mean to be in these circumstances and the learning acquired with everything that happened.

Objective: To detail the competences acquired in the rotations that were carried out in the hospital; in order to obtain the Professional Title of Surgeon, based on the Medical Internship.

Methodology: Compilation of information according to evidence-based medicine and health management experiences.

Conclusions: The COVID-19 pandemic profoundly marked medical training, in the same way the experience that could be gained in these difficult times was extremely important and of unbeatable value, acquiring skills, abilities, to overcome the various difficulties and problems that arose. Capabilities were achieved to solve surgical, medical, gynecological and obstetric, and neonatal problems.

Key words: Surgery, Medicine, Obstetric Gynecology, Pediatrics and neonatology.

INTRODUCCION

El Hospital de Huaycán es un órgano desconcentrado del Ministerio de salud, dependiente de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este, que ejecuta el rol rector, gestiona los recursos y modula el financiamiento para brindar atención integral de salud que requiere la población de Huaycán, con eficiencia, calidad y activa colaboración multisectorial; a través de un equipo humano multidisciplinario, competente, identificado y comprometido; con tecnología actualizada, en búsqueda de una mejor calidad de vida de la persona, familia y comunidad (1).

El primero de enero del 2020 dio inicio el internado médico, siendo este el último año de formación académica antes de lograr adquirir el título de médico cirujano, este último año de prácticas pre universitarias es considerado para muchos el más importante de la carrera, ya que en esta etapa logras consolidar el conocimiento adquirido durante todo el ámbito académico y a su vez se fortalecer la comunicación con los diversos pacientes, con el fin de dar la mejor atención posible.

Previo al inicio del internado se dio una inducción que se realizó el día 27 de diciembre del 2019, donde se nos indicó las distintas rotaciones y los grupos que ocuparíamos, también se nos instruyó sobre la documentación administrativa de cada área y diferentes actividades que realizaremos en emergencia.

En marzo del 2020 el gobierno informa el primer caso de covid-19, de esta manera el estado tomo medidas necesarias y de emergencia que

involucraban entre ellas detener el internado médico, para de esta forma mantener la seguridad de todos los internos en el Perú.

Así mismo al ser incierta la situación no se podía confirmar el retorno pronto de los internos, por lo que se tuvieron que implementar nuevas medidas para cuidar y asegurar la salud del interno de medicina.

El presente informe nos indicara la importancia del internado en la formación médica, la desventaja que pudo traer estar en un ámbito de pandemia y lo que se aprendió de esta experiencia, las nuevas oportunidades que surgieron en un ámbito donde la salud y cada uno de los médicos se volvieron más importantes que nunca.

Se verá la comparación del internado pre pandemia con el internado post pandemia en el hospital de Huaycán, los conflictos que surgieron y diversos obstáculos que se tuvieron que aprender a superar para lograr los objetivos propuestos al inicio del internado.

Finalmente todo este conocimiento se consolida con algunos ejemplos de casos clínicos que se pudieron ver durante el año de internado, siendo estos casos patologías más recurrentes e importantes que como médico generales se tienen que saber diagnosticar y así darle un trato oportuno.

CAPITULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de medicina cuenta con siete años de duración, el séptimo año dirigido al internado medico el cual es importante porque es en ese momento donde se consolidan los conocimientos adquiridos durante toda nuestra formación médica, llevando estos mismo a la práctica diaria. En el hospital de Huaycán se pudo tener contacto con las 4 áreas, como cirugía, pediatría, ginecología y medicina. Así mismo para lograr los objetivos establecidos siempre fue necesaria la asesoría y retroalimentación continua, brindada por los médicos asistentes encargados de cada servicio

En cuanto al conocimiento que se pudo adquirir la expectativa era alcanzarlo de todas las formas posibles, por medio de libros, capacitaciones, exposiciones y de la misma experiencia de los doctores del hospital.

En cuanto a las practicas siempre se buscó adquirir las destrezas necesarias en los diversos procedimientos que cada una de las especialidades brindaba, así mismo estos procedimientos fueron realizados en una primera instancia por el doctor a cargo y finalmente realizado de manera personal por los internos, dando de esta forma la confianza para poder desenvolvernos sin temores.

Dentro de estos procedimientos, en el área de ginecología y obstetricia se realizó tactos vaginales, colocación de espéculos, atención de partos vaginales, colocación de DIU, AMEU, Legrado uterino, controles prenatales.

En el área de pediatría y neonatología se realizó atención al recién nacido, Colocación de enemas evacuantes, orientación de lactancia materna exclusiva.

En el área de cirugía y traumatología se realizó curación de heridas y mordeduras caninas, suturas, retiro de puntos, retiro o cambio de bolsa de colostomía, retiro de dren, drenaje de abscesos, infiltración de rodilla, colocación de yesos y férulas.

En el área de Medicina interna se realizó colocación y retiro de sonda Foley, venoclisis, triaje, cuidado del pie diabético, realización de AGA, colocación de sonda nasogástrica.

En cuanto al desarrollo de relaciones interpersonales, fue desarrollado de manera diaria, desde el primer momento de contacto con el paciente, buscando de la mejor manera una relación médico paciente óptimo y brindando respeto y confianza.

Dentro de los casos clínicos vistos durante el periodo que duro el internado fueron:

1.1 Rotación de gineco obstetricia

Caso 1:

Paciente de 19 años, 11 semanas de gestación, primigesta. Acude a emergencia por sangrado vaginal con coágulos de aproximadamente 30 minutos. Refiere que el sangrado inicio después de hacer esfuerzo físico al levantar un objeto pesado, inicio con dolor pélvico de leve intensidad luego el dolor evoluciona de forma brusca en la región de hipogastrio de tipo contracción con intensidad 4/5.

Antecedentes ginecológicos:

Menarquia a los 13 años

Parejas sexuales: 2

Primera relación sexual: 16 años

Signos vitales:

PA de 100/60 mm Hg, FC de 76 x min, T de 36,8 C. sat O₂ : 98%

Examen físico:

Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos

T y P: MV pasa bien por ambos campos pulmonares

CV: RC rítmicos de buena intensidad, no se escuchan ruidos agregados

ABD: no distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio.

Tacto vaginal: cérvix blando, hemorragia activa, fragmentos ovulatorios en canal vaginal sin mal olor, OCI abierto.

Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15

Se le solicita los siguientes exámenes auxiliares

Hemograma completo

Grupo sanguíneo y factor Rh

Examen completo de orina completa

Prueba de ELISA para VIH

Prueba de confirmación del embarazo

Ecografía TV

Presunción diagnóstica:

Aborto incompleto

Examen auxiliares:

Hematocrito: 39 % Hemoglobina: 13 Leucocitos: 9200 Plaquetas: 25000

B hcg cualitativo: positivo

Grupo sanguíneo y factor: O positivo

HIV: prueba no reactiva

Ecografía transvaginal: utero aumentado de tamaño 11 cm, presencia de restos endouterinos, ausencia de signo de vitalidad fetal.

Caso 2:

Paciente de 19 años de edad, llega a emergencia con historia de dolor abdominal intenso, predominio en flanco izquierdo de aproximadamente 3 horas de evolución. Paciente no recuerda cuando fue su fecha de última regla. Parto anterior hace 18 meses, actualmente usuaria de DIU. Sin antecedentes de infertilidad

Signo vitales:

PA de 100/60 mm Hg, FC de 76 por min, T de 36 C. sat O₂ : 99%

Examen físico:

Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos

T y P: MV pasa bien por ambos campos pulmonares

CV: RC rítmicos de buena intensidad, no se escuchan ruidos agregados

ABD: blando, depresible pero sensible en fosa iliaca izquierdo.

TV: escasa metrorragia, dolor a la movilización del cuello uterino y fondos de sacos libres

Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15

Se solicitan exámenes auxiliares:

Hemograma completo, grupo factor, Bhcg cualitativa, prueba de ELISA para VIH, ECO TV

Diagnostico presuntivo:

Embarazo ectópico

Exámenes auxiliares:

Hematocrito: 37 % Hemoglobina: 12.5 Leucocitos: 8700 Plaquetas: 175000

B hcg cualitativa: positivo

Grupo sanguíneo y factor: O positivo

HIV: prueba no reactiva

Ecografía transvaginal: describe el útero en AVF de tamaño conservado, sin saco amniótico en su interior. No se aprecia líquido libre, imagen anexial izquierda, mal definida de 2.8 cm, sin actividad cardíaca, compatible con un embarazo tubárico.

1.2 Rotación de pediatría y neonatología:

Caso 1:

Niño de 2 años de edad, acude a emergencia acompañado de su madre, la madre indica que el menor presenta desde hace 3 días deposiciones líquidas, de 4 a 5 cámaras al día, sin moco, sin sangre, sensación de náuseas, no vómitos. Además refiere que hace 1 día noto sensación de alza térmica no cuantificada y que le administro paracetamol, paciente tolera vía oral, niega crianza de animales.

Antecedentes patológicos:

Niega alergia a medicamentos, Nunca hospitalizado

Funciones biológicas:

Apetito: disminuido Sed: aumentado Deposiciones: líquidas

Sueño: conservado Orina: normal Peso: 14 kilos

Funciones vitales:

FC: 110 x min

FR: 26 x min

temperatura: 37.5°C

Examen físico:

Piel: tibia, elástica, llenado capilar menor de 2 segundos, mucosas secas, signo de pliegue negativo

Ojos: lágrimas escasas, no hundidos

Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.

Pulmonar: movimiento vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: móvil a la respiración, ruidos hidroaereos aumentados, ligeramente distendido, blando depresible, niño refiere dolor a la palpación profunda

Genitales: de aspecto y configuración normal

Neurológico: despierto, irritable, no signos de focalización.

Impresión diagnóstica:

Síndrome doloroso abdominal

Diarrea aguda acuosa

Deshidratación leve a moderada

Se le solicitan exámenes auxiliares: hemograma completo, examen de orina, reacción inflamatoria en heces

Hemograma:

Hb 12,8gr/dc	Htco 36%	Plaquetas 250,000		
Leucocitos: 10,100 / mm ³	abastionados 0%	segmentados	40%	
Linfocitos 25%				

Examen de orina:

Sedimento Leucocitos 0 a 1 por campo

Nitritos negativos

Estereasa leucocitaria: negativo

Reacción inflamatoria en heces: Negativo

Caso 2:

Paciente de 5 años es traído a la emergencia por su madre, la cual refiere que desde hace un 2 días esta con dificultad respiratoria a predominio nocturno, con sensación de alza térmica. Familiar refiere que paciente comenzó desde hace 1 día con tos seca, rinorrea. Paciente ya ha sido hospitalizado hace 6 meses por el mismo cuadro.

Funciones biológicas:

Apetito: disminuido sueño: conservado heces: normal orina:
normal

Funciones vitales:

T: 37.5 °C FR: 52 x min FC: 89 x min
SatO₂: 94% peso: 18kg

Antecedentes personales fisiológicos:

Producto de primera gestación, parto eutócico, edad gestacional al nacer 39 semanas, 7 controles pre natales, llanto al nacer positivo, apgar 9-9, inmunizaciones completas según tarjeta de vacunación.

Antecedentes personales patológicos:

Alergias al polvo, enfermedad previa asma

Antecedentes familiares:

Padre asmático

Madre ningún antecedente de importancia

Examen físico:

Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos

Oídos: con adecuada implantación

Nariz: permeable, no aleteo nasal

Boca: no cianosis

T y P: MV disminuido en ACP, sibilantes espiratorios al final de la espiración

Aparato cardiovascular: RCR de buen tono e intensidad, no soplos

Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación, no viseromegalia

Neurológico: LOTEPE, Glasgow 15/15

1.3 Rotación de medicina interna:

Caso 1:

Paciente varón de 35 años llega a emergencia por presentar fiebre y escalofríos, refiere que después de jugar futbol hace 2 semanas sintió dolor en el pie y pantorrilla, no está seguro si se golpeó, al llegar a su casa tomo reposo y se colocó hielo en la zona del dolor pero al pasar los días el dolor no disminuía.

Funciones vitales:

T: 38 °C PA: 120/80 mm Hg FR: 88 x min FC: 20 x min
SatO₂: 98%

Prueba covid-19: negativa

Examen físico:

Piel: tibia, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad

Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en campos pulmonares no ruidos agregados

Abdomen: blando, depresible no doloroso a la palpación

Miembro inferior izquierdo: se puede apreciar signos de flogosis, eritema brillante, dolor y sensación de calentura a ese nivel, manifiesta que el dolor fue aumentando con el paso del tiempo, se aprecia onicodistrofia en uñas de miembros inferiores

Neurológico: LOTEPE, Glasgow 15/15

Se le solicita exámenes auxiliares:

Hemograma completo, urea, creatinina, glucosa

Caso 2:

Paciente mujer de 35 años llega a emergencia refiriendo que el día de ayer en la tarde había sido picada por un insecto, ella presume que fue una araña mientras realizaba sus actividades diarias, notando que su brazo derecho estaba aumentando de volumen, tornándose de un color rojo, sensación de calor y leve dolor.

Funciones Vitales:

T: 36.4 °C PA: 109/72 mmHg FC: 79 x min FR: 18 x min
SATO2: 98%

Examen Físico:

Piel: Tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2 segundos

Tórax y pulmones: Amplexación simétrica, Murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

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

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos presentes.

Miembro superior: brazo derecho con aumento de volumen, eritema mayor a 10 centímetros, calor local, leve dolor a la palpación, no evidencia de pápulas.

SNC: LOSEP, GLASGOW: 15/15

Exámenes de laboratorio solicitados:

Hemograma, PCR, DHL, Urea, Creatinina, Examen de orina

Resultados:

Hcto: 37%

Hb: 12.3 g/dL

Hematíes: 4.240.000 mm³

Leucocitos: 7.400 mm³

Plaquetas: 267.000

Urea: 41 mg/dL

Creatinina: 0.6 mg/dL

DHL: 124 mg/dL

PCR: Positivo

Examen de orina:

Color: amarillo

Aspecto: Ligera turbio

Densidad: 1020

PH: Acido

Sedimento urinario:

Leucocitos: 6-8 x campo

Hematíes: 0-1 x campo

Cel. epiteliales: regular cantidad

Gérmenes: 2 (++)

1.4 Rotación de cirugía:

Caso 1:

Paciente de 25 años llega a emergencia refiriendo que hace 10 horas presento dolor en región de epigastrio de leve intensidad tipo ardor, al pasar las horas el dolor se localiza en fosa iliaca derecha con mucha más intensidad, refiere además que por el dolor y sensación de nauseas no está ingiriendo alimentos, por esta razón decide acudir al hospital, sensación de alza térmica y no tiene algún antecedente de importancia.

Funciones biológicas:

Apetito (disminuido), sed (normal), diuresis (normal), deposiciones (normal), sueño no alterado.

Signos vitales:

PA: 120/80 mmHg, FC: 102 x min FR: 20 x min T: 38 °C
saturación de O₂: 98%

Examen físico:

Piel: No palidez, tibia, húmeda, llenado capilar menor a 2 segundos

T y P: MV pasa bien en ambos campos pulmonares

CV: RCR de buen tono o intensidad, no soplos

Abd: se aprecia simétrico, con leve distensión abdominal, no se aprecia alguna cicatriz operatoria, se auscultan RHA aumentados, no signos de lucha; a la palpación es blando y depresible, doloroso en fosa iliaca derecha, con reacción peritoneal y no masa palpable. Además presenta punto MC Burney (+); signo rowsinkg (+), signo psoas (-)

Se decide solicitar los exámenes auxiliares: hemograma completo, PCR, examen de orina completo, grupo y factor.

Hemograma automatizado:

Hemoglobina: 15.3 hematocrito: 46.9 Leucocitos: 15000 abastionados: 2%
segmentados: 56% eosinofilos: 0% basófilos: 0% monocitos: 4%
linfocitos: 17%

Grupo y factor: O+

Sedimento urinario:

Leucocitos: 2- 4 x campo hematíes: 0 – 1 x campo células epiteliales: 2-
3 x campo

Caso 2:

Paciente mujer de 20 años llega a emergencia refiere que estaba en la cocina y la olla con agua hirviendo cae al suelo, parte del agua termina en su pierna

de derecha, refiere que el hecho había sucedido hace aproximadamente 5 minutos, con dificultad para caminar y dolor.

Antecedentes patológicos

Niega alergia a algún medicamento

Examen físico:

FC: 110 x min

FR: 20 x min

temperatura: 37.2 °C

Examen físico:

Piel: en miembro inferior derecho: caliente, superficie eritematosa, presencia de ampollas en pie y pierna, muy dolorosa, el test de llenado capilar revela que está conservada la microcirculación. Está conservada la capa basal de la piel y todos los anexos

Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Pulmonar: movimiento vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abdomen: móvil a la respiración, ruidos hidroaereos presentes

Neurológico: LOTEP, Glasgow 15/15

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

El Hospital de Huaycán cuenta con una categoría II-1, está localizado en la Av. José Carlos Mariátegui s/n Zona B; localidad de Huaycán, Distrito de Ate, Provincia y Departamento de Lima; con local propio y saneamiento legal. (ver anexo 1)

La jurisdicción de influencia referencial de este Establecimiento se limita a los distritos de Lurigancho, Chaclacayo y a la comunidad de Huaycán. El distrito de Ate cuenta con una población general de 651,578 habitantes y una población potencial (población enferma o accidentada que busca atención) de 70.1% de la población general. También podemos agregar que la población general de residencia por área urbana es de 435,254 habitantes (66.8%) y el área rural es de 216,324 habitantes (33.2%). (1)

La Población que se encuentra en el Distrito es urbana marginal, cuyo crecimiento ha tenido características definidas si no por lo contrario esta fue desordenada, ocupando inicialmente zonas de tierras agrícolas; en la actualidad la tendencia es a la ocupación de las diferentes quebradas o laderas de los cerros de la zona.

El hospital está construido en su mayor parte por material noble, además hay zonas de material prefabricado y madera. Los ambientes de material noble tienen una antigüedad de aproximadamente 20 años a excepción de la Emergencia que fue remodelada hace 5 años; la mayoría de ambientes del Hospital no cuentan con ventilación adecuada para prevenir infecciones que se transmiten por aerosoles como es el caso de la Tuberculosis. (1)

Cuenta con los servicios de hospitalización, las cuatro especialidades básicas y además especialidades médicas como traumatología, oftalmología, gastroenterología, urología, rehabilitación y otros servicios intermedios como odontología, laboratorio, rayos x, nutrición, psicología, Se cuenta con 51 camas de hospitalización. (1)

La referencia que realiza el Hospital Huaycán II-1, van dirigidas en primer lugar al Hospital Hipólito Unanue, seguido del instituto especializado Salud del Niño y el Hospital Hermilio Valdizan durante el año 2020. (1)

Las principales referencias realizadas de la especialidad de pediatría, en el Hospital Huaycán II-1 en el año 2020, siendo los tres principales diagnósticos, los casos de epistaxis con mayor número de referencia, seguido de epilepsia y dermatitis atípica no específica. (1)

Las principales referencias realizadas de medicina interna, en el Hospital Huaycán II-1 en el año 2020, siendo los tres principales diagnósticos diabetes mellitus, seguido cefalea y dermatitis. (1)

Las principales referencias realizadas de cirugía, en el Hospital Huaycán II-1 en el año 2020, siendo los tres principales diagnósticos, colecistitis crónica, seguido de apendicitis y colecistitis no específica. (1)

Las referencias efectuadas vs las referencias recibidas, la mayoría de estas referencias son destinadas para consultorio externo y apoyo del diagnóstico.

Por el contrario en el área de emergencia supera las emergencias efectuadas vs las áreas recibidas. (1)

la primera rotación que se realizó fue en el servicio de cirugía y traumatología, iniciando con una inducción dirigida por el Dr. Manuel Gonzalo, Neyra Sotero jefe del área de cirugía y anestesiología, donde se nos indicó el tipo de vestimenta que utilizaríamos, las horas de entrada y salida, los días en los cuales se realizarían horas académicas donde se destinaba a cada interno un tema de revisión, además la revisión de casos clínicos referente al tema expuesto, se informó también de las habilidades que debíamos alcanzar como internos y las amonestaciones si existiera alguna falta.

En el mismo servicio se dividió en tres subgrupos: emergencia, consultorio y hospitalización, en el área de hospitalización se nos indicó que las evoluciones de los pacientes debían estar realizadas a las 7 am para pasar visita con el médico asistente de turno ya que en el transcurso de la visita se realizarían distintas preguntas acerca de la patología y tratamiento.

En el área de emergencia obligatoriamente se debían encontrar dos internos en compañía de dos médicos asistentes de turno, así mismo los internos debían realizar la anamnesis completa al paciente e indicar la patología para dar al médico un diagnóstico presuntivo para la respectiva indicación de exámenes de laboratorio y tratamiento, si resultaba ser una emergencia quirúrgica, uno de los internos ingresaba a sala de operaciones con el médico asistente, mientras que el otro interno se quedaba en el área de emergencia.

En el área de consultorio se realizaba la anamnesis del paciente y las preguntas dirigidas al motivo de la consulta, de esta forma dependiendo de la patología se podrían programar una operación previa decisión de junta médica, así mismo si acudían pacientes ya dados de alta para su control y si lo ameritaba se realizaba limpieza de herida operatoria o retiro de puntos, también se realizaban cirugías menores.

La rotación por el área de cirugía y traumatología tuvo una duración de 2 meses y quince días.

En el mes de marzo tras los acontecimientos ocurridos por el covid-19 se decidió pausar el internado de manera indefinida, 8 meses después mediante decreto supremo, se permitió la reincorporarnos de los internos de medicina a los centros de salud y hospitales según disponibilidad de cada establecimiento.

La reincorporación al hospital de Huaycán se realizó en el mes de octubre llevándose a cabo una inducción de manera virtual, la cual consistía en indicarnos los nuevos protocolos de bioseguridad, las áreas en las que rotarían los internos, ya que según el decreto supremo los internos no debían rotar por áreas covid-19 y los horarios tampoco serían los mismos, de esta forma para la reincorporación se formaron dos grupos del total de internos que aceptaron reincorporarse de forma voluntaria. Las rotaciones estarían

separadas para que un grupo de internos asista 15 días y el otro grupo los 15 días restantes por los servicios.

El nuevo panorama traía consigo diversas restricciones, como la pérdida de la relación médico paciente por el uso de equipos de bioseguridad que aunque mantenían protegido al personal de salud ya no se podía contar con el tiempo necesario para evaluar al paciente de forma detenida, también se apreciaba la disminución de personal médico en diversas áreas y con el fin de evitar aglomeraciones, disminución del tiempo de permanencia del interno de medicina en el hospital, esto conllevó ya no estar permitidas las guardias nocturnas.

De esta forma en la reincorporación del servicio de pediatría según las nuevas disposiciones se indicó que nos dividiéramos en dos grupos, un grupo rotaría por pediatría y el otro grupo rotaría por neonatología, de esta forma ocuparíamos los puestos en el área de emergencia y hospitalización no covid-19, sin el área de consultorio que ahora se realizaba de manera virtual.

Las indicaciones para el área de hospitalización tanto de pediatría como neonatología era que el interno de medicina tenga el equipo completo de bioseguridad, era de uso obligatorio y estaba otorgado diariamente por el hospital, para de esta forma realizar las evoluciones clínicas a las 7:00 am, con el fin de realizar la visita médica a cargo del médico asistente de turno.

El área de emergencia de pediatría contaba con dos internos de medicina a cargo de un médico asistente todos con equipo de bioseguridad completo, los pacientes asistían a la emergencia previa revisión por triaje covid-19 que se encontraba alejado en un área abierta, esto hacía que la afluencia de pacientes que llegaban al área de emergencia se vea disminuida ya que la mayoría de estos pacientes llegaban con sintomatología respiratoria o contactos con pacientes covid-19 positivos, a diferencia de tiempos de normalidad donde esta área regularmente tenía una afluencia alta y esto conllevaba a mayor cantidad de atención por parte del interno, pero a pesar de la notoria disminución de pacientes se pudo llevar a cabo las habilidades propuestas a principios de rotación, cada paciente que llegaba mantenía una distancia de aproximadamente dos metros acompañado de un familiar, se le

realizaban las preguntas correspondientes al motivo de la emergencia, después se realizaba el examen físico con todas las medidas de bioseguridad evitando la inspección de cavidad bucal ya que por protocolo estaba prohibido, luego de esto se le indicaba al médico asistente los posibles diagnósticos, para poder realizar los exámenes de ayuda diagnóstica y con esto indicar el tratamiento oportuno.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotar en cada una de las áreas fue enriquecedor ya que se puso en práctica los manejos según las guías establecidas por el hospital y las diferentes guías revisadas con el medico asistente, siguiendo cada indicación para la pronta recuperación del paciente.

El Hospital de Huaycán es un centro de baja complejidad, así mismo en la mayoría de los casos que acuden son de manejo rápido y sin la necesidad de muchos exámenes o una amplia estadía; pero si se da el caso de pacientes con patologías severas que podrían requerir un manejo más especializado, lo principal en estos casos es conseguir estabilizar al paciente, para de esta forma referirlo a un hospital de mayor complejidad, ya sea previo acuerdo, o por ley de emergencia.

1.1 Rotación de gineco obstetricia

En el caso clínico con diagnóstico de aborto incompleto, se contó con las guías actualizadas del servicio de ginecología del hospital de Huaycán.

El tratamiento se basó en los procedimientos establecidos en la guía práctica clínicas para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutiva (2), la cual nos señala que si es una gestación es menor de 22 semanas, con el diagnóstico de aborto incompleto, el procedimiento a realizar si el útero es menor de 12 cm, es un legrado uterino o AMEU, previa dilatación del cuello uterino, si fuera necesario.

La paciente en el caso tenía menos de 12 semanas de gestación y el cuello uterino estaba dilatado, por esta razón se decidió realizar un AMEU (3) ya que

se han descrito numerosas ventajas con este procedimiento, entre ellas su seguridad y alta eficacia (cercana a un 100%), y la posibilidad de ser un procedimiento ambulatorio por el uso de anestesia local, esto conllevaría a un menor costo y menor riesgo de complicaciones. Su uso puede ampliarse desde los casos de aborto incompleto, aborto retenido, mola hidatiforme, interrupción voluntaria del embarazo, biopsia endometrial a incluso aborto séptico hasta 6 a 8 horas posterior a la administración de antibióticos.

El plan de trabajo que se efectuó fue :

Se decide hospitalizar a la paciente para realizar aspiración manual endouterina.

Tratamiento:

NPO

CLNa 0,9% x 1000 cc 30 gotas x minuto

Cefazolina 2g endoveno STAT

Metamizol 2G EV STAT

Lidocaina al 2% bloqueo cervical

Ergometrina 0,5 mg IM post AMEU

CFV + OSA

Paciente pasa a centro obstétrico a la espera para AME

En cuanto al segundo caso clínico con diagnóstico embarazo ectópico el tratamiento empleado fue según la guía práctica clínicas para la atención de las emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. (2) Esta indica que si es un embarazo ectópico no complicado se puede dar tratamiento médico o laparotomía exploratoria de requerirse. El tratamiento médico es con Metrotexate 50 mg por metro cuadrado de superficie corporal vía intramuscular. (4) Para esto la paciente tiene que estar hemodinamicamente estable, sin signos de ruptura de embarazo ectópico, maza anexial menor a 4 cm, Bhcg menor a 3,500.

Plan de trabajo empleado:

La paciente recibió tratamiento médico con metrotexate 50 mg IM

A las 48 horas de control de B hcg cuantitativa está en 112 por lo que la paciente es dada de alta, se le solicita cita en 7 días para reevaluación

1.2 Rotación de pediatría y neonatología

El primer caso clínico con diagnóstico de diarrea aguda acuosa y deshidratación leve a moderada, el tratamiento empleado se basó en los criterios dados por la guía protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias pediátricas y la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica (3)(4), indica que antes de buscar algún agente causal se debe manejar la deshidratación. El mejor parámetro para evaluar esta deshidratación es la baja de peso, pero en el caso clínico la madre no sabía cuánto peso había bajado su menor hijo, la guía nos indica que si no se sabe el valor del peso disminuido debemos evaluar los 6 signos de deshidratación, que serían conciencia, ojos, sed, signo del pliegue, mucosas y lágrimas. En el caso clínico se encontraron 4 signos de deshidratación que serían, mucosas secas, lágrimas escasas, sed, irritabilidad. Por esta razón se le clasifica como una deshidratación leve a moderada, y siguiendo las indicaciones de la guía se pasa a ubicar el caso en un plan B de rehidratación.

Situación A: pérdidas de líquidos sin signos ni síntomas de deshidratación.
(Plan A)

Situación B: uno o más signos de deshidratación, pero ninguno de gravedad.
(Plan B)

Situación C: signos de deshidratación grave. (Plan C)

En el Paciente se empleó el plan B. Para niños y adolescentes con EDA y deshidratación moderada que tolere la vía oral, se recomienda ofrecer un líquido adecuado que debe ser administrado durante un periodo de observación en el establecimiento de salud del siguiente modo: Volumen a

administrar por VO entre 50 a 100 mL/Kg en un periodo de 4h. Si se resuelve la deshidratación durante el periodo de observación se debe manejar como deshidratación leve ambulatoriamente. O Si fracasa la rehidratación por VO se debe iniciar terapia con fluidos EV. O Se consideraran líquidos adecuados para tal efecto: Sales de Rehidratación Oral.

Plan de trabajo:

Al presentar una deshidratación leve a moderada se decide aplicar el plan B de rehidratación, el cual consiste en hidratar al menor en el establecimiento de salud con SRO ya que en menor no está vomitando y está tolerando la vía oral, se administra de 50 – 100 cc/kg/ 4h, el paciente al tener 14 kilos se le administra 1,400cc en 4 horas con cuchara indicándole a la madre que tiene que dárselo poco a poco.

Después de terminadas las 4 horas se reevaluó al menor de edad y se vio que el estado general mejoro y se decidió pasar al plan A, dando de esta forma el alta al paciente.

Referente al tratamiento del segundo caso con diagnóstico de crisis asmática se emplearon los criterios establecidos en la guía protocolos diagnósticos y terapéuticos en urgencias pediátricas (5) se precisó la severidad de la crisis mediante el índice pulmonar de scarfone dando una puntuación de 3. (6) esto nos indica que la crisis es leve, el plan de acción ante esto es emplear salbutamol 100 mg con aerocámara, 2 puff cada 10 minutos por una hora, y reevaluar en una hora para verificar mejoría en el cuadro como se dio en el caso presentado que disminuyo la frecuencia respiratoria y la saturación llevo a 97%, la guía indica que el tratamiento al alta es con salbutamol MDI con aerocámara 2 puff cada 4 horas más prednisona 1-2 mg/kg por 5 a 7 días. Se siguieron los pasos establecidos y se solicitó un control en 3 días. (6)

Plan de trabajo:

Salbutamol 100mg con aerocámara: 2 puff cada 10 minutos por una hora

Posición semisentado

CFV

Pasa a observación por 1 hora, después de cumplida la hora se verifica la saturación que está ahora en 97%, su frecuencia respiratoria disminuyo a 21 obteniendo un puntaje de 2 en el índice pulmonar.

Es dado de alta con el plan:

Prednisona 18 mg VO cada 24 por 3 días.

Salbutamol INH 100mg 2 puff c/3 horas por 6 días. Luego cada 6h

Loratadina 5 mg VO cada 24 h por 5 días

Paracetamol 500 mg VO si presenta fiebre mayor a 38 °C

Alimentos no alérgenos; evitar cítricos, golosinas, polvo, limpiar ambientes frecuentemente preferibles con aspiradora.

Reevaluación por consultorios externos luego de 3 días.

1.3 Rotación de medicina interna

El primer caso clínico con diagnóstico de celulitis, el tratamiento empleado fue según criterios de uptodate (7) que nos indica que si es una celulitis que se presentan sin exudado purulento y sin abscesos asociados. Deben ser tratadas con terapia empírica que cubra Streptococcus betahemolítico y Staphylococcus aureus, en este caso se utilizó la combinación de clindamicina 600mg cada 8 horas EV mas oxacilina 2g cada 4 horas EV.

Se decide hospitalizar al paciente

Plan de trabajo:

CLNa 0.9% 1000cc 30 gotas por minuto

Oxacilina 2 g cada 4 horas EV

Clindamicina 600mg cada 8 horas EV

Ketoprofeno 60 mg cada 8 horas EV

Paciente queda hospitalizado hasta cumplir tratamiento antibiótico

Los resultados fueron óptimos se vio mejoría del paciente al siguiente día refería que no sentía dolor y el eritema estaba disminuyendo.

En el caso clínico con diagnóstico de picadura de insecto el plan de trabajo fue primero la administración de analgésicos, luego solicitarle algunos exámenes de laboratorio como indica la guía “Norma técnica sobre prevención y tratamiento de accidente por animales ponzoñosos” (8), para verificar si había algún tipo de daño, ya que la paciente refiere no saber cuál fue el insecto que la pica. Luego de verificar que sus análisis de laboratorio estaban dentro de los valores normales, se le procedió administrar antihistamínicos, antiinflamatorio y antibiótico.

Según estudios realizados hay otro tipo de manejos de picaduras en atención primaria, para ellos lo primero es una buena sepsia y antisepsia de la piel, sin romper las ampollas o vesículas en caso de existir, luego es la extracción de cuerpo extraño con instrumental esterilizado, si es que se encontraba alguno, también la administración de lociones de calamina o amoniaco para disminuir el prurito local, la irritación en piel y neutralizar el veneno. Por último, pero no menos importante es la administración de corticoides tópicos, antihistamínicos y analgésicos orales, los cuales si fueron recetados en dicho caso clínico.

Plan de trabajo:

CLNA 0.9% 250 cc EV

Ketoprofeno 100 mg EV

Hidrocortisona 250 mg EV

Clorfenamina 10 mg EV

Reevaluación con resultados

Se evalúa al paciente refiere disminución del dolor y se le indica alta con el siguiente tratamiento, no se encuentran alteración en sus exámenes auxiliares

Loratadina 10 mg, 1 tableta vía oral cada 24 horas por 1 semana

Cefadroxilo 500mg, 1 tableta vía oral cada 12 horas por 1 semana

Prednisona 20 mg, 1 tableta vía oral 9 am por cada 3 días

Naproxeno 500 mg, 1 tableta condicional al dolor

1.4 Rotación de cirugía

En el primer caso con diagnóstico de quemadura de segundo grado, se tomó en cuenta la guía de manejo del paciente con lesiones por quemadura del MINSA (9) la cual indica que las curaciones se realizaran: 1. Según el manual de procedimientos de curación. Se iniciará por las zonas vecinas a las quemaduras, con solución fisiológica estéril y antisépticos (yodopovidona espuma). Se eliminarán las flictenas rotas; los cuerpos extraños y tejidos desprendidos deben ser eliminados. 2. Cubrir las zonas comprometidas con un tópico antimicrobiano: Sulfadiazina de Plata 1% crema, Nitrofurazona crema, Rifamicina spray, 3. Cubrir con gasas estériles, a excepción de zonas especiales como cara, perineo y genitales.

Plan de trabajo:

Se indicó inmediatamente administrar agua sobre la quemadura por aproximadamente 30 minutos, después de ese tiempo se procedió a realizar una limpieza con suero fisiológico eliminando las flictenas rotas.

Luego se le administro:

Lidocaína 20 mg en gel combinado con sulfadiazina de plata 1g por toda la extensión de la quemadura, sobre esto se incorporó gasas húmedas, y encima de las gasas húmedas se colocó gasas secas, así mismo como modo de protección se puso un vendaje de 4 pulgadas no compresivo solo para poder proteger la zona.

La paciente fue dada de alta con la indicación de cambiar las gasas a diario y además como antibiótico se le indico cefalexina de 500 mg VO cada 8 horas por 7 días y reevaluación en tópico de cirugía en 7 días.

En el segundo caso con diagnóstico de apendicitis aguda se utilizó los criterios establecidos en la guía clínica de cirugía del hospital de Huaycán (11), la cual establece que ante una clínica sugerente de apendicitis se le debe solicitar los exámenes auxiliares, adicional se tomó en cuenta la escala de Alvarado (10) ya que sirve como ayuda en el diagnóstico de la apendicitis aguda y es una herramienta útil para mejorar la oportunidad y eficacia de la evaluación, esta escala nos indica criterios a los cuales les coloca una puntuación, entre estos tenemos, dolor que migra a cuadrante inferior derecho con puntaje de 1 , anorexia con puntaje de 1, náuseas con puntaje de 1, dolor en cuadrante inferior derecho puntaje 2, dolor al rebote en cuadrante inferior derecho puntaje 1, fiebre mayor a 37,5 °C con puntaje de 1, leucocitosis mayor a 10000 con puntaje de 2, el paciente presentaba un puntaje de 9 que nos indica que la conducta debe ser quirúrgica, ya que presenta una alta probabilidad de apendicitis. Por esta razón el paciente es programado a sala de operaciones para realizarle una apendicetomía convencional.

El plan terapéutico pre operatorio que se plantea es:

NPO

CLNA 0.9% 1000cc XLII gotas/ min

ceftriaxona 1 g EV cada 12 horas

dimenhidrinato 50 mg EV PRN a nauseas o vómitos

Metamizol 1g EV cada 8 h

omeprazol 40mg EV cada 24 horas

Después de aproximadamente 2 horas se realiza una apendicetomía convencional

Dentro de los hallazgos del informe operatorio: se encuentra un apéndice cecal descendente interna de 8 cm de largo, 0,8 cm de diámetro, gangrenada en sus 2/3 distales, base en buenas condiciones y líquido seropurulento escaso

El plan realizado post quirúrgico es:

NPO

CLNA 0.9% 1000cc 30 gotas por minuto

ceftriaxona EV cada 12 horas

metronidazol 500 mg EV cada 6h

Metamizol 1g EV cada 8h

omeprazol 40 mg EV cada 24h

dimenhidrinato 50mg EV PRN a nauseas

CFV + BHE

El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta al cuarto día de la operación quirúrgica, las indicaciones que lleva a su casa son:

Reposo

Dieta: todo con excepción de frituras y grasas, mucho liquido

Baño diario

Metronidazol 500 mg VO cada 8h por 2 días más

Cefalexina 500 mg cada 12 hr por 2 días mas

Paracetamol 500mg VO cada 8h por un día mas y luego condicional al dolor

Control por consultorio externo en 3 días

CAPITULO IV: REFEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado tuvo un inicio emocionante, las expectativas eran muy altas y las ganas de aprender y de emplear los conocimientos de la teoría aprendidos durante todo el tiempo previo al inicio del internado.

Fue lamentable que nos tocara llegar a esta situación de pandemia, el tema de la participación de alumnos de último año de medicina en la actividad asistencial llego a ser muy controversial, ya que se pensaba que podrían llegar a ser una fuente de vectores de transmisión, a eso sumarle el requerimiento del uso de EPP que muchas veces estaba escaso y que podrían generar una carga extra para los médicos encargados, pero aunque el interno de medicina no sea aun médico, también se preocupa del cuidado clínico de los pacientes, cumpliendo ciertas actividades propias de la labor médica, como entrevistar a los pacientes, efectuar indicaciones médicas (siempre bajo supervisión), escribir evoluciones clínicas, realizar educación al paciente y su familia, apoyar en procedimientos, y colaborar en los planes y decisiones clínicas que se toman sobre los pacientes.

Por otra parte, hemos vivido la experiencia de enfrentar la muerte en forma muy cercana, a un ritmo sin precedentes, la cual se ha visto severamente afectada por la soledad de nuestros pacientes. Lamentablemente, aunque de forma necesaria, se restringieron las visitas a los pacientes para evitar aumentar los contagios. Esta situación hace que encontremos a nuestros pacientes solos, en un momento tan vulnerable como lo es una hospitalización.

Todo esto nos ha preparado y nos ha dado una experiencia invaluable para nuestra futura práctica médica.

CONCLUSIONES

1. La pandemia por COVID-19 marco profundamente en la formación médica. Lo vivido nos ha permitido continuar de cierta medida con nuestro aprendizaje curricular, de esa misma forma la experiencia que se pudo ganar en estos tiempos difíciles en el Hospital de Huaycán fue sumamente importante y con un valor inigualable
2. A pesar que los tiempos en cada rotación disminuyeron en gran magnitud, cada uno de nosotros tuvo que buscar la forma de aprender lo más que pudiéramos de los reducidos casos que se nos presentaban
3. Esta experiencia nos ha llevado aprender sobre temas más humanos, como el trabajo en equipo, incertidumbre y fin de vida, los cuales en muchas ocasiones son dejados de lado por la necesidad de cubrir un amplio abanico de conocimientos técnicos.
4. Además no solo aprendimos a manejar pacientes, sino también sobre el cuidado de bioseguridad, que quizás en la mayoría de nosotros no tenía un papel tan importante, se ha recuperado el cuidado con la higiene en la atención al paciente que siempre debemos implementar.
5. Sé considera que durante todo este tiempo hemos logrado un nivel de conocimientos adecuado y concordante con lo que hoy en día se espera de un médico general, pero además egresaremos con la experiencia y quizás ventaja de haber vivido y aprendido en carne propia de esta crisis sanitaria.

RECOMENDACIONES

1. Se sugeriría mejorar la implementación del horario, ya que al permitir ir solo 15 días y restringir las guardias nocturnas disminuye el grado de aprendizaje.
2. Permitir el ingreso de los internos al área covid-19 con la adecuada implementación y organización, ya que al estar tan próximos a terminar el internado y aun seguir en estado de emergencia, la experiencia adquirida ahí nos serviría para desenvolvernos debidamente en nuestro futuro campo laboral.
3. Como recomendaciones generales en cuanto al hospital donde se realizó el internado, se sugiere el aumento de salas de operaciones para docencia, ya que el hospital cuenta con solo dos salas, de las cuales solo una está operativa.
4. Digitalización de las historias clínicas, esto permitiría que sea más rápido la búsqueda de historias clínicas de pacientes reingresantes y conllevaría a un mejor orden.
5. A los futuros internos que tengan la oportunidad de vivir su experiencia en el hospital de Huaycán, decirles que sus ganas de aprender nuevas cosas siempre este presente, que aprovechen al máximo a todos y cada uno de los médicos que forman el equipo del hospital, valoren cada uno de sus consejos, y disfruten al máximo saber que están a punto de cumplir su sueño.

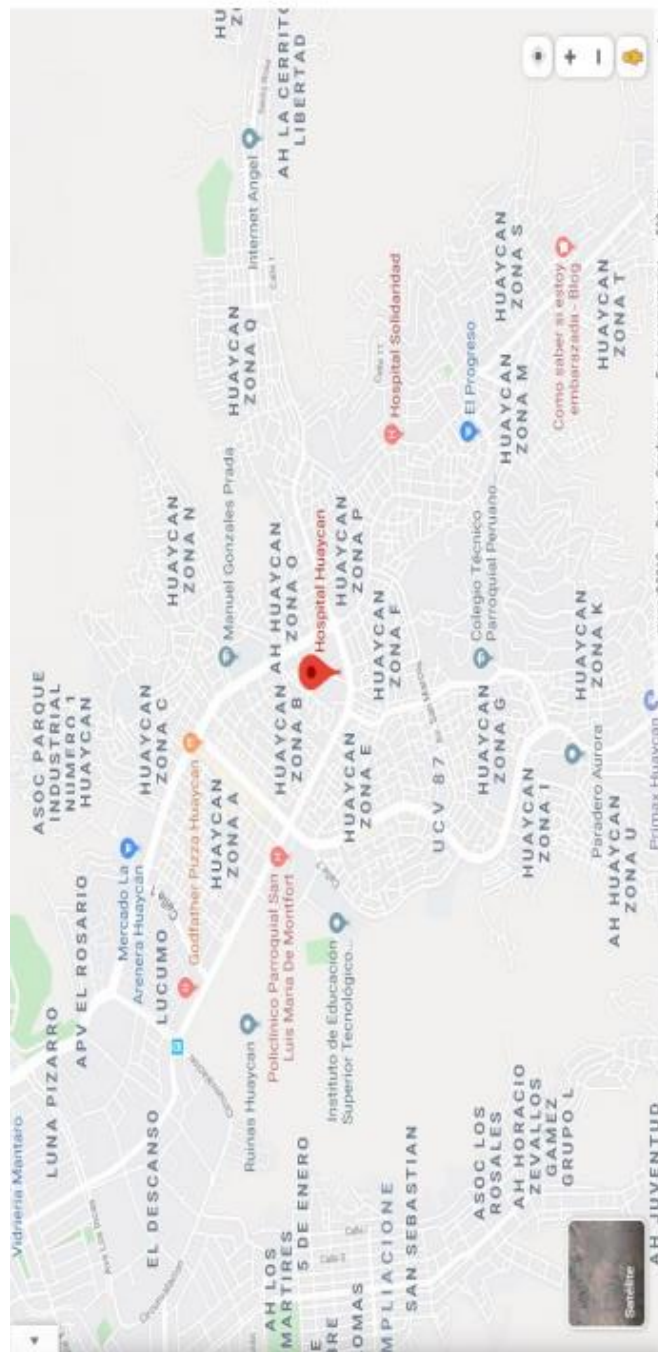
FUENTES DE INFORMACIÓN

1. De la Cruz Batallanos LRGALLHRTL. ANALISIS SITUACIONAL DE SALUD HOSPITAL DE HUAYCAN [Internet]. 2020. Disponible en: http://www.hospitalhuaycan.gob.pe/web/epidemiologia/3.5.0.0/Analisis_situ-07_01_2020-08;53;43.pdf
2. de Salud Servicio Ginecoobstetricia M. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS DEL HOSPITAL DE HUAYCAN. 2020.
3. Maritchu Bombin Javiera Mercado Javiera Zúñiga Diego Encalada Joaquín Ávila, editor. Aspiración manual endouterina (AMEU): Revisión de la literatura y estudio de serie de casos [Internet]. Vol. 84. Revista chilena obstetricia y ginecologia; 2019. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262019000600460
4. de Soria María Gloria López Lois MÁGHCOL, editor. PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍACOS, DESHIDRATACION AGUDA. Vol. 3. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría; 2019
5. de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años-Versión preliminar extensa – Serie Guías Práctica Clínica N° 01-, G. de P. C. P. el D. y. T. (n.d.). Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda en niños menores de 5 años Versión extensa. Retrieved April 20, 2021, from Gob.pe website: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4221.pdf>

6. Fernández NPCJ, editor. PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA, Diagnóstico y tratamiento de la crisis asmática en Urgencias. Vol. 3. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría; 2019.
7. De febrero de, V. 2. (n.d.). Manejo integral del asma. Retrieved April 20, 2021, from Aepap.org website: https://www.aepap.org/sites/default/files/489-506_manejo_integral_del_asma_en_ap.pdf
8. Ortiz-Lazo, E., Arriagada-Eggen, C., Poehls, C., & Concha-Rogazy, M. (2019). Actualización en el abordaje y manejo de celulitis. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 110(2), 124–130.
9. Retrieved April 30, 2021, from Gob.pe website: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/123_NTPONZONOSOS.pdf 9. del Paciente Con Lesiones Por Quemadura, M. (n.d.). GUIA DE PRACTICA CLINICA. Retrieved April 20, 2021, from Gob.pe website: http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/servicios
10. Retrieved April 20, 2021, from Guidelines.international website: <https://guidelines.international/gpc/apendicitis-aguda>
11. Retrieved April 20, 2021, from Gob.pe website: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/701_MS-PSNB318-7.pdf

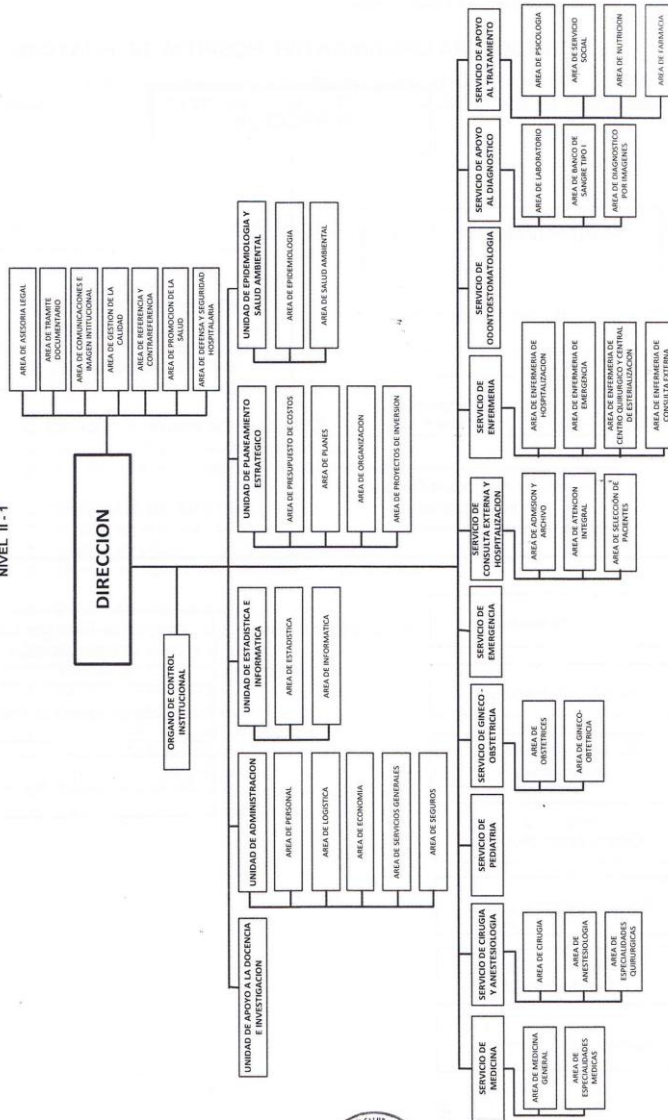
ANEXOS

ANEXO N°1



MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DEL HOSPITAL DE HUAYCAN

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE HOSPITAL DE HUAYCAN
NIVEL II - 1



ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:	ULTIMA MODIFICACION	VIGENCIA
UNIDAD DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO	DIRECCION DEL HOSPITAL DE HUAYCAN	N° 251 - 2014-D-HU-MINSA	16 de Diciembre del 2014	