

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN TRES HOSPITALES
DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN LIMA – PERÚ Y CENTRO
DE SALUD MATERNO INFANTIL SURQUILLO 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PRODESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA

PRESENTADO POR

CARLA PATRICIA CONROY TRINIDAD

ASESORA

TANIA RÍOS MARROQUÍN

LIMA- PERÚ

2024



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

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

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



USMP

UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA
HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN TRES
HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN LIMA –
PERÚ Y CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL
SURQUILLO 2023-2024**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR
CARLA PATRICIA CONROY TRINIDAD**

**ASESORA
MC TANIA RÍOS MARROQUÍN**

**LIMA, PERÚ
2024**

JURADO

Presidente: FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA

Miembro: JOHANDI DELGADO QUISPE

Miembro: CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA

DEDICATORIA

A mis padres por haberme apoyado en este camino tan difícil e importante para mí, puesto que significa la culminación de todo el esfuerzo y trabajo en equipo que tuvimos para lograr culminar la carrera de Medicina Humana.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco infinitamente a Dios por haberme dado calma, paciencia y mucha serenidad durante el desarrollo de este trabajo.

A los asistentes y residentes, gracias por haber tenido mucha paciencia para enseñarme. Sé que cada llamada de atención fue para mejorar. Gracias por cada oportunidad brindada, por las enseñanzas, las correcciones y sugerencias.

A los pacientes y a sus familiares, gracias por enseñarme que siempre hay toda una historia detrás de ustedes más allá de la enfermedad.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	vi
SUMMARY	vii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación en Medicina Interna	1
1.2 Rotación en Cirugía General	5
1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	8
1.4 Rotación en Pediatría	12
CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	16
CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL	18
3.1 Rotación en Medicina Interna	18
3.2 Rotación en Cirugía General	20
3.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia	21
3.4 Rotación en Pediatría	24
CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	27
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
FUENTES DE INFORMACIÓN	33

RESUMEN

Objetivo: enseñar el significado y la trascendencia del Internado Médico como fase final en la formación de médicos describiendo casos clínicos relevantes que el interno revisó durante el Internado Médico. **Metodología:** un estudio descriptivo de los casos clínicos observados y atendidos durante el año de internado y la experiencia profesional adquirida en esos meses. **Resultados:** se describen 8 casos clínicos de los servicios más relevantes que el interno atendió en tres hospitales de tercer nivel. Se obtuvo como resultado una formación integral donde se evidenció la aplicabilidad de los conocimientos teóricos en situaciones prácticas y el fortalecimiento de las habilidades blandas que proporcionan al estudiante una visión completa de la medicina. **Conclusiones:** el Internado Médico consolida los conocimientos adquiridos y contribuye con la formación de los futuros médicos, preparándolos para una práctica médica integral y compasiva. La diversidad de los contextos de atención proporciona experiencias formativas enriquecedoras y diversas. El Internado Médico emerge como una etapa esencial que culmina la formación universitaria y sienta las bases para una práctica médica exitosa.

Palabras clave: Internado Médico, Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría

SUMMARY

Objective: to teach the meaning and significance of the medical internship as a final phase in the training of doctors by describing relevant clinical cases that the intern reviewed during the medical internship. **Methodology:** a descriptive study of the clinical cases observed and attended to during the year of internship and the professional experience acquired in those months. **Results:** 8 clinical cases of the most relevant services that the intern attended in three tertiary hospitals are described. The result was a comprehensive training that demonstrated the applicability of theoretical knowledge in practical situations and the strengthening of soft skills that provide the student with a complete vision of medicine. **Conclusions:** the medical internship consolidates the knowledge acquired and contributes to the training of future doctors, preparing them for a comprehensive and compassionate medical practice. The diversity of care contexts provides enriching and diverse training experiences. The medical internship emerges as an essential stage that culminates university training and lays the foundation for a successful medical practice.

Keywords: Medical Internship, Internal Medicine, General Surgery, Gynecology and Obstetrics, Pediatrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO
EN TRES HOSPITALES DE TERCER NIVEL
DE ATENCIÓN EN LIMA – PERÚ Y CE**

AUTOR

CARLA PATRICIA CONROY TRINIDAD

RECuento DE PALABRAS

9845 Words

RECuento DE CARACTERES

58361 Characters

RECuento DE PÁGINAS

49 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

128.6KB

FECHA DE ENTREGA

Mar 18, 2024 9:41 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Mar 18, 2024 9:42 AM GMT-5

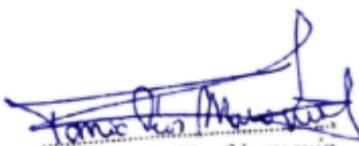
● **10% de similitud general**

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

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% 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


 Dra. Tania Rios Marroquin
 PEDIATRA
 CMP 33083 RNE 19017
 ORCID: 0009-0001-7787-9979
 DNI: 21526353

INTRODUCCIÓN

El Internado de Medicina representa un año crucial en el desarrollo profesional de los estudiantes de medicina, marca el cierre de sus estudios universitarios y plantea desafíos en los ámbitos académico, psicológico, profesional y social (1).

Este trabajo se basa en la experiencia durante este periodo, donde se llevan a cabo actividades preprofesionales esenciales, enfocadas en el desarrollo de conocimientos teóricos y prácticos indispensables para el desempeño como futuros profesionales de la salud. En este periodo, el futuro médico desempeña un papel activo en la supervisión y gestión de los pacientes asignados, con el objetivo de adquirir conocimientos y experiencias en la identificación de riesgos, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Por ello, este trabajo tiene como objetivo enseñar lo importante que es el Internado Médico como fase final en la formación de médicos donde se presenta casos clínicos recopilados entre abril de 2023 y enero de 2024 de 3 hospitales de tercer nivel.

Al llegar la pandemia de la COVID-19, muchos estudiantes de medicina se vieron afectados, ya que daban inicio a sus prácticas clínicas de la carrera, por lo cual, a diferencia de promociones anteriores, el Internado Médico 2023 estuvo lleno de retos. Había un gran temor, angustia, nerviosismo de empezar esta etapa ya que no se tenía la seguridad de estar realmente preparado para afrontar la responsabilidad de ser médico después de practicar todo de manera virtual. Ese temor aumentó al querer practicar lo leído y visto detrás de un monitor puesto que el aprendizaje se vio limitado debido al poco empeño de varios médicos mayores al no querer enseñar, guiar y reforzar las dudas que se tenían, lo que hizo que esta experiencia sea vea un poco afectada en un inicio.

Durante los 10 meses, los estudiantes deben rotar por diversas especialidades médicas como Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología

y Obstetricia, Pediatría, atención primaria de salud y especialidades quirúrgicas. Esto asegura una formación integral que permite el desarrollo de destrezas y aptitudes para la futura práctica médica ⁽²⁾.

En el presente trabajo, se van a presentar casos clínicos manejados en los hospitales por los que se ha rotado, así como también lo importante de las vivencias y aprendizajes que nos deja el último año de la carrera de Medicina Humana.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

Durante la práctica médica, se adquirieron los conocimientos académicos y prácticos esenciales para una formación exhaustiva destinada a convertirse en un futuro cirujano. Esta comprensión se obtuvo en diversas instituciones médicas de prestigio en Lima, donde se atienden pacientes con diversos trastornos de diferentes aparatos y sistemas. La capacitación en estas instalaciones médicas incluyó rotaciones en departamentos hospitalarios clave como Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía General, de acuerdo a el orden específico establecido durante el internado.

La interacción con una amplia variedad de pacientes brindó una excelente oportunidad para adquirir conocimientos sólidos sobre la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de diversas patologías observadas durante el último año de estudio. Al reconocer la singularidad de cada paciente y considerar sus diferencias biológicas, psicológicas y sociales, se subraya la importancia y singularidad de este proceso de aprendizaje.

1.1 Rotación en Medicina Interna

El Hospital Nacional Dos de Mayo, destacado por su significativa casuística acorde a su nivel de complejidad hospitalaria, fue la sede de esta rotación. Pacientes provenientes de todo el centro de Lima y otras ciudades del país acuden a sus clínicas, lo que conlleva a la observación frecuente de diversas enfermedades, como neumonía, infecciones urinarias, complicaciones de la diabetes *mellitus*, enfermedades cardíacas, enfermedades renales crónicas, entre otras. A continuación, se presentarán dos casos clínicos atendidos durante esta rotación:

Caso clínico n.º 1

Mujer de 27 años, que acude por emergencia con fiebre, escalofríos, edema facial inflamatorio, congestión ocular, artralgias en manos, codos y rodillas.

Antecedentes personales: sobrepeso, fenómeno de *Raynaud* y Cesareada hace 5 años

Antecedentes familiares: padre falleció por ERC y madre con hipertensión arterial

Examen físico

- Presión arterial: 110/80 mmHg
- Frecuencia cardiaca: 86 lpm
- Frecuencia respiratoria: 18 rpm
- Temperatura: 37,5 °C
- Saturación de oxígeno: 97 %
- Piel y faneras: Blanca, tibia, elástica, maculas hiperocrómicas ovaladas de 0.8 x 1 cm, manchas 2 x 1.5 cm hiperocrómicas ovaladas múltiples en abdomen y manchas eritematosas violáceas ovaladas 5 x 3 cm en cara externa de ambos muslos. Edema facial inflamatorio, edema en ambos miembros inferiores (+/+++).
- SNC: LOTEPE, Escala de *Glasgow*: 15/15.
- OMA: Sinovitis en rodillas, codos y manos.
- CV: RCR de buena intensidad, no soplos audibles.

Exámenes auxiliares

- Hemograma: leucocitos 9500 /mm³; hemoglobina 8.9 gr/dl; hematócrito 28.5 %; plaquetas 223 000/mm³
- Perfil de coagulación: sin alteraciones.
- Glucosa al azar: 110 mg/dL
- Úrea: 33
- Creatinina: 0.9
- PCR: 68.5
- VSG: 65
- TGO: 21
- TGP: 13.5
- GGT: 23
- Perfil lipídico: colesterol total: 312; HDL: 76; LDL: 186; triglicéridos: 245
- ANA: 1:640 – patrón moteado
- ANCA: positivo – patrón perinuclear
- ANTI-DNA ds: 684

- ANTI-SM: 123
- C3: 31
- C4: 2
- Citomegalovirus IgM: positivo
- Examen de orina: urobilinógeno (+) ; proteínas (+++) ; sangre (++) ; hematíes: 19 por campo
- Fondo de ojo: edema papilar en ambos ojos
- Ecografía renal: proceso inflamatorio renal bilateral de aspecto crónico con inadecuada relación cortico medular.
- Biopsia piel: dermatosis neutrofílica
- Biopsia renal: nefritis lúpica IV

Diagnóstico principal: Lupus eritematoso sistémico descompensado con compromiso

- Renal: Nefritis lúpica IV
- Articular: Artritis
- Ocular: Edema de papila ambos ojos/vasculitis retiniana

Diagnósticos secundarios

- Síndrome de vasculitis urticarial hipocomplementemica
- Fenómeno de Raynaud
- Anemia moderada microcítica hipocrómica
- Dislipidemia mixta
- Sobrepeso

Caso clínico n.º 2

Un hombre de 28 años experimenta varios días de malestar abdominal difuso, tos con expectoración, astenia, pérdida de apetito y fiebre de 38°C, lo que afectó su estado general. A medida que progresa, presenta distensión abdominal, eliminación de gases y deposiciones. Busca atención en el servicio de cirugía, donde se descarta la presencia de una patología quirúrgica de urgencia. Ante esto, se decide su hospitalización en el servicio de medicina para llevar a cabo estudios diagnósticos y tratamiento.

Antecedentes personales: ninguno de importancia.

Antecedentes familiares: padre con obesidad y alcoholismo crónico; y madre con diabetes *mellitus* tipo II e hipertensión arterial.

Examen físico

- Presión arterial: 112/84 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 83 lpm
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm
- Temperatura: 36,3°C
- Saturación de oxígeno: 97 %
- LOTEPE, Escala de *Glasgow*: 15/15
- Abdomen: distendido, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, ruidos hidroaéreos presentes.
- Piel pálida terrosa con leve ictericia a predominio de escleras.

Exámenes auxiliares

- Glucosa al azar: 102 mg/dL
- Úrea: 40
- Creatinina: 0.9
- Hemograma: leucocitos 7 800/mm³; linfocitos 82 %; hemoglobina 9.9 gr/dL; hematocrito 26 %; plaquetas 205 000/mm³
- VIH: negativo
- SDW: negativo
- RX tórax: se observa una opacidad casi completa en el hemitórax derecho, destacándose un componente atelectásico debido a la retracción del mediastino hacia el lado afectado. Además, se evidencia derrame pleural en ambos lados y un infiltrado reticulonodular bilateral.
- Ecografía abdominal: se aprecia hepatomegalia significativa, así como linfadenomegalia en las regiones peripancreática, periaórtica y subhepática. Se identifica la presencia de líquido libre intraabdominal, localizado tanto en la región subhepática como en el hipogastrio.

Diagnóstico principal: D/C Tuberculosis intestinal

Diagnósticos secundarios

- D/C Fiebre tifoidea
- D/C Brucelosis

1.2 Rotación en Cirugía General

La rotación se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, reconocido por brindar atención especializada a pacientes con enfermedades neoplásicas. La gran mayoría de los pacientes en esta institución de salud son atendidos debido a la presencia de enfermedades oncológicas en diferentes estadios. Por lo tanto, es común observar afecciones cancerosas específicas que requieren tratamiento quirúrgico, tales como el cáncer de mama, el cáncer colorrectal, el cáncer de pulmón, el cáncer de ovario, el cáncer de próstata, el cáncer de tiroides, el cáncer de estómago, el melanoma, entre otros. A continuación, se presentarán dos casos clínicos atendidos durante esta rotación:

Caso clínico n.º 3

Mujer de 70 años acude mediante consultorio externo referida por su endocrinólogo tratante por presentar nódulo a nivel de la tiroides de 5 x 6 cm ubicado en el lóbulo derecho, aunado a ello hace 15 días ha comenzado a presentar leve disfagia.

Antecedentes personales: hipertensión arterial, enfermedad renal crónica sin hemodiálisis, cáncer de mama hace 40 años

Antecedentes familiares: no se reportan antecedentes de importancia.

Examen físico

- Presión arterial: 120/80 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 72 lpm
- Frecuencia respiratoria: 16 rpm
- Temperatura: 36,2°C
- Saturación de oxígeno: 97 %
- SNC: LOTEPE, Escala de *Glasgow*: 14/15.

- Cabeza y cuello: se palpa nódulo de 5 cm x 6 cm, duro, adherido a plano profundo, doloroso a la movilización, en lóbulo derecho de la tiroides.

Exámenes auxiliares

- TSH: 1.84
- Calcitonina: 2
- CEA: 5.2
- Ecografía cervical: se observa lóbulo derecho muy aumentado de tamaño, con presencia de un gran nódulo sólido, de característica heterogénea, de 7.5 cm de eje mayor.
- PAAF con control ecográfico: Carcinoma Medular.
- TAC cervical: aumento de la glándula tiroides debido a crecimiento del lóbulo tiroideo derecho. Presencia de 2 nódulos en LTD de localización central, de tamaño 72 x 48 x 42 mm, no se evidencian imágenes sugestivas de metástasis regional.

Diagnóstico principal: Cáncer de tiroides

Diagnósticos secundarios: Gastritis crónica

Tratamiento médico

- NPO
- Tiroidectomía total + linfadenectomía del compartimiento central bilateral.
- CFV + OSA

Caso clínico n.º 4

Varón de 70 años, que acude al INEN e ingresa por tópico de cirugía por presentar molestias en el abdomen que aumentaron de intensidad desde hace 3 días, con dificultad para realizar deposiciones desde hace 4 días, menciona además malestar general, fiebre y sensación de pesadez en hipogastrio. Refiere también que hace 3 días presentó cierta retención urinaria de manera súbita. Menciona por último que presenta disnea a mínimos esfuerzos desde hace 1 día.

Antecedentes personales: Diabetes *mellitus* tipo II y gonartrosis

Antecedentes familiares: madre falleció por cáncer de mama

Examen físico

- Presión arterial: 130/80 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 72 lpm
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm
- Temperatura: 37,4°C
- Saturación de oxígeno: 95 %
- SNC: LOTEPE, E. Glasgow: 15/15
- Piel tibia, poco hidratada, elástica, palidez terrosa leve, mucosas poco hidratadas.
- Abdomen distendido, globuloso, timpánico a la percusión, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio, ruidos hidroaéreos abolidos, se palpa masa en FII y mesogastrio, no se palpan visceromegalias.

Exámenes auxiliares

- Glucosa al azar: 156 mg/dL
- Urea: 62
- Creatinina: 1.25
- PCR: 35
- Hemograma: leucocitos 11 200/mm³, hemoglobina 10.5 g/dL, hematocrito 30 %, plaquetas 155 000/mm³
- Radiografía de abdomen AP en bipedestación: Distensión de asas intestinales del hemiabdomen derecho e izquierdo, aunado a presencia de varios niveles hidroaéreos a predominio de hemiabdomen derecho e izquierdo.
- Ecografía abdominal: Se evidencian múltiples lesiones focales hepáticas, de una forma circunscrita y redondeada con un tamaño aproximado de 1 a 2 cm de diámetro. Estas lesiones muestran una ecogenicidad isoecogénica en comparación con el parénquima hepático y están rodeadas por un reborde hipoeecogénico. Se observa un marcado engrosamiento asimétrico y focal en la pared del ciego, específicamente en la fosa ilíaca derecha. Además, se

detecta un engrosamiento simétrico y segmentario en la pared del íleon terminal, acompañado de tumefacción y aumento de la ecogenicidad en la grasa mesentérica circundante. Se aprecia también una pequeña cantidad de líquido libre intraperitoneal, principalmente acumulado en el compartimento inframesocólico y focalizado en la fosa ilíaca derecha.

Diagnóstico principal: abdomen agudo quirúrgico: Obstrucción intestinal por carcinomatosis

Diagnósticos secundarios

- D/C Cáncer de colon
- D/C Cáncer hepático
- Infección de tracto urinario
- Diabetes *mellitus*
- Gonartrosis

Tratamiento médico

- NPO
- Dextrosa 5 % EV 1.5 L cada 24 horas
- Ceftriaxona 2 gr EV pre SOP
- Omeprazol 20 mg EV pre SOP
- Colocación de sonda nasogástrica y sonda foley
- Preparar para laparotomía exploratoria

1.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

La rotación se llevó a cabo en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, reconocido por brindar atención especializada a pacientes con trastornos ginecológicos, y más específicamente, emergencias obstétricas. Esto implica que es común observar con mayor frecuencia afecciones específicas, como amenaza de aborto, aborto espontáneo, amenaza de parto prematuro, preeclampsia, eclampsia, hemorragia posparto y atonía uterina. A continuación, se presentarán dos casos clínicos atendidos durante esta rotación:

Caso clínico n.º 5

Gestante de 35 años con 36 semanas 2 días de gestación por ecografía del primer trimestre, acude por el servicio de emergencia por presentar náuseas, cefalea, presión arterial elevada en su autocontrol doméstico (156/106 mmHg), refiere sentir movimientos fetales con normalidad y niega presencia de dinámica uterina.

Antecedentes personales

- G: 3 P: 2 0 0 2
- Anemia ferropénica
- Preeclampsia leve en segunda gestación
- Cesareada anterior

Antecedentes familiares: madre con hipertensión arterial

Examen físico

- Presión arterial: 178/112 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 80 lpm
- Frecuencia respiratoria: 19 rpm
- Temperatura: 36,5°C
- Saturación de oxígeno: 96 %
- SNC: LOTEPE, E. Glasgow: 15/15.
- Piel tibia, hidratada, elástica, con palidez leve, no ictericia, leve edema en miembros inferiores (+/+++)
- Abdomen grávido, cicatrices de cirugía previa, AU: 34 cm, DU: ausente, MF: presentes, LCF: 158 lpm, RHA: presentes.
- Tacto vaginal evidencia cérvix posterior, cerrado

Exámenes auxiliares

- Hemograma: leucocitos 5 000/mm³, hemoglobina 9.3 g/dL, hematocrito 29 %, plaquetas 180 000/mm³
- Glucosa al azar: 90 mg/dL
- Urea: 32 mg/dL
- Creatinina: 0.8 mg/dL

- Perfil hepático: BT 1.4 mg/dL, LDH 380, TGO 62, TGP 80
- Examen de orina: proteinuria (+++)
- Registro cardiotocográfico sin alteraciones.
- Ecografía obstétrica: Feto único, longitudinal cefálico izquierdo, movimientos fetales presentes, placenta insertada con normalidad, líquido amniótico en cantidad normal, poso mayor de 72 mm, peso fetal estimado de 3250 gr.

Diagnóstico principal

- Gestante de 36 semanas 1 día
- Preeclampsia severa

Diagnósticos secundarios

- D/C Síndrome de HELLP
- Anemia ferropénica
- Sobrepeso

Tratamiento médico

- NPO
- Ceftriaxona 2gr EV pre SOP
- NaCl 0.9 % EV a 60 gotas por minuto.
- Sulfato de magnesio 20 % 5 ampollas + NaCl 0.9 % 50 mL EV administrar 4 gr por cada 20 minutos y luego 1 gr por cada hora.
- Colocación de sonda Foley + bolsa colectora.
- Control estricto de diuresis.
- Preparar para cesárea por emergencia
- CFV + OSA

Caso clínico n.º 6

Gestante de 39 años con 35 semanas 2 días de gestación por fecha de última regla. Acude por emergencia, acompañada de su esposo por presentar sangrado repentino por la región vaginal que aumentó en cantidad y frecuencia, aunado a dinámica uterina en aumento y pérdida de tapón mucoso. Niega otros signos de alarma.

Antecedentes personales

- G: 7 P: 4 0 2 4
- Anemia ferropénica
- Sobrepeso
- Partos por cesárea: 2
- Partos vaginales: 2
- Gestación anembrionada: 2

Antecedentes familiares: madre con múltiples gestaciones anembrionadas.

Examen físico

- Presión arterial: 112/78 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 66 lpm
- Frecuencia respiratoria: 16 rpm
- Temperatura: 36,5°C
- Saturación de oxígeno: 97 %
- SNC: LOTEP, E. Glasgow: 15/15
- Piel tibia, hidratada, elástica, aumento de tejido subcutáneo, con palidez leve, no ictericia, no edema en miembros inferiores.
- Abdomen grávido, AU: 34 cm, ausente, MF: presentes, LCF: 142 lpm, RHA: presentes.
- Tacto vaginal: restringido por placenta previa

Exámenes auxiliares

- Glucosa al azar: 98 mg/dL
- Hemoglobina: 10.2 mg/dL
- Examen de orina sin alteraciones.
- Ecografía obstétrica: Gestación única activa de 35 semanas por BF, PF: 2830 gr, placenta previa, presencia de puentes vasculares, feto en transverso, líquido amniótico en cantidad normal, poso mayor de 65 mm

Diagnóstico principal

- Gestante de 35 semanas 2 días
- Placenta previa

- Acretismo Placentario
- Cesareada anterior 2 veces

Diagnósticos secundarios

- Alto riesgo obstétrico: multiparidad + edad
- Anemia ferropénica

Tratamiento médico

- NPO
- NaCl 0.9 % EV a 40 gotas por minuto.
- Ceftriaxona 2gr EV pre SOP
- Transfundir 1 paquete globular intra SOP
- Monitoreo materno – fetal
- Cesárea de emergencia
- CFV + OSA

1.4 Rotación en Pediatría

La rotación se llevó a cabo en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, reconocido por ofrecer atención de alta calidad a neonatos y lactantes a través de sus servicios especializados en Pediatría y neonatología. Como resultado, es común observar con mayor frecuencia ciertas enfermedades pediátricas, tales como la varicela, el asma, la enfermedad diarreica aguda, la bronquiolitis, la neumonía infantil y las alergias alimentarias. A continuación, se presentarán dos casos clínicos atendidos durante esta rotación.

Caso clínico n.º7

Lactante de 9 meses acude por emergencia acompañado de su madre por presentar dificultad respiratoria. Refiere inicio del cuadro con un resfriado hace aproximadamente 7 días antes. Fiebre desde hace 3 días, que cede ante tratamiento con antipiréticos. Refiere que su evolución era favorable hasta que comenzó con un cuadro de tos espástica, seguido de hiporexia y un solo episodio de vomito alimentario. Un día antes de su ingreso por emergencia refiere haberla visto con más tendencia al sueño de lo normal.

Antecedentes personales

- Prematuro de 30 semanas
- Hospitalizado en Unidad de Cuidados Neonatales durante 1 mes al nacer por sepsis neonatal + incompatibilidad ABO
- Vacunas completas

Examen físico

- Presión arterial: 98/66 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 156 lpm
- Frecuencia respiratoria: 54 rpm
- Temperatura: 37,6°C
- Saturación de oxígeno: 93 %
- Piel tibia, hidratada, elástica, con palidez leve, no cianosis central ni periférica, no ictericia.
- Aparato respiratorio con amplexación disminuida, taquipnea, aleteo nasal, tiraje subcostal e intercostal, se auscultan subcrepitantes y sibilantes escasos en ambos hemitórax.

Diagnóstico principal: bronquiolitis

Diagnósticos secundarios: prematuridad

Tratamiento médico

- Lactancia materna exclusiva + dieta blanda a voluntad
- NaCl 0.9 % EV a 12 gotas por minuto
- Oxigenoterapia por cánula binasal (mantener SatO₂ siempre ≥ 90 %)
- Aspiración de secreciones constante
- CFV + OSA

Caso clínico n.º8

Niña de 6 años acude por emergencia en tutoría de su madre por presentar tos hace 1 semana, dicha tos produce una expectoración de flema verde amarillenta en moderada cantidad, además presenta fiebre e hiporexia desde hace 3 días. Refiere que estuvo dándole un antibiótico, sin lograr mejoría

alguna y desde ayer la menor esta hipoactiva y presenta estridor laríngeo inspiratorio.

Antecedentes personales

- Crisis asmática desde los 2 años
- Vacunas completas
- Hospitalizada en UCIP por COVID – 19 moderado

Examen físico

- Presión arterial: 112/71 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 144 lpm
- Frecuencia respiratoria: 30 rpm
- Temperatura: 39.4°C
- Saturación de oxígeno: 95 %
- Peso: 26kg
- Piel tibia, hidratada, elástica, no cianosis central ni periférica.
- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa disminuido en tercio inferior de ambos campos pulmonares, crepitantes escasos en tercio medio y tercio inferior de hemitórax izquierdo, taquipnea.
- SNC: somnolienta, E. Glasgow 13/15, no signos de focalización

Exámenes auxiliares

- Hemograma: leucocitos 19 000/mm³; segmentados 75 %; plaquetas 290.000; hemoglobina 11.1 mg/dL; hematocrito 38 %
- PCR: 12.05
- Procalcitonina: 1.5
- Radiografía de tórax: se observa opacidad en base de ambos hemitórax y horizontalización de las costillas.

Diagnóstico principal: neumonía infantil

Diagnósticos secundarios: anemia ferropénica

Tratamiento médico

- Dieta blanda + líquidos a voluntad
- NaCl 0.9 % 15 gotas por minuto
- Metamizol 1g EV STAT
- Amoxicilina con ácido clavulánico 4ml c/ 8 horas
- Paracetamol 500mg/5ml c/ 8 horas
- Ambroxol 5ml c/ 8 horas

CAPÍTULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Este informe de la pasantía médica se basa en la experiencia adquirida durante las rotaciones en diversas instituciones de salud, que incluyen el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, el Hospital Nacional Dos de Mayo, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y el Centro de Salud Materno Infantil de Surquillo.

El Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, afiliado al MINSA y ubicado en la avenida Alfonso Ugarte 825 en Lima, se destaca como un centro de referencia y atención nacional para afecciones de la mujer, del adolescente y del niño ⁽³⁾. En el 2019 el hospital fue reconocido como un hospital categoría III – E considerándolo un hospital de atención especializada ⁽⁴⁾. Este hospital, uno de los más antiguos de la ciudad, brinda atención a pacientes remitidos desde otras instituciones de salud menos complejas en Lima en los servicios de ginecología y obstetricia, fertilidad, medicina materno fetal, oncología ginecológica, cuenta con servicio de UCI neonatal, pediatría, entre otros ⁽³⁾.

El Hospital Nacional Dos de Mayo, situado en el distrito de Lima, es reconocido como el hospital emblemático de la ciudad debido a su importancia histórica y sus avanzadas capacidades para proporcionar soluciones médicas integrales. Admite pacientes remitidos desde varios departamentos del país, así como numerosos pacientes de Lima provincias ⁽⁵⁾.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, ubicado en el distrito de Surquillo, es un centro especializado en oncología de nivel nacional que trabaja con autonomía, pero a su vez en convenio con DIRIS Lima Centro y el MINSA. Su enfoque en la lucha contra el cáncer y sus complejidades lo convierten en un punto de referencia para pacientes remitidos desde diversas localidades de Lima y otras áreas del país. Dicho instituto cuenta con servicios de hospitalización en medicina y cirugía oncológicas, así como también servicio de patología, radioterapia, servicio de genética, entre otros ⁽⁶⁾.

El Centro de Salud Materno Infantil de Surquillo es un centro de salud I – 4 que se encuentra en jirón Narciso de la Colina 840 en el distrito de Surquillo y es reconocido como un centro de referencia materno infantil dentro de múltiples centros de salud de menor nivel de DIRIS Lima Centro. Cuenta con servicios ginecológicos y obstétricos para mujeres y embarazadas, brinda atención integral durante la gestación, se atiende a muchas mujeres en sus controles prenatales, las acompañan durante el parto y el puerperio. Además, ofrece otros servicios a la comunidad como medicina general, odontología, enfermería, planificación familiar, nutrición, laboratorio, entre otros. Este centro de salud proporciona a los estudiantes de medicina la oportunidad de obtener experiencia práctica en los servicios de atención primaria de la salud.

CAPÍTULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

En el presente capítulo, se busca contrastar y discutir el método de atención a los pacientes que acuden a las instituciones de salud mencionadas durante el internado, comparándolo con las normas técnicas, guías de práctica clínica y la bibliografía científica disponible.

3.1 Rotación en Medicina Interna

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica que se caracteriza por una variedad de síntomas clínicos, que pueden abarcar desde problemas cutáneos simples hasta insuficiencia orgánica grave, así como complicaciones relacionadas con el embarazo ⁽⁷⁾. Las mujeres jóvenes, especialmente aquellas pertenecientes a grupos étnicos como negros, asiáticos e hispanos, presentan una mayor frecuencia de afectación por el LES, con tasas más elevadas de prevalencia e incidencia ⁽⁷⁾.

Informes recientes de los últimos cinco años han evidenciado una variabilidad significativa en la aparición y frecuencia del LES en distintas regiones del mundo, incluso dentro de ciertos subgrupos ⁽⁸⁾. Es probable que estas variaciones se deban tanto a diferencias reales como a disparidades en la metodología de investigación y los criterios para definir los casos ⁽⁸⁾.

En el contexto de la vasculitis urticaria, se trata de una condición caracterizada por lesiones cutáneas recurrentes que se asemejan a la urticaria ^(9,10). La vasculitis leucocitoclástica se confirma mediante un examen histológico. Los síntomas cutáneos de la urticaria vasculítica incluyen dolor, sensación de ardor y picazón ^(9,10). La característica distintiva es la persistencia de las lesiones cutáneas durante más de 24 horas, esto indica la probable presencia de una vasculitis leucocitoclástica o linfomonocítica, en contraste con la urticaria no vasculítica, que normalmente desaparece en unas pocas horas y no persiste más allá de las 24 horas ⁽⁹⁾.

La vasculitis leucocitoclástica es una afección con diversas causas subyacentes ⁽¹¹⁾. La vasculitis urticaria puede originarse por causas

desconocidas o estar vinculada a condiciones autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico, infecciones, reacciones a medicamentos o síndromes paraneoplásicos ^(9,10). Algunas formas de vasculitis pueden presentar niveles normales o bajos de complemento y estar asociadas con una velocidad de sedimentación globular elevada ⁽¹⁰⁾.

En el contexto del lupus eritematoso sistémico (LES) o lupus con vasculitis urticaria, se ha observado una posible conexión con los anticuerpos anti-O C1q, y en algunos pacientes, otros órganos también pueden estar afectados ⁽¹²⁾.

La tuberculosis intestinal, aunque poco común en los países occidentales, ha experimentado un aumento, especialmente debido a la migración y su impacto en pacientes con VIH ^(13,14). Los síntomas pueden ser inespecíficos, y el diagnóstico puede ser desafiante, ya que el 25 % de los pacientes muestran radiografías de tórax normales ^(14,15). La zona ileocecal es la más afectada, y la terapia preferida es la administración de medicación antituberculosa durante seis meses, considerándose la cirugía solo en casos de dificultades ^(14,15).

La Organización Mundial de la Salud propone clasificar las formas extrapulmonares de tuberculosis en graves y no graves ⁽¹⁶⁾. Entre ellas se destacan la tuberculosis meníngea y del sistema nervioso central, la tuberculosis espinal, la tuberculosis abdominal, el derrame pleural bilateral, el derrame pericárdico y la tuberculosis osteoarticular ⁽¹⁶⁾. El tratamiento sugerido consiste en cuatro fármacos iniciales durante dos meses, seguidos de rifampicina e isoniazida durante cuatro meses ⁽¹⁶⁾.

Durante la hospitalización, persisten la fiebre a 38°C, un empeoramiento del dolor abdominal, y se evidencian más claramente la pérdida de peso y el deterioro del estado general. Ante la falta de opciones diagnósticas alternativas, se decide realizar una laparotomía exploratoria en colaboración entre internistas, cirujanos y radiólogos. La exploración revela un proceso plástico que afecta las asas y mesos intestinales, líquido libre intraabdominal

turbio, siembra peritoneal generalizada, especialmente en el íleo terminal y la raíz del mesenterio, y nódulos granulomatosos. Se recogen muestras de citología del líquido intraperitoneal y de las muestras peritoneales.

3.2 Rotación en Cirugía General

El cáncer de tiroides se clasifica en dos tipos: carcinoma medular de tiroides y carcinoma derivado de células foliculares ^(17,18). En esta revisión, nos referiremos al cáncer de tiroides, que se origina a partir de células papilares y representa aproximadamente el 84 % de los casos ⁽¹⁹⁾. La incidencia de cáncer de tiroides ha aumentado, en gran parte debido a la mayor detección del carcinoma papilar de tiroides (CPT) ^(19,20). Además, se ha observado un aumento constante en el tamaño de los tumores malignos de tiroides ⁽²⁰⁾. Aún no está claro si este aumento se debe únicamente a mayores pruebas diagnósticas o si hay un aumento real en su incidencia ^(20,21). No obstante, se han documentado cambios moleculares simultáneos en el desarrollo del cáncer de tiroides ⁽²¹⁾.

Las recomendaciones actuales sugieren un enfoque más cauteloso para los CPT pequeños que pueden haber estado clínicamente silentes, debido a preocupaciones sobre el tratamiento excesivo ⁽²²⁾. La implementación de estos criterios ha llevado a una estabilización en el número de casos y una disminución en el diagnóstico de cáncer de tiroides menor de un centímetro ^(21,22). Los avances en las pruebas moleculares y el desarrollo de nuevos medicamentos han revolucionado el tratamiento de formas agresivas de cáncer de tiroides ⁽²³⁾.

En el caso abordado, se llevó a cabo una tiroidectomía total y linfadenectomía bilateral del compartimento central. El informe anatomopatológico reveló un lóbulo tiroideo derecho de 4,5 cm de diámetro, caracterizado por un carcinoma poco diferenciado con patrón insular y difuso. El tumor exhibió una intensa expresión generalizada de BCL-2 (citoplasmático) y TTF-1 (nuclear), junto con una expresión limitada y esporádica de citoqueratina AE1-AE3. No se detectó expresión de calcitonina, sinaptofisina, cromogranina, enolasa, galectina 3 ni HMGE-1.

Se clasificó como estadio TNM: pT3 (m) N0. El paciente experimentó una recuperación postoperatoria positiva y fue dado de alta dos días después de la intervención. Actualmente, tiene seguimiento por el servicio de endocrinología, donde recibe dosis supresoras de levotiroxina (LT4) sin evidencia de recidiva. Los niveles de tiroglobulina son bajos, y las exploraciones con yodo 131 y resonancia magnética no han revelado indicios de enfermedad local o metástasis.

En lo que respecta al cáncer colorrectal, se destaca como el tumor más frecuente al considerar ambos sexos ⁽²⁴⁾. Ocupa la tercera posición en hombres (tras el cáncer de próstata y pulmón) y la segunda en mujeres, superado únicamente por el cáncer de mama ^(24,25). Esta neoplasia presenta desafíos diagnósticos en sus primeras etapas, ya que los síntomas suelen manifestarse en fases avanzadas, con signos iniciales como anemia crónica y dolor abdominal ^(24,26).

En el caso expuesto, se propone una laparotomía exploratoria para confirmar el diagnóstico de neoplasia en el colon derecho con metástasis hepáticas, respaldada por hallazgos intraoperatorios que sugieren un proceso inflamatorio agudo local. Durante la cirugía, se identifica un tumor estenosante en el ángulo esplénico del colon, que genera una dilatación retrograda con marcada distensión de las asas intestinales, principalmente del ciego. No se observan signos de necrosis ni carcinomatosis. Se realiza una resección colónica de un segmento significativo y se coloca una colostomía terminal en la fosa iliaca izquierda. Las muestras se envían al servicio de patología para descartar neoplasia maligna. La cirugía concluye sin complicaciones, y el paciente se traslada al servicio de cuidados postoperatorios, donde se monitorean sus funciones vitales y signos de alarma hasta que se recupera del efecto de la anestesia general.

3.3 Rotación en Ginecología y Obstetricia

La incidencia de preeclampsia, que afecta entre el 2 % y el 8 % de los embarazos en todo el mundo, está en aumento debido a las actuales tendencias de edad avanzada de las madres y al aumento de la masa corporal

(27,28). La preeclampsia es una condición de hipertensión relacionada con el embarazo que presenta el mayor riesgo de complicaciones de salud y muerte tanto para la madre como para el feto (27,29).

La atención prenatal se centra significativamente en la identificación de la preeclampsia mediante la detección de la presión arterial y la proteinuria (30,31). Actualmente, no existe ningún tratamiento aprobado que modifique la progresión de la preeclampsia (27,32). El enfoque más efectivo implica identificar a las mujeres de alto riesgo, utilizar terapia preventiva, controlar la hipertensión y otros problemas orgánicos si se produce preeclampsia y, en última instancia, dar a luz al bebé en el momento adecuado, ya que esta es la única acción que inicia la resolución de esta afección (30).

A nivel mundial, hay un consenso en que la detección del riesgo de preeclampsia debe realizarse al comienzo del embarazo para determinar si es necesario utilizar terapias preventivas basadas en evidencia, como la aspirina (30,32). Aunque la incorporación de marcadores bioquímicos y factores ecográficos junto con los factores de riesgo clínicos puede aumentar la precisión en la identificación del riesgo de preeclampsia, aún no existe una precisión absoluta para identificar a las mujeres en riesgo de desarrollar preeclampsia antes de las 37 semanas de gestación (preeclampsia pretérmina) (30,33). Los factores de riesgo clínicos son cruciales para predecir la preeclampsia, incluso aquellos que surgen más adelante en el embarazo y requieren un mayor seguimiento y un parto oportuno (30).

Se consideran factores de riesgo asociado a la preeclampsia: edad, obesidad, diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, enfermedades renales, trombofilias, gestación múltiple, primer embarazo, raza negra (30,34).

La hipertensión de nueva aparición es un indicador clave para diagnosticar la afección (30,35). En casos graves pueden aparecer proteinuria, edema generalizado, hipoalbuminemia, retraso del crecimiento intrauterino y enfermedad multisistémica (31).

La eclampsia, complicación de la preeclampsia severa, puede provocar lesión cerebral y convulsiones tónico-clónicas, que potencialmente progresan a un estado comatoso y fatal ^(30,35).

Podemos enfrentarnos a problemas importantes como hemorragias y separación de retina, insuficiencia respiratoria por edema, insuficiencia renal, coagulación vascular diseminada, daño hepático y síndrome HELPP ⁽³⁵⁾. Esta condición indica un panorama sombrío para la enfermedad, la cual se caracteriza por presentar hemólisis (H), enzimas hepáticas elevadas (EL) y recuento de plaquetas disminuido (LP) ⁽³⁶⁾.

Las mujeres con hipertensión arterial gestacional pueden ser tratadas de forma ambulatoria, pero la hospitalización se vuelve necesaria al desarrollar una proteinuria considerable, de esta manera se realiza exámenes y vigilancia materno-fetal para detectar indicadores de problemas de manera temprana ^(30,31).

En el caso expuesto sobre esta enfermedad, después de la hospitalización y tras ser trasladada a la unidad de alto riesgo obstétrico, se observa un aumento de la presión arterial con valores reportados de 169/113mmHg, a pesar del tratamiento hipotensor indicado. Se inicia una profilaxis para posibles convulsiones con sulfato de magnesio. Sin embargo, la paciente presenta náuseas y se realiza una evaluación de los resultados de la analítica y el análisis de orina básico. Destaca una proteinuria (+++), y a pesar del tratamiento, no se consigue un control adecuado de la presión arterial. La paciente comienza a experimentar alteraciones visuales y vómitos, lo que lleva a la decisión de finalizar el embarazo debido a la presencia de pródromos de eclampsia y el riesgo de compromiso fetal.

El embarazo se interrumpe mediante cesárea de urgencia después de 36 semanas de gestación. El procedimiento fue exitoso, se tuvo como resultado el nacimiento de un recién nacido varón vivo, de 37 semanas de edad gestacional según la prueba de Capurro, con un peso de 3300 gramos, una puntuación en la prueba de Apgar de 8/9, y en buen estado de salud. La

paciente pasa por un periodo de puerperio durante el cual sus funciones vitales vuelven a la normalidad, y es dada de alta después de 7 días.

En el otro caso vemos un caso de placenta previa en una paciente Cesareada anterior 2 veces lo que la predispone a mayor riesgo de presentar acretismo placentario. La placenta acreta es una afección en la que parte o la totalidad de la placenta se adhiere de manera anormal, con la decidua basal ausente parcial o completamente y las vellosidades coriónicas que penetran en el miometrio ^(37,38). Su prevalencia ha aumentado con el incremento de las cesáreas en los últimos años ⁽³⁹⁾. Esta condición también se correlaciona significativamente con la placenta previa y afecta hasta al 9 % de las personas con esta enfermedad ^(30,40).

Ocurre en aproximadamente 1 de cada 333 a 533 nacimientos y es una de las principales causas de cesárea e histerectomía en los países desarrollados, considerándose una de las crisis obstétricas más graves ⁽⁴¹⁾. La implantación anormal de la placenta está vinculada principalmente a lesiones causadas por procedimientos intrauterinos, como el parto después de una cesárea previa, la ablación endometrial, el legrado uterino, la irradiación pélvica y la cirugía uterina por otros motivos, incluida la miomectomía ^(39,41). Factores de riesgo adicionales incluyen multiparidad, tabaquismo, consumo de cocaína, edad materna avanzada, embarazos múltiples y métodos de reproducción asistida ^(40,41). Los síntomas principales son el sangrado vaginal durante el embarazo, y el diagnóstico se basa en ecografía o resonancia magnética ^(37,38).

3.4 Rotación en Pediatría

La bronquiolitis es una infección de las vías respiratorias inferiores que se asocia casi exclusivamente al virus y afecta a niños menores de dos años.⁴² Se caracteriza por la inflamación aguda, el edema, la hipersecreción y la necrosis de las células epiteliales bronquiales ^(42,43). La presentación clínica típica incluye tos de gravedad variable, congestión nasal y posibles síntomas de dificultad respiratoria, como taquipnea y el uso de músculos auxiliares ^(42,43). El tratamiento puede variar desde terapia ambulatoria hasta

hospitalización e incluso la necesidad de ventilación artificial, depende de la gravedad de la enfermedad ⁽⁴⁴⁾.

La bronquiolitis es la primera causa de hospitalización de lactantes menores de un año y está vinculada principalmente al virus respiratorio sincitial (VRS) y en menor medida al *rhinovirus* y otros agentes virales ⁽⁴²⁾. Aunque existen directrices estructuradas, como las publicadas por la Academia Americana de Pediatría (AAP), para el tratamiento de la bronquiolitis, hay variación en la atención prestada a los pacientes hospitalizados en diferentes centros sanitarios ^(43,44).

Además del VRS, otras causas virales incluyen *Enterovirus*, *Adenovirus*, *Coronavirus*, *Rhinovirus*, *bocavirus humano*, *Metapneumovirus*, *Enterovirus e Influenza*. Aunque algunas investigaciones sugieren que la coinfección con VRS y otros virus podría estar relacionada con una mayor morbilidad, la coinfección es común y no siempre se asocia con mayor gravedad ^(42,43).

Los factores de riesgo de esta enfermedad son ^(42,45):

- Género masculino
- Prematuridad
- Menores de 3 meses
- Nacer en invierno
- Displasia broncopulmonar
- Cardiopatía congénita
- Exposición a tabaco
- Elevada paridad
- Corta duración de la lactancia
- Madre adolescente
- Asma materna
- Bajo nivel socioeconómico

La neumonía infantil es una enfermedad que, en la mayoría de los casos, presenta síntomas similares, independientemente de si es causada por una bacteria o un virus ⁽⁴⁶⁾. En niños menores de cinco años, los síntomas más

comunes incluyen taquipnea (respiración rápida), fiebre, dificultad respiratoria, tos y tiraje subcostal ⁽⁴⁶⁾. Los bebés pueden mostrar hiporexia (falta de apetito), convulsiones, irritabilidad, hipoactividad e hipotermia ⁽⁴⁶⁾.

Existen varios factores de riesgo asociados con la neumonía infantil, como la inmunodeficiencia, la falta de lactancia materna, la infección por VIH, la exposición a la biomasa (como humo de leña), condiciones de hacinamiento y la exposición al humo del tabaco en el hogar ^(46,47).

El tratamiento principal para la neumonía bacteriana es la amoxicilina, pero se debe realizar un cultivo para descartar la resistencia bacteriana y, en caso necesario, prescribir un medicamento más específico y de mayor espectro ^(48,49). La hospitalización se reserva para casos más graves, después de una evaluación por parte de un médico especializado. La atención médica adecuada es esencial para garantizar una recuperación completa y prevenir complicaciones ^(48,49).

CAPÍTULO IV: REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Las prácticas médicas hospitalarias, conocidas como internado de medicina en nuestro país, constituyen la etapa final del crecimiento profesional de un estudiante de medicina humana. El objetivo es utilizar la información adquirida durante los seis años de estudio anteriores y alcanzar la madurez profesional necesaria para un desempeño óptimo en el sector sanitario a partir de entonces.

Las prácticas preprofesionales se iniciaron el 1 de abril de 2023 en el Centro de Salud Materno Infantil Surquillo. Dicho centro de salud brinda atención primaria a pacientes de todas las edades y sexos para sus primeras consultas sanitarias. Algunos acuden para someterse a pruebas de detección de enfermedades, mientras que otros buscan ser remitidos a un especialista para el tratamiento de sus dolencias. El centro de salud atiende durante todo el año, incluido los domingos sobre todo en el servicio de emergencias obstétricas ya que es un establecimiento de referencia para la atención y seguimiento de mujeres embarazadas y recién nacidos sin complicaciones.

Se participó activamente en la iniciativa nacional "Chequéate Perú" del 15 de mayo del 2023 al 21 de mayo del 2023. Se ofrecían exámenes de salud preventivos gratuitos para ayudar a prevenir enfermedades y sus repercusiones ⁽⁵⁰⁾. Esta campaña tuvo como objetivo identificar y prevenir prontamente enfermedades como la hipertensión, la diabetes *mellitus*, la obesidad, la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, el VIH, la sífilis, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad renal, el hipotiroidismo, los peligros obstétricos y neonatales, así como las preocupaciones de salud mental ⁽⁵⁰⁾.

En el centro de salud el médico de cabecera, conocido como médico general, se ocupaba de los problemas clínicos frecuentes donde se realizaba el descarte de enfermedades, control de ciertas enfermedades crónicas; mientras que los casos más complejos se trasladaban a un hospital para un examen exhaustivo especializado y tratamiento adicional. Durante esta

rotación, estudié ampliamente la atención primaria de salud y su función crucial como base de la asistencia sanitaria a la población peruana.

Entre junio y septiembre, tuve la oportunidad de realizar mi internado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de Lima.

Durante mi segunda rotación, se hicieron prácticas en Ginecología y Obstetricia, con especial atención a pacientes femeninas que buscaban asistencia médica urgente debido a signos o síntomas preocupantes durante el embarazo que se consideraban alarmantes. Si era necesario, se interrumpía el embarazo antes de su finalización mediante cesárea, según aconsejara el médico. En el caso de Ginecología y Obstetricia tuve la oportunidad de atender partos, participar en múltiples alumbramientos, ingresar a instrumentar a cesáreas, colocación de métodos anticonceptivos, apoyar en cirugías netamente ginecológicas como histerectomías, extirpación de quistes, entre muchas otras cosas que hicieron que ésta fuera de mis mejores rotaciones y que incluso me permitió poder definir la especialidad que quisiera seguir.

Durante la tercera rotación, la atención se centró en la especialidad de Pediatría, que implica el tratamiento de pacientes recién nacidos, niños y adolescentes. Los casos más complicados o críticos se derivaban a las unidades de cuidados intermedios pediátricos y de cuidados intensivos pediátricos. Durante esta etapa, en el servicio de pediatría se observó pacientes con intestino corto que viven hace muchos años en el hospital debido a su condición, muchos con infecciones intrahospitalarias que no le permiten aún salir del hospital, así como también se tuvo casos en los que pacientes con intestino corto eran reingresados con deshidratación severa y acidosis metabólica. También se observó múltiples pacientes con afecciones respiratorias que se manejaban en conjunto con los médicos asistentes y médicos residentes.

En el servicio de neonatología participé de múltiples guardias en atención inmediata del recién nacido tanto de partos vaginales como de cesáreas, en

esta rotación aprendí lo importante que es la serenidad y la paciencia del médico para afrontar diversas complicaciones que puede tener el recién nacido. En alojamiento conjunto se evaluaba la evolución de los neonatos a diario y se enseñaba a las mamás la técnica adecuada para lactancia. De estos meses de rotación me llevo una valiosa experiencia en el manejo de casos pediátricos y obstétricos.

Posteriormente, mi cuarta rotación se centró en Medicina Interna que se llevó a cabo en el Hospital Nacional Dos de Mayo de Lima, entre octubre y noviembre. Este hospital, reconocido por su volumen significativo de casos, se destaca como un importante centro sanitario en la ciudad, respaldado por su larga trayectoria y capacidad para ofrecer soluciones eficaces.

Durante esta rotación pude presenciar una variedad de casos, desde enfermedades comunes como la neumonía adquirida en la comunidad o infecciones del tracto urinario, hasta condiciones menos frecuentes como el síndrome antifosfolípido o vasculitis urticariana. La rotación por este establecimiento de salud tuvo un gran impacto en mi persona por la cantidad de pacientes, por la complejidad de sus enfermedades y por la complejidad de los entornos en los que viven. La rotación por este nosocomio reforzó lo valioso que es ser empático, escuchar no solo las dolencias físicas, sino también las preocupaciones que tenía cada paciente y su familia.

En diciembre y enero, la última rotación fue en Cirugía General en el INEN, centrándose principalmente en tratar a pacientes adultos que acudían por situaciones de emergencia que requerían cirugía inmediata, mientras que los casos ambulatorios implican procedimientos programados para enfermedades crónicas y neoplasias curables quirúrgicamente.

Durante esta etapa, participé en diversos servicios quirúrgicos tales como mama y tejidos blandos, cabeza y cuello, cirugía abdominal, ortopedia y en el servicio de tórax y cardiovascular. Pude ingresar a cirugías de más de 8 horas seguidas, en las cuales me permitieron no solo observar sino también participar en la movilización de diversas partes del cuerpo, en el aspirado de

secreciones y permitiéndome suturar. Fue una rotación que personalmente fue muy dura, pero en la cual aprendí que uno nunca tiene que perder la humanidad y calidez hacia un paciente sobre todo porque a muchos de ellos les queda muy poco tiempo de vida.

A lo largo de estas rotaciones, me involucré en actividades preprofesionales en escenarios diversos, tales como atención en primer nivel, emergencias, consultas externas, hospitalización, cuidados intermedios y cuidados intensivos, entre otros. En pleno uso de los conocimientos adquiridos a lo largo de mis estudios de medicina humana, se llevó a cabo tratamientos médicos bajo la supervisión de médicos residentes y asistentes, quienes guiaron y supervisaron mi aprendizaje durante este importante año de formación.

CONCLUSIONES

1. El internado es un año de estudio decisivo en la preparación profesional de los estudiantes de medicina, que implica la adquisición de una cantidad significativa de información teórica y práctica que contribuye con el desarrollo integral como futuros médicos.
2. El internado es una práctica preprofesional requerida para cada estudiante de medicina en la que se van a enfrentar a diversidad de contextos para obtener experiencias formativas enriquecedoras y diversas.
3. La rotación del internado en el nivel de atención primaria es esencial para proporcionar una educación integral y social a cada estudiante de medicina que sirve para tener una noción de las actividades a realizar durante el SERUMS.
4. El internado en un hospital del MINSA ofrece amplias oportunidades de aprendizaje y una instrucción exhaustiva debido a la variedad de casuística.
5. Una adecuada tutoría por parte de los médicos asistentes, los médicos residentes y otros profesionales sanitarios de los centros hospitalarios es importante para que los médicos internos aprendan y desempeñen sus funciones con precisión a lo largo de las rotaciones.

RECOMENDACIONES

1. Es recomendable ampliar la duración de la pasantía a 12 meses, como era antes de la pandemia de COVID-19, y respetar las normas legales. El horario debe abarcar tanto los turnos diurnos como nocturnos, así como los días laborables habituales.
2. Es recomendable que los estudiantes de medicina participen en rotaciones en establecimientos de atención primaria de salud para familiarizarse con los servicios ofrecidos y el funcionamiento de dichas instituciones.
3. Es recomendable suministrar constantemente equipo de protección suficiente para cumplir con las normas de bioseguridad establecidas por las organizaciones de salud.
4. Es recomendable incrementar la variedad de sedes hospitalarias disponibles para pasantías que permitan a los estudiantes de salud adquirir experiencia práctica en diversos niveles de atención de salud y hospitales con distintos niveles de complejidad, como el MINSA, ESSALUD y las fuerzas armadas, entre otras instituciones.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1) André JC, Lima AR, Brienze SL, Werneck AL, Afonso DH, Fucuta PS. Perception of Medical Intern Students about the Gaps in Their Medical Training Related To Human Skills and Competences and the Role of Teachers and Preceptors. *Int J Latest Res Humanities Social Sci.* 2019;2(07):17-24.
- 2) Taype-Rondán Á, Tataje Rengifo G, Arizabal A, Alegría Hernández S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. *In Anales de la Facultad de Medicina* 2016 Jan (Vol. 77, No. 1, pp. 31-38). UNMSM. Facultad de Medicina.
- 3) Sandoval JE. Reseña histórica. *Cienc Poder Aéreo* [Internet]. 2004 [citado el 27 de febrero de 2024]; vol. 1 (1): 2. Disponible en: <https://www.sanbartolome.gob.pe/index.php/institucion/resena-historica>.
- 4) Gob.pe. [citado el 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://sieval.sanbartolome.gob.pe/transparencia/Publicacion2020/Direccion/OFI%20N988-DG-DIRIS-LC,%20Categoria%20III-E.pdf>
- 5) Hospital Nacional Dos de Mayo. Reseña Histórica [Internet]. Portal de transparencia. [Citado el 27 de febrero de 2024]. Disponible <https://www.hdosdemayo.gob.pe/Institucional/ReseniaHistorica>
- 6) Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN. Reseña Histórica [Internet]. Portal de transparencia estándar INEN. 2019 [Citado el 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/resena-historica/>
- 7) Fortuna G, Brennan MT. Systemic lupus erythematosus. *Dent Clin North Am* [Internet]. 2013 [citado el 2 de marzo de 2024];57(4):631–55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cden.2013.06.003>
- 8) Kiriakidou M, Ching CL. Systemic lupus erythematosus. *Ann Intern Med* [Internet]. 2020 [citado el 2 de marzo de 2024];172(11):ITC81–96. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7326/aitc202006020>
- 9) Marzano AV, Maronese CA, Genovese G, Ferrucci S, Moltrasio C, Asero R, et al. Urticarial vasculitis: Clinical and laboratory findings with a particular emphasis on differential diagnosis. *J Allergy Clin Immunol*

- [Internet]. 2022 [citado el 2 de marzo de 2024];149(4):1137–49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2022.02.007>
- 10) The Journal of Allergy and Clinical Immunology. Mimickers of Urticaria: Urticarial Vasculitis and Autoinflammatory Diseases [Internet]. The Journal of Allergy and Clinical Immunology, editor. jaci-inpractice.org. 2018 [citado el 2 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.jaci-inpractice.org/article/S2213-2198\(18\)30328-3/abstract](https://www.jaci-inpractice.org/article/S2213-2198(18)30328-3/abstract)
 - 11) Fraticelli P, Benfaremo D, Gabrielli A. Diagnosis and management of leukocytoclastic vasculitis. Intern Emerg Med [Internet]. 2021 [citado el 2 de marzo de 2024];16(4):831–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11739-021-02688-x>
 - 12) Yu H, Nagafuchi Y, Fujio K. Clinical and Immunological Biomarkers for Systemic Lupus Erythematosus. Biomolecules. [Internet]. 2021 Jul [citado el 3 de marzo de 2024];11(7):928. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8301935/>
 - 13) American Journal of the Medical Sciences. Multisystemic tuberculosis presenting with pulmonary, pleura, intestinal and bone involvement [Internet]. Dong J, Wang H, editors. amjmedsci.org. 2022 [citado el 3 de marzo de 2024]. Disponible en: [https://www.amjmedsci.org/article/S0002-9629\(22\)00263-4/abstract](https://www.amjmedsci.org/article/S0002-9629(22)00263-4/abstract)
 - 14) Kentley J, Ooi JL, Potter J, Tiberi S, O’Shaughnessy T, Langmead L, et al. Intestinal tuberculosis: a diagnostic challenge. Tropical Medicine & International Health. 2017 Jul 5 [citado el 3 de marzo de 2024];22(8):994–9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12908>
 - 15) Lee JY. Diagnosis and Treatment of Extrapulmonary Tuberculosis. Tuberculosis and Respiratory Diseases. 2015 [citado el 3 de marzo de 2024];78(2):47. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4388900/>
 - 16) World Health Organization. Drug-resistant tuberculosis treatment. World Health Organization, editor. WHO consolidated guidelines on tuberculosis [Internet]. 2022 Sep 15 [citado el 3 de marzo de 2024];9:81–3. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK588564/pdf/Bookshelf_NBK588564.pdf

- 17)Chen DW, Lang BHH, McLeod DSA, Newbold K, Haymart MR. Thyroid cancer. *Lancet*. 2023 May 6 [citado el 3 de marzo de 2024];401(10387):1531-1544. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00020-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00020-X/abstract)
- 18)Cabanillas ME, McFadden DG, Durante C. Thyroid cancer. *Lancet*. 2016 Dec 3 [citado el 3 de marzo de 2024];388(10061):2783-2795. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30172-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30172-6/abstract)
- 19)Boucai L, Zafereo M, Cabanillas ME. Thyroid Cancer: A Review. *JAMA* [Internet]. 2024 Feb 6 [citado el 3 de marzo de 2024];331(5):425–35. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2814532>
- 20)Pizzato M, Li M, Vignat J, Laversanne M, Singh D, La Vecchia C, Vaccarella S. The epidemiological landscape of thyroid cancer worldwide: GLOBOCAN estimates for incidence and mortality rates in 2020 [Internet]. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2022 Apr [citado el 3 de marzo de 2024];10(4):264-272. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(22\)00035-3/abstract](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(22)00035-3/abstract)
- 21)Nabhan F, Dedhia PH, Ringel MD. Thyroid cancer, recent advances in diagnosis and therapy. *International Journal of Cancer*. 2021 May 29 [citado el 3 de marzo de 2024];149(5):984–92. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.33690>
- 22)Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid : official journal of the American Thyroid Association* [Internet]. 2016 [citado el 3 de marzo de 2024];26(1):1–133. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26462967>
- 23)Cheng SY, Leonard JL, Davis PJ. Molecular Aspects of Thyroid Hormone Actions. *Endocrine Reviews* [Internet]. 2010 Apr 1 [citado

- el 3 de marzo de 2024];31(2):139–70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2852208/>
- 24) Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. *Lancet*. 2019 Oct 19 [citado el 3 de marzo de 2024];394(10207):1467-1480. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32319-0/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32319-0/abstract)
- 25) Cubiella J, Marzo-Castillejo M, Mascort-Roca JJ, Amador-Romero FJ, Bellas-Beceiro B, Clofent-Vilaplana J, Carballal S, Ferrándiz-Santos J, Gimeno-García AZ, Jover R, Mangas-Sanjuán C, Moreira L, Pellisè M, Quintero E, Rodríguez-Camacho E, Vega-Villaamil P; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Asociación Española de Gastroenterología. Clinical practice guideline. Diagnosis and prevention of colorectal cancer. 2018 Update. *Gastroenterol Hepatol*. 2018 Nov [citado el 3 de marzo de 2024];41(9):585-596. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-linkresolver-guia-practica-clinica-diagnostico-prevencion-S0210570518302383>
- 26) Li J, Ma X, Chakravarti D, Shalpour S, DePinho RA. Genetic and biological hallmarks of colorectal cancer. *Genes & Development*. 2021 Jun [citado el 3 de marzo de 2024];35(11-12):787–820. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8168558/>
- 27) Ives CW, Sinkey R, Rajapreyar I, Tita ATN, Oparil S. Preeclampsia— Pathophysiology and Clinical Presentations: JACC State-of-the-Art Review. *Journal of the American College of Cardiology* [Internet]. 2020 Oct 6 [citado el 3 de marzo de 2024];76(14):1690–702. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109720362987>
- 28) Yagel S, Cohen S, Admati I. Expert review: preeclampsia Type I and Type II [Internet]. *Maternal Fetal Medicine*, editor. *AJOG MFM Maternal Fetal Medicine*. 2023 [citado el 3 de marzo de 2024].

- Disponible en: [https://www.ajogmfm.org/article/S2589-9333\(23\)00345-2/abstract](https://www.ajogmfm.org/article/S2589-9333(23)00345-2/abstract)
- 29) Melchiorre K, Giorgione V, Thilaganathan B. The Placenta and preeclampsia: Villain or victim? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2021 Mar [citado el 3 de marzo de 2024];226(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33771361/>
- 30) Overton E, Tobes D, Lee A. Pre-eclampsia diagnosis and management. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2022 Feb [citado el 3 de marzo de 2024];36(1). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521689622000076?via%3Dihub>
- 31) Cararach V, Ramoneda, Botet F, Mussons. 6 Preeclampsia. Eclampsia y síndrome HELLP [Internet]. 2008 [citado el 3 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/16_1.pdf
- 32) Moufarrej MN, Vorperian SK, Wong RJ, Campos AA, Quaintance CC, Sit RV, et al. Early prediction of preeclampsia in pregnancy with cell-free RNA. *Nature* [Internet]. 2022 Feb 9 [citado el 3 de marzo de 2024];1–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8971130/>
- 33) MacDonald TM, Walker SP, Hannan NJ, Tong S, Kaitu'u-Lino TJ. Clinical tools and biomarkers to predict preeclampsia. *eBioMedicine*. 2022 Jan [citado el 3 de marzo de 2024];75(103780):103780. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8718967/>
- 34) Rana S, Lemoine E, Granger J, Karumanchi SA. Preeclampsia: Pathophysiology, challenges, and perspectives. *Circulation Research* [Internet]. 2019 Mar 29 [citado el 8 de marzo de 2024];124(7):1094–112. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCRESAHA.118.313276>
- 35) Avnon T, Ascher-Landsberg J, Yogev Y, Many A. Clinical characteristics of preeclampsia in twin versus singleton pregnancies. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*.

- 2020 Jun 29 [citado el 8 de marzo de 2024];1–5. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2020.1784872>
- 36). Alese MO, Moodley J, Naicker T. Preeclampsia and HELLP syndrome, the role of the liver. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2019 Jan 31 [citado el 8 de marzo de 2024];1–7. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14767058.2019.1572737>
- 37) Silver RM, Branch DW. Placenta Accreta Spectrum. Solomon CG, editor. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2018 Apr 19 [citado el 8 de marzo de 2024];378(16):1529–36. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1709324>
- 38) Donovan BM, Shinker SA. Placenta Accreta Spectrum. *Neoreviews*. 2021 Nov [citado el 8 de marzo de 2024];22(11):e722-e733. Disponible en: <https://publications.aap.org/neoreviews/article-abstract/22/11/e722/181268/Placenta-Accreta-Spectrum?redirectedFrom=fulltext>
- 39) Jauniaux E, Grønbeck L, Bunce C, Langhoff-Roos J, Collins SL. Epidemiology of placenta previa accreta: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019 Nov [citado el 8 de marzo de 2024];9(11):e031193. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6858111/>
- 40) Carusi D. The Placenta Accreta Spectrum. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2018 Dec [citado el 8 de marzo de 2024];61(4):733–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30204619/>
- 41) Villagómez E, Reyes-Lopez C, Orozco-Gutiérrez I. Tratamiento de pacientes con placenta anormalmente adherida, con hemorragia. Revisión sistemática [Internet]. *Org. Ginecología y Obstetricia*, editor. *Revista de ginecología y obstetricia*. 2020 [citado el 8 de marzo de 2024];88 (7): 458-470.. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/gom/v88n7/0300-9041-gom-88-07-458.pdf>

- 42) Dalziel SR, Haskell L, O'Brien S, Borland ML, Plint AC, Babl FE, Oakley E. Bronchiolitis. *Lancet*. 2022 Jul 30 [citado el 8 de marzo de 2024];400(10349):392-406. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01016-9/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01016-9/abstract)
- 43) Silver AH, Nazif JM. Bronchiolitis. *Pediatrics in Review* [Internet]. 2019 Nov [citado el 8 de marzo de 2024];40(11):568–76. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatricsinreview/article-abstract/40/11/568/35233/Bronchiolitis?redirectedFrom=fulltext>
- 44) Kavaliunaite E, Aurora P. Diagnosing and managing bronchiolitis obliterans in children. *Expert Review of Respiratory Medicine*. 2019 Mar 8 [citado el 8 de marzo de 2024];13(5):481–8. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17476348.2019.1586537>
- 45) Eigenmann P. Risk factors for bronchiolitis and asthma, and COVID-19 symptoms in young children. *Pediatric Allergy and Immunology*. 2021 Jan 31 [citado el 8 de marzo de 2024];32(2):215–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8014648/>
- 46) Shah SN, Bachur RG, Simel DL, Neuman MI. Childhood Pneumonia. *JAMA* [Internet]. 2017 Aug 1 [citado el 8 de marzo de 2024];318(5):490. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2646720>
- 47) Marangu D, Zar H. Childhood pneumonia in low-and-middle-income countries: An update. *Paediatric Respiratory Reviews* [Internet]. 2019 Nov 1 [citado el 8 de marzo de 2024];32:3–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526054219300594?via%3Dihub>
- 48) Tramper-Stranders GA. Childhood community-acquired pneumonia: A review of etiology- and antimicrobial treatment studies. *Paediatric Respiratory Reviews*. 2018 Mar [citado el 8 de marzo de 2024];26:41–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7106165/>
- 49) Nascimento-Carvalho CM. Community-acquired pneumonia among children: The latest evidence for an updated management. *Jornal de*

Pediatría. 2019 Sep [citado el 8 de marzo de 2024];96. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7094337/>

50)Semana Nacional de la Prevención [Internet]. www.gob.pe. 2023 [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/chequeateperu>