

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA MÉDICA EN TRES INSTITUTOS NACIONALES:  
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, MATERNO PERINATAL Y  
SALUD DEL NIÑO 2023-2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR  
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR  
PATTY YESSENIA CHAU SARAVIA  
ESTEFANY ILLARY PRADA CONDE**

**ASESORA  
ROSA CECILIA INGA TORRES**

**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/>



**FACULTAD DE MEDICINA  
HUMANA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**EXPERIENCIA MÉDICA EN TRES INSTITUTOS NACIONALES:  
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, MATERNO PERINATAL Y  
SALUD DEL NIÑO 2023-2024**

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

**PRESENTADO POR  
PATTY YESSENIA CHAU SARAVIA  
ESTEFANY ILLARY PRADA CONDE**

**ASESORA  
MGTR. ROSA CECILIA INGA TORRES**

**LIMA – PERÚ  
2024**

## **JURADO**

**PRESIDENTE: Dr. FERNANDO MARCOS HERRERA HUARANGA**

**MIEMBRO: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE**

**MIEMBRO: Dr. CESAR AUGUSTO AGUILERA HERRERA**

## **DEDICATORIA**

A nuestras familias y amigos, cuyo apoyo incondicional ha sido nuestra fortaleza a lo largo de estos años de estudio, nuestro sincero agradecimiento. Su fe en nosotros y sus ánimos constantes han sido fundamentales en este viaje.

Así mismo, extendemos nuestro reconocimiento a nuestros maestros y doctores que nos impulsaron a superarnos en los años previos al internado. Gracias por compartir su conocimiento invaluable y ayudarnos a pulir nuestras habilidades en cada paso del camino.

## **AGRADECIMIENTO**

A aquellas personas que contribuyeron en el proceso de desarrollo de este trabajo de experiencia profesional en el campo de la medicina. En primer lugar, a todos los médicos de cada una de las instituciones que formaron parte de la etapa del internado, brindándonos las herramientas necesarias para el desarrollo de este trabajo. En segundo lugar, a nuestra asesora quien no dudó en sumarse a este proyecto con su guía y dedicación constante.

## ÍNDICE

RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
<b>1. Rotación en Medicina Oncológica:</b>	4
1.1. Caso clínico n.º 1	4
1.2. Caso clínico n.º 2	6
1.3. Caso clínico n.º 3	8
1.4. Caso clínico n.º 4	10
<b>2 Rotación en Cirugía Oncológica</b>	12
2.1 Caso clínico n.º 1	12
2.2. Caso clínico n.º 2	14
2.3. Caso clínico n.º 3	16
2.4. Caso clínico n.º 4	18
<b>3. Rotación en Ginecología y Obstetricia:</b>	20
3.1. Caso clínico n.º 1	20
3.2. Caso clínico n.º 2	23
3.3. Caso clínico n.º 3	26
3.4. Caso clínico n.º 4	29
<b>4. Rotación en Neonatología y Pediatría:</b>	33
4.1 Caso clínico n.º 1	33
4.2. Caso clínico n.º 2	37
4.3. Caso clínico n.º 3	40
4.4 Caso clínico n.º 4	43
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	47
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	49
<b>1. Medicina Oncológica</b>	49
1.1 Caso clínico n.º 1	49
1.2 Caso clínico n.º 2	52
1.3 Caso clínico n.º 3	54
1.4. Caso clínico n.º 4	56
<b>2. Cirugía Oncológica</b>	59

2.1. Caso clínico n.º 1	59
2.2. Caso clínico n.º 2	62
2.3. Caso clínico n.º 3	64
2.4. Caso clínico n.º 4	66
3. Ginecología y Obstetricia	68
3.1 Caso clínico n.º 1	68
3.2. Caso clínico n.º 2	69
3.3. Caso clínico n.º 3	71
3.4 Caso clínico n.º 4	75
4. Neonatología y Pediatría	78
4.1 Caso clínico n.º 1	78
4.2 Caso clínico n.º 2	80
4.3 Caso clínico n.º 3	81
4.4 Caso clínico n.º 4	83
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	86
CONCLUSIONES	87
RECOMENDACIONES	89
FUENTES DE INFORMACIÓN	90



## RESUMEN

El presente trabajo narra la experiencia vivida por dos internas de medicina durante el periodo 2023-2024 en los establecimientos de salud de niveles III - 2 de complejidad del Minsa (Institutos) durante el último año de pregrado de la carrera de medicina humana; ofreciendo una perspectiva integral sobre el aprendizaje obtenido a lo largo del programa de internado médico plasmado en la revisión, análisis, desarrollo y discusión de casos clínicos de las diversas áreas de la medicina.

Se inicia relatando un recuento de la trayectoria profesional previa al internado, seguido de las modificaciones llevadas a cabo a partir de la aparición de la pandemia en el contexto del internado médico, así como una descripción detallada de las funciones y responsabilidades asumidas por los internos. Además, examinan 16 casos clínicos de relevancia, procedentes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Instituto Nacional Materno Perinatal, e Instituto Nacional de Salud del Niño, plasmando el manejo que se llevó a cabo en cada caso en particular, teniendo como objetivo contrastar dicha información con una revisión teórica detallada; asociada a los logros y metas alcanzados por los autores. Entre las conclusiones, destaca la importancia de consolidar el conocimiento y la práctica médica durante el internado, resaltando la capacidad de análisis de casos clínicos como herramienta fundamental para decidir el manejo terapéutico o quirúrgico más adecuado; instruyendo de esta manera a futuros médicos.

**Palabras clave:** Internado médico, Medicina Oncológica, Cirugía Oncológica, Pediatría y Ginecología y Obstetricia.

## ABSTRACT

This work narrates the experience lived by two medical interns during the period 2023 - 2024 in health establishments of levels III - 2 of complexity of the MINSA (Institutes), during the last year of the undergraduate degree in human medicine; offering a comprehensive perspective on the learning obtained throughout the medical internship program reflected in the review, analysis, development and discussion of clinical cases from the various areas of medicine. It begins by recounting the professional trajectory prior to the internship, followed by the modifications carried out since the appearance of the pandemic in the context of the medical internship, as well as a detailed description of the functions and responsibilities assumed by the interns. In addition, they examine 16 relevant clinical cases, from the National Institute of Neoplastic Diseases, the National Maternal Perinatal Institute, and the National Institute of Child Health, reflecting the management that was carried out in each particular case, with the objective of contrasting said information. with a detailed theoretical review; associated with the achievements and goals achieved by the authors. Among the conclusions, the importance of consolidating medical knowledge and practice during the internship stands out, highlighting the ability to analyze clinical cases as a fundamental tool to decide the most appropriate therapeutic or surgical management; instructing future doctors in this way.

**Keywords:** Medical internship, Oncological Medicine, Oncological Surgery, Pediatrics and Gynecology and Obstetrics.

NOMBRE DEL TRABAJO

**EXPERIENCIA MÉDICA EN TRES INSTITUTOS NACIONALES: ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, MATERNO PERINATAL Y SALUD**

AUTOR

**CHAU SARAVIA, PATTY YESSENIA**

RECuento de palabras

**24860 Words**

RECuento de caracteres

**140381 Characters**

RECuento de páginas

**105 Pages**

Tamaño del archivo

**192.0KB**

Fecha de entrega

**Mar 4, 2024 11:06 AM GMT-5**

Fecha del informe

**Mar 4, 2024 11:09 AM GMT-5**

● **8% de similitud general**

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

- 8% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

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

## INTRODUCCIÓN

El internado médico consta de actividades preprofesionales que se desarrollan en el último año de la carrera de Medicina Humana, basándose en la parte asistenciales y académicas dentro de los establecimientos de salud (centro de salud, hospital, clínica e instituto), bajo supervisión de coordinadores designados por las respectivas universidades (1). Esta etapa fortalece el conocimiento obtenido durante los años previos de preparación académica, tanto la parte teórica; así como en el aspecto humanístico, ético e investigación (2).

Durante la pandemia de COVID-19 desencadenada en el Perú en el año 2020, colocando al país en un estado de emergencia el 15 de marzo, el internado médico sufrió diversas modificaciones con motivo de salvaguardar la seguridad de los internos del área de salud (3). Entre los parámetros modificados se encontraba el intervalo en que se elaboraría, ya que según la Ley que determina el régimen que regula las modalidades formativas del internado de ciencias de la salud, menciona que este consta de una duración no mayor de 12 meses. Previo a ello se respetaba el máximo periodo a laborar; sin embargo, actualmente tiene una duración de 10 meses, de los cuales es obligatorio que el 20% del tiempo establecido se desarrolle en el primer nivel de atención, mientras que el otro 80% es distribuido en las rotaciones de Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, y Neonatología y Pediatría (1,4).

Previo al inicio de internado periodo 2023-2024, se realizó la elección de sedes por orden de mérito y Diris (Dirección de Redes Integrales de Salud), donde los internos adjudicaron a plazas brindadas por el convenio que adquirió la universidad con los diferentes hospitales e institutos; exceptuando ESSALUD (Seguro Social de Salud), en el cual tuvo como requisito aprobar un examen (nota mínima 13) que aseguró una plaza en dicha institución. Según la sede escogida, el interno realizó sus rotaciones en las siguientes áreas: Ginecología y Obstetricia, Medicina, Pediatría y Neonatología y Cirugía, la cuales fueron asignadas de manera aleatoria. En este contexto, optamos por realizar el internado médico en tres instituciones de salud categoría III-2, donde se visualizaron casos clínicos correspondientes a la especialidad de cada instituto.

En el presente trabajo se dan a conocer 16 casos clínicos que engloban el manejo médico en sus diversos grados de complejidad, tanto de pacientes que acudían por primera vez a la institución por diagnóstico etiológico de sus patologías; así como aquellos referidos de instituciones de menor grado de complejidad. En donde a través de ellos analizaremos el enfoque diagnóstico y terapéutico que se tomó en cada institución, para que de esta manera se dé a conocer nuevos casos y la estandarización de sus tratamientos.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

En el Perú, la carrera de medicina humana consta de 7 años de duración basándose los 3 primeros en aspectos generales que abarcan conocimientos básicos para el desarrollo progresivo de asignaturas propuestas en años posteriores, denominándose a estos cursos de Ciencias Básicas. Los siguientes 3 años se dividen en cursos que engloban la parte clínica y quirúrgica, en los cuales se realizan prácticas en los diferentes hospitales previo conocimiento teórico impartido por la universidad. Sin embargo, durante el estado de emergencia dado por la pandemia de COVID-19, esta estructura sufrió algunas modificaciones; en donde, se realizaron 2 años de estudio de manera virtual limitando las prácticas en los distintos establecimientos de salud. Pese a todo ello, se llevó a cabo el internado médico con los cuidados de bioseguridad impuestos por el gobierno.

### **Medicina Interna (Oncología médica)**

La unidad de medicina estuvo constituida por cuatro servicios, los cuales fueron: Unidad de Trasplante Medular, Servicio de Adolescentes, Neumología, y Gastroenterología. En los 2 primeros se abordaban a pacientes con patologías netamente hematológicas y sus complicaciones, realizando una adecuada historia clínica, examen físico integral y análisis de exámenes auxiliares solicitados según sospecha diagnóstica. En base a ello se obtenían diagnóstico presuntivos y definitivos que nos orientaban en el manejo médico basados principalmente en tratamiento con radioterapia y quimioterapia, según las guías establecidas. Por otro lado, en los últimos 2 servicios, se realizaban evaluaciones médicas periódicas por consultorio externo, así como seguimiento en área de hospitalización.

El área de neumología estaba dirigido a procedimientos (broncofibroscopia, espirometría, pletismografía, entre otros), realización de riesgo neumológico, y evaluación de complicaciones respiratorias que se presentaban en pacientes hospitalizados. Por su parte, en la especialidad de gastroenterología se abordaban interconsultas propuestas por las diversas áreas de hospitalización y de emergencia; así como la realización de endoscopia, colonoscopia, polipectomía, etc., en las salas de cirugía menor.

## **Cirugía oncológica**

La rotación de cirugía estaba constituida por los servicios de ortopedia, tórax, cabeza y cuello, mamas y abdomen, en donde la jornada laboral consistía en realizar curaciones a los pacientes postoperados, procedimientos guiados por los médicos residentes a cargo, evoluciones diarias, presentación de casos durante el pase de visita con la posterior solicitud de exámenes auxiliares y planteamiento terapéutico propuesto por el asistente a cargo. Además, se contaba con una lista de pacientes programados para hospitalizar con quienes se coordina su ingreso. Posteriormente, se iniciaba la elaboración de historias clínicas supervisadas por los médicos del servicio.

Previo a la programación de una cirugía, se solicitan los exámenes prequirúrgicos realizando las interconsultas pertinentes a cada servicio y esperando la aprobación para la intervención quirúrgica. Durante la cirugía los internos de medicina cumplían la función de segundo o tercer asistente, ayudando al especialista en el acto quirúrgico y postquirúrgico.

## **Ginecología y Obstetricia**

El área de obstetricia estaba conformada por 4 servicios, los cuales eran

**Servicio A:** Pacientes con rango de edad entre 8 a 21 años, sin patología específica.

**Servicio B:** Pacientes con alto riesgo obstétrico hemorrágico.

**Servicio C:** Pacientes con trastornos hipertensivo del embarazo.

**Servicio D:** Gestantes que presentaban patologías infecciosas durante su embarazo, y puérperas con antecedente de este.

En cada uno de ellos, el interno de medicina, en conjunto con su residente a cargo, se encargaba de evaluar diariamente a las gestantes y/o puérperas para la realización de sus evoluciones diarias; además, de la elaboración de las historias clínicas de ingreso. Durante el pase de visita el interno presentaba a sus pacientes, donde usualmente cada uno se encargaba de 12 a 15 de ellas, se analizaba cada caso en particular y se decidía su manejo terapéutico en conjunto con los médicos asistentes. Posteriormente, se llevaba a cabo todo lo planteado durante la visita en donde en algunas ocasiones la paciente pasaba a tópico con el objetivo de realizar algunos procedimientos (test Fern, colocación de implante, limpieza de herida quirúrgica, etc.), a sala de operaciones, centro obstétrico, o al

área tocolisis en caso sea necesario. Sin embargo, en algunas oportunidades en el área de hospitalización existían situaciones de emergencia que requerían actuar de manera inmediata.

Por su parte el servicio de ginecología estaba conformado por un solo plantel, en donde se hospitalizaban casos como embarazos ectópicos, enfermedades trofoblásticas, miomas, pólipos, prolapsos, neoplasias, entre otras; cumpliendo el interno de medicina las funciones ya mencionadas.

Por otro lado, se debía cumplir mínimo una guardia diurna de 12 horas a la semana, la cual se llevaba a cabo en centro obstétrico y/o emergencia. En centro obstétrico, se realizaba la atención de partos bajo la supervisión del médico de guardia, seguimiento de puerperio inmediato y la observación de posibles complicaciones; mientras que en emergencia, se atendía en consultorios tanto a gestantes, puérperas, así como a pacientes con patologías ginecológicas. En caso de ser necesario el interno ingresaba a sala de operaciones a cumplir la función de segundo ayudante o instrumentista, según disponibilidad del personal.

### **Neonatología y Pediatría**

La rotación de neonatología y pediatría se llevó a cabo en dos institutos correspondientes a la especialización de cada uno de ellos. El servicio de neonatología estaba conformado por

**Intermedios:** Se encontraban casos de gran complejidad, donde el interno de medicina debía emplear sus conocimientos previos para participar en la elaboración conjunta del plan de trabajo y tratamiento terapéutico; ya que en estos casos se necesitaban mayor cuidado en comparación con otras áreas.

**Alojamiento conjunto:** Se encontraban neonatos en los pisos correspondientes a la ubicación de la madre, por lo cual se debía acudir a cada uno de ellos para su evaluación diaria y así detectar algún tipo de interurrencia.

**Centro obstétrico:** Conformado por atención inmediata y factor de riesgo. En el primero de ellos, el interno se encargaba de realizar la primera evaluación integral del recién nacido, donde a través del análisis de la historia clínica neonatal se lograba un examen más dirigido. El segundo, estaba conformado por aquellos recién nacidos de madre cesárea y/o que presente algún factor de riesgo (macrosomía, hipoglucemias, APGAR bajo, etc.); desempeñando aquí el interno las funciones



mencionadas bajo la supervisión del médico asignado. Además, aquí se llevaban a cabo las guardias diurnas de 12 horas.

El área de pediatría se conformaba por servicios de hospitalización y emergencia. Aquí, se designaba al interno de manera aleatoria a un plantel, en donde sus funciones se basaban en la realización de historias clínicas de ingreso, evoluciones diarias y cumplimiento del plan indicado durante el pase de visita. Por su parte, en emergencia se atendía de manera dirigida, obteniendo diagnósticos presuntivos que serían presentados a los médicos residentes para el posterior planteamiento de diagnóstico definitivo y su manejo inmediato.

## **1. Rotación en Medicina Oncológica:**

### **1.1. Caso clínico n.º 1**

#### **Anamnesis**

Paciente varón de 24 años portador de linfoma No Hodgkin CBGD primario mediastinal doble expesor con antecedente de síndrome obstructivo vena cava superior, recibiendo 5º curso de DA- EPOCH (14/11/23) con adecuada tolerancia; quien refiere haber ingresado por emergencia previamente a instituto el 04/12/23 al presentar deposiciones líquidas (10 cámaras), neutropenia febril G3 completando tratamiento antibiótico, siendo dado de alta el 11/12/23. Posteriormente, acude por consultorio externo el 24 de enero del 2024 para reevaluación en donde se le indica hospitalización con el objetivo de iniciar 6.º curso de DA-EPOCH. Actualmente asintomático.

#### **Examen físico:**

ECOG: 1, PA: 122/80 mmHg, FC: 76 x', FR: 20 x', Tº: 36.8°C, SatO2: 97%,  
Peso: 6.937 kg, Talla: 1.74

- **Piel y mucosa:** tibia, hidratada, elástica, llenado capilar < 2 seg, palidez +/-+++
- **Linfático:** se palpa adenopatía de 1 cm en el hemicuello izquierdo
- **Tórax:** murmullo vesicular pasa en ambos hemitórax, no rales
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos, buena intensidad, no soplo
- **Abdomen:** Ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, no doloroso
- **SNC:** despierto, no signos meníngeos. LOTEPE. EG: 15/15

#### **Exámenes auxiliares**

**Laboratorio (10/07/23):**

Leu: 13.6, Pla: 545, Hb: 130, Tp: 16.4, DHL: 180, Cr: 49

**Imágenes (10/07/23):**

- **TEM de cerebro:** de aspecto y morfología conservados
- **TEM de tórax:** Lesiones sólidas a nivel de aspecto medial de ambos lóbulos superiores que se extienden y hacen cuerpo con adenopatías mediastinales e hiliares, condicionan colapso parcial de la vena cava superior.
- **TEM de cuello:** Adenopatía morfológica y densidad de la faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe), no visualizándose asimetría, lesiones expansivas, inflamatorias ni captación anormal de la sustancia de contraste.
- **TEM AP:** Hepatomegalia, resto sin alteraciones

**Imagen (05/12/23):**

- **TEM abdomen completo:** pendiente de validación

**Patología:**

- **Anatomopatológico:** Linfoma difuso de células B grandes, tipo no centro germinal
- **Inmunohistoquímica:** CD 20+, BCL2+, BCL6+, KI 67%:80%
- **Aspirado de médula ósea + biopsia:** Médula ósea normocelular, sin evidencia de infiltración.

**Diagnóstico:**

1. Linfoma No Hodgkin CBGD primario mediastinal doble expresor EC II
2. Antecedentes síndrome obstructivo de vena cava superior
3. Trastorno de ansiedad

**Plan de trabajo:**

- Solicitar 4 perfiles
- Colocar CVC
- Programar quimioterapia
- Pendiente RMN
- Valorar TEMs de reevaluación
- Vigilar signos de alarma

**Tratamiento:**

- Dieta completa + líquidos a voluntad
- NaCl 0.9 % 1000 cc (l)
- Ranitidina 300 mg VO c/24
- Dimenhidrinato 50 mg EV condicional a nauseas
- Tramadol 50 mg EV c/8 horas
- Si BH + > 500 cc, furosemida 1 amp STAR si PA > 90/60 mmHg
- Curso de DA-EPOCH
  - Rituximab 686 mg c/24h (día 1)
  - Etopósido 91 mg (día 1-4)
  - Doxorrubicina 18 mg (día 1-4),
  - Vincristina 0.73 mg (1-4 día),
  - Ciclofosfamida 1647 mg (día 5)
  - Prednisona 109 mg (día 1-5)
  - FEC (fluorouracilo, clorhidrato de epirrubicina y ciclofosfamida.) 348 ug (día > 6)

## 1.2 Caso clínico n.º 2

### Anamnesis

Paciente varón de 18 años natural y procedente de Cusco-Canchis, sin antecedentes personales, portador de leucemia aguda de fenotipo mixto de linaje mieloide Predominante de alto riesgo, cursa con tiempo de enfermedad de un mes diagnosticado en otra institución en la ciudad del Cusco, inicia en tratamiento a partir del 2021, posteriormente, queda en mantenimiento en enero de 2022. Es referido al INEN el 27/09/23, donde es evaluado para posibilidad de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH), espera cita para reevaluación, acude a consultorio y se procede a entregarle las órdenes de hospitalización para tratamiento de reinducción.

### Antecedentes:

**Patológicos:** Niega

**Quirúrgico:** Niega

**RAM:** Niega

**Transfusiones sanguíneas:** niega

**Familiares:** Niega

### Examen físico:

### Funciones vitales:

ECOG: 1, FR: 20x', PA: 120/62 mmHg, FC: 78 x', T°: 36.5 °C, SatO2: 97%

Peso: 60 kg, Talla: 1.64 m2

**Ectoscopia:** Paciente en aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición.

- **Piel y mucosa:** Tibia, hidratada, elástica, palidez +/-, llenado capilar < 2 seg
- **Tórax:** Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos presentes, rítmicos, no soplos
- **Abdomen:** RHA (+). blando/depresible, no doloroso
- **SNC:** despierto, LOTEP, no focaliza, no signos meníngeos

### **Exámenes auxiliares**

#### **Laboratorio:**

Hb: 16.1, Pla: 384, Leu: 2.64, TGO: 52, TGP: 105, TP: 14.7, INR: 1.11,  
Serológicos: negativos

#### **Imágenes:**

- **TEM de tórax (01/12/23):** sin alteraciones
- **TEM AP (01/12/23):** sin alteraciones
- **TEM senos paranasales (01/12/23):** sin alteraciones

#### **Patología:**

- **Aspirado de médula ósea + citometría de flujo (26/05/21):** leucemia aguda de linaje ambiguo tipo leucemia de fenotipo mixto
- **PM (02/06/21):** no detectado
- **Cariotipo (15/06/21):** no se presenta alteraciones

#### **Diagnóstico:**

1. Leucemia aguda de fenotipo mixto de linaje mielóide predominante AR por fenotipo mixto en recaída

#### **Plan:**

- SS 4 perfiles y serológicos
- Cultivos de vigilancia
- Programar quimioterapia
- Colocación de CVC
- Vigilar signos de alarma

#### **Tratamiento**

- Citarabina (1000 mg/m<sup>2</sup>/c/12h) dosis 1640 (1 - 4 días)
- Mitoxantrona (12mg/m<sup>2</sup>/d) dosis de 19 mg (1 - 4 días)
- Filgrastrim 300 ug a partir de neutropenia.

### **1.3 Caso clínico n.º 3**

#### **Anamnesis**

Paciente varón de 38 años con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda (LLA) de células B de alto riesgo (AR) por edad + anemia grado 2 + plaquetopenia grado 2 + neutropenia, afebril. Hospitalizado en el servicio de trasplante medular, refiere presencia de dolor perianal acompañado de ligero sangrado tras la defecación, además de sensación de bulto en dicha zona. Motivo por el cual se interconsulta al servicio de gastroenterología par evaluación y sugerencias.

#### **Antecedente**

**Personales:** LLA de células B

**Alergias:** Niega

**RAMS:** niega

**Transfusiones:** politransfundido. Transfusión de 2 paquetes globulares hace 1 mes.

**Hábitos nocivos:** Niega tabaco, niega alcohol

**Familiares:** Padre: aparentemente sano. Madre: aparentemente sana.

Tío materno: antecedente de leucemia. Paciente no refiere mayor información.

#### **Funciones biológicas:**

- Apetito: conservado
- Sueño: conservado
- Deposiciones: disminuida de consistencia dura. Bristol tipo 1
- Sed: conservada
- Orina: conservado
- Estado de ánimo: decaído. Facie dolorosa

#### **Examen Físico**

## Funciones vitales

ECOG: 1, FR: 18x', PA: 118/60 mmHg, FC: 75 x', T°: 36.8 °C, SatO2: 97%

Peso: 70 kg            Talla: 1.68 m

**Ectoscopía:** Paciente en decúbito dorsal sobre cojín antihemorroidal en forma de dona con facies dolorosas. Aparente regular estado general, nutricional y de hidratación, con ventilación espontánea.

- **Piel y mucosa:** Tibia, hidratada, elástica, palidez +/-+++, llenado capilar < 2 seg
- **Tórax:** Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no ruidos agregados
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos presentes, rítmicos, no soplos
- **Abdomen:** RHA (+). blando/depresible, no doloroso
- Región perianal: Se evidencian dilataciones hemorroidales externas pequeñas sin evidencia de sangrado, no trombosadas. A maniobra de Valsalva no se aprecian paquetes hemorroidales.
- **SNC:** despierto, LOTEP, no focaliza, no signos meníngeos

## Exámenes auxiliares:

**Laboratorio:** dentro de rangos normales.

## Diagnóstico:

1. Leucemia aguda de células B de alto riesgo
2. Pancitopenia
3. Hemorroides externas
4. Estreñimiento

## Tratamiento

- Dieta rica en fibra con restricción de carbohidratos.
- Baño de asiento.
- Agregar policresuleno /cincocaina.
- Polietilenglicol 1 sobre cada 34 horas.
- Reevaluación en 72 horas.

#### 1.4. Caso clínico n.º 4

Paciente varón de 42 años natural y procedente de Lima hospitalizado en el servicio de Ortopedia con disposición a resección tumoral de quinto de pie izquierdo por presentar masa de crecimiento lento, progresivo e indoloro en dicha extremidad; quien refiere leve dificultad respiratoria desde hace 2 semanas asociado a sensación de un “silbido en el pecho”. Motivo por el cual se interconsulta al servicio de Neumología para evaluación y sugerencia.

#### **Antecedentes:**

##### **Personales:**

- **Asma (+)** desde la adolescencia
- **Tuberculosis (-) Contacto Tuberculosis (-) Biomasa (-)**
- **COVID-19 (+)** mayo 2020 hospitalizado por 15 días sin requerimiento de oxígeno. Recibió tercera dosis vacuna SARS-CoV-2
- **Reacción a Medicamentos:** No refiere
- **Transfusiones sanguíneas:** Niega
- **Hábitos nocivos:** Niega tabaco, niega alcohol
- **Alergias:** Niega
- **Quirúrgico:** Niega

##### **Familiares:**

- Padre asmático e hipertenso en tratamiento. Madre aparentemente sana. Hermano aparentemente sano.

#### **Funciones biológicas**

- **Apetito:** conservado
- **Sueño:** conservado
- **Deposiciones:** conservado
- **Sed:** conservada
- **Orina:** conservado
- **Estado de ánimo:** conservado

## Examen físico

### Funciones vitales:

**SpO<sub>2</sub>:** 98 %      **FIO<sub>21</sub> %**      **FC:** 76x'      **FR:** 21x`      **T°:** 36.7

**Ectoscopia:** Aparente regular estado general, aparente mal estado nutricional, aparente regular estado de hidratación, con ventilación espontánea.

- **Piel:** Tíbia, húmero, hidratada, llenado capilar < 2 s, mucosa oral húmeda
- **Tórax y Pulmón:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, se auscultan sibilantes difusos y roncales basales en lado derecho.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplo
- **Abdomen:** No distendido, ruidos hidroaéreos (+), blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda
- **Genitourinario:** PPL (-), PRU (-). Conservado
- **Osteomuscular:** Extremidades simétricas, no deformidad
- **SNC:** LOTEPE. ECG 15/15 puntos, moviliza extremidades, no signos meníngeos

### Diagnóstico:

1. Descartar condrosarcoma vs encondroma
2. Asma bronquial no controlada

### Plan:

- Manejo de hiperreactividad bronquial
- Se solicita BAAR de esputo x 2 (DIRECTO + CULTIVO), Gram y Cultivo de gérmenes y hongos en esputo.
- Se solicita hemograma, PCR
- Espirometría de incentivo
- Reevaluación en 48 horas.
  - o Posibilidad de intervención quirúrgica previa evaluación por anestesiología.

### Examen auxiliar:



- **RMN de pie izquierdo (21/08/23):** lesión de partes blandas con rotura de cortical en la falange proximal de quinto dedo de aprox 44 x 28 x 22 sin invasión al aparato extensor y flexor con realce de contraste de aspecto maligno.
- **Radiografía de tórax (28/08/23):** no se observan alteraciones intersticiales en ambos hemitórax.
- **Exámenes de gases arteriales (28/08/23):** Ph: 7.42 Pco2: 36.2 Lact: 0.6 HCO3: 22.9 Po2: 66.2 Sat02: 93.6
- **Creatinina: 48, leucocitos: 9 300**
- **Exámenes de gases arteriales (29/08/23):** Ph: 7.42 Pco2: 36.2 Lact: 0.6 HCO3: 22.9 Po2: 66.2 Sat 02: 93.6
- **BAAR esputo x 1(28/08/23):** Negativo
- **BAAR esputo x 2(29/08/23):** Negativo
- **Cultivo gérmenes y hongos (29/08/23):** Negativo a las 24 horas

#### **Tratamiento:**

- Salbutamol 100 mg 3 puff c/4 h con aerocámara
- Bromuro de ipratropio 20 mg 3 puff c/4 h con aerocámara
- Hidrocortisona 250 mg EV STAT, luego 100 mg con aerocámara

## **2 Rotación en Cirugía Oncológica**

### **2.1 Caso clínico n.º 1**

#### **Anamnesis**

Paciente mujer de 17 años, natural y procedente de Piura, acude con tiempo de enfermedad de un año, caracterizada por aumento de volumen en región cervical; por lo que es evaluada en otra institución en donde le solicitan biopsia con aspiración de aguja fina (09/06/23) obteniendo una clasificación de Bethesda V acorde a resultados evidenciados. Además, en dicha institución le realizan ecografía de cuello, informada como masa mixta a nivel del lóbulo tiroideo izquierdo; motivo por el cual acude al INEN.

#### **Antecedentes:**

**Oncológicos:** Niega

**Patológicos Personales:** niega

**Medicación actual:** Niega

**Alergias:** Niega

**Reacción Alérgica a Medicamento:** Niega

**Cirugías:** Niega

**Transfusiones sanguíneas:** Niega

**Patológicos Familiares:** abuela con neoplasia de páncreas y tía materna con cáncer de hígado

### **Examen físico**

Aparente regular estado general, nutricional y de hidratación

- **Piel:** Tibia, húmeda, hidratada, llenado capilar < 2 s, mucosa oral húmeda
- **Cabeza y cuello:** Cara simétrica. Ojos: pupilas CIRLA. Fosas nasales: permeables. Cavidad oral: no se observan lesiones sospechosas. Cuello: asimétrico, se palpa a nivel central de cuello masa multinodular de consistencia dura, bordes regulares, móvil, que depende de lóbulo tiroideo izquierdo y se proyecta hacia istmo; lóbulo tiroideo derecho incrementado de tamaño.
- **Tórax y Pulmón:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
- **Cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplo
- **Abdomen:** no distendido, ruidos hidroaéreos (+), blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda
- **Genitourinario:** PPL (-), PRU (-). Conservado
- **Osteomuscular:** extremidades simétricas, no deformidad
- **SNC:** LOTEPE. ECG 15/15 puntos, moviliza extremidades, no signos meníngeos

### **Diagnóstico:**

Cáncer de Tiroides

### **Plan:**

- Se solicita hemograma completo, creatinina, y perfil de coagulación.
- Se solicita ecografía de cuello
- Se solicita BAAF de tiroides
- Se solicita BAAF de adenopatía peritraqueal derecha
- Se solicita radiografía de tórax
- Se solicita interconsulta a Cardiología, neumología y anestesiología

- Posterior a cirugía, 24 horas, en ausencia de sangrados, iniciar enoxaparina 1 mg/kg/c/24 horas por 1 mes.

### **Exámenes auxiliares:**

#### **Laboratoriales (28.07.23):**

Creatinina: 50.5 Leucocitos: 12.42 Plaquetas: 27900

Hb: 13.2 Segmentados.53% INR. 1.24 TP: 16/73 TPTP: 37.2

#### **Imagenología:**

- **TEM de cuello con contraste:** Signos de neoplasia maligna de tiroides que compromete ambos lóbulos tiroideos e istmo, se asocia con ganglios sospechosos en grupo cervical 6 derecho y 3, 5B izquierdo. Imagen Nodular captadora de contraste a nivel de canal raquídeo, no se descarta artefacto, convendría criterio clínico, evaluación mediante resonancia magnética cervical.
- **Radiografía de tórax:** Conservado
- **Ecografía de partes blandas:** Lesión neoformativa que compromete ambos lóbulos e istmo, con ganglio sospechosos de adenopatía en grupo IB izquierdo

#### **Disposición:**

- Tiroidectomía Total

## **2.2. Caso clínico n.º 2**

### **Anamnesis**

Paciente mujer de 57 años, natural y procedente de Lima, con tiempo de enfermedad de 6 meses caracterizada por lesión blanquecina en la lengua que ha ido aumentando de tamaño asociado a dolor. Cuenta con estudio en otra institución con biopsia de lengua que informa carcinoma escamoso ulcerado, bien diferenciado queratinizante infiltrante. Con estos resultados ha sido evaluada, y por lo que, debido a la velocidad de crecimiento y características agresivas de la

enfermedad, se prioriza ingreso a hospitalización para completar evaluación preoperatoria y efectivizar disposición quirúrgica.

**Antecedentes:**

**Oncológicos:** Niega

**Patológicos personales:** Tuberculosis con tratamiento completo, no refiere fecha de diagnóstico

**Transfusiones sanguíneas:** Niega

**Medicación actual:** Niega

**Hábitos nocivos:** Niega tabaco, niega alcohol

**Alergias:** Niega

**Patológicos Familiares:** Niega

**Cirugías:** Cesárea

**Examen físico:**

Aparente regular estado general, nutricional y de hidratación, con ventilación espontánea.

- **Piel:** Tibia, húmeda, hidratada, llenado capilar < 2 s, mucosa oral húmeda
- **Cavidad oral:** Abertura oral adecuada, lengua con movilidad poco limitada, se encuentra tumoración de 3.5 x 3 cm en el borde lateral izquierdo de la lengua en el aspecto posterior de la parte móvil, que se extiende hacia la base sin infiltrarla en su totalidad, tiene contacto con el pliegue glosamigdaliano, dista a 0.8 cm de la mandíbula, se encuentra a 0.5 cm de la línea media, dista a 2 cm de la punta, tiene una infiltración clínica de aprox. 1 cm. El triángulo retromolar se encuentra libre.
- **Cuello:** Simétrico corto delgado, no palpo adenomegalias.
- **Tórax y Pulmón:** Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no se auscultan ruidos agregados
- **Cardiovascular:** Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplo
- **Abdomen:** No distendido, ruidos hidroaéreos (+), blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda
- **Genitourinario:** PPL (-), PRU (-). Conservado
- **Osteomuscular:** Extremidades simétricas, no deformidad
- **SNC:** LOTEPE. ECG 15/15 puntos, moviliza extremidades, no signos meníngeos

**Diagnóstico:**

Cáncer epidermoide de lengua localmente avanzado (T3-T4)

**Plan:**

- Completar evaluación preoperatoria
- Solicitar TEM de maxilofacial, cuello y tórax
- Se solicita Interconsulta con Cardiología, Neumología y Anestesiología

**Exámenes auxiliares:**

- **Ecografía de partes blandas:** ganglios sospechosos de adenopatías en los grupos cervicales IIA y III izquierdo. Se sugiere correlato citológico. Resto de la ecografía en rango de normalidad.
- **Radiografía de tórax:** cambios de aspecto secuelar en ambos ápices pulmonares. Aortoesclerosis. Espondilosis degenerativa dorsal.

**Disposición:**

Hemiglosectomía izquierda con resección marginal de mandíbula, disección izquierda de cuello y reconstrucción con colgajo microquirúrgico.

### 2.3. Caso clínico n.º 3

**Anamnesis**

Padre refiere que paciente varón de 10 años procedente de Chiclayo con diagnóstico de sarcoma de Ewing presentaba dolor en miembro inferior izquierdo (pierna) que limitaba a la deambulacion asociado a aumento de volumen en dicha zona (no refiere tamaño), por lo que acude a un hospital de su localidad en donde lo derivaron al instituto nacional del niño de San Borja en Lima, quienes le realizan una biopsia y hacen el diagnóstico patológico de sarcoma de Ewing en agosto. Por tal motivo, deciden realizar intervención quirúrgica en Chiclayo en donde ejecutaron la resección de tumor y peroné comprometido, hallando incidentalmente fractura de tibia izquierda. Posteriormente a la operación, el instituto del niño decide iniciar quimioterapia, pero al encontrar hemoglobina baja procede a transfundir 2 paquetes globulares, además de enviar de referencia a INEN para seguir con tratamiento por nuestro departamento.

**Antecedentes:**

**Personales:** Niega

**RAM:** Amoxicilina y corticoides

**Medicación habitual:** Niega. Última dosis de quimioterapia recibida hace 1 mes.

**Transfusiones previas:** 2 paquetes globulares (11/2022)

**Quirúrgicos:** Resección de tumor en peroné + resección de peroné izquierdo (07/11/22)

**Familiares:** Niega

**Examen físico:**

**Funciones vitales:**

PA: 100/60 mmHg      FC: 108 x'      FR: 23 X'      T°: 36.6 °C      Sat: 98 %

**Ectoscopia:** Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación, lúcido, afebril, ventilando espontáneamente. Acude en silla de ruedas.

- **Piel:** T/H/E, llenado capilar menor de 2 segundos.
- **Tórax y Pulmón:** Amplexación conservada, murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- **Aparato cardiovascular:** ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- **Abdomen:** blando/depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. ruidos hidroaéreos presentes.
- **Locomotor:** MMII izquierdo: se evidencia cicatriz longitudinal post operatorio de aproximadamente 35 cm en región lateral de pierna sin aumento de temperatura, no cambio de coloración, ni signos inflamatorios, no aumento de volumen, no dolor, con rangos articulares normales. Movilización activa y pasiva conservada. Pie equino. Paciente niega bipedestación.
- **SNC:** LOTEP. No focalización. G 15/15

**Diagnóstico:**

**Ingreso:**

1. Sarcoma de Ewing primario peroné operado

**Egreso:**

1. Postoperado por Sarcoma de Ewing
2. Trastorno de adaptación
3. Síndrome del miembro fantasma

**Disposición:**

Desarticulación de rodilla izquierda + plastia de tendón rotuliano

**Indicaciones de alta:**

1. Cefalexina 500 gr V.O 1 TBL c/8 horas x 7 días
2. Paracetamol 500 mg V.O 1 TBL c/8 horas x 7 días
3. Tramadol 25 mg V.O 1/2 TBL c/8h x 7 días
4. Ibuprofeno 400 mg V.O 1 TBL c/ 12 horas x 7 días
5. Control Viernes 24.07.23 Consultorio 36 (modulo 3).

**2.4. Caso clínico n.º 4****Anamnesis**

Paciente varón de 75 años con diagnóstico de neoplasia de riñón izquierdo operado (nefrectomía radical laparoscópica en el 2011) + observación hasta 2019 + perdido de vista; refiere cuadro clínico de 5 meses de evolución caracterizado por presentar dolor en el brazo derecho secundario de caída de propia altura. Motivo por el cual acude a otra institución donde le realizan radiografía y resonancia magnética en brazo derecho el 29/03/23 en donde se evidencia lesión ósea en diáfisis proximal de húmero derecho y compromiso de partes blandas. Por tal motivo, le realizan una biopsia incisional el 16/06/23 cuyo informe refiere presencia de metástasis compatible con lesión primaria. Se realiza examen preoperatorios y compra de insumos, siendo hospitalizado en el servicio de ortopedia con disposición de recepción de húmero proximal + osteosíntesis cementada el día 18.06.23.

**Antecedentes:**

**Personales:** Niega

**RAM:** Niega

**Medicación habitual:** Niega

**Transfusiones previas:** Niega

**Quirúrgicos:** nefrectomía radical laparoscópica en el 2011

**Familiares:** Niega

**Examen físico:****Funciones vitales:**

PA: 140/82 mmHg      FC: 80 x'      FR: 18 X'      T°: 36.4 ° C      Sat:  
98 %

**Ectoscopia:** Aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación, aparente regular estado de nutrición, lúcido, afebril, ventilando espontáneamente.

- **Piel:** No lesiones, tibia, húmeda, llenado capilar menor de 2 segundos.
- **Tórax:** Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- **Aparato cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- **Abdomen:** Blando/depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Ruidos hidroaéreos presentes.
- **Locomotor:** Miembro superior derecho: en brazo proximal cara interna, no se aprecia tumoración ni cambios de coloración; sin embargo, se palpa tumor blando, doloroso tipo punzante con un EVA en reposo de 5/10 y a la palpación de 8/10, de aproximadamente 5 x 4 cm, no móvil, no adherido a planos profundos. Disminución del rango articular tanto a la movilización pasiva como activa, asociado. Miembro superior izquierdo: Conservado
- **SNC:** LOTEPE. No focalización. G 15/15

#### **Exámenes auxiliares:**

- **Resonancia magnética en brazo derecho (29.03.23):** lesión ósea de aspecto proliferativo, probablemente secundario a cáncer primario de riñón, de aproximadamente 6.1 x 2.4 x 2.6 cm en diáfisis proximal de húmero derecho asociado a reacción perióstica, destrucción de cortical y compromiso de partes blanda.
- **Biopsia incisional (16.06.23):** metástasis de carcinoma de células claras compatible con primario.

#### **Diagnóstico:**

1. Cáncer renal de células clara renal izquierdo operado + metástasis en articulación de codo y húmero.

#### **Disposición:**

Resección de húmero derecho + osteosíntesis cementada



### Indicaciones de alta:

1. Cefuroxima 500 g VO 1 tab c/8 horas x 7 días
2. Paracetamol 500 mg VO 1 tab c/8 horas x 7 días
3. Tramadol 50 mg VO condicional a dolor
4. Naproxeno 500 mg VO C/ 12 horas por 5 días
5. Omeprazol 20 mg VO c/ 24 horas por 10 días
6. Control miércoles 26/07/23 por consultorio externo

### 3. Rotación en Ginecología y Obstetricia:

#### 3.1. Caso clínico n.º 1

#### Anamnesis

Gestante acude a emergencia por presentar pérdida de líquido a través de la vagina en poca cantidad de +/- 4 h, percibe movimientos fetales, niega contracciones uterinas, niega sangrado vaginal, niega otras molestias.

#### Antecedentes:

##### Generales:

**Tabaco:** Niega                      **Alcohol:** Niega                      **Drogas:** Niega  
**Grupo Sanguíneo:** O                      **Factor Rh:** +                      **Transfusiones:**

Niega

##### Fisiológicos:

**Menarquia:** 14 años                      **Régimen Catamenial:** 3/28  
**Inicio de Relaciones Sexuales:** 18 años                      **Andria:** 1  
**Frec. Relaciones Sexuales:** No refiere                      **Met.**

#### Anticonceptivo: -

**Formula Obstétrica:** G4P1021                      **F.Probable**                      **Parto:**  
22/11/2023  
**F.U.R.** 15/02/2023                      **Periodo Intergenésico:** 2 años 6  
meses

**Mayor Ponderado Fetal:** 683                      **Controles prenatales:** 1

**Patológico:** infección del tracto urinario en el III trimestre

**Quirúrgico:** AMEU en el 2019 por aborto retenido de 8 semanas.

Legrado uterino en el 2022 por aborto retenido de 8 semanas.

**Familiares:** Niega

### Funciones Biológica:

**Temperatura:** 36.7 °C      **PA:** 98/52 mmHg      **FC:** 87 x'  
x'

**Peso:** 63 kg      **Talla:** 160 cm      **Sat O2:** 98%

### Examen Clínico

- **Piel:** Turgente/ hidratada/ elástica, ligera palidez de piel y mucosa, no ictericia, no cianosis.
- **Cabeza y cuello:** Normocéfalo. No se palpan adenopatías
- **Ap. Respiratorio:** amplexación conservada, no uso de musculatura accesoria, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- **Ap. Cardiovascular:** Ruidos cardíacos rítmicos, no soplo.
- **Abdomen:** útero grávido de tono conservado
- **Ap. Urinario:** PPL (-) y PRU (-)
- **Ap. Locomotor:** conservado      **Edema:** -      **Reflejos:** ++/4+      **SNC:** LOTEPE

### Examen Obstétrico

Altura Uterina: 21 cm      LCF: 135/min      Dinámica Uterina: +/-10 min

Feto único: Situación longitudinal      Posición: izquierdo      Presentación: podálica

Tacto Vaginal: Diferido. Especuloscopia: cérvix sin lesiones, se evidencia membrana nivel de OCE, flujo blanquecino en poca cantidad.

### Examen General Obstétrico:

- **Mamas:** blandas, no congestiva
- **Genitales externos:** sin alteraciones,
- **Tacto Vaginal:** diferido
- **Cuello uterino:** diferido
- **Útero:** Grávido. Tono conservado
- **Anexos:** No evaluados
- **Fondo de saco y parametrios:** No evaluados
- **Tacto Rectal:** Diferido

### Diagnóstico:

#### Emergencia

1. G4 de 23 semanas 5 días por ECO IT

2. D/C incompetencia cervical
3. ARO PIN largo (2 años 6 meses)

### **Hospitalización**

1. G4 de 23 semanas 5 días por ECO IT
2. Incompetencia cervical
3. RPM pretérmino de 17 h
4. Cérvix corto
5. Oligohidramnios leve
6. Feto podálico

### **Plan de Trabajo:**

#### **Emergencia**

- Hidratación
- Antibiótico profilaxis
- Se solicita Ecografía obstétrica + cervicometria
- Se solicita Perfil de gestante + ITS

#### **Servicio**

- Manejo expectante
- Hidratación
- Continuar dosis de tocólisis
- Completar 2da dosis de maduración pulmonar
- Activa clave roja
- Se programa cesárea de emergencia

### **Exámenes auxiliares:**

#### **Ecografía Doppler Fetal**

1. Gestación de 23 semanas 5 días x ECO I
2. Feto en podálico
3. Percentil de crecimiento P90
4. IP arteria uteinas, umbilical, cerebral, ductus venoso normal.
5. Oligoamnios leve ILA 4.4
6. Cérvix corto

**Examen de Orina:** proteinuria 4+

**PCR:** 24.7 mg/L

**Hemograma:** Hb 11.1      Leucocitos 8400      Plaquetas 221 000

### **Tratamiento:**

**Emergencia:**

1. NaCl 0.9% 1000 cc > XXX gotas
2. Cefazolina 1g EV c/8h.
3. Cuidados obstétricos (Dinámica uterina + LCF)
4. Control de funciones vitales
5. Pasa a observación
6. Reevaluación con resultados.

**Hospitalización:**

1. Dieta completa
2. NaCl 0.9% 1000cc XXX gotas
3. Ampicilina 2g EV c/6h
4. Azitromicina 500mg VO c/24h
5. Control obstétrico (LCF + DU)
6. CFV
7. Reposo absoluto

**3.2. Caso clínico n.º 2****Anamnesis**

Gestante de 36 años con 31 semanas y 5 días de gestación por ecografía del primer trimestre con antecedente de legrado uterino por mola en el 2019, acude a emergencia en mal estado general tras presentar sangrado genital asociado a dolor pélvico desde hace aproximadamente 1 hora.

**Antecedentes:****Generales:**

<b>Tabaco:</b> Niega	<b>Alcohol:</b> Niega	<b>Drogas:</b> Niega
<b>Grupo Sanguíneo:</b> O	<b>Factor Rh:</b> +	<b>Transfusiones:</b>

Niega

**Fisiológicos:**

<b>Menarquia:</b> 13 años	<b>Régimen Catamenial:</b> 3/28
<b>Inicio de Relaciones Sexuales:</b> 18 años	<b>Andria:</b> 1
<b>Frec. Relaciones Sexuales:</b> No refiere	<b>Met.</b>

**Anticonceptivo: -**

<b>Formula Obstétrica:</b> G4P2012	<b>F. Último Parto:</b> 22/06/18
<b>Mayor Ponderado Fetal:</b> 3660	

**Patológico:** Niega

**Quirúrgico:** Legrado uterino en el 2019 por embarazo mormal

**Familiares:** Niega

**Funciones biológica:**

**Ingreso**

**Temperatura:** 36.7 °C      **PA:** 100/60 mmHg      **FC:** 92 x'

**FR:** 18 x'

**Peso:** 72 kg      **Talla:** 163 cm

**Servicio**

**Temperatura:** 36.5 °C      **PA:** 80/60 mmHg      **FC:** 165 x'

**FR:** 32 x'

**Examen Clínico General:**

- **Piel:** Turgente/ hidratada/ elástica, ligera palidez de piel y mucosa, no ictericia, no cianosis.
- **Cabeza y cuello:** Normocéfalo. No se palpan adenopatías
- **Ap. Respiratorio:** Amplexación conservada, no uso de musculatura accesoria, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- **Ap. Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, no soplo.
- **Abdomen:** Útero grávido de tono conservado
- **Ap. Urinario:** PPL (-) y PRU (-)
- **Ap. Locomotor:** Conservado      **Edema:** -      **Reflejos:** ++/4+      **SNC:** LOTEPE

**Examen Obstétrico:**

**Altura Uterina:** 29 cm      **LCF:** 142/min      **Dinámica Uterina:** +/10 min

**Feto único:** Situación longitudinal      **Posición:** derecha

**Presentación:** cefálica      **Tacto Vaginal:** Diferido

**Examen General Obstétrico:**

- **Mamas:** Blandas, no congestiva
- **Genitales externos:** Se evidencia escaso sangrado activo
- **Tacto vaginal:** Diferido
- **Cuello uterino:** Diferido
- **Útero:** Grávido. Tono conservado

- **Anexos:** No evaluados
- **Fondo de saco y parametrios:** No evaluados
- **Tacto Rectal:** Diferido

**Diagnóstico:**

1. G4 de 31 ss 5 días por ecografía del I Trim
2. Amenaza de Parto Pretérmino
3. Placenta Previa
4. Anemia leve

**Plan de Trabajo:**

**Emergencia**

- Pasa a observación
- Hidratación
- Tocólisis
- Maduración Pulmonar
- S/S ecografía fetal doppler
- S/S hemograma completo
- S/S examen de orina

**Servicio:**

- Manejo expectante
- Hidratación
- Continuar dosis de tocólisis
- Completar 2da dosis de maduración pulmonar
- Activa clave roja
- Se programa cesárea de emergencia

**Exámenes Auxiliares**

**Ecografía Doppler Fetal**

Gestación de 31 semanas 5 días x ECO I  
 RCIU estadio I  
 Doppler umbilical y ACM normal  
 Placenta previa  
 Cervicometría adecuada

**Examen de Orina:** no se evidencian alteraciones

**Hemograma:** Hb 10.2    Leucocitos 5600    Plaquetas 245 000

**Tratamiento:**

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000cc a chorro, luego xxx gotas por minuto
3. Nifedipino 10 mg c/20 minutos x 3 dosis, luego cada 6 horas
4. Betametasona 12 mg IM cada 24 horas x 2 dosis
5. Control obstétrico (Dinámica uterina + Control de latidos cardiacos fetales)
6. Control de funciones vitales

### 3.3. Caso clínico n.º 3

#### Anamnesis

Gestante de 19 años de 34 semanas 6 días de gestación, con antecedente desde nacimiento de VIH en tratamiento irregular con TARGA, ingresa a emergencia refiriendo contracciones uterinas frecuentes y percepción de movimientos fetales. Niega pérdida de líquido, sangrado, ni signos de irritación cortical. Por lo que se decide su hospitalización para manejo.

#### Antecedentes

##### Generales:

Tabaco: Niega	Alcohol: Niega	Drogas: Niega
Grupo Sanguíneo: O	Factor Rh: +	Transfusiones: Niega

##### Fisiológicos:

Menarquia: 13 años	Régimen Catamenial: 5/28
Inicio de Relaciones Sexuales: 18 años	Andria: 1
Frec. Relaciones Sexuales: No refiere	Met. Anticonceptivo: no
Formula Obstétrica: G1P0000	FUR: 19/09/22 (por ECO IT)
CPN: 3	

**Patológico:** VIH desde nacimiento (transmisión vertical), infección urinaria recurrente.

**Quirúrgico:** niega

**Familiares:** Padre fallecido por VIH +  
Madre de 55 años: VIH +

#### Funciones biológica:

<b>Temperatura:</b> 36.7 °C	<b>PA:</b> 102/56 mmHg	<b>FC:</b> 96 x'	<b>FR:</b> 18 x'
-----------------------------	------------------------	------------------	------------------

<b>Peso:</b> 48 kg	<b>Talla:</b> 150 cm
--------------------	----------------------

#### Examen clínico

**Ectoscopia:** Aparente regular estado general, de hidratación y de nutrición.

- **Piel:** Turgente/ hidratada/ elástica, ligera palidez de piel y mucosa, no ictericia, no cianosis.
- **Cabeza y cuello:** Normocéfalo. No se palpan adenopatías
- **Ap. Respiratorio:** amplexación conservada, no uso de musculatura accesoria, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- **Ap. Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, no soplo.
- **Abdomen:** útero grávido de tono conservado
- **Ap. Urinario:** PPL (-) y PRU (-)
- **Ap. Locomotor:** conservado    **Edema:** -    **Reflejos:** ++/4+
- **SNC:** LOTEPE

#### **Examen Obstétrico**

**Altura Uterina:** 30 cm    **LCF:** 148/min    **Dinámica Uterina:** 1/10 min

**Feto:** único    **Situación:** longitudinal    **Presentación:** podálica

**Posición:** derecha

**Tacto Vaginal:**    D: 0 cm I: 0% AP: - 4    Pelvis: ginecoide

**Especuloscopia:** flujo blanco grumoso espeso

**Ponderado fetal:** 2890

#### **Examen General Obstétrico**

- **Mamas:** blandas, no congestiva
- **Genitales externos:**
  - Tacto Vaginal:** pelvis ginecoide
  - Cuello uterino:** diferido
  - Útero:** Grávido. tono conservado
  - Anexos:** No evaluados
- **Fondo de saco y parametrios:** No evaluados
- **Tacto rectal:** Diferido

#### **Diagnóstico:**

##### **Emergencia:**

1. G1 34ss 6d por ECO IT
2. APPT



3. VIH (+) Tratamiento TARGA
4. Feto transverso
5. Vulvovaginitis candidiásica: descartar infección del tracto urinario
6. ARO: CPN insuficientes

**Servicio:**

1. G1 34ss 6d por ECO IT
2. APPT en remisión
3. VIH (+) Tratamiento TARGA
4. Feto transverso
5. Vulvovaginitis candidiásica en tratamiento
6. ARO: CPN insuficientes
7. Retraso mental
8. Insomnio

**Plan de Trabajo:**

1. Monitoreo materno fetal
2. Tocolisis de mantenimiento
3. Completar 2da dosis de maduración pulmonar
4. Se solicita Ecografía, y MF doppler, Urocultivo, Cultivo de secreción vaginal
5. Interconsulta a psicología, Psiquiatría, Nutrición, Infectología.

**Interconsultas:**

**Psiquiatría:** Sugiere necesidad de entrevistar a madre para ampliación de antecedentes y descarte de violencia, ya que se reporta paciente mal informante. Se observa paciente parcialmente orientada en tiempo, se diagnostica retraso mental y se sugiere medicación haloperidol por insomnio.

**Infectología:** tras analizar caso de gestante y evidenciar tratamiento irregular, sugiere continuar esquema TARGA, solicitar carga viral; así como aplicar protocolo de VIH en gestantes e interconsultar con nutrición.

**Exámenes Auxiliares**

**Ecografía Doppler de crecimiento:** gestación única activa de 35 semanas 1 día por ecografía III T (31/01/2023 – 28 semanas 5 días), Crecimiento fetal normal, Doppler fetal y de arterias uterinas normales, feto podálico.

**VIH prueba rápida:** positivo

**PRS:** negativo

**HBsAG:** no reactivo

**Examen de Orina:**

Color: Amarillo      Aspecto: Turbio      Leucocito: 0-2 xc

Cel. Epitelial: 0-3xc

Gram: No se observa      gérmenes      Hematíes: negativo

**Cultivo de secreción vaginal:** cultivo negativo a los 5 días.

**Urocultivo y antibiograma:** cultivo negativo a gérmenes patógenos.

**Tratamiento:**

**Emergencia**

Nifedipino: Dosis de inicio: 10-20 mg. VO, cada 20 minutos hasta en 3 oportunidades

**Hospitalización**

1. Dieta completa + Líquidos a voluntad
2. NaCl 0.9% 1Lt a xxx gts x´
3. Betametasona 12 MG IM C/24H (completar 2da dosis)
4. Nifedipino 10 mg x VO c/6 hr
5. Clotrimazol 1 óvulo de 100 mg por 7 días.
6. Tratamiento TARGA
7. Control Obstétrico (Dinámica Uterina + Latidos Cardiacos Fetales)
8. Control de Funciones Vitales + Vigilar signos de alarma

### **3.4. Caso clínico n.º 4**

**Anamnesis**

Paciente de 37 años con 24 semanas de gestación. Acude a emergencia el día 27/08/23 por sangrado genital desde hace varios meses (abril 2023) con ecografía previa que evidencia diagnóstico de enfermedad trofoblástica. Sin embargo, la paciente refiere que durante el mes de abril presentó mayor sangrado asociado a dolor suprapúbico, que ha ido disminuyendo con el pasar de los meses, pero

volviendo a intensificarse en las últimas semanas. Por tal motivo se decide su hospitalización en el servicio de ginecología.

**Antecedentes:**

**Generales:**

Tabaco: Niega                      Alcohol: Niega                      Drogas: Niega  
Grupo Sanguíneo: O              Factor Rh: +                      Transfusiones: Niega

**Fisiológicos:**

Menarquia: 15 años                      Régimen Catamenial: 4/28  
Inicio de Relaciones Sexuales: 17 años                      Andria: 2  
Frec. Relaciones Sexuales: No refiere                      Met. Anticonceptivo: no  
Formula Obstétrica: G1P0000                      FUR: 15/03/23  
CPN: 3

**Patológico:** niega

**Quirúrgico:** niega

**Familiares:** niega

**Funciones Biológica:**

**Examen Físico**

**Emergencia:**

**Temperatura:** 36.8 °C                      **PA:** 115/65 mmHg  
**FC:** 96 x'                      **FR:** 18 x'  
**Peso:** 60 kg                      **Talla:** 155 cm

**Examen Clínico:**

**Estado General:** aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación, aparente regular estado de nutrición.

- **Piel:** Turgente/ hidratada/ elástica, no palidez, no ictericia, no cianosis.
- **Cabeza y cuello:** Normocéfalo. No se palpan adenopatías
- **Ap. Respiratorio:** amplexación conservada, no uso de musculatura accesoria, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- **Ap. Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, no soplo.
- **Abdomen:** Grávido. tono conservado
- **Ap. Urinario:** PPL (-) y PRU (-)
- **Genitales Externos:** escaso sangrado vaginal

- **Sistema nervioso central:** LOTEP

### **Unidad de Cuidados Intermedios Maternos**

**Temperatura:** 38 °C      **PA:** 140/85 mmHg      **PAM:**100  
**FC:** 87 x'      **FR:** 21 x'      **SatO2:** 97%  
**Peso:** 60 kg      **Talla:** 155 cm

### **Examen Clínico:**

**Estado general:** aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación, aparente regular estado de nutrición.

- **Piel:** Turgente/ hidratada/ elástica, palidez de piel y mucosa ++/+++, no ictericia, no cianosis.
- **Cabeza y cuello:** Normocéfalo. No se palpan adenopatías
- **Ap. Respiratorio:** amplexación conservada, no uso de musculatura accesoria, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- **Ap. Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, no soplo.
- **Abdomen:** RHA (+), no signos de irritación peritoneal
- **Genitales externos:** sangrado vaginal activo en poca cantidad, se extrae coágulos aproximadamente 10 CC.
- **Ap. Urinario:** PPL (-) y PRU (-)
- **Sistema nervioso central:** LOTEP

### **Examen Obstétrico Emergencia**

Altura Uterin: 30 cm      I:0%      AP: -      LCF: 0/min

Dinámica Uterina: -/10 min

Feto: -      Situación: -      Presentación: -      Posición: -

Tacto Vaginal:      D: 0 cm      Pelvis: ginecoide

Especuloscopia: sangrado activo por orificio cervical externo

### **Examen General Obstétrico**

- **Mamas:** blandas, no congestiva
- **Genitales externos:**
- **Tacto vaginal:** sangrado vaginal escaso. loquios hemáticos escasos con mal olor (UCIM)
- **Cuello uterino:** diferido
- **Útero:** Grávido. tono conservado (Emergencia), Altura uterina 18 cm (UCIM)

- **Anexos:** No evaluados
- **Fondo de saco y parametrios:** No evaluados
- **Tacto Rectal:** Diferido

#### **Exámenes auxiliares:**

##### **Exámenes imagenológicos:**

**Ecografía transvaginal (27/08/23):** se evidencia imagen en panal de abeja con escasa vascularización, se concluye con imagen compatible a enfermedad trofoblástica gestacional,

**Ecografía transvaginal (02/09/23):** contenido uterino heterogéneo, compatible con enfermedad trofoblástica gestacional.

##### **Exámenes de laboratorio:**

**Beta HCG cuantitativa (27/08/23):** 361856 mui/ml.

**Hemograma Completo (02/09/23):** Hb: 8.5, L: 8900 Plaq: 90 000 cr: 0.7, TGO:19, TGP:11, ALB: 2.42, G:78

#### **Plan de trabajo:**

##### **Emergencia:**

- Programa para legrado uterino
- Se solicita dosaje de BHCG
- Se solicita ecografía transvaginal
- Pasa a servicio de ginecología
- **UCIM:**
- Dosaje de BHCG
- Legrado uterino vs histerectomía
- Transfundir 2 paquetes globulares

#### **Reporte operatorio:**

- **Legrado uterino (29/08/23):** sangrado intraoperatorio de 200cc.
- **Histerometría (29/08/23):** 22 cm restos endouterinos abundantes, vesiculares, no mal olor sio: 200 CC.
- **Informe anatomopatológico (02/09/2023):** a la macroscópica impresiona mola completa y pendiente la microscopía.

#### **Diagnóstico:**

1. PO3 legrado uterino por enfermedad trofoblástica gestacional
2. Enfermedad trofoblástica gestacional persistente

3. Hipertensión arterial secundaria
4. Plaquetopenia
5. Anemia moderada
6. Taquicardia sinusal

#### **Tratamiento**

1. Hidratación con NaCl al 9% - 1000cc
2. Paracetamol 500 mg 2 tabletas VO c/8h
3. Misoprostol 200 mcg C/6h aplicarlo en el fondo de saco vaginal (máximo 800 mcg).
4. Programada para legrado uterino
5. Oxitocina 10 UI durante el procedimiento.
6. Control de funciones vitales y sangrado vaginal.

#### **4. Rotación en Neonatología y Pediatría:**

##### **4.1 Caso clínico n.º 1**

#### **Anamnesis**

Paciente varón de 9 meses quien acude con su madre, la cual refiere disminución de rango articular en miembro inferior derecho al momento de diagnosticar reacción inflamatoria en el Hospital Vitarte por presentar fiebre y diarrea con moco y sin sangre el 15/01/24. Madre refiere notar que progresivamente los movimientos articulares de miembro inferior derecho fueron disminuyendo, asociándose a dolor tanto esporádica y al tacto en dicha extremidad desde el 25/01/24; por lo que decide acudir al INSN Breña para su estudio

#### **Funciones biológicas**

Apetito: disminuido

Sed: disminuido

Sueño: conservado

Diuresis: disminuido

Deposiciones: pastosas con moco sin sangre

Peso: conservado

#### **Antecedentes personales:**

##### **Antecedentes Prenatales:**

- N.º Gestación: segunda

- CPN: > 6 en el Hospital de Vitarte
- Complicaciones: IT: Niega; IIT: Niega; IIIT: Niega

**Antecedentes Natales:**

- Parto: distócico por RPM de +/- 3 días
- EG: 35 semanas
- Apgar: madre desconoce valores
- PN: 2165 g
- TN: 43 cm
- PC: madre no refiere

**Antecedentes postnatales**

- Desarrollo Psicomotor: control cefálico a los 3 meses, control torácico 6 - 7 meses con apoyo
- Inmunizaciones: Completas, acorde a la edad
- Patologías previas:
  - o 1 mes y medio → Diagnóstico: diarrea con signos de deshidratación diagnosticado en el hospital Vitarte. Hospitalización: 5 días
  - o 9 meses → Diagnóstico: Infección urinaria tratamiento ambulatorio  
 Reacción inflamatoria. Ambas diagnosticadas en el Hospital Vitarte
- Hospitalizaciones previas: 1 mes y medio
- Cirugías previas: No
- Alergias: No
- RAM: Niega
- Accidente: Niega
- Transfusiones: Niega

**Antecedentes familiares:**

- Padre (40 años): aparentemente sano
- Madre (36 años): aparentemente sana
- Hermanos: mujer de 18 años: aparentemente sana
- Otros: abuela materna con diabetes *mellitus* controlada. Abuela paterna fallecida de 56 años por neoplasia hepática

**Examen físico:**

**T°:** 36.4 °C, 38.2 °C (29/01/24 a las 23:00h) 38.5°C (30/01/24) a las 6:00 am)

**FC:** 145 x' **FR:** 40 x' **SatO2:** 97% **FiO2:** 0.21 **PESO:** 8.785 KG

**Superficie corporal:** 0.44 **P/T:** P75 **PC:** 43.5 T/E **P/E:** P54

**General:** Paciente despierto, reactivo a estímulos, poco irritable, ventila espontáneamente

- **Piel:** turgente, hidratada, elástica, no cianosis, no ictericia, no palidez, llenado capilar < 2"
- **TYP:** Amplexación conservada, no uso de musculatura accesorio, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no subcrépitos, no crépitos, no roncales, no sibilantes
- **CV:** Ritmo cardiaco rítmico de buena intensidad. Pulsos periféricos presentes.
- **ABD:** Globuloso, blando/depresible, no disconfort a la palpación, timpánico, no masas, no visceromegalia, ruidos hidroaéreos positivos.
- **Locomotor:** Miembro superior de tono y fuerza conservada. Miembro inferior izquierdo: rango articular conservado. Miembro inferior derecho: limitación articular, doloroso a la movilización activa y pasiva, no cambio de coloración con ligero incremento de temperatura. Perímetro de Rodilla Derecha: 23 cm y Perímetro de Rodilla Izquierda: 22 cm.
- **Neurológico:** Despierto, activo, reactivo a estímulos externos, pupilas isocóricas-fotoreactivas, tono y fuerza conservadas, moviliza 4 extremidades, no signos meníngeos, pares craneales conservados.

**Diagnósticos:**

1. Artritis reactiva de rodilla derecha
2. Descartar artritis séptica
3. Eutrófico

**Plan de Trabajo:**

- Vigilar dolor y analgesia
- Medir perímetro de rodillas comparativa cada 24 horas
- Antibioticoterapia
- Solicitar hemocultivo
- Solicitar complemento CD3 y CD4



- Solicitar hemograma completo y perfil de coagulación
- Solicitar PCR y VSG
- Solicitar examen de orina
- Solicitar ecografía de partes blandas de miembro inferior bilateral
- Interconsulta a infectología
- Interconsulta a traumatología
- Interconsulta a Medicina Física y Rehabilitación
- Alta con indicaciones (31/01/24)

### **Exámenes auxiliares:**

#### **Laboratorio**

**26/01/24**

**Hemocultivo:** negativo

**Perfil de coagulación:** TP: 10.7, INR: 0.9, TTP 37.5, TT 17.4, Fibrinógeno 305.37

**Complemento CD4 :** 30 mg/dl

**Complemento CD3:** 121 mg/dl

**PCR:** 4.49 mg/dl    **VSG:** 30 mm/h

**Hemograma completo:** Hb 11.4, Hto 33%, VCM 77.7, HCM 26.8, CHCM 34.4, Pla<sub>q</sub> 394 000, Leu 11 000, Segmentados 5.86, Hematíes 4.26

Creatinina 0.42 mg/dl    Urea 18 mg/dl    Glucosa 101 mg/dl

**27/01/24**

**Examen de Orina Completo:** Sin alteraciones

**31/01/24**

**PCR:** 2.17    **VSG:** 58 mm/h

**Hemograma Completo:** Hb 10.4, Hto 31, VCM 79.7, HCM 26.7 pg, CHCM 33.5 g/dl, Pla<sub>q</sub> 657 000, Leu 15 320, Segmentados 12.19

#### **Examen Imagenológico**

**Ecografía de cadera y rodilla bilateral (26/01/24):** en la rodilla derecha se evidencia escaso contenido anecogénico a nivel del receso suprarrotuliano. Superficie ósea y cartílago articular hipoecogénico y regular. Incidentalmente se evidencia leve incremento del espesor cápsula sinovial de hasta 3.5 mm

#### **Tratamiento:**

- Leche Materna y/o Fórmula maternizada 13% 150cc/T/8T
- Ablactancia
- Vía salinizada
- Ceftriaxona 400 mg EV c/12h - 100 mg/kg/día
- Oxacilina 400 mg EV C/6h (1 día) - 200 mg/kg/día
- Metamizol 160 mg EV C/8h
- Paracetamol 120 mg VO c/8h o PRN a dolor
- CFV + OSA

## **4.2. Caso clínico n.º 2**

### **Anamnesis**

Paciente varón de 1 mes y 15 días, proveniente de Cañete con antecedente de dextrocardia y neumonía neonatal diagnosticada de nacimiento. Con tiempo de enfermedad de 2 días, madre refiere que desde hace más o menos 2 días, su menor hijo empezó a presentar tos productiva asociada a sensación de falta de aire al momento de lactar y respiración profunda frecuente, por lo que decide llevarlo por emergencia al Hospital Rezola de Cañete, le diagnosticaron situs inversus totalis, neumonía neonatal, descartar fístula traqueoesofágica, por lo cual decidieron referirse al INSN para ampliar los estudios.

### **Funciones biológicas**

- Apetito: conservado
- Sed: conservado
- Sueño: conservado
- Diuresis: conservada
- Deposiciones: sin alteración
- Peso: conservado

### **Antecedentes personales:**

#### **Antecedentes prenatales**

- N.º Gestación: quinta
- CPN: 6 en el Centro de Salud Pacaran- Cañete
- Complicaciones: IT: Niega; IIT: Niega; IIIT: Niega

#### **Antecedentes natales**

- Parto: eutócico Hospital Rezola de Cañete.
- EG: 38 semanas

- Apgar: 8 - 9
- PN: 3200 gr
- TN: 49 cm
- PC: 34 cm

#### **Antecedentes postnatales**

- Desarrollo Psicomotor: acorde a la edad
- Inmunizaciones: Completas, acorde a la edad
- Patologías previas: Neumonía neonatal + dextrocardia desde el nacimiento.
- Hospitalizaciones previas: al nacer.
- Cirugías previas: No
- Alergias: No

#### **Antecedentes familiares:**

- Padre: aparentemente sano
- Madre: aparentemente sana

#### **Examen físico:**

**T°:** 37 °C      **FC:** 122 x'      **FR:** 48 x'      **SatO2:** 98%      **FiO2:** 0.21

**PA:** 80/60 mmHg      **PESO:** 4.10 KG      **IMC:** 16.7

**Superficie corporal:** 0.254      **P/T:** +2 a -2 Percentil

**PC:** -1:142      **T/E:** -1.662 Percentil      **P/E:** 59P

**General:** Paciente despierto, reactivo a estímulos con ventilación espontánea

- **Piel:** turgente, hidratada, elástica, no palidez, no ictericia, no cianosis, llenado capilar < 2"
- **Tórax y Pulmón:** Amplexación incrementada, uso de musculatura accesoria (tirajes subcostales e intercostales), Mv pasa bien en AHT, rales bibasales, no soplo, no roncus.
- **Cardiovascular:** Ritmo cardiaco rítmico, buena intensidad en hemitórax derecho, no soplos.
- **Abdomen:** Ruidos hidroaéreos presentes, blando/depresible, no discomfort a la palpación, no masas, no visceromegalia.
- **Neurológico:** Despierto, activo, reactivo a estímulos externos, pupilas isocóricas-fotoreactivas, tono y fuerza conservadas, moviliza 4 extremidades, no signos meníngeos.

#### **Diagnósticos:**

Síndrome de Kartagener probable

Discinesia ciliar primaria

Dextrocardia situs inversus

Atelectasia de lóbulo superior: descartar sobreinfección

Descartar hemangioma hepático

#### **Plan de trabajo:**

- Indicaciones médicas
- Solicitar Hemograma completo, PCR, glucosa y electrolitos
- Interconsulta a neumología
- Interconsulta a oncología
- Interconsulta a Medicina Física y Rehabilitación
- Solicitud de referencia al INSN San Borja

#### **Exámenes Auxiliares:**

##### **TEM Tórax/Abdomen/Pelvis c/contraste:**

- Parénquima con escaso consolidado neumónico en ápice pulmonar derecho
- Escaso tracto atelectasia en segmento posterior del lóbulo inferior pulmonar derecho
- Moderado consolidado en ápice pulmonar izquierdo
- Resto del parénquima densidad conservada
- Dextrocardia y grandes vasos sin alteraciones
- Hígado en hipocondrio izquierdo
- Lesión hipodensa con realce periférico, multilobulado y septado que mide 18.5 x 27.6 x 30.2

##### **Laboratorio**

- **Hemograma:** Hb 12.2 g/dL, leucocitos 9 600, blastos 0, basófilos 0.2, segmentados 1.72, Plaquetas 468 000.
- **Electrolitos:** Na: 135, K: 5.1, Cl: 105
- **Glucosa:** 103
- **PCR:** 0.06

##### **Tratamiento**

- Leche materna y/o fórmula maternizada 13% 80cc/T/8T
- Vía salinizada
- Metilprednisolona 4 mg e.v c/6 horas (5 días)

- NBZ c/salbutamol 5 gts + NaCl 3% c/4 horas
- O2 suplementario PRN SatO2 <= 92%
- CFV + OSA
- Fisioterapia Respiratoria.

### **4.3. Caso clínico n.º 3**

#### **Anamnesis**

Paciente mujer de 1 mes y 11 días, acude a emergencia por presentar con cuadro clínico de 41 días caracterizada por presentar a los 3 días de nacida, disminución de 250 gramos de peso (9.61% delta de peso) y a los 6 días de vida, llegó a pesar 2200 gramos (15% de alta de peso), asociado a polaquiuria y somnolencia; motivo por el cual acude al Hospital de su localidad, donde es hospitalizada, evidenciando glicemia de 560 mg/dL.

A los 11 días de vida, inicia con Insulina NPH 0.1 UI cada 24 horas vía SC, posterior a teleconsulta con INSN, manteniendo glicemias entre 211 a 233 mg/dL. Acude al Instituto Nacional de Salud del Niño para ampliar estudio y manejo de hiperglicemia. Ingresa con poliuria y polaquiuria.

#### **Funciones biológicas**

- Apetito: conservado
- Sed: conservada
- Sueño: conservado
- Diuresis: conservada
- Deposiciones: conservado
- Peso: conservado

#### **Antecedentes personales:**

##### **Antecedentes prenatales:**

- N.º Gestación: 1era
- CPN: > 6 Hospital Quillabamba
- Complicaciones: IT: Niega; IIT: Niega; IIIT: ITU - Amenaza de parto Pretérmino

##### **Antecedentes natales:**

- Parto: eutócico Hospital de Quillabamba
- EG: 40 semanas
- Apgar: 8 - 9

- PN: 2600 gr
- TN: 46 cm
- PC: 34 cm

#### **Antecedentes postnatales**

- Desarrollo Psicomotor: acorde a la edad
- Lactancia materna mixta desde los 4 días de vida.
- Inmunizaciones: incompletas, solo cuenta con BCG
- Patologías previas: hiperglucemia (09/06/23)
- Hospitalizaciones previas: Hiperglicemia y deshidratación – Hospital de Quillabamba (12 al 16 de junio 2023)
- Cirugías previas: No
- Alergias: No

#### **Antecedentes familiares:**

- Padre 28 años: aparentemente sano
- Madre 23 años: Migraña.
- Tío paterno: DM tipo2

#### **Examen físico:**

**T°:** 36.4 °C    **FC:** 130 x'    **FR:** 40 x'    **SatO2:** 98%    **FiO2:**  
0.21

**PA:** 80/60 mmHg    **Peso:** 3.800 KG    **Talla:** 55.5 cm  
**IMC:** > P99 - 162.6z    **Superficie corporal:** 0.242    **P/T:** > P99 - 10 z

**General:** Paciente despierta, activa y reactiva, ventilando espontáneamente, no dificultad respiratoria

- **Piel:** tibia, elástica, signos del pliegue +/+++ , llenado capilar <2 seg, no cianosis, palidez +/+++.
- **Orofaringe:** impresiona macroglosia. Mucosa oral seca.
- **Tórax y pulmón:** amplexación conservada, no tirajes, MV audible en AHT, no ruidos agregados.
- **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no impresiona soplo. Pulsos periféricos presentes.
- **Abdomen:** RHA (+), globuloso, blando, depresible, no dolor a la palpación, no visceromegalia.

- **Neurológico:** despierta, reactiva a estímulos, moviliza 4 extremidades, prehensión plantar y palmar (+), fontanela anterior normotensa, no signos focalización., ROT 3/4, no signos meníngeos.

### **Impresión diagnóstica:**

Hiperglicemia persistente:

D/C Diabetes Mellitus neonatal.

D/C Causa Genética: EIM

Deshidratación Moderada.

Eutrófico.

### **Exámenes auxiliares.**

Hemoglucotest (17/07/23) : 303 mg/dl

Hemoglucotest (17/07/23 al 26/07/23) : Anexo

#### **Laboratorios:**

- **17/07/23:** hb 8.3g/dl, hto 24%, plaquetas 750000, leucocitos 6840, glucosa 311, creatinina 0.44, urea 5, PCR 0.04, T4 libre 14.2.
- **18/07/23:** hb: 7.5 g/dl, hto 24% peptido C 0.35.
- **08/08/23:** glucosa 85, hemoglobina glicosilada 4.6%.

#### **Diagnóstico por Imagen:**

- **Ecografía abdominal (11/07/23):** páncreas sin alteraciones

#### **Estudio Genético:**

- **21/07/23:** no se ha identificado una causa genética para la Diabetes neonatal. En el análisis de secuencia de los genes ABCC8, INS y KCNJ11 no se ha detectado variante patógena.

### **Plan de trabajo:**

- Indicaciones médicas.
- Interconsulta a endocrinología.
- Registrar controles de glucosa en hoja aparte.
- Entrenamiento de madre para uso de insulina.
- Completar estudios genéticos

### **Indicaciones:**

- Lactancia materna a libre demanda.
- Vía salinizada.
- Cloruro de Sodio 0.9%. 35 cc EV STAT, luego control de HGT.

- Si Glicemia  $\leq$  250 mg/dL:
  - Dextrosa 5%, 50 cc
  - NaCl 20%, 50 cc 10 cc/hora
  - KCl 20% 0.8 cc
- Si Glicemia  $>$  250 mg/dL:
  - NaCl 0.9%, 100 cc 10 cc/hora
  - KCl 20% 0.8 cc
- Insulina NPH 1 U, SC c /24 Horas (noche)
- Control de glucosa por HGT, antes de cada lactancia (c/ horas).
- CFV + BHE + OSA

#### **Tratamiento del 18/07/23 - 26/07/03**

- Lactancia Materna a libre demanda.
- Control de glucosa por HGT, antes de cada lactancia (c/ horas).
- Insulina NPH 0.5 U, SC c /24 Horas (0.14 UI/Kg/día)
- Si Glicemia  $>$  250 mg/dL (solo el 18/07/23):
  - NaCl 0.9%, 100 cc 10 cc/hora
  - KCl 20% 0.8 cc

#### **4.4 Caso clínico n.º 4**

##### **Anamnesis**

Recién nacido a término de sexo femenino de 4 días, es traída por su madre a emergencia, la cual refirió que desde hace 3 días su bebe presentó coloración amarillenta en todo su cuerpo. Niega lactancia entrecortada, fiebre, vómitos, y otros signos y síntomas.

##### **Funciones biológicas**

Apetito: conservado

Sed: conservada

Sueño: conservado

Diuresis: conservado

Deposiciones: conservado

Peso: conservado

##### **Antecedentes personales:**

##### **Antecedentes Prenatales:**

- N.º Gestación: 2da



- CPN: 8 en el INMP
- Complicaciones: IT: Niega; IIT: Niega; IIIT: Niega

#### **Antecedentes Natales:**

- Parto: eutócico
- EG: 40 semanas
- Apgar: 8 - 9
- Grupo y Factor Rh: O+
- PN: 3000 gr
- TN: 48 cm
- PC: 35 cm

#### **Antecedentes Post Natales**

- Desarrollo Psicomotor: acorde a la edad
- Lactancia materna exclusiva.
- Inmunizaciones: cuenta con BCG y Hepatitis B
- Patologías previas: niega
- Hospitalizaciones previas: niega
- Cirugías previas: niega
- Alergias: niega

#### **Antecedentes familiares:**

- Padre 22 años: aparentemente sano
- Madre 20 años: aparentemente sana. Madre O+

#### **Examen físico:**

**T°:** 36.7 °C    **FC:** 134 x'    **FR:** 42 x'    **SatO2:** 98%    **FiO2:**  
0.21

**Peso EM:** 2900 g                      **Talla:** 48 cm

**Peso-Intermedios IV:** 2875g      **Perímetro cefálico:** 35 cm

**General:** Paciente despierta en decúbito dorsal sobre cuneta, activa- reactiva a estímulos externos con ventilación espontánea

- **Piel:** tibia, hidratada, elástica, ictericia hasta las rodillas, llenado capilar <3 seg, no cianosis, no palidez.
- **TYP:** amplexación conservada, MV audible en ambos hemitórax, no tirajes, no ruidos agregados.
- **CV:** Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no impresiona soplo.
- **ABD:** blando, depresible, no discomfort a la palpación, no masas, RHA (+)

- **Neurológico:** despierta, reactiva a estímulos, tono muscular conservado, moviliza 4 extremidades, reflejo plantar y palmar (+), fontanela anterior normotensa, ROT 3/4, no signos meníngeos, no signos focalización.

**Apreciación Diagnóstica:**

1. RNAT 40 semanas femenino
2. Ictericia neonatal

**Plan de Trabajo Emergencia:**

- Se solicita bilirrubinas totales y fraccionadas.
- Se solicita hemoglobina y reticulocitos.
- Lactancia materna y/o fórmula de inicio.

**Plan de trabajo intermedios IV:**

- Continuar lactancia materna y/o fórmula de inicio.
- Iniciar fototerapia

**Exámenes auxiliares.**

**Ingreso:**

Bilirrubina total: 22.77 mg/dl

Bilirrubina indirecta: 21.88 mg/dl

Bilirrubina directa: 0.89 mg/dl

Reticulocitos: 1.80

Hemoglobina: 16 g/dl.

**Intermedios IV:**

Bilirrubina total: 21.07 mg/dl

Bilirrubina Directa: 0.75 mg/dl

Bilirrubina Indirecta: 20.32 mg/dl

Hemoglobina: 16 mg/dl

Reticulocito: 1.80%

**Tratamiento:**

1. Lactancia materna extraída y/o fórmula de inicio 13%: 50-52cc/ Toma / 8 tomas
2. Fototerapia
3. Control de bilirrubinas.
4. Control de funciones vitales C/d 4 h.



## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

Los autores completaron su período de internado en tres institutos especializados en enfermedades neoplásicas, patologías presentes en niños y adolescente, y enfermedades ginecológicas y obstétricas; los cuales serán descritos en los siguientes párrafos.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas es un centro de salud nivel III - 2, encargado en la atención especializada de los diversos tipos de cáncer en el país, siendo un establecimiento de referencia a nivel nacional. Este se fundó el 4 de diciembre de 1939 y marcó el inicio de la investigación oncológica en el Perú, tuvo como objetivo la prevención, rehabilitación, y atención especializada del paciente; así como, un centro encargado de establecer un sistema de selección competitivo para formar especialistas en oncología y ofrecer entrenamiento de pre y postgrado. En un inicio se ubicaba en la av. Alfonso Ugarte n.º 825, Cercado de Lima, bajo la dirección del general Oscar R. Benavides y el Dr. Guillermo Almenara Irigoyen en el Ministerio de Salud; sin embargo, actualmente se encuentra en el distrito de Surquillo en la Av. Angamos este 2520 (5).

El Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña se encuentra dentro de categoría III - 2 de los establecimientos de salud, siendo una institución encargada de brindar atención especializada exclusivamente a lactantes, preescolar, escolar y adolescentes al contar con profesionales de la salud especializados en este grupo etario. Este instituto es considerado el primer hospital pediátrico en el país, fundado el 1 de noviembre de 1929, bajo el nombre de "Julia Swayne de Leguía"; en el período de gobierno del presidente Augusto B. Leguía. En la actualidad se encuentra ubicado en la Av. Brasil 660 en el distrito de Breña, bajo la dirección de Dr. Carlos Urbano Durand (6).

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), también llamado Maternidad de Lima, se destaca por brindar servicios de salud reproductiva especializados para mujeres, con un enfoque particular en el cuidado materno-perinatal. Además, se encarga del seguimiento integral de recién nacidos y niños de alto

riesgo hasta la edad de cinco años. Esta entidad fue establecida el 10 de octubre de 1826 por el Mariscal Andrés de Santa Cruz, originalmente bajo el nombre de Casa de Maternidad de Lima. Pertenece a la categoría III - 2 correspondiente a los niveles de centros de atención de salud; la cual se ubica en el Jr. Santa Rosa n.º 941 - Cercado de Lima, bajo la dirección de la Dra. María Justina Galarreta Achahuanco (7).

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### 1. Medicina Oncológica

#### 1.1 Caso clínico n.º 1

El linfoma no Hodgkin es un tipo de neoplasia hematológica originada a partir de los linfocitos, tanto de células progenitoras y maduras de tipo B y T; en donde producto de ello, existe una hiperplasia desmedida de las células para posteriormente proliferar hacia órganos linforreticulares; pudiendo generar metástasis a cualquier parte del organismo. Así mismo, diversos estudios en EE. UU. y España posicionaron a este tipo de cáncer en el séptimo lugar tanto en varones como mujeres, mientras el noveno puesto dentro de las defunciones en ambos sexos representando el 3% de muertes en las últimas décadas. Por otro lado, se ha demostrado que esta patología se presenta en todas las edades, etnias y niveles socioeconómicos, involucrando factores de riesgo como predisposición genética, inmunodeficiencia congénita, adquirida o prolongada debido a consumo de medicamentos, e infecciones (HTLV-1, VIH, Epstein Barr, etc.), que si bien en ocasiones podrían desarrollar dicha enfermedad no es determinante para ello.

Uno de los tipos de clasificación que presenta se basa en la velocidad de crecimiento, dividiéndose en

- **Linfomas de bajo grado o indolente:** de curso lento y pronóstico favorable ya que tiene una supervivencia media prolongada. Sin embargo, si no se detecta en etapas tempranas su medida terapéutica se ve limitada.
- **Linfomas agresivos:** se caracteriza por presentar un crecimiento más acelerado, pudiendo provocar la muerte del paciente incluso en pocos meses. Sin embargo, tienen mayor probabilidad de mejora pese a encontrarse en etapas avanzadas de la enfermedad.

El linfoma difuso de células B grandes (LDCGB) se encuentra dentro de la clasificación de los linfomas agresivos, conformando el 30 % de este tipo de patología. Este se caracteriza por el crecimiento acelerado

de una masa que en muchas ocasiones logra infiltrar diversos órganos al tener una presentación externa a los ganglios linfáticos pudiendo esto generar síntomas inespecíficos sistémicos además de los locales, siendo más frecuente en jóvenes (8). Su diagnóstico se complementa con exámenes auxiliares como hemograma completo y frotis sanguíneo, en donde la alteración de este último indicaría daño a nivel de la médula ósea. Además, es recomendable solicitar un estudio laboratorial más amplio basado en la toma de electrolitos (K, Ca, F), ácido úrico y creatinina, en donde sus alteraciones nos indicarían el desarrollo de un síndrome de lisis tumoral que suele ser frecuente en este tipo de neoplasia; por lo cual requeriría un manejo urgente basado en quimioterapia. Por otro lado, es necesario realizar un aspirado de médula ósea para determinar el subtipo de linfoma no Hodgkin, estadio y extensión que el individuo pueda presentar; ya que este se complementará con exámenes imagenológicos como el PET TC para determinar su localización y orientar a una mejor toma de biopsia (9). Además, se recomienda solicitar una tomografía (TEM) para explorar, determinar y localizar las zonas afectadas de dicha neoplasia; mientras que la Resonancia Magnética (RMN) nos permitirá observar una localización más exacta, así como su extensión y respuesta al quimioterápico empleado.

En el presente caso se evalúa a un paciente varón de 24 años conocido por el servicio de oncohematología, con antecedente de síndrome obstructivo de vena cava superior,(SOVAS) y con diagnóstico de Linfoma no Hodgkin CBGD primario mediastinal doble espesor; quien acude a consultorio externo para evaluación rutinaria en donde tiene como disposición hospitalización para continuar con 6.º curso de esquema quimioterápico con DA EPOCH el 26/12/23, el cual consiste en rituximab 686 mg c/24h (día 1) , etopósido 91 mg (día 1-4), doxorubicina 18 mg (día 1-4), vincristina 0.73 mg (1-4 día), ciclofosfamida 1647 mg (día 5), prednisona 109 mg (día 1-5) y FEC (fluorouracilo, clorhidrato de epirrubicina y ciclofosfamida.) 348 ug (día > 6).

Una vez en piso, se procede a enviar a cirugía para colocación de CVC necesario para inicio de tratamiento. Al mismo tiempo se coordina con el servicio de Imagenología para la validación tanto de tomografía como resonancia magnética tomada previamente. Así mismo, se interconsulta a psiquiatría por antecedente de trastorno de ansiedad, informando que paciente presenta evolución favorable.

Durante los siguientes días, se observa al paciente hemodinámicamente estable afebril, contando con hematológicos que no ameritan transfusión y recibiendo quimioterapia sin interurrencias. Sin embargo, ante evaluaciones rutinarias se observa trastorno hidroelectrolítico (hipokalemia) asociado a dolor al miccionar; por lo que se procede a solicitar urocultivo debido a la clínica y tomografías de control. Pese a ello, continuó recibiendo quimioterapias sin presencia de interurrencias; considerando posibilidad de alta dependiendo de informe verbal de tomografía y seguimiento por parte de psicología. Sin embargo, a media noche acudió el equipo de guardia, posterior a que enfermería reportó que el paciente presentó dolor abdominal leve y deposiciones líquidas (no refiere cuantía) dando médico consultante el diagnóstico de gastroenteritis infecciosa; motivo por el cual se le indica coprocultivo, deja metronidazol y continuar en el servicio para control. Al día siguiente se observa recuperación de valores de potasio 3.4 (día previo 2.9 g/dl) y se encuentra fósforo en 1.5 mg/dl; así mismo, se evidencia resultados de coprocultivo negativo, y urocultivos negativos, el cual se había solicitado por molestias urinarias. Se solicitaron TEM de control de enfermedad y quedó pendiente su validación,

Se observa mejora trastorno electrolítico, decidiendo continuar con quimioterapia y posibilidad de ampliación de estudio con PET - SCAN. Una vez logrado obtener dicho examen se decide dar de alta ante estabilidad clínica y hemodinámica con indicación de control por consultorio externo en una semana.



## 1.2 Caso clínico n.º 2

Las leucemias agudas mixtas (MPAL) es una subclasificación de la leucemia aguda de linaje ambiguo, las cuales se caracterizan por presentar una complejidad fenotípica representando las leucemias bifenotípicas. Estas representan el 2 al 5 % de todas las leucemias agudas con una prevalencia mayor en varones. Así mismo, se ha evidenciado la presencia de linajes celulares distintos en una misma población de células; siendo estas las leucemias biclonales, donde coexisten dos poblaciones celulares de linajes diferentes. Es por ello que las leucemias agudas mixtas son consideradas como una patología de pronóstico desfavorable, teniendo tasas de supervivencia inferiores en comparación con las leucemias linfoblásticas agudas (LLA) o las leucemias mieloides agudas (LMA).

Con lo que respecta a su clasificación estas se basan según el fenotipo hallado, demostrando que el 60% de las MPAL pertenecen al linaje linfoide B/mieloide, el 36% al linfoide T/mieloide, el 4% al linfoide B/T, y un 2% involucra las tres líneas celulares. Desde el punto de vista genético, estas leucemias a menudo están vinculadas a anomalías cromosómicas específicas como la translocación  $t(9;22)$  y  $t(v;11q23)$ ; la cual subraya la importancia de la genética en su diagnóstico y tratamiento (10).

Se caracteriza clínicamente por presentar síntomas clínicos derivados del deterioro de la médula ósea como fatiga, episodios de sangrado e infecciones recurrentes que llegan a generar anemia, trombocitopenia, y la reducción tanto en cantidad como en eficacia de los leucocitos. Esto último contribuye a una supresión generalizada del sistema inmunológico.

Es común que estos pacientes muestren un recuento leucocitario normal o elevado en la sangre periférica, lo cual puede llevar a una hiperviscosidad sanguínea y un nivel significativo de infiltración leucémica fuera de la médula ósea (11).

El diagnóstico preciso de este tipo de leucemia se basa en la identificación de las características inmunofenotípicas específicas, para lo cual se emplea la tecnología de citometría de flujo multiparamétrica (CFM); en donde se analiza al menos 100 células blasto y un mínimo de 20,000 eventos por muestra en cada tubo de ensayo. Asimismo, para determinar el fenotipo específico de la leucemia, se utiliza un conjunto seleccionado

de anticuerpos monoclonales; lo cuales están diseñados para reconocer y unirse a antígenos específicos presentes en las células linfoides B y T en las células mieloides, así como en las células precursoras hematopoyéticas que aún no se han diferenciado. Es por ello que en las leucemias agudas de fenotipo mixto (LAFM) con afectación del linaje B, las translocaciones  $t(v;11q23)$  / MLL y  $t(9;22)$ /BCR-ABL1 son las más comunes; mientras que en aquellas que afectan al linaje T, se observa frecuentemente en una trisomía (cromosoma 4). En cambio, para los casos de leucemias agudas bifenotípicas, donde coexisten los linajes linfoides B y T, la translocación  $t(9;17)$  (p11;q11) es la predominante(11).

Por otro lado, al ser una patología poco frecuente, no presenta suficientes estudios publicados ni diversidad en los criterios diagnósticos; lo cual ha limitado al querer establecer un consenso claro respecto a los protocolos de tratamiento para este tipo de leucemias. Al realizarse una revisión de varios equipos de investigación se determinó iniciar la terapia con el uso de corticosteroides, seguido por un régimen quimioterapéutico similar al empleado en la LLA. En caso de no observar una respuesta favorable con este enfoque, se procede a incorporar un tratamiento parecido al utilizado en la LMA que incluye el uso de agentes alquilantes. Sin embargo, otro grupo reducido de especialistas recomienda la combinación de ambas (11).

Paciente varón de 18 años natural y procedente de Cusco-Canchis, sin antecedentes personales, portador de leucemia aguda de fenotipo mixto de linaje mieloide predominante de alto riesgo, cursa con tiempo de enfermedad de un mes el cual fue diagnosticado mediante aspirado de médula ósea (AMO) y citometría de flujo el 26/05/21. Recibe tratamiento de inducción y consolidación I y II. Inicia mantenimiento en enero del 2022. Ingresa al INEN el 27/09/23 donde se evalúa posibilidad de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH), y se deja indicación de cita por consultorio externo. Acude a su cita programada y se procede a entregarle las órdenes de hospitalización para tratamiento de reinducción.

Tras el ingreso al hospital, se toman medidas inmediatas para avanzar en su tratamiento; lo cual incluye la preparación para un procedimiento quirúrgico con el fin de colocación de Catéter Venoso Central (CVC) para comenzar el tratamiento propuesto. Paralelamente, se dejan órdenes de

cultivos de vigilancia, ya que al portar un CVC se tiene alto riesgo de infección.

Al día siguiente se coloca el CVC sin interurrencias, y se inicia tratamiento de inducción con citarabina (1000 mg/m<sup>2</sup>/12h) 1640 mg (1- 4 días), mitoxantona 12 mg/ m<sup>2</sup>/d) 19 mg (1 - 4 días) y filgastrim 300 ug a partir de neutropenia. Una vez transcurridas 24 horas al inicio de tratamiento se evidencia hipertransaminasemia, acudiendo el servicio de infectología y dejando indicado posaconazol como profilaxis antifúngica y anfotericina B 5 mg/kg EV 2 veces a la semana por 2 semanas y cultivo de vigilancia de 24 horas; obteniendo como resultados negativos. Así mismo, se solicita evaluación por psiquiatría quien refiere acompañamiento psicoanalógico. Durante su estancia hospitalaria se evidencia presencia de deposiciones líquidas y apariciones de lesiones dérmicas pustulosas en tórax posterior a inicio de quimioterapia; por este motivo se solicita coprocultivo con resultados positivo a *giardia lamblia* y se inicia ácido fusídico para lesiones dérmicas. Se solicita reevaluación por parte de infectología, el cual inicia tratamiento con metronidazol 500 mg VO c/8h por 7 días, y profilaxis con posoconazol 300 mg VO c/12h el primer día y luego 300 mg VO c/24h en adelante por 20 días. Al día siguiente se observan resultados de seguimiento hematológico donde se evidencia plaquetas en 13 000 y neutropenia grado 4; motivo por lo cual se indica transfusión. Se continua con indicación propuestas por lo servicios mencionados anteriormente; dado de alta luego de 1 mes y 15 días de tratamiento y observación.

### **1.3 Caso clínico n.º 3**

La enfermedad hemorroidal o también llamada habitualmente hemorroides, es la inflamación y dilatación de los vasos sanguíneos que conforman las “almohadillas” ubicadas en la región perianal; siendo una patología frecuente al encontrarse en cerca del 4 %-86 % de las personas sin predominio de género. Suele ser asociada sobre todo a estreñimientos y factores que la predisponen como bajo consumo de fibra, edad avanzada y esfuerzo a la defecación, lo cual produce debilidad de la pared del tejido en la zona hemorroidal, incremento de

presión del esfínter anal interno e inflamación local. Esto se traduce clínicamente como sensación de “bulto”, sangrado al finalizar las deposiciones evidenciado usualmente al momento de limpiarse, prurito anal, y en ocasiones prolapso. Existen 2 tipos de hemorroides: interna y externa. La primera se ubica en el recto y generalmente suelen ser asintomáticas, siendo el primer signo en evidenciarse un sangrado intermitente indoloro que se produce durante o postdefecación, pudiendo llegar a complicarse en las formas de hemorroide estrangulada o trombosada (12). Por otro lado, poseen 4 formas de clasificación según el grado de prolapso, siendo estas las siguientes:

- **Grado I:** hemorroides internas no exteriorizada
- **Grado II:** hemorroide interna prolapsada reductible de manera espontánea
- **Grado III:** hemorroide interna reducible manualmente
- **Grado IV:** hemorroides internas no reducibles

Por otro lado, con lo que respecta a las hemorroides externas, estas se evidencian como protuberancia rojiza en el ano o inferior a él; pudiendo llegar a trombosarse producto de la formación de un trombo en el interior de una vena o extravasación de sangre alrededor del tejido en donde se circunscribe la lesión hemorroidal, generando un hematoma (13).

El diagnóstico se obtiene mediante una adecuada anamnesis, examen físico y visualización de las mismas mediante proctoscopia, siendo este último necesario al encontrarnos ante sospecha diagnóstica de hemorroides internas; no demostrando utilidad en las externas (12).

El alivio de los síntomas hemorroidales en su fase inicial, consiste en el empleo de generales y conservadores, como cambios en la higiene y la dieta, así como ajustes en el estilo de vida; lo cual se basan principalmente en combatir el estreñimiento y reducir los síntomas locales. En caso de que estas medidas no logren su objetivo, se recurrirá a opciones de tratamiento farmacológico y quirúrgico.

Existen dos Guías de Práctica Clínica (GPC) que sugieren el uso de laxantes (fibra) y flavonoides en aquellas hemorroides grado I y II; en el grado III recomiendan la ablación o fijación no quirúrgicos mediante

fotocoagulación con infrarrojo, escleroterapia o ligadura con banda elástica (LBE). Sin embargo, en las hemorroides no reducibles (grado IV) el tratamiento es quirúrgico mediante hemorroidectomía (14).

El presente caso se trata de un paciente de 38 años con diagnóstico de LLA células B AR por edad y pancitopenia, con antecedente de estreñimiento crónico; motivo por el cual se interconsulta al servicio de gastroenterología por presencia de hemorroides externa asociada dolor perianal a la defecación, sin evidencia de sangrado ni asociación con hemorroides internas. Al momento del examen físico se evidencia a paciente lucido hemodinámicamente estable sin soporte oxigenatorio, con presencia de pequeñas dilataciones hemorroidales externas no complicadas. Por lo cual se decide indicar dieta rica en fibra, medios físicos (baño de asientos), continuar con uso de cojín antihemorroidal. uso de laxante para facilitar la defecación y policresuleno/ cincocaina tópico con el fin disminuir sintomatología. Se reevalúa al paciente luego de 72 horas evidenciando evolución favorable con tratamiento prescrito. Alta por servicio de gastroenterología.

#### **1.4. Caso clínico n.º 4**

El asma bronquial es una patología crónica inflamatoria que afecta a los conductos respiratorios, manifestándose como una respuesta de hipersensibilidad de estos que puede llegar a ser reversible. Esta enfermedad se presenta entre el 1-29 % a nivel mundial, asociándose a factores de riesgo como: aplicación incorrecta del broncodilatador y ausencia de tratamiento con corticoides inhalados, obesidad, sinusitis crónica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, alergias alimentarias o embarazo, tabaco/cigarrillos electrónicos, exposición a alérgenos y la contaminación ambiental, etc. (15).

La clínica se caracteriza por presentar sibilancias, dificultad para respirar, sensación de presión en el pecho y tos; fluctuando en intensidad y frecuencia con el paso del tiempo. Para complementar el diagnóstico, además de la clínica, es necesario la ampliación de los antecedentes que nos puedan orientar a dicha patología; así como, la obtención de evaluaciones objetivas como (16):

Valoración de función pulmonar: esta se realizará a través de la espirometría donde se tomarán en cuenta los valores del volumen espiratorio forzada en el primer segundo (FEV1), capacidad vital forzada (FVC), pico espiratorio flujo (PEF); en donde la relación FEV1/FVC menor al 70% indicaría un problema obstructivo. Además, tras la aplicación de un broncodilatador y la mejoría del FEV1 en > 200 ml y >12% de su valor basal, nos orientará al diagnóstico de asma descartando EPOC.

Saturación de oxígeno: útil para monitorización constante de niveles de oxígeno; en donde un nivel menor de 92% requerirá manejo con oxígeno suplementario.

Examen de gases arteriales: en caso no se evidencie mejoría clínica pese a tratamiento.

Radiografía de tórax: como uso rutinario para descarte o confirmación de patología agregadas (16).

El esquema de tratamiento para el asma en adultos, según las directrices del Global Initiative for Asthma (GINA) 2023, se estructura escalonadamente ajustando la intensidad del tratamiento acorde a la gravedad de los síntomas de cada paciente. Estas indicaciones se resumirán en los siguientes pasos:

**Paso 1:** Inicio de tratamiento se da para el control ocasional de los síntomas, se recomienda el uso de un broncodilatador de acción corta (SABA) como el salbutamol. Se recomienda como tratamientos preventivos evitando un uso dependiente de los mismos.

**Paso 2:** Control de sintomatología leves - Se introduce un corticosteroide inhalado (ICS) de dosis baja, solo o en combinación con un broncodilatador de larga duración (LABA) para mejorar el control del asma y reducir el riesgo de exacerbaciones.

**Paso 3:** Asma moderada - Se aumenta la dosis de ICS o se combina con un LABA para pacientes cuyos síntomas no llegan a ser controlados de manera adecuada con dosis bajas de ICS.

**Paso 4:** Asma persistente moderada a severa – Se debe iniciar con dosis más alta de ICS combinado con un LABA. También, puede considerarse el uso de medicamentos adicionales, como antileucotrienos, teofilinas de liberación prolongada o tiotropio, para mejorar y controlar el asma.

**Paso 5:** Asma severa – en caso de asma severa, cuando no se logra controlar la sintomatología con tratamientos ya descritos, se recomienda iniciar con tratamiento biológico dirigido o usar corticosteroides orales a dosis mínimas efectiva. La elección del tratamiento biológico depende de los fenotipos y endotipos específicos del asma del paciente.

Además de los pasos mencionados, la guía GINA del 2023 enfatiza en la importancia de educar al paciente sobre su enfermedad y el manejo de este, guiándolo en el uso correcto del inhalador, conocimiento de factores desencadenantes y manera de afrontar dichas situaciones (13).

Se presenta el caso de un paciente varón de 42 años procedente y natural de Lima portador de tumor en quinto dedo del pie izquierdo de crecimiento lento, progresivo e indoloro con disposición a intervención quirúrgica; quien presenta tiempo de enfermedad de 2 semanas con características clínicas sugestivas de asma bronquial. Razón por la cual se solicita evaluación por neumología.

Al ser evaluado por neumólogo de turno, esta evidencia sibilantes y roncales en base de hemitórax derecho sin presencia de signos y síntomas añadidos. Por tal motivo se decide prescribir tratamiento con corticoide sistémico STAT, beta 2 agonistas de corta duración y antimuscarínicos; indicando reevaluación dentro de 48 horas con exámenes complementarios solicitados. Al reevaluar a paciente, se observa mejoría clínica encontrando disminución de ruidos agregados mencionados; así como ausencia de alteraciones en exámenes solicitados. Motivo por el cual no contraindica cirugía, dejando indicaciones pre y post quirúrgicas.

## 2. Cirugía Oncológica

### 2.1. Caso clínico n.º 1

El cáncer de tiroides, quien ocupa el 3.<sup>er</sup> lugar de neoplasias en el Perú según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), es aquella afección celular de la glándula tiroides que tiene predilección a individuos femeninos de mediana edad (45 - 54 años); reportándose que 90 % de estas corresponde a aquellos tumores bien diferenciados, siendo estos de buen pronóstico. Sin embargo, en EE. UU. este tipo de patología es considerada poco frecuente, ocupando el 5.<sup>o</sup> lugar dentro de todos los tumores. Así mismo, se ha evidenciado diversos factores que influyeron en el desarrollo de esta neoplasia, siendo la principal la exposición a radiación, así como déficit de consumo de yodo, antecedentes familiares de primer grado; este último factor es el que predispone a desarrollo de malignidad. Además, diversos estudios señalan que la presencia de múltiples tumores en la glándula, invasión de ganglios linfáticos, retraso en el manejo quirúrgico y ser de sexo masculino incrementarían el riesgo de recurrencia o generaría mayor tasa de mortalidad (17).

Por otro lado, existe diferentes tipos de cáncer de tiroides basado en su estudio histopatológico las cuales comprenden:

**Papilar:** tumor bien diferenciado considerado el más frecuente (70 - 80%) dentro de los cánceres de tiroides; siendo de buen pronóstico, crecimiento lento y diseminación especialmente linfática a predominio cervical en un 45%.

**Folicular:** representa del 10 al 15% de neoplasia tiroidea ocupando el 2do lugar de los cánceres de tiroides bien diferenciado; el cual se caracteriza por presentar una diseminación predominantemente hematológica (25%)

**Medular:** tipo de neoplasia menos frecuente (2%) asociada a antecedentes familiares y/o presencia de otros tumores endocrinológicos; por lo cual es recomendable la detección



temprana de la mutación del oncogen RET para un diagnóstico y tratamiento precoz.

**Anaplásico:** tipo de cáncer agresivo y el menos frecuente (menos del 1 %), con pobre respuesta al tratamiento. (18)

Estos suelen detectarse de manera incidental mediante un examen físico integral y palpar un nódulo tiroideo solitario indoloro, o al momento de realizarse algún examen imagenológico (TEM o RMN) por alguna otra patología de fondo (19). Sin embargo, en otras ocasiones, es el mismo paciente quien acude refiriendo haber evidenciado la presencia de una masa en la región anterior del cuello negando sintomatología. Por tal motivo, se procede a realizar biopsia con aguja fina guiada por ultrasonido para diagnóstico anatomopatológico, y determinación de puntuación bajo el sistema de Bethesda; la cual suele clasificarse de la siguiente manera:

**Categoría I:** material insuficiente con imposibilidad diagnóstica.

**Categoría II:** bajo riesgo de malignidad (0 - 3%). Requiere solo seguimiento clínico periódico.

**Categoría III:** Posee un riesgo de malignidad entre un 5% al 15%, siendo sugerente para el manejo nueva toma de biopsia guiada por ecografía.

- **IIIA:** Atipia de significado indeterminado (AUS)
- **III B:** lesión folicular indeterminada (FLUS).

**Categoría IV:** Neoplasia folicular o sospechosa de la misma (15 a 30 % de malignidad). Manejo basado en lobectomía.

**Categoría V:** Sospechoso de malignidad; por lo cual es recomendable la realización de tiroidectomía o lobectomía subtotal.

**Categoría VI:** Maligno (97 a 99%). Su manejo consiste en intervención quirúrgica (tiroidectomía total) asociado a radioterapia (20).

Seguidamente, se recomienda descartar metástasis mediante la toma de una radiografía de tórax (21). Por su parte, existen estudios que

recomiendan solicitar hormonas tiroideas como examen complementario, sin embargo, estas no son del todo contributivas para un diagnóstico específico. (18),

El tratamiento de esta patología se basa en la resección del tumor localizado en la glándula, ya sea mediante hemitiroidectomía, tiroidectomía casi total o tiroidectomía total, asociándose posteriormente a tratamiento con yodo radiactivo. La primera de ellas, evita que se generen complicaciones en el lóbulo no afectado ya que no se suele emplear terapia sustitutiva al mantener tejido funcional tras la resección del tumor; sin embargo, uno de sus principales problemas es la recurrencia y el retraso de su detección al hacer más complejo el rastreo con yodo radiactivo. El segundo tiene como objetivo mantener intacto el nervio laríngeo recurrente, así como las glándulas paratiroides, por lo cual se preserva el tejido glandular posterior tras la resección de la tiroides; en donde pese a ello, al no tener una buena visualización de las mismas, corren el riesgo de ser lesionadas. La última técnica consiste en resecar la glándula en su totalidad, reportándose menor tasa de recurrencia y mayor número de supervivencia (19).

El presente caso nos presenta a una paciente mujer de 17 años, que ingresa por el departamento de cabeza y cuello con sospecha de cáncer de tiroides trayendo muestra de biopsia realizada en otra institución con resultado clasificado como Bethesda V; sin embargo, se realiza revisión de lámina en el INEN el 25/07/23; siendo informada como Bethesda III. Posteriormente, le realizan TEM de cuello (28/07/23) en donde se evidencian signos sugerentes de neoplasia de tiroides que compromete ambos lóbulos e istmo asociándose a adenopatías sospechosas de grupo cervical VI derecho, III, IVB izquierdo. Finalmente, se procede a solicitar biopsia con aspiración de aguja final el 01/08/23 obteniendo resultado de Carcinoma papilar; y se decidió hospitalizar para disposición de tratamiento quirúrgico de tiroidectomía total. Seguidamente, se procedió a realizar interconsultas a los servicios de cardiología, neumología y anestesiología para la

evaluación de riesgos pre quirúrgicos los cuales no contraindican cirugía; así mismo, se solicita opinión al servicio de hematología por presencia de INR prolongado, los cuales sugirieron emplear enoxaparina 1 mg c/24h por un mes postcirugía en ausencia de sangrado al presentar una coagulopatía neoplásica compensada. Se realiza intervención quirúrgica en día programado sin presencia de interurrencias, decidiendo dar alta con indicaciones al cabo de unos días ante evolución favorable.

## **2.2. Caso clínico n.º 2**

El cáncer de lengua es considerado uno de los tumores menos frecuentes, siendo el carcinoma epidermoide de lengua, también conocido como epiteloma espinocelular, células escamosas o células planas, el más resaltante dentro ello; ya que representa el 3% de este tipo de neoplasias seguido del adenocarcinoma. Su incidencia es mayor en varones entre 50 - 60 años, incrementando el número de casos conforme aumenta la edad. Se ha visto involucrado la alteración del oncogen que suprime la proteína P53, asociado a factores de riesgo como alcohol, tabaco, agentes tóxicos, mala higiene oral, malnutrición e inclusive la presencia del virus del papiloma humano (16 y 18) debido al incremento de prácticas sexuales orales (22).

Este tipo de neoplasia suele presentarse en un inicio como una lesión ulcerada indolora sobre todo en zonas laterales y tercio medio de la lengua, de aparición repentina, que pese al pasar del tiempo no se autolimita y conforme va incrementando de tamaño genera un dolor local, asociándose a leucoplasia, eritroplasia, trismus, dolor mandibular, otalgia y pérdida de peso; generando esto retraso en su detección. Una vez obtenida la sospecha diagnóstica, se procede a biopsiar dicha lesión, determinando de esta manera el tipo de cáncer de lengua según resultados anatomopatológicos (23). Posteriormente, se solicita una tomografía para realizar el estadiaje de dicho cáncer, así como la ubicación del ganglio centinela, tamaño y extensión; sin embargo, este examen posee mayor margen de error para la detección de metástasis en comparación a la resonancia magnética (24).

Por otro lado, esta patología presenta como opciones terapéuticas: intervención quirúrgica, no quirúrgica (radioterapia o quimioterapia), o mixta. En la primera podemos encontrar a la hemiglosectomía con resección ganglionar en estadios tempranos; y glosectomía total, resección radical y laringectomía asociado a vaciamiento ganglionar en estadios avanzados, complementándose con radioterapia. Así mismo, el manejo dependerá del tamaño del tumor; ya que si este es menor a 4 cm se procederá a extraerlo mediante intervención quirúrgica, sin embargo, si es mayor a 4 cm, se realizará lo ya antes mencionado complementario con radioterapia. Por otro lado, al encontrarnos en estadios avanzados (III y IV) con tumor ya resecado, es recomendable tratamiento adyuvante con radioterapia y quimioterapia; ya que esto ha demostrado reducir el riesgo de recidiva en un 41% de los casos (22). Debemos tener en cuenta que el pronóstico dependerá del estado ganglionar cervical, por lo que siempre tenemos que incluir la disección de aquellos afectados; para de esta manera obtener un mejor resultado.

El presente caso trata de una mujer de 57 años, quien acude a consultorio de la especialidad de cabeza y cuello del INEN presentando resultados de biopsia de otra institución donde se evidencia carcinoma escamoso ulcerado, bien diferenciado queratinizante infiltrante. Posteriormente, se procede a realizar el examen físico pertinente en donde se evidencia tumoración de 3.5 x 3 cm en el borde lateral izquierdo de la lengua en el aspecto posterior de la parte móvil, que se extiende hacia la base sin infiltrarla en su totalidad, la cual contacta con el pliegue glosamigdaliano, distando a 0.8 cm de la mandíbula, a 0.5 cm de la línea media, a 2cm de la punta, con infiltración clínica de aprox. 1 cm; motivo por el cual se decide hospitalizar para intervención quirúrgica.

Una vez en piso se puso en marcha el plan médico para dicho procedimiento, los cuales fueron favorables y no contraindicaron la realización de la hemiglosectomía subtotal y reconstrucción con colgajo anterolateral microvascular. Sin embargo, durante el postoperatorio mediato, se evidenció en la zona distal del colgajo áreas de equimosis

alrededor de las zonas de punción, el área de las 2/3 partes posteriores del colgajo se encontraba con adecuado color y a la punción superficial era rojo rutilante; lo cual descartaba la presencia de congestión venosa. Por tal motivo, se decidió mantener en observación y monitorización en sala de recuperación durante 24 horas para valorar el área de equimosis; comunicando a familiares dicha situación.

Posteriormente, es reevaluada tanto por el servicio de cabeza cuello como cirugía plástica, quienes evidencian mejoría clínica negando interurrencias y decidiendo darle pase a servicio para continuar su recuperación.

Una vez en piso se observa evolución favorable, con funciones vitales dentro de parámetros normales, sin presencia de interurrencias durante su estancia hospitalaria. Motivo por el cual se decide dar de alta del servicio con seguimiento en consultorio externo por los servicios de Radioterapia y Medicina oncológica para evaluar posibilidad de tratamiento según esquema planteado por ellos.

### **2.3. Caso clínico n.º 3**

El sarcoma de Ewing, perteneciente a la familia de tumores neuroectodérmicos, es considerado como el segundo tumor maligno primario predominante en la infancia y adolescencia; ya que posee la capacidad de invadir tanto de manera local como sistémica al individuo, afectando sobre todo a los huesos largos en un 50 a 60% a predominio de miembro inferior (fémur 15% - 27%). Este se caracteriza por la presencia de una aglomeración de células redondas y translocación que involucra el gen BWS en el cromosoma 22 y el gen FLI-1, en el 11(25); sin embargo, no se han identificado factores de riesgo involucrados. Con lo que respecta a la clínica, los pacientes suelen presentar signos y síntomas localizados en la zona del tumor como aumento de volumen, umbral de dolor incrementado en región ósea involucrada, fragilidad ósea llevando en muchas ocasiones a fracturas patológicas, dificultad para la movilización de miembro afectada; mientras que a nivel sistémico podrían desarrollar fiebre de origen desconocido, dificultad respiratoria en caso existiera metástasis

pulmonar, entre otras complicaciones (26). Para un adecuado diagnóstico se realizará una biopsia para determinar histológicamente esta patología; sin embargo, previo a ello es necesario solicitar diversos exámenes laboratoriales e imagenológicos como radiografía del hueso afectado, en donde se podrá visualizar en ocasiones una lesión patognomónica denominada “en hoja de cebolla” y “triángulo de Codman” debido a la reacción perióstica de la diáfisis en los huesos largos, así como presencia de masa por afección de partes blandas. Esta podrá ser visualizada con mayor precisión tanto en la TEM como en la RMN, las cuales nos podrán ayudar a determinar la extensión del tumor y afección de otros órganos (27-29). Por otro lado, el tratamiento de esta neoplasia se basa en el manejo del tumor mediante quimioterapia, radioterapia y/o intervención quirúrgica, la cual consiste en quimioterapia de 14 a 17 ciclos empleando 2 regímenes de fármacos; mientras que para la realización de cirugía se tomará en cuenta la extensión y ubicación del tumor, incidencia de recidiva y funcionalidad del miembro afectado, complicaciones y posibilidad de conservación de este, muchas veces asociado una pobre respuesta al tratamiento de primera línea. En caso no sea posible la resección completa del tumor, podría aplicarse tratamiento con radioterapia diariamente durante 6 semanas (29).

El caso clínico trata de paciente de 10 años procedente de Chiclayo, con antecedente de Sarcoma de Ewing peroné operado en su localidad. Por lo que acude al INSN de San Borja para continuar tratamiento con quimioterapia (12.º curso); sin embargo, tras presencia de anemia moderada - severa se decidió posponer dicho tratamiento, priorizando transfusión de 2 paquetes globulares. A su vez dicha institución, realiza referencia al INEN para un adecuado manejo del problema de fondo.

Ingresa al INEN por consultorio externo, evidenciando a paciente en posición antálgica con imposibilidad de deambulacion ante presencia de fractura patológica e incremento de volumen de miembro inferior izquierdo; por lo que se decide ir completando de manera ambulatoria

los prequirúrgicos durante la mañana y por la tarde el servicio de ortopedia hospitalizó al paciente contando con resultados actuales de resonancia magnética de miembro inferior izquierdo validado, en donde se informa cambios post resección de peroné izquierdo con persistencia de lesión tumoral de la tibia, que condiciona fractura patológica e infiltración de partes blandas; diciendo programar intervención quirúrgica (desarticulación de rodilla izquierda) para el día siguiente.

Posterior a procedimiento, el niño retorna al servicio en compañía de su padre, quien en el pase de visita refiere que su hijo menciona sensación de hormigueo en miembro inferior izquierdo (pierna) ausente; dando como diagnóstico síndrome de miembro fantasma. Por tal motivo, se interconsulta con psicología para acompañamiento del menor.

Tras mejoría clínica el servicio de ortopedia decide dar indicaciones de alta y control por consultorio externo en una semana. De igual manera psicología indica seguimiento del menor por consultorio externo.

#### **2.4. Caso clínico n.º 4**

El carcinoma de células renales (CCR) es aquella tumoración sólida que se encuentra con mayor frecuencia en el riñón, representando cerca del 2-3% dentro de todas las neoplasias con mayor incidencia en países desarrollados. Esta suele presentarse con un ligero predominio en varones sobre todo entre la 6.<sup>a</sup> y 7.<sup>a</sup> década de la vida, asociado principalmente al consumo de tabaco y en menor medida a la obesidad e hipertensión. Esta patología suele ser detectada de manera incidental al realizar un examen imagenológico por otra enfermedad, ya que usualmente permanecen asintomáticos y con incapacidad de palparse en estadios iniciales; encontrándose solo en el 6 % de los casos la tríada clásica (masa abdominal palpable, dolor en flanco y hematuria macroscópica). Sin embargo, solo un pequeño porcentaje de pacientes debutan con metástasis y la manifestación clínica del órgano afectado (pulmón, hígado, hueso, riñón contralateral, glándula adrenal y cerebro) (30, 31).

Con lo que respecta a la metástasis ósea, esta suele afectar en un 48 % a la pelvis ósea, 45 % costilla, 42 % vértebras, 20 % huesos largos y 10 % cráneo; por lo que se sugiere un estudio con gammagrafía ósea en aquellos pacientes sintomáticos o en su defecto una radiografía para la detección de esta; sin embargo, este último no excluye la coexistencia de lesión ósea. Por su parte, diversos estudios señalan que cerca del 70% de pacientes presentan dolor esquelético asociado a síntomas neurológicos siempre y cuando la lesión se encuentre en las vértebras; mientras que en un 10 % de los casos podría evidenciarse fracturas patológicas. Es así como la supervivencia es determinada dependiendo del intervalo que exista entre el diagnóstico de cáncer renal y la metástasis ósea; ya que a mayor intervalo de tiempo existiría menor probabilidad de mortalidad. Además, se ha evidenciado que otro factor involucrado sería la presencia de fracturas patológicas y lesiones múltiples que llevarían a un pronóstico desfavorable (32).

Con respecto al tratamiento, este se basa en la nefrectomía radical cuando el CCR se encuentra localizado; ya que si está en estadio de metástasis se procederá a realizar la metastasectomía en aquellas con extensión sincrónica, buen pronóstico, y potencialmente resecable. Además, cabe señalar que existen otras opciones terapéuticas dependiendo de la situación en que se presente dicha patología (32).

En el presente caso nos encontramos ante un paciente varón de 75 años con diagnóstico de cáncer renal de células claras izquierda operado + metástasis en articulación de codo y húmero, hospitalizado el día 14.07.23 al presentar lesión ósea en cara anterior de húmero proximal derecho con biopsia que refiere ser una diseminación del carcinoma de células claras de neoplasia primaria; motivo por el cual se planteó como disposición la resección de húmero + osteosíntesis cementada, efectuada el día 25.07.23, sin ninguna complicación. Vuelve a piso el 26/07/23 tras permanecer como parte de protocolo en observación, donde se controlan síntomas. Para el 30/07/23 se encuentra paciente estable, evolucionando favorablemente, en condiciones de alta que se procede a efectivizar.



### **3. Ginecología y Obstetricia**

#### **3.1 Caso clínico n.º 1**

La rotura prematura de membrana (RPM) se define como una pérdida de continuidad de las membranas de manera espontánea después de las 22 semanas de gestación (33); clasificándose como:

- RPM término: luego de 37 semanas de gestación.
- RPM pretérmino: previo a las 37 semanas.
- RPM prolongado: pérdida de líquido > /= a un día.
- RPM Previaible (RPMpv): pérdida de líquido que ocurre dentro de las 22 y 24 semanas de gestación (34).

Esta se desarrolla por una debilidad en el área donde se genera la ruptura de membrana producto de falta de colágeno tipo II, zona edematizada, asociada a depósito de material fibroso, adelgazamiento de las capas, contracciones generadas por presencia de prostaglandina F2 y E2, las cuales se incrementan ante la presencia de bacterias. Todo ello se exacerba frente a infecciones del tracto urinario (ITU) e intrauterinas, consumo de tabaco, episodios previos de RPM, alteraciones en el cérvix y procedimientos invasivos.

Así mismo, dentro de dicha patología se desarrollan complicaciones como corioamnionitis, prolapso de cordón umbilical y desprendimiento de placenta (33, 34).

En el presente caso se observa una gestante añosa de 23 semanas de gestación, quien acude a emergencia por presentar escasa pérdida de líquido de +/- 4 h, negando otras interurrencias ni detectándose inicio de trabajo de parto. Al evaluar a la paciente se decide realizar maniobras de Valsalva, evidenciando salida de líquido claro del orificio cervical externo en escasa cantidad, además del flujo blanquecino, evitando realizar tacto ante la sospecha de RPM; ya que como se menciona en diversas guías al presentar esta patología queda estrictamente restringido la realización de tacto vaginal empleando sólo en caso sea necesario y no como una práctica rutinaria por riesgo de infecciones (33). Seguidamente se decide realizar una ecografía para determinar el índice de líquido amniótico (ILA), el cual se encuentra en 4.4 mm siendo catalogado como oligohidramnios. Sin embargo, existen

otros exámenes auxiliares que hubieran podido ayudar con el diagnóstico como el test de Fern, prueba con papel de nitrazina y el test de la proteína de unión al factor de crecimiento similar a insulina (IGFBP-1) (34). Por todo lo mencionado, se decide su hospitalización para manejo y observación. Previo a ser hospitalizada, la gestante recibe cefazolina 1g ev c/8 horas como tratamiento profiláctico (33). Una vez en piso, se indica a la paciente reposo absoluto en decúbito lateral mientras es hidratada y cambia de esquema antibiótico a ampicilina 2g EV c/6h + azitromicina 500mg VO c/24h.

Durante la estancia hospitalaria, tras transcurrir 17 horas y pese al tratamiento con antibióticos, la paciente empieza a presentar sensación de alza térmica cuantificada en 38.2°C (fiebre) y palpitations (Frecuencia cardiaca de 110); por lo que se decide realizar especuloscopia evidenciándose salida de líquido amniótico fétido, y monitoreo fetal continuo observando valores entre 168-190 lpm, cumpliendo con los criterios de corioamnionitis. Posteriormente, se reevalúa a la paciente y con los datos obtenidos se puntúa como un Bishop de 5, por lo que se decide maduración cervical con oxitocina (2mU), para luego dar inicio a la inducción de trabajo de parto. Sin embargo, tras no tener éxito se opta por cesárea de emergencia.

### 3.2. Caso clínico n.º 2

La placenta previa es una patología catalogada dentro de las causas de hemorragia en el 2do trimestre del embarazo, la cual se caracteriza por una inserción anómala de la placenta, pudiendo tener 4 presentaciones:

**Placenta de inserción baja:** Teniendo como punto de referencia al orificio cervical interno (OCI), se ubica a menos de 2 cm de este.

**Placenta marginal:** Se localiza cerca al orificio cervical interno sin llegar a cubrirlo.

**Placenta de oclusión parcial:** Parte del OCI se encuentra cubierto por la placenta al insertarse una porción de esta cerca de ella.

**Placenta de oclusión total:** Se caracteriza por localizarse totalmente sobre el OCI, cubriéndolo por completo (33).

Esta se caracteriza por presentar hemorragia indolora de aspecto brillante, que puede repercutir en cierta etapa de la gestación. Además, a la palpación se evidencia un útero grávido de tono conservado (35). En el presente caso, se observa una gestante de 31 semanas por ecografía del I trimestre, que acude a emergencia refiriendo sangrado vaginal desde hace 1 hora. Se procede a solicitar exámenes complementarios, dentro de los cuales se realiza una ecografía en donde se encuentra latidos cardíacos fetales estables, implantación baja de la placenta, así como alteración en el flujo sanguíneo materno/fetal, dando como diagnósticos ecográficos de placenta previa y retardo de crecimiento intrauterino. Además, se solicita un examen de orina el cual no presenta alteraciones, y un hemograma completo, donde se evidencia anemia.

Por los hallazgos presentes en la ecografía, y al no evidenciarse sangrado activo, se decide diferir el tacto vaginal, realizando solo maniobras de Leopold para determinar la ubicación del feto, y monitorizar los signos vitales tanto maternos como fetales; los cuales se encuentran dentro de rangos normales, y a la vez se evidenció dinámica uterina. Motivo por el cual se inicia tocolisis con nifedipino en dosis de ataque en tres oportunidades y primera dosis de maduración pulmonar con betametasona, manejando de esta manera la amenaza de parto pretérmino. Este tratamiento va acorde al planteado en la "Guía del Instituto Nacional Materno Perinatal", quien refiere que se debe emplear como opción terapéutica para el control de las contracciones uterinas, 3 dosis de nifedipino a 10 - 20 mg vía oral en intervalos de 20 minutos; y continuar con 10 mg en 6 veces al día para posteriormente administrar c/ 8 horas por 6 días más. Por otro lado, la guía nos sugiere 2 opciones farmacológicas para maduración pulmonar en aquellas gestantes entre las 24 y 34 semanas, las cuales son la betametasona y dexametasona; siendo la primera empleada a dosis de 12mg vía intramuscular 1 vez al día durante 2 días (33).

Por todo lo mencionado, posteriormente al análisis de la paciente, se decide su hospitalización con los diagnósticos de G4 de 31 semanas por ecografía del I trimestre, hemorragia de la segunda mitad del embarazo: placenta previa, amenaza de parto pretérmino y anemia leve. Una vez en piso, se decide continuar hidratando a la paciente con cloruro de sodio, completar esquema terapéutico ya prescrito en emergencia y control obstétrico (dinámica uterina y LCF). A pesar de monitorización continua, se activa clave roja a la gestante presentar inestabilidad hemodinámica, pasando a cesárea de emergencia.

### **3.3. Caso clínico n.º 3**

La amenaza de parto pretérmino se define como la presencia de cambios mínimos en la dinámica uterina en gestantes entre las 22 y 36 semanas y 6 días (1/10 minutos, con una duración de al menos 30 segundos cada una de ellas medidas en un intervalo de 1 hora); así como, posible presencia de incorporación cervical menor al 50 % y/o dilatación menor o igual a 2 cm. Esto puede estar asociado a factores de riesgo como infecciones vaginales, cervicales o de líquido amniótico, edades extremas de la vida, consumo de sustancias tóxicas, déficit nutricional, entre otros (33).

Con respecto al cuadro clínico puede ser percibido por la gestante como contracciones uterinas frecuentes, lumbalgia, hipogastralgia, sensación de presión a nivel pélvico, de manera rítmica y constante; y modificaciones uterinas ya mencionadas. Además de la clínica referida anteriormente, el diagnóstico puede complementarse con exámenes auxiliares como ecografía transvaginal y dosaje de fibronectina los cuales tienen un alto valor predictivo negativo, en donde un valor negativo de los mismo nos da una probabilidad del 1% de que se desarrolle el trabajo de parto en las próximas 2 semanas (33,36).

Por otro lado, la vaginitis candidiásica es considerado un tipo de vaginitis infecciosa, presente usualmente en pacientes diabéticas, inmunosuprimidas, embarazadas y consumidoras frecuentes de antibióticos, siendo el agente etiológico prevalente la *Candida albicans*. Esta se caracteriza por la presencia de ardor, prurito, edema y eritema

asociado a escoriaciones en región bulbar; pudiendo visualizar a la especuloscopia una secreción semejante a queso cottage o blanco grumoso. Como ayuda diagnóstica se sugiere emplear KOH al 10 % o solución salina, las cuales permiten identificar la presencia de levaduras; sin embargo, no se recomienda la toma de cultivo de secreción ya que tiene baja sensibilidad y especificidad ante este agente (37). El tratamiento consiste en el uso de antifúngicos como fluconazol 150mg VO dosis única, clotrimazol en óvulos 100 mg c/24h por 7 días o 500 mg en dosis única, entre otros. En caso de ser recurrente, el tratamiento se prolonga durante 6 meses teniendo como opciones a: ketoconazol 100 mg VO 1 vez al día, fluconazol 100 mg 1 vez a la semana o itraconazol 50-100 mg VO 1 vez al día (38).

Por otra parte, se considera a una gestante infectada con el virus de inmunodeficiencia humana cuando se detecta el virus mediante prueba rápida y/o ELISA confirmándose posteriormente con exámenes más específicos de inmunofluorescencia indirecta (IFI) o Wester blood (WB); teniendo un alto riesgo de transmisión vertical durante el trabajo de parto al arrojar estos resultados positivos.

Previo a la realización del tamizaje para descarte de VIH se brinda consejería a gestantes de forma obligatoria por personal de salud capacitado, preparándose ante cualquier resultado. Posterior a la realización de pruebas que orientan al diagnóstico de VIH, se realiza el protocolo basado en las 4C que incluyen: cumplir el tratamiento, uso de condón, identificar contacto y continuar con la consejería, en caso positividad de resultados. Además, se orienta a paciente para que pueda cumplir sus controles y seguimientos, incluso después de finalizada la gestación (33).

El tratamiento de gestante con VIH se basa en medidas específicas administrando terapia triple (TARGA) la cual consiste en los siguientes escenarios:

- **Escenario 1:** gestante diagnosticada con VIH en su primer control prenatal durante el primer trimestre.

- Se inicia tratamiento TARGA a partir de las 14 semanas de gestación hasta posterior culminación de la misma con las siguientes medicaciones:
  - Zidovudina (AZT) 300 mg VO c/12 horas.
  - Lamivudina (3TC) 150 mg VO c/12 horas.
  - Lopinavir/ ritonavir (LPV/rtv) 400/100 mg VO c/12 horas.
    - **Manejo de parto:**
      - La alternativa en estos casos es cesárea electiva programada hasta las 28 semanas de gestación.
      - Previo a la cesárea administrar zidovudina 2 mg/kg EV durante la primera hora y posteriormente 1 mg/kg/h hasta antes del clampaje el cordón umbilical.
      - **Recomendaciones:** mantener membranas íntegras al extraer el producto, clampaje del cordón umbilical de manera inmediata, y evitar el contacto con fluidos y secreciones de la madre colocando doble campo quirúrgico.
- **Escenario 2:** gestante en tratamiento con TARGA previo inicio de su gestación.
  - Continuar con esquema TARGA prescrito durante su diagnóstico, si entre sus componentes se encuentra el Efavirenz se reemplazará por otro antirretroviral (33).
  - **Manejo de parto:**
    - Parto vaginal como alternativa siempre y cuando cuente con carga viral menor de 1000 copias/ml durante el último mes y sea aceptado por junta médica; caso contrario, se optará por cesárea.
    - Emplear esquema de zidovudina mencionado en el escenario anterior.
- **Escenario 3:** diagnóstico de infección por VIH en gestante durante labor de trabajo de parto.
  - Se administrará Zidovudina según mencionado en escenarios anteriores o 300 mg VO + Lamivudina (3TC) 150 mg VO + Lopinavir/ritonavir 400/100 mg VO c/12 horas

- Independientemente de los valores de CD4 o carga viral, paciente continuará con esquema TARGA brindado según programa al que será incluida.
- **Manejo de parto:**
- Culminar parto por cesárea

Solo se podrá optar por parto vaginal en los siguientes casos: dilatación > 4 cm y/o presencia de membranas placentarias rotas, si es que no existiera contraindicación absoluta para este tipo de parto.

En todos los escenarios mencionados se debe realizar el clampaje de cordón y evitar ordeñar el mismo inmediatamente extraído el producto, así como, está contraindicado la lactancia materna, por lo que suele indicarse cabergolina 0.5 mg (2 tabletas) en dosis única.

En el presente caso acude gestante de 34 semanas y 6 días con síntomas patognomónicos de amenaza de parto pretérmino, ya que esta refiere presencia de contracciones uterinas de manera esporádica que se evidencia a la evaluación como 1/10 por minuto en un intervalo de 60 minutos. Por lo que se decide inicio de tocolisis con nifedipino en dosis de ataque y primera dosis de maduración pulmonar con betametasona, programando su hospitalización para manejo y observación en el servicio A.

Al mismo tiempo, al realizar un examen físico completo, se evidencia flujo vaginal de aspecto blanco grumoso característico de infección por candidiasis; iniciando tratamiento con clotrimazol en óvulos de 100 mg c/24 horas por 7 días. Sin embargo, al ser una paciente con antecedentes de infecciones urinarias a repetición se solicitó examen de orina y urocultivo para descartar ITU sobreagregado, los cuales dieron como resultado negativo.

Una vez en piso, completó esquema prescrito en emergencia (tocolisis y maduración pulmonar) y se decide realizar interconsulta a los servicios pertinentes (infectología, psicología y psiquiatría) al ser una paciente código blanco. Tras evaluación por cada uno de ellos, infectología sugiere continuar tratamiento con Targa, seguir protocolo para gestantes con VIH, administrando de esta manera zidovudina 96 mg ev 1 hora antes del inicio de cesárea, y durante el procedimiento

reducir dosis a 48 mg hasta clampaje del cordón; así como solicitar control de carga viral para determinar riesgo de transmisión vertical. Al efectivizar las recomendaciones brindadas por el servicio en mención, se evidenció valores de CD4 de 250 cel/mm y valores de carga viral indetectables; lo cual reduce el riesgo de transmisión vertical al 1% según revisión de estudios (39)

Por su parte, psiquiatría brinda como diagnósticos retraso mental e insomnio, sugiriendo entrevista con madre para ampliación de historia clínica por posible agresión, e indica haloperidol 2mg/ml 2 gotas por la noche.

Finalmente se evidencia evolución favorable de la amenaza de parto pretérmino y se completó tratamiento de vulvovaginitis. La paciente inicia trabajo de parto, a las 37 semanas, el día 30/05/23 11:30hr, por lo que se indica cesárea de emergencia. Inmediatamente se le administró cabergolina 0.5 mg 2 tab (dosis única), indicó vendaje compresivo de mamas, y reinició tratamiento con TARGA. Por su parte, Neonatología evaluó al neonato y no reportó interurrencias.

### **3.4 Caso clínico n.º 4**

La enfermedad trofoblástica gestacional se origina tras una fertilización inadecuada con un posterior desarrollo y crecimiento anómalo el trofoblasto, presentando como factores de riesgo a multíparas, mujeres menores de 16 años y mayores de 40 años, antecedentes de aborto espontáneo, etnia asiática, estrógenos endógenos, grupo sanguíneo ABO, dieta alta en betacarotenos, consumidoras de alcohol y consumo de tabaco. Además, estas se clasifican en formas benignas y malignas que se describen a continuación (40, 41):

**Mola hidatiforme:** se caracteriza por un incremento de células trofoblásticas y edema de las vellosidades coriónicas con un diámetro entre 0.1-3 cm; la cual le proporciona la capacidad de obtener forma de bandas, así como cúmulo de vesículas que le brindan un aspecto típico en “racimos de uvas” (33).



**Completa (CHM):** formación de huevo cigoto diploide con participación de carga genética solo del padre (ovocito sin material genético); dando como resultado la incapacidad de formación de embrión. Se estima que cerca del 90% de los casos presenta un cariotipo 46 XX.

**Parcial (PHM):** su origen se basa en la fecundación de dos espermatozoides a un ovocito trayendo consigo un huevo cigoto triploide (cariotipo más frecuente 69 XXY). Sin embargo, posee un tejido embrionario no viable.

**Mola Invasiva (IM):** infiltración a miometrio e invasora distancia

**Coriocarcinoma (CCA):** neoplasia maligna con capacidad de metástasis, caracterizado por ausencia de vellosidades coriales

**Tumores trofoblásticos de localización placentar (PSTT):** patología poco frecuente producto del trofoblasto implantado en la placenta con tendencia a la formación de nódulos; la cual posee células secretoras de Hpl en gran cantidad, así como HCG en menor número. una de sus complicaciones tardías es la metástasis con pobre respuesta a quimioterápicos.

**Tumores trofoblásticoepitelioides (ETT):** patología inusual.

La identificación de cada uno de ellos, a excepción de la neoplasia trofoblástica gestacional, se basa en el estudio anatomopatológico; mientras que la antes mencionada en la clínica y analítica. Sin embargo, la apreciación diagnóstica se puede obtener mediante los valores excesivamente elevados de HCG mayor a valores usuales en un embarazo normal (> 100 000). Además, clínicamente se suele observar una discordancia entre el tamaño uterino y la edad gestacional, superior a lo esperado (42).

El manejo del embarazo molar se basa en la evacuación de la misma dependiendo de la altura uterina si corresponde o no a una edad menor o igual a 12 semanas de una gestación normal procediendo a realizar una aspiración manual endouterina (AMEU); ya que aquellas que

presentan una altura uterina mayor a la del promedio a esa edad se realiza legrado uterino previa preparación. Posterior al procedimiento realizado se llevará un control que consiste en solicitar exámenes de laboratorio, controlar los valores de HCG, solicitar una ecografía y usar misoprostol vía oral mínimo 24 horas. Una vez dada de alta se realiza controles por consultorio externo solicitando controles de BHCG semanalmente hasta obtener 3 valores negativos de manera consecutiva. Se procederá a realizar los controles de manera mensual durante 6 meses, para luego reducir a cada 2 meses los siguientes otros 6 meses. Con respecto a las ecografías, estas se tomarán de manera periódica post evacuación, inicialmente a los 15, 30 días y luego cada 3 meses para de esta manera determinar la involución uterina. Una vez que los valores de BHCG se logran normalizar se orientará a la paciente a la elección de anticonceptivos durante el intervalo de 1 año, siendo el adecuado aquellos de uso oral. En caso de no negativizar los valores de BHCG en 6 semanas o se observe nuevamente un incremento, se indicará tratamiento con quimioterapia ante sospecha de enfermedad trofoblástica maligna o persistente (33).

En el presenta caso clínico se observa una mujer de 37 años, que acudió a emergencia tras persistencia e incremento de sintomatología compatible con enfermedad trofoblástica, evidenciada por ecografía particular traída por la paciente; por lo que se decidió solicitar conteo de HCG y ecografía actualizada, dando como resultado la primera de ellas 361 856, y mientras que en la segunda se observa patrón en panal de abeja, por lo cual se decidió su hospitalización en ginecología para su manejo. Una vez en el servicio se programa para legrado uterino e histerometría el 29/09/23; ya que como se sabe al tener una altura uterina mayor a la correspondiente a las 12 semanas, este es el procedimiento de elección (33). Sin embargo, durante la intervención, la paciente presentó pérdida sanguínea de 200 cc y se evidenció 22 cm de restos endouterinos abundantes vesiculares sin mal olor enviado para estudios anatomopatológicos. Una vez en piso, se decide solicitar exámenes de control en donde se evidenció aún presencia de restos endouterinos en gran cantidad, debido a ello se procedió a programar

otro procedimiento evacuatorio. Mientras se encontraba en recuperación en el servicio presentó episodios de taquicardia, picos febriles y presión arterial elevada, decidiendo su traslado a UCIM.

En UCIM se emplean antipiréticos para reducción de alza térmica, a su vez se administra antihipertensivo logrando disminuir su presión arterial a rangos estables, y obteniéndose los resultado de hemograma ya solicitados en piso que evidenciaba una anemia moderada; por lo que se decidió transfundir 2 paquetes globulares para el control de la misma, Una vez estabilizada se debatió si se debería realizar legrado uterino o histerectomía ante persistencia de restos vesiculares evidencias en la ecografía así como persistencia de valores de HCG incrementados, y resultados anatomopatológico que confirmaron el diagnóstico de mola completa (pendiente microscopía).

Finalmente se optó por realizar un segundo legrado uterino con resultados favorables al evidenciarse reducción de resultados de HCG a las 48 horas. Posteriormente se procede a dar de alta con indicaciones de esquema de control de HCG asociado a ecografías periódicas para valorar involución uterina y presencia de luteomas.

#### **4. Neonatología y Pediatría**

##### **4.1 Caso clínico n.º 1**

La artritis reactiva es considerada un tipo de artritis inflamatoria como consecuencia de una infección previa, teniendo 2 tipos de presentaciones usuales: venérea asociada a producto de contacto sexual siendo el agente etiológico más frecuente la *chlamydia*, y disintérica al ingerir alimentos contaminados (agentes etiológicos como *salmonella*, *shigella* y *campylobacter*). Además, se ha visto asociación a antecedente de infección del tracto urinario con un tiempo previo de aproximadamente 4 semanas. El germen involucrado no se encuentra situado dentro de la articulación, si no que genera una inflamación a distancia que por mediante diversos medios genera una inflamación en la articulación afectada, siendo una de las hipótesis del gen HLA B27 (43, 44).

Su presentación clínica se caracteriza por iniciar con una diarrea disentería de aproximadamente 1 mes previo al desarrollo de la artritis. Posterior a ello se evidencia incremento de volumen, dolor, e inflamación en la articulación afectada, siendo ésta más frecuente en miembros inferiores, con una presentación asimétrica, llegando a limitar la movilización articular e incluso pudiendo deformarla. Además, podría existir evidencia de afección sistémica presentándose fatiga, cansancio y/o fiebre, en caso el cuadro sea muy agudo; e inclusive llegando a atrofiar la musculatura por desuso (45). Para complementar el diagnóstico se pueden solicitar exámenes auxiliares como reactantes de fase aguda, hemograma, cultivo de líquido sinovial, entre otros. En el manejo de esta patología no se recomienda el uso de antibióticos, salvo bajo sospecha de mal manejo de patología infecciosa; lo ideal en estos casos es la administración de antiinflamatorios, medios físicos, reposos y terapia física (45).

Se analiza el caso de un varón de 9 meses de edad con antecedente de infección del tracto urinario y diarrea disentería hace aproximadamente 15 días. Por lo que acude a emergencia al presentar posición antálgica de miembro inferior derecho (rodilla) con ligero aumento de volumen e incremento de temperatura en dicha zona; por lo cual se optó en solicitar la opinión de traumatología, quien indicó tomar análisis pertinentes y decidió inicio de tratamiento antibiótico con ceftriaxona y oxacilina. Además, se le asocia metamizol c/8h por presencia de dolor intenso. Seguidamente pasa a hospitalización para mayor estudio y continuar con tratamiento.

Una vez en piso acude médico infectólogo quien sugiere suspender tratamiento con oxacilina, dejando solo una cobertura antibiótica (ceftriaxona) ante la posible sospecha de artritis reactiva asociada a artritis séptica; ya que los reactantes de fase aguda arrojaron valores incrementados (PCR: 4.49, VSG:30 mm/h), C4 y C3 en rangos de normalidad, y en la ecografía evidenció ligero incremento de la cápsula sinovial sin hallazgo compatible con infección; así como ausencia de fiebre.

Al observar evolución favorable (ausencia de picos febriles, ligera mejoría de movimiento articular, disminución de volumen y temperatura en dicha región), se decide suspender metamizol y rotar a tratamiento con paracetamol a horario. Sin embargo, el día 30/01/24, enfermería reporta intercurrentia en donde lactante presenta alza térmica cuantificada en 38.2°C y 38.5°C, por lo que médico a cargo decide prescribir metamizol condicional a fiebre y dolor; sospechando que la ausencia de incremento de temperatura en los días previos se debía a cobertura con antipirético de manera horaria.

Tras completar tratamiento antibiótico se solicita exámenes de control, evidenciando disminución de marcadores inflamatorios por lo que se decidió dar de alta el 31/01/24 con indicaciones médicas e interconsulta a los servicios pertinentes.

#### **4.2 Caso clínico n.º 2**

El síndrome de Kartagener, también llamado discinesia ciliar primaria, es una enfermedad autosómica recesiva que se presenta en 1 de cada 15 000 - 30 000 personas, en cuya fisiopatología se caracteriza por producir un cambio en el aclaramiento mucociliar, lo cual trae como consecuencia futuras inflamaciones e infecciones, atelectasia, bronquiectasia y problemas en el funcionamiento pulmonar, terminando en una posible falla respiratoria. Por tal motivo, su identificación se basa en la clínica, estudios microbiológicos e imagenológicos; identificando la tríada clásica de: sinusitis a repetición, *situs inversus* y bronquiectasias. (46)

En el presente caso, se evalúa a un varón de 1 mes y 15 días con tiempo de enfermedad de 2 días que presenta antecedentes de dextrocardia y distrés respiratorio neonatal al nacimiento; el cual cursó con cuadros respiratorios caracterizado por el uso de musculatura accesoria, presencia de crépitos y sub crépitos bibasales asociado a auscultación de ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad en hemitórax derecho, sin presencia de otros hallazgos significativos. Ya que como se sabe en los primeros meses de vida no se presenta sinusitis ni bronquiectasias, se decidió basar la aproximación

diagnóstica en presencia de *situs inversus* junto a manifestaciones clínicas provocada por la discinesia ciliar; por lo que se solicitó una tomografía toracoabdominal donde se halló *situs inversus totalis*, atelectasias pulmonares, y una masa a nivel hepático, para complementar el diagnóstico (47).

Basándonos en los análisis de diversos estudios se decidió iniciar manejo sintomático para la mejoría clínica y evitar infecciones agregadas; el cual consistió en nebulizaciones con beta 2 agonista, solución hipertónica, suplemento de oxígeno condicional a SatO<sub>2</sub> < 92%, y corticoterapia (46,47). Posterior a ello, se decidió solicitar la opinión del servicio de neumología, quien indicó continuar con el tratamiento planteado y recomendó realizar una biopsia del epitelio ciliar a la mejora clínica; tomando la decisión de coordinar una referencia al INSN de San Borja para efectivizar prueba. Además, se solicitó la opinión de oncología por el hallazgo hepático evidenciado en TEM; quien diagnosticó un hemangioma hepático dejando indicado la toma de alfa feto proteína (AFP) para descartar de posible malignidad. Tras mejoría clínica se decide manejo ambulatorio y control por consultorio externo a la espera de resultados de biopsia para confirmar el diagnóstico.

#### **4.3 Caso clínico n.º 3**

La diabetes *mellitus* neonatal (DMN) es una enfermedad infrecuente que debuta antes de los 14 días de vida, presentando una incidencia de 1 de cada 100 000 a 300 000 neonatos. Esta se clasifica en 2 tipos: diabetes neonatal transitoria (DMNT) y diabetes neonatal permanente (DMNP), considerándose a la primera de estas una pseudodiabetes, ya que al brindar el manejo adecuado se evidencia una recuperación antes del año de vida; sin embargo, la segunda de ellas, se convierte en insulín dependiente. Ambas se caracterizan por presentar valores elevados de glucosa persistente, llegando incluso a registrar rangos mayores a 500 mg/dl (48).

En el caso clínico descrito, se presenta una paciente de 1 mes y 11 días, quien acude por emergencia presentando polaquiuria, pérdida de

peso progresiva, signos de deshidratación, llegando a evidenciarse a los 6 días un peso en -2.68 desviaciones estándar (DE) y valores de glucosas elevados, con un mal manejo en el hospital de su localidad. Por lo que en primera instancia en emergencia se decide estabilizar al lactante menor mediante hidratación y control de glucosa. Al analizar los datos expuestos se planteó descarta diabetes *mellitus* neonatal; ya que, según fuentes bibliográficas revisadas, mencionan que esta patología suele presentarse con anemia, macroglosia, pérdida de peso, polaquiuria e hiperglucemia, asociado en algunas oportunidades a complicaciones prenatales en conjunto con alteraciones genéticas (48). Por lo que se decide controles de glucosa frecuentes, solicitar exámenes auxiliares como: hemograma completo donde se pudo evidenciar la anemia de manera incidental, también se solicitó péptido C, para determinar de manera indirecta la funcionalidad del páncreas, encontrándose una hiposecreción de insulina al hallar valores de 0.35 el 18/07/23. Además, se realizó una ecografía abdominal para determinar alteraciones morfológicas como una hipoplasia o agenesia pancreática, sin embargo, no se evidenció alguna alteración (49). Con todos los resultados encontrados se inicia manejo terapéutico con Insulina NPH 1 U, SC cada 24 horas, llevando al paciente a una hipoglicemia (25 mg/dl el 18/07/23), por lo que se decide envía interconsulta a endocrinología para evaluación y ajuste de manejo. El endocrinólogo tras analizar el caso sugiere reducir la dosis de insulina NPH a 0.14 UI/Kg/día SC pudiendo observar al lactante asintomático con rangos de glucosa preprandial entre 76 - 241 mg/dl. Una vez estabilizada la paciente se decide ampliar estudio solicitando un perfil tiroideo para descarte de hipotiroidismo, teniendo resultado dentro de un rango normal. Además, se realiza una interconsulta al servicio de genética quien sugiere solicitar exámenes para descartar diversas etiologías; en donde no se logró detectar la variante patogénica de la secuencia genética ABCC8, INS y KCNJ11, que referido en algunos estudios suelen ser las alteraciones más frecuentes de esta patología (49,50).

Una vez estabilizada la paciente, endocrinología sugiere el alta con tratamiento de insulina previo entrenamiento de la madre para colocación de la misma. Por ello, tras 5 días de instruir a la madre en la aplicación del medicamento y habiendo demostrado entendimiento de este, se decide dar de alta con insulina NPH, seguimiento y manejo por consultorio externo de diversas especialidades.

#### **4.4 Caso clínico n.º 4**

La Ictericia neonatal es la presencia de coloración amarillenta de piel y mucosas, que se evidencia clínicamente al presentar valores incrementados de bilirrubina ( $> 5$  mg/dl); reportándose una incidencia del 60 % al 70 % en recién nacido a término, y 14 a 21 de cada 1000 recién nacidos vivos en el Perú. Además, esta suele dividirse en causas fisiológicas y patológicas. Teniendo esta primera en mención diversas formas de presentación en función a la etiología que la genera. Por ejemplo, en la ictericia fisiológica se puede presentar después del primer día de vida, en donde si el recién nacido es a término los valores no superan los 12 mg/dl o 0.5% de su peso corporal; mientras que si es pretérmino este alcanzara como valor máximo 10 mg/dl (51). Otro ejemplo es la presencia de ictericia producto de la lactancia materna exclusiva en mayores de 1 mes, llegando hasta valores de 15 mg/dl. Asimismo, se puede clasificar de la siguiente manera (51):

##### **Menos de 24 horas:**

**Incompatibilidad de grupo:** se evidencia que el grupo materno es de tipo O y el del recién nacido es distinto a este, siendo más frecuente la presentación madre O y recién nacido grupo A. En este tipo de caso no es necesario la inmunización, ya que el tratamiento se basa fundamentalmente en fototerapia o exanguinotransfusión.

**Factor Rh:** madre con presencia de rH (-) y neonato rh (+) siendo estos cuadros severos donde es necesario realizar inmunización con inmunoglobulina anti D a las 28 o 30 semanas de gestación, y dentro de las primeras 72 horas posterior a la exposición de la madre ante los eritrocitos fetales, mientras que la última dosis será colocada posterior



al trabajo de departamento para sensibilizar y evitar riesgo en el próximo embarazo. Por su parte el tratamiento se basa en fototerapia y exanguinotransfusión.

### **Más de 24 horas**

#### **Menor a 7 días**

**Fisiológica:** La forma de presentación inicia entre el 2do y 3er día de nacido, teniendo una mayor incidencia al 3er y 5to día, finalizando entre los 7-10 días. Su presentación clínica se basa solamente en la coloración amarillenta, sin relacionarse a ningún otro signo o síntoma agregado; en donde el manejo consistirá en el control de bilirrubina cada 48 horas.

**Por lactancia materna:** este tipo de ictericia se debe a la disminución de consumo de leche materna, la cual trae como consecuencia un aumento de la circulación intrahepática generando un ingreso de bilirrubina indirecta nuevamente al hígado. Su presentación clínica se caracteriza por ictericia, baja de peso y deshidratación, pudiendo solucionarse mejorando la técnica de lactancia materna y en algunos casos puede que requiera fototerapia (51).

#### **Mayor a 7 días**

- **Ictericia por leche materna:** se da a consecuencia de un alto consumo de leche materna por parte del neonato; ya que en esta se encuentra la enzima betagluconil transferasa, la cual genera un incremento de la circulación intrahepática, y por consiguiente aumentan los valores de bilirrubina indirecta. Esta condición no contraindica el consumo de leche materna, ya que suele ser transitoria (51).

**Otros:** Hemólisis, sepsis, policitemia, hepatitis por TORCH. atresia duodenal, etc (51).

El caso nos habla de una recién nacida a término con un tiempo de vida de 4 días, quien es traída por madre al evidenciar coloración amarillenta de piel y mucosas. Al realizar el examen físico, se aprecia tinte icterico hasta rodilla decidiendo solicitar recuento de bilirrubinas donde se

obtuvieron valores de 22.77 mg/dl (389.37mmol/l); el cual al compararse con una tabla estandarizada indicó que la paciente requeriría tratamiento con fototerapia continua y control de valores de bilirrubina c/6h. Seguidamente se decidió hospitalizar en intermedios IV. Además, se le solicitó hemograma completo con la intención de descartar ictericia por hemólisis; sin embargo, los resultados negaron dicha hipótesis. Una vez en piso, se coloca a neonato en cuna de fototerapia teniendo los cuidados necesarios, así como una supervisión constante; en donde al cabo de unas horas se evidenció disminución de coloración amarilla procediendo a nueva toma de bilirrubina control. Al llegar resultados y corregirlos se obtiene un valor de bilirrubina total de 21.07 mg/dl (360.3 mmol/l) que asociado a clínica evidenció evolución favorable. Al cabo de 2 días, se reevalúa a la paciente con nuevos resultados de laboratorio que se encontraron dentro de rangos normales; motivo por el cual se indica alta de servicio.

#### **CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

En Perú, la carrera de medicina consta de 7 años de estudios dividido en área de ciencias básicas, clínicas y quirúrgicas; en donde el último año lo constituye el internado médico, el cual consiste en poner en práctica todos los conocimientos obtenidos en años previo bajo guía y supervisión de los médicos residentes y asistentes a cargo en los hospitales escogidos por orden de mérito.

Durante este periodo la labor fundamental del interno de medicina es plasmar sus conocimientos en cada evaluación, brindándole la mejor atención a sus pacientes desempeñada tanto en el servicio de hospitalización como en el área de emergencia; poniendo en práctica, con el apoyo del residente a cargo, la parte teórica ya revisada. Todo ello debiendo ser cumplida en una jornada laboral establecida por el jefe de servicio de rotación.

En este periodo, los internos se enfrentan a retos que les brindan experiencia práctica invaluable, la cual complementa su aprendizaje adquirido en aulas y a través de la literatura; ya que aquí se le otorga la oportunidad de interactuar directamente con los pacientes, realizar historias clínicas, llevar a cabo exámenes físicos detallados e interpretar diversos análisis esenciales para el desarrollo profesional, allanando el camino hacia una práctica médica competente.

Esta labor fue desarrollada por los autores en tres institutos de referencia nacional, los cuales fueron el de Enfermedades Neoplásicas en donde se llevó a cabo la rotación de medicina y cirugía oncológica, el de salud del Niño de Breña en el cual puso en práctica el área de Pediatría e Instituto Nacional Materno Perinatal en donde se desarrolló las rotaciones de ginecología, obstetricia y neonatología. Observando en estos tres lugares tanto patologías comunes como especialistas provenientes de diversas partes del país al ser hospitales de referencia. A pesar de las dificultades propias de cada rotación, la experiencia fue enriquecedora y beneficiosa para el desarrollo profesional en el campo médico.

## CONCLUSIONES

1. El internado es una etapa fundamental en la formación de los estudiantes de medicina, ya que los integra al mundo de las prácticas clínicas, ofreciéndoles una invaluable oportunidad para su crecimiento profesional y personal. Esa es la razón por la que, durante un largo periodo de tiempo, rotan diferentes especialidades médicas y son preparados como los futuros médicos haciendo frente a la realidad de lo que amerita la exigencia propia de su profesión.
2. Así mismo, a lo largo de este periodo, los estudiantes no solo ganan conocimiento sobre el funcionamiento de los hospitales y el cuidado de los pacientes, sino también aplican los conocimientos adquiridos. Desarrollan habilidades prácticas y la toma de decisiones de la mano y bajo la supervisión de médicos experimentados, con el objetivo de formar profesionales competentes y llenos de confianza, ya que, si bien el internado médico representa el último año de la carrera de medicina, constituye el primer paso hacia la adquisición de experiencias cruciales que definirán la práctica futura del médico.
3. Por otro lado, en los dos años siguientes a la pandemia, el desarrollo del internado médico experimentó cambios significativos, adaptándose a una nueva normalidad. La duración del internado se redujo a 10 meses, en lugar de los 12 habituales y se implementaron medidas de bioseguridad mucho más estrictas. A pesar de estos ajustes, el aprendizaje adquirido durante este período resultó ser excepcionalmente valioso. La importancia crítica de un manejo eficaz de la bioseguridad, la prevención de infecciones y el uso adecuado del equipo de protección personal se destacó, enriqueciendo la experiencia educativa de los internos y preparándolos mejor para los desafíos futuros en el ámbito de la salud.
4. Finalmente, en el presente trabajo se ha plasmado la diversidad de experiencias y aprendizajes obtenidos en el internado médico durante la rotación en tres institutos distintos, pertenecientes a la misma red de salud del Minsa. A través de este proceso, cada interno vive su

experiencia de una manera única, pero siempre desarrollando las mismas capacidades como el enfrentarse a una variedad de patologías, participa en la identificación de diagnósticos, interpreta resultados de laboratorio e imagen, y propone tratamientos. El cual tiene fin último consolidar conocimientos y habilidades preparando a los internos para el Serums, donde muchos trabajarán en comunidades aisladas, enfrentándose a desafíos médicos con recursos limitados. Así, el internado proporciona las herramientas esenciales para forjarse como médicos generales competentes.

## RECOMENDACIONES

1. El internado médico se debería llevar a cabo en un ambiente hospitalario donde prime el respeto y la colaboración entre todos los profesionales de la salud y administrativos, creando así un entorno propicio en donde el interno desarrolle sus capacidades y adquiera seguridad como futuro profesional al haber enfrentado situaciones que exigen el empleo de conocimientos teóricos como habilidades prácticas durante esta etapa.
2. Es fundamental que durante esta época no se deje de lado el enfoque académico, brindándoles una mayor oportunidad de investigación basada en los casos clínicos analizados durante su rotación hospitalaria, para que de esta manera puedan aportar sus propias interpretaciones de cada una de las patologías que se encuentran en los pacientes. Esto ayudaría a obtener nueva información en base a los nuevos casos que se presentan en nuestro país; como, por ejemplo, en situaciones de epidemias; ya que debido a la escasez de información obtenida, sería ideal ampliar su estudio a través de la experiencia de cada interno con dichas patologías en sus respectivos hospitales.
3. Con la presencia del Examen Nacional de Medicina Humana al término del internado, sería beneficioso implementar simulacros en cada uno de los hospitales en donde se evalúen los conocimientos adquiridos en cada rotación, seguidos de sesiones de retroalimentación; permitiendo a los internos resolver dudas y reforzar conocimientos.
4. Finalmente, es recomendable restablecer el periodo del internado a 12 meses; ya que había demostrado mayor preparación por parte de los internos de medicina, los cuales disponían de mayor tiempo para profundizar en cada una de las especialidades en donde rotaban, fortaleciendo así su formación médica.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Directiva Administrativa para el desarrollo de actividades del Internado en Ciencias de la Salud. Directiva Administrativa n.º 331- Ministerio de Salud y Dirección General de gestión del desarrollo de Recursos Humanos 2022. Biblioteca virtual en Salud. 2022. [citado 2024 Enero 28] Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1369379?lang=es>.
2. Chinchay Ruesta SA, Granados Burga A, Peña Sánchez ER. Internado médico: una difícil elección Elsevier. 2017; 6 (21): 65-66.
3. Miyahira J. Lo que nos puede traer la pandemia. Rev Med Hered. 2020; 31(2):1-2.
4. Proyecto de ley que determina el régimen que regula las modalidades formativas del internado médico de ciencias de la salud. Proyecto de Ley N° 6463/2020 - Congreso de la República. 2020. [citado en 28 de Enero del 2024] Disponible en: [https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016\\_2021/Proyectos\\_de\\_Ley\\_y\\_de\\_Resoluciones\\_Legislativas/PL06463-20201015.pdf](https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Proyectos_de_Ley_y_de_Resoluciones_Legislativas/PL06463-20201015.pdf)
5. Gómez Vida J, Pérez Iáñez R. Rev Esp Endocrinol Pediatr [Internet]. 2016;7. Disponible en: <https://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E18/P1-E18-S801-A343.pdf>
6. Instituto Nacional de Salud del Niño. Institucional – Reseña Histórica [Internet] 2023. [citado del 20 de febrero del 2024] Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/institucional/resena-historica>
7. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. 2023 [citado del 20 de febrero del 2024] Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/transparencia/general/resoluciones-directorales-2023?pagina=1>
8. Serra Valdés MÁ, Borrego Moreno Y, Viera García M, Linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2017 ;34 (3):551-557

9. Müller A, Torres MA, Soyano AE, Soyano A. Tratamiento del linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) en estadios avanzados. *Gaceta Médica de Caracas*. *Gac Méd Caracas* 2017;125(4):276-298
10. Rey Deutsch, Cloobs M, Auat M, Brodsky A. Leucemia Aguda de Fenotipo Mixto. *Revista Hematología*. 2021; 25(1):79–82
11. Marsán Suárez V, Díaz Domínguez G, Triana Marrero Y. Diagnóstico, clasificación y tratamiento de la leucemia aguda de linaje ambiguo. *Revista Cubana de Hematología*. 2020 ;36(3): e1172
12. Bermejo San José F, Álvarez Sánchez JA. Hemorroides. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2006;98(3):218
13. Conte Vila OD, Batlle Edo C. Hemorroides. *Farmacia Profesional*. 2003; 17(11):60–5.
14. Alonso-Coello P, Marzo-Castillejo M, José Mascort J, José Hervás A, Manuel Viña L, Antonio Ferrús J, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo de las hemorroides y la fisura anal. *Gastroenterología y Hepatología*. 2007; 31(10):668–81
15. Franken Morales SS, Garcia Orrego AM, Pabón Bonilla D. Actualización del asma. *Revista Médica Sinergia*. 2021; 6(10): e717.
16. Global initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention [Internet]. 2023. Disponible en: [https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/07/GINA-2023-Full-report-23\\_07\\_06-WMS.pdf](https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/07/GINA-2023-Full-report-23_07_06-WMS.pdf)
17. Cáncer de Tiroides. [Internet] Perú: Lima. Fondo editorial comunicacional. 2022; 1(1): 31-91 [citado el 01 de febrero del 2024] Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2022/07/Ca%CC%81ncer-de-tiroides-de-HNERM-completo.pdf>
18. American Thyroid Association. Cáncer de Tiroides (de tipo Papilar y folicular) 2017;1(1):1-5 [Internet]. Disponible en: [https://www.thyroid.org/wp-content/uploads/patients/brochures/espanol/cancer\\_de\\_tiroides.pdf](https://www.thyroid.org/wp-content/uploads/patients/brochures/espanol/cancer_de_tiroides.pdf)
19. Herrero D, Terradillos D, Carcedo Sañudo G. Cáncer de tiroides: técnicas quirúrgicas sobre el tiroides [Internet] [citado 02 de febrero del 2024]. Disponible en: <https://seorl.net/PDF/cabeza%20cuello%20y%20plastica/142%20-%20c%81ncer%20de%20tiroides%20t%89cnicas%20quir%9>



argicas%20sobre%20el%20tiroides.pdf?boxtype=pdf&g=false&s=false&s2=false&r=wide

20. Pinto-Blázquez J. a Ursúa-Sarmiento I. Anatomía patológica de la patología de tiroides y paratiroides. sistema Bethesda del diagnóstico citológico de la patología de tiroides. Rev. ORL, 2020, 11(3): 259-264
21. Delgado Delgado D, Generalidades del cáncer de tiroides. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII. 2016, (620) 633-636 [Internet]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc163an.pdf>
22. Hernandez Avila C, Hernnández Avila P, Lahoz T. Carcinoma epidermoide de lengua. Atalaya Médica. 2014;(5):46–51.
23. Mendez-Mathey V. Carcinoma epidermoide de lengua. Rev. Cuerpo Méd. HNAAA. 2019; 12(1): 44-6.
24. García Kass AI, Domínguez Gordillo AA, García Núñez JA, Cancela Rivas G, Torres Salcines J, Esparza Gómez GC. Revisión y puesta al día en cáncer de lengua. Avances en Odontoestomatología [Internet]. 2013 Oct 1;29(5):255–69. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852013000500005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852013000500005)
25. Mascard E, Gaspar N, Guinebretière JM . Sarcoma de Ewing. EMC - Aparato Locomotor [Internet]. 2013 Feb 1;46(1):1–14. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1286935X13641714>
26. American Society of Clinical Oncology. Sarcoma de Ewing en la niñez y adolescencia - Síntomas y signos [Internet]. Junta editorial de Cancer.Net. 2020. Disponible en: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/sarcoma-de-ewing-en-la-ninez-y-adolescencia/sintomas-y-signos>
27. Brenes Zuñiga MG. Revista MD, Costa RYC, Sarcoma de Ewing: enfoque radiografico. Revista médica de Costa Rica y Centroamerica LXXI 2014;(610):271–3. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2014/rmc142s.pdf>
28. Randall L, Calvet G, Spraker H. Los Tumores de la Familia del Sarcoma de Ewing (TFSE) [Internet] [citado el 15 de febrero del 2024] Liddy Shriver

- Sarcoma Initiative. Disponible en: <https://sarcomahelp.org/translate/es-sarcoma-ewing.html>
29. Miguel D, Ayerza A, Tinao L, Muscolo D. Sarcoma de Ewing con localización femoral: tratamiento y resultados. *Rev Asoc Arg Ortop y Traumatol.* 2018; 62(2):142–52. Disponible en: [https://www.aaot.org.ar/revista/1993\\_2002/1997/1997\\_2/620203.pdf](https://www.aaot.org.ar/revista/1993_2002/1997/1997_2/620203.pdf)
30. Ljungberg B, Hanbury DC, Kuczyk MA, Merseburger AS, Mulders PFA, Patard JJ, et al. Guía del carcinoma de células renales. *Actas Urológicas Españolas* 2009;33(3):270-279 Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/aue/v33n3/v33n3a09.pdf>
31. Sánchez-Biosca A, Ramos-Lázaro J, Niño-Aragón E, Blancafort-Planas J. *Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI)*. 2017 (Ago); 2(2): 102-104.
32. González-Reynaga H, Rodríguez-Komukai E, Bárcena-Ugalde CJ, Metástasis ósea como manifestación inicial de carcinoma de células renales. Reporte de un caso. *Rev Mex Urol.* 2018; 78(5):397-401. [Internet]. [cited 2024 Feb 27]. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/rmu/v78n5/2007-4085-rmu-78-05-397.pdf>
33. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología. [Internet] 3era ed. Perú; 2023. [citado el 21 de febrero del 2024] Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5116461/Gu%C3%ADas%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20y%20de%20Procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatolog%C3%ADa%202023.pdf>
34. Orias Vásquez M. Ruptura prematura de membranas. *Revista Médica Sinergia.* 2020; 22; 5(11):e606.
35. Carvajal J, XIV Edición Manual de Obstetricia y Ginecología. [Internet] Chile: Pontificia Universidad Católica - Facultad de Medicina; 2023. [citado el 21 de febrero del 2024] Disponible en: [https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2023-FINAL\\_compressed.pdf](https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2023/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2023-FINAL_compressed.pdf)
36. Ochoa A, Pérez Dettoma J. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. *An Sist Sanit Navar* 2009; 32 (Supl. 1): 105-119 [Internet] [citado el 29 de enero del 2024];32:105–19. Disponible en:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272009000200011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200011)

37. Joffman B, CCharge J, Halvorson L, Hamid Z, et al. Vulvovaginitis. McGrawHill. Williams Ginecología. 4ta edición; 2022; 1(1): 326-27.
38. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de Práctica clínica y de procedimientos en Ginecología. [Internet] Perú: Murga Lopez Al Instituto Nacional Materno Perinatal; 2023. [citado el 21 de febrero del 2024] Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033?texto=ginecolog%C3%ADa&dia=0&mes=0&anio=0>
39. Rubio EV, Candia P, Lattes K. Transmisión vertical de VIH y sida: realidad epidemiológica del Cono Sur. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2009 Sep;52(9):511–9.
40. Coronado P, Marquina G, Diestro M, Sonsoles A, Sánchez Del Río A, Hardisson D, et al. Enfermedad trofoblástica gestacional *Prog Obstet Ginecol* 2020; 63(3):165-184 [Internet]. Disponible en: <https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n3/05-GAP-enfermedad-trofoblastica-gestacional.pdf>
41. Durón González R, Bolaños Morera P. Enfermedad trofoblástica gestacional. *Med. leg. Costa Rica*. 2018; 35(1): 30–43 [Internet]. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152018000100030](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152018000100030)
42. Espinoza Artavia A, Fernández Vaglio R, Solar del Valle T. Actualización en patología trofoblástica gestacional: mola hidatiforme y neoplasias. *Revista Médica Sinergia* [Internet]. 2019 May 1;4(5):44–59. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2019/rms195e.pdf>
43. Murias Loza S, Alcobendas Rueda RM, Udaondo Gascón C. Artritis. Diagnóstico diferencial. *Protoc diagn ter pediatr*. 2020; 2:17-26. [Internet]. Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/02\\_artritis\\_diagn.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/02_artritis_diagn.pdf)
44. American College of Rheumatology. Artritis Reactiva [Internet]. [citado el 15 de febrero del 2024] Disponible en: <https://rheumatology.org/patients/arthritis-reactiva>

45. Sociedad Española de reumatología. Artritis Reactiva [Internet]. [citado el 15 de febrero del 2024] Disponible en: [https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2017/04/36\\_Artritis-Reactiva\\_ENFERMEDADES-A4-v03.pdf](https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2017/04/36_Artritis-Reactiva_ENFERMEDADES-A4-v03.pdf)
46. Javier González Sendra F, Jesús M, García-Altres S, Luz M, Gordo P, Laganâ C, et al. Síndrome de Kartagener. *Med Gen y Fam.* 2015;4(4):136-139 [Internet] Disponible en: [http://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas\\_antes/v04n04\\_008.pdf](http://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/v04n04_008.pdf)
47. Pérez Crespo MR, Fariñas Salto M, Chacón Aguilar R, Navas Carretero A, et al. Síndrome de Kartagener: diagnóstico neonatal. A propósito de un caso. *Arch Argent Pediatr* 2019;117(3):e292-e296
48. Roa M, Quijada Z, Paoli M, Uzcátegui L, Zerpa Y, Barrios M. Diabetes Mellitus Neonatal: Caso clínico. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.* 2008; 6(1): 13–6.
49. Beltrand J, Busiah K, Vaivre-Douret L, Laure Fauret A, Berdugo M, Cavé H, et al. Neonatal Diabetes Mellitus. *Front. Pediatr. Sec. Pediatric Endocrinology.* 2020; 8.
50. Ma Gómez Vida J, Pérez Iáñez R. Diabetes neonatal: el interés de una patología infrecuente. *Rev Esp Endocrinol Pediatr* 2016;7(1): 46-51.
51. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de ictericia neonatal. [Internet] Perú; 2023.3(1): 35-43. [citado el 21 de febrero del 2024] Disponible en: [https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/3\\_GU%C3%8DA%20de%20pr%C3%81ctica%20cl%C3%8dnica%20para%20el%20diagn%C3%93stico%20y%20manejo%20de%20ictericia%20neonatal.pdf](https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Neo2023/3_GU%C3%8DA%20de%20pr%C3%81ctica%20cl%C3%8dnica%20para%20el%20diagn%C3%93stico%20y%20manejo%20de%20ictericia%20neonatal.pdf)