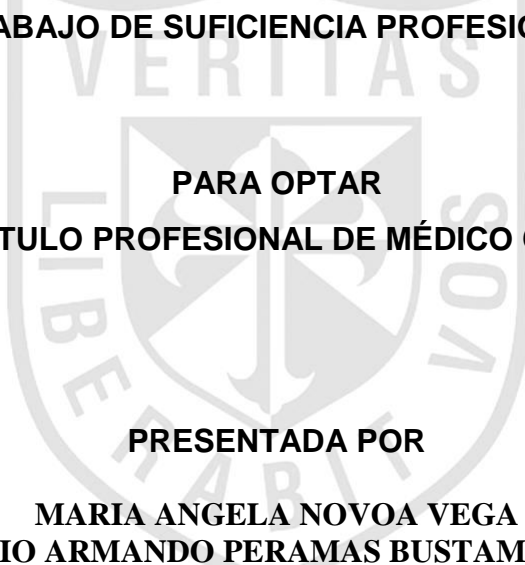




FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**APROXIMACIÓN CLÍNICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS Y EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA EN EL PERIODO
2020-2021**



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADA POR
MARIA ANGELA NOVOA VEGA
JULIO ARMANDO PERAMAS BUSTAMANTE**

ASESOR

MG. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE

**LIMA, PERÚ
2021**



**Reconocimiento
CC BY**

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

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**APROXIMACIÓN CLÍNICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS Y EN EL HOSPITAL MARIA
AUXILIADORA EN EL PERIODO 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

**MARIA ANGELA NOVOA VEGA
JULIO ARMANDO PERAMAS BUSTAMANTE**

**ASESOR
MG. JOSÉ RODOLFO GARAY URIBE**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Me. Edgar Kelvin Espinoza Tarazona

Miembro: Mg. Hugo Rojas Olivera

Miembro: Me. Guigliana Ayllón Bulnes

DEDICATORIA

Dedicado a los médicos de primera línea fallecidos en la lucha sacrificada contra el virus SARS-Cov2 en nuestro país.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento a nuestros padres y hermanos por el apoyo constante y ferviente que sin ellos no lo hubiéramos alcanzado.

Agradecemos también a nuestros maestros que nos han impartido sus enseñanzas y experiencias a lo largo de toda la carrera.

Un agradecimiento especial a Josefina Vega Beraún quien en vida fue la abuelita más amorosa y orgullosa, no está físicamente presente para ver este logro, pero su recuerdo está en nuestros corazones.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Cirugía General	2
1.2 Pediatría y Neonatología	5
1.3 Ginecología y Obstetricia	7
1.4 Medicina Interna	9
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA	12
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	14
3.1 Cirugía General	14
3.2 Pediatría y Neonatología	16
3.3 Ginecología y Obstetricia	18
3.4 Medicina Interna	20
CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	23
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES	26
FUENTES DE INFORMACIÓN	27

RESUMEN

El presente trabajo de suficiencia profesional elaborado por María Angela Novoa Vega y Julio Armando Peramas Bustamante comprende los casos clínicos más relevantes de las rotaciones de medicina interna, cirugía y especialidades quirúrgicas, ginecología y obstetricia y por último pediatría y neonatología, que se desarrollaron durante el periodo 2020-2021 del internado de medicina en el Hospital de la Policía Nacional de Perú “Luis N Sáenz” y en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen respectivamente. **Objetivos:** Explicar y resaltar los casos clínicos relevantes de las cuatro rotaciones. **Método y recursos:** los internos usaron como instrumentos para la elaboración del presente fuentes de medicina basada en evidencia como Up To Date y Clinical Key Student. Además, durante el internado se utilizó el manual de procedimientos brindado por la Facultad **Conclusiones:** Los internos lograron culminar las 4 rotaciones en diferentes sedes que les permitió contrastar la teoría aprendida los seis anteriores años previos al internado. A pesar de la pandemia y de los diferentes contratiempos lograron concluir el año de internado.

ABSTRACT

The present work of professional sufficiency prepared by María Angela Novoa Vega and Julio Armando Peramas Bustamante includes the most relevant clinical cases of the rotations of internal medicine, surgery and surgical specialties, gynecology and obstetrics and finally pediatrics and neonatology, which were developed during the period 2020-2021 of the medical internship at the Hospital of the National Police of Peru "Luis N Sáenz" and at the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital respectively. Objectives: Explain and highlight the relevant cases of the four rotations. Method and resources: the inmates used evidence-based medicine sources such as Up To Date and Clinical Key Student as instruments for the elaboration of this document. In addition, during the internship, the procedures manual provided by the Faculty was used. Conclusions: The interns were able to complete the 4 rotations in different campuses that resulted in contrasting the theory learned in the previous six years prior to the internship. Despite the pandemic and the various setbacks, they managed to conclude the year of internship.

INTRODUCCIÓN

La importancia de los médicos tuvo verdadero protagonismo este año debido a la dura y precaria realidad que afronta el país, salió a la luz el real sistema sanitario en el que se desempeñan los médicos año tras año. La cruda realidad de este sistema fue percibido por toda nuestra población y si bien al inicio de la pandemia se ensalzaba a los profesionales de la salud por permanecer en primera línea, este reconocimiento comenzó a enfriarse poco a poco con el paso de los meses, muchos médicos fallecieron porque no abandonaron nunca su misión y es por ello que los internos de medicina de esta promoción, buscan ser la nueva generación de médicos que acorten las brechas de nuestro quebrado sistema sanitario.

Será entonces esta pandemia, motivación para mejorar las condiciones sanitarias y aliviar el peso que sostienen los pacientes a diario por sus múltiples enfermedades.

La interna de medicina Novoa Vega realizó el internado de Medicina, en el Hospital de la Policía Nacional de Perú “Luis N Sáenz”, ubicado en la cuadra 06 de la Avenida Brasil en el distrito de Jesús María. El internado empezó el primero de enero del 2020, semanas previas la interna recibe una capacitación por parte de los residentes del área de cirugía general. En este se explicó la metodología de trabajo en el hospital, la división de rangos de los pacientes y las medidas de bioseguridad aplicados en el área clínica.

Por otro lado, el interno de medicina Julio Peramás Bustamante realizó el internado de Medicina, en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen ubicado en Jirón García Naranjo 840, La Victoria. El internado empezó el 26

de diciembre del 2019, días antes el interno recibió capacitación en uso de materiales de bioseguridad y un recorrido por las instalaciones del nosocomio por parte de las licenciadas de enfermería y el equipo de Salud Ocupacional.

La situación nacional en el periodo enero – marzo les enseñó a los internos la realidad que atraviesan los pacientes desde el momento que ingresan al área de emergencia hasta que finalmente llegan a ser hospitalizados, si bien el internado era el último año para aplicar y reforzar el conocimiento que los internos adquieren en las aulas de la facultad, este se vio interrumpido por la conocida pandemia que atraviesa el mundo y nuestro país desde marzo del 2020.

Esta situación cambió para ambos internos cuando retornaron al internado durante la pandemia en el mes de octubre del 2020, en esta nueva normalidad los internos examinaban a sus pacientes con el respectivo equipo de protección personal, previo a la evaluación realizaban el lavado de manos y posterior al examen físico nuevamente, estos cambios fueron difíciles al comienzo, sin embargo, los internos se pudieron adaptar por el bien de sus pacientes y el de sus familiares que los esperaban en casa.

La nueva normalidad los ha limitado en la evaluación de sus pacientes, ya que esta no es tan completa como se realizaba antes. Además, la corta duración de la rotación los limitaba seguir la evolución de sus pacientes a lo largo de la hospitalización. Sin embargo, cuando había una oportunidad esta fue aprovechada por ellos para evaluar a sus pacientes y poder desarrollar lo aprendido en las diferentes rotaciones.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado de medicina humana es quizás el año más anhelado para los futuros médicos no solo por culminar la carrera, sino también para contrastar la teoría, con la práctica del día a día que se vive en las áreas hospitalarias.

La pandemia interrumpió el internado 2020, sin embargo, con las medidas dispuestas por el Ministerio de Salud y de la Universidad, se pudo llevar a cabo el retorno. Las normas según el decreto de urgencia N90-2020 incluía requisitos para que el retorno sea seguro: el interno expresa su voluntad de reiniciar el internado, encontrarse en el Registro Nacional de Personal de Salud, estar contratado por el Ministerio de Salud, contar con cobertura de seguros, no ser reactivo a la prueba de SARS-Cov2 y ser provisto de equipo de protección personal. Además, los internos retornaron en un horario reducido que constaba de 15 días de rotación en un horario de 7 de la mañana a 1 de la tarde, con dos guardias diurnas de 7 de la mañana a 7 de la noche.

1.1 Cirugía General

Según el sílabo y el manual de procedimientos propuesto para la rotación de cirugía general se esperaba que los internos realicen lo siguiente: colocación de sonda nasogástrica y rectal, toracocentesis, paracentesis, cateterismo venoso periférico, flebotomía, curación de heridas operatorias, onicectomía, etc. La interna durante la rotación de enero – marzo 2020 logró realizar dichos procedimientos exceptuando la flebotomía, sin embargo, se compensó con las múltiples oportunidades de asistir en gastrectomías, pancreatoduodenectomía, apendicectomías laparoscópicas y colecistectomías laparoscópicas.

1.1.1 Caso 1:

Paciente varón de 73 años acudió al tópico de cirugía, presentando como antecedentes de importancia una quistectomía por un quiste dermoide mesentérico y cálculos en vesícula biliar desde hace aproximadamente 3 años, ingresó con un tiempo de enfermedad de 2 días con dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad e hipersensibilidad en hipocondrio derecho y sensación de alza térmica cuantificada 38.5 grados centígrados, el paciente negó náuseas y vómitos. Hace 1 año, se debió operar de litiasis vesicular pero su esposa falleció. Al examen físico en piel no se encontró ictericia, a nivel abdominal se observó cicatriz subcostal de 15 cm, un abdomen no distendido, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, doloroso a la palpación superficial en hipocondrio derecho, además signo de Murphy positivo. Se le solicitó al paciente hemograma, perfil hepático, perfil de coagulación, perfil bioquímico, ecografía abdominal, grupo y factor, amilasa y lipasa. Las

posibilidades diagnósticas fueron síndrome doloroso a descartar colecistitis aguda y litiasis vesicular por antecedente.

Se le colocó al paciente una vía endovenosa, se hidrata al paciente con un litro de cloruro de sodio al 9% (45 gotas por minuto), se solicitó reevaluar al paciente con los resultados. Los resultados de la ecografía fueron una vesícula biliar de 93 x 50 mm, pared de 8 mm con edema y múltiples cálculos, el más grande de 6 x 7 mm y otro de 3 x 3 mm estos hallazgos confirmaron la colecistitis aguda calculosa por lo cual se programa al paciente para colecistectomía laparoscópica.

1.1.2 Caso 2:

Paciente varón de 44 años acudió al tópico de cirugía con antecedentes de importancia fibrilación auricular tratada con clopidogrel y nimodipino y prostatectomía, ingresó con un tiempo de enfermedad de 4 días, caracterizado por ausencia de deposiciones, sensación nauseosa sin llegar al vómito. Al examen físico, se observó mucosa oral ligeramente seca, distensión abdominal y cicatriz infraumbilical mediana por antecedente quirúrgico, dolor abdominal de forma difusa, no se evidenció signos de irritación peritoneal. Se le solicitó hemograma completo, perfil bioquímico, examen completo de orina, AGA y electrolitos y una radiografía de abdomen de pie en el cual se evidenció dilatación de asas gruesas con presencia de impactación fecal y niveles hidroaéreos. La impresión diagnóstica planteada del caso fue obstrucción intestinal baja a descartar vólvulo de sigmoides y bridas y adherencia por el antecedente quirúrgico. El paciente completó los análisis preoperatorios e ingresó a sala de operaciones de emergencia para una laparotomía exploratoria, en esta se evidenció la torsión del asa sobre su propio eje, por lo cual se decidió realizar una sigmoidectomía. Paciente cursó con una evolución favorable, al 5to día del post operatorio fue dado de alta.

1.1.3 Caso 3:

Paciente varón de 74 años que acudió a consulta externa del servicio de Urología del Hospital Maria Auxiliadora con un tiempo de enfermedad de aproximadamente 3 años en el que el paciente presentaba retraso del inicio de la micción, disminución del calibre y del chorro miccional, así como polaquiuria, tenesmo y hematuria. El paciente estaba en lista de espera para ser operado por el diagnóstico de hiperplasia prostática benigna, había estado recibiendo tratamiento farmacológico con Tamsulosina y Finasteride, pero no había mejoría evidente, también se le había realizado diversos exámenes como tacto rectal que resultó próstata blanda y aumentada de tamaño, dosaje de antígeno prostático en 6 mg/ml, por lo que se le indicó ecografía urológica donde se evidenció próstata de aproximadamente 55 gr, y se decide resección transuretral de próstata.

1.1.4 Caso 4:

Paciente mujer de 48 años natural de Lima, con tiempo de enfermedad de 3 horas que ingresó a tópico de emergencia por caída sobre su hombro derecho mientras paseaba con su nieto, al examen físico presentó inmovilidad completa del brazo y signo de la charretera que lo hacía compatible con una luxación glenohumeral anterior, se le realizó radiografía que confirmó el diagnóstico, se planteó tratamiento ortopédico con la maniobra de Hipócrates (paciente en decúbito supino y luego tracción en abducción del brazo) la cual resultó efectiva y se decidió dejar a la paciente con una férula y se realizó interconsulta a medicina física y rehabilitación por consultorio externo al día siguiente.

1.2 Pediatría y Neonatología

Basado en el sílabo y el manual de procedimientos dispuesto para la rotación de pediatría y neonatología el interno debió realizar la atención inmediata del

recién nacido, la colocación de la profilaxis, evaluar la edad gestacional del recién nacido, etc

1.2.1 Caso 1:

En el servicio de cardiología, del Instituto Nacional de Salud del Niño por transferencia de otro nosocomio, se hospitaliza paciente recién nacido de 36 semanas de edad gestacional corregida por Capurro con características cianóticas de predominio de tórax, al examen físico no presentaba soplo audible, el servicio de cardiología le realiza radiografía donde se evidenció ensanchamiento del mediastino y plétora pulmonar sin cardiomegalia, electrocardiograma donde se evidenció según el cardiólogo signos de sobrecarga del ventrículo derecho. Con estos resultados el primer diagnóstico a descartar fue transposición de grandes vasos. Por ende, se decidió la administración de prostaglandinas endovenosas y manejo por el servicio a espera de pronta decisión quirúrgica.

1.2.2 Caso 2:

Paciente de 4 meses de edad natural de Cajamarca quien es hospitalizado en el servicio de pediatría del Instituto Nacional de Salud del Niño, con un tiempo de enfermedad de 2 meses caracterizado por diversas infecciones a repetición: hospitalizaciones por neumonía extrahospitalaria, hospitalización por patologías dermatológicas y hospitalización por diarrea aguda. Se observó retraso marcado del crecimiento y desarrollo. En los exámenes de laboratorio se evidenció marcada linfopenia e hipogammaglobulinemia, en la radiografía de tórax se evidenció ausencia de sombra en el timo. Por todo lo descrito en el servicio de Pediatría se planteó el posible diagnóstico de algún tipo de inmunodeficiencia combinada severa y se habló con familiares para la posibilidad de posible trasplante de progenitores hematopoyéticos.

1.2.3 Caso 3:

En el servicio de Obstetricia del Hospital Maria Auxiliadora se recibió a gestante G4P3 de 38 años de edad con 30 semanas de gestación por amenaza de parto pretérmino, con dilatación en 3cm y contracciones dolorosas pero no continuas, la gestante fue evaluada por el servicio de ginecología y se le pauta tocolisis y corticoterapia, no obstante 90 minutos después paciente entra en expulsivo con el consiguiente nacimiento de recién nacido de sexo masculino adecuado para edad gestacional con importante distrés respiratorio al examen físico se encontró una frecuencia respiratoria 70 latidos por minuto, se procedió a la ventilación con presión positiva continua en las vías respiratorias, se manejaban fracción inspirada de oxígeno altos por lo que el médico asistente decidió el uso de surfactante y el pase a unidad de cuidados intensivos de neonatología.

1.2.4 Caso 4:

Llega paciente de 1 año de vida a tópico de emergencia sin ningún antecedente de importancia, con tiempo de enfermedad de 4 días acompañada de fiebre, madre cuantificó reiteradamente con termómetro digital, medicó con paracetamol cediendo la temperatura y malestar general, madre refirió que su primogénito desde el día de hoy presenta manchas en piel rojas que le preocuparon demasiado por lo que lo trajo a nuestro nosocomio, al examen físico se evidenció un exantema maculopapuloso morbiliforme en tronco, se le realizó hemograma donde se evidenció únicamente ligera linfocitosis. El médico asistente decidió manejo sintomático y el interno le explicó a la madre de familia que el proceso por el que cursaba su hijo era viral y solo requería de tratamiento sintomático y medios físicos explicando los posibles signos de alarma, para que regrese a emergencias si fuese necesario.

1.3 Ginecología y Obstetricia

Según el Manual de Procedimientos de la facultad , los internos deberán concluir la rotación de Ginecología y Obstetricia habiendo realizado procedimientos tales como examen de mamas para poder detectar anomalías estructurales y fisiológicas, el tacto vaginal para identificar los genitales externos e internos, toma de muestra de papanicolaou, el test Schiller, colocación y retiro de dispositivo intrauterino e implante subdérmico, entre otros, muchos de estos fueron logrados por los internos.

1.3.1 Caso 1:

Paciente de 32 años, natural de Lima, con los antecedentes gineco-obstétricos de ser una gestante 3 y paridad 1. La paciente cursaba las 32 semanas de gestación, ingresó al tópico de emergencia por sangrado vaginal de moderada cantidad de aspecto rojo rutilante y sin dolor, al examen físico se evidenció altura uterina de 30 cm, situación, presentación y posición en longitudinal cefálico derecho y frecuencia cardiaca fetal en 142 latidos por minuto, se le realizó ecografía transvaginal en la que se evidenció placenta corporal posterior cuyo borde llegó a cubrir totalmente el orificio cervical interna, el ponderado fetal fue 1920 gramos aproximadamente. Se le diagnosticó de Placenta Previa y se decidió su hospitalización con el esquema de tratamiento para prevención de parto prematuro hasta cesárea electiva.

1.3.2 Caso 2:

Paciente de 23 años quien ingresa a tópico de emergencia del Hospital de Ate con un tiempo de enfermedad de 06 horas caracterizado por dolor abdominal difuso tipo sordo y pesado asociado a malestar general, la paciente negó haber tenido relaciones sexuales en los últimos meses, al examen físico

presentó dolor al movimiento del cérvix y dolor anexial a la exploración, rebote negativo abdominal, en el servicio de emergencia se le realizó ecografía transvaginal en esta no se evidenció ninguna patología subyacente y se le tomo un hemograma sin ninguna anormalidad, por ello el médico asistente decidió iniciar tratamiento sistémico para una posible enfermedad pélvica inflamatoria, el cual fue doxiciclina 100mg cada 12 horas para 14 días que se le añadió ciprofloxacino 500mg una sola dosis.

1.3.3 Caso 3:

Paciente de sexo femenino de 58 años procedente de Apurímac con un tiempo de enfermedad de 6 meses y que presentó como antecedentes de importancia 2 cesáreas anteriores, una apendicetomía e hipertensión arterial, en uno de sus controles por parte del servicio de Gineco-Oncología del Hospital Almenara se evidenció tras una citología de Papanicolau, lesiones anormales alrededor de la vagina, la presencia de neoplasia vulvar intraepitelial de alto grado, por lo que se le programó para cirugía electiva de una vulvectomía parcial. Antes de la cirugía se le pidió todos los exámenes basales para un pre-operatorio así como riesgo anestesiológico.

1.3.4 Caso 4:

Paciente de sexo femenino de 84 años procedente de Lima, que acudió a consultorio externo del Hospital Almenara, con tiempo de enfermedad de 3 años de hemorragia uterina anormal, el cual fue incrementando con el paso del tiempo, por la que la paciente se realizó una ecografía de forma particular, la ecografía se evidenció hiperplasia endometrial con diámetro de endometrio de 18mm y discontinuidad en la interfase endometrio - miometrial, por la cual se le realiza biopsia también de manera particular mediante histeroscopia resultando en Adenocarcinoma de endometrio.

En el servicio de Gineco oncología del Hospital Almenara se evidencia estadiaje postquirúrgico en T2, por lo cual se decide una histerectomía radical.

1.4 Medicina Interna

El Manual de procedimientos de medicina interna indica que los internos deben alcanzar los siguientes objetivos como toma de electrocardiograma, extracción de análisis de sangre arterial, cateterismo vesical, reanimación cardiopulmonar, etc.

De estas metas pocas han sido alcanzadas, debido a la coyuntura y que las horas en los hospitales fueron más reducidas.

1.4.1 Caso 1:

Paciente mujer de 51 años, procedente de San Juan de Lurigancho, sin antecedentes oncológicos familiares, con antecedente médico personal de hipertensión arterial en tratamiento regular con losartán, presentó tiempo de enfermedad de 1 semana caracterizado por dolor generalizado a predominio de espalda inferior y abdomen, se observó tumoración exofítica en paladar duro paciente refirió que lo nota hace 20 días, motivo por el cual acudió a otra institución, en esta se le solicitó Tomografía sin contraste de cerebro, en esta se observó múltiples lesiones líticas en todas las estructuras óseas observadas, lesiones expansivas con componente de partes blandas y retención de secreciones en senos frontales y esfenoidal derecho. Con estos hallazgos acudió a nuestra institución, donde le indicaron exámenes de laboratorio que posteriormente fueron evaluados en consultorio externo de Medicina se halló hemoglobina de 11.7, leucocitos de 11.9 a predominio de polimorfonucleares 70 %, plaquetas de 293.000, calcio de 2.01 por lo que fue derivada a la emergencia. En emergencia, del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, fue evaluada por el servicio de Cabeza y Cuello

en el que se le realizó una biopsia de tumoración exofítica de reborde alveolar, la anatomía patológica resultó de una neoplasia de células plasmáticas con fenotipo compatible con Mieloma Múltiple CD38(+) CD138(+) Kappa: sin restricción de cadenas ligeras, Lambda con restricción de cadenas ligeras, Ciclina-D1(-).

Se realizó un aspirado de médula ósea en este los resultados fueron de una médula ósea con áreas hipoplásicas y presencia de plasmocitos anómalos de etiología a determinar, sugestivo de compromiso medular por neoplasia de células plasmáticas.

Se inició corrección de la hipercalcemia indicada por el servicio de Nefrología. Además, se realizó biopsia de lesión suprapúbica izquierda llevada a cabo por Radio Intervencionismo con anatomía patológica, la conclusión fue neoplasia de células plasmáticas.

El diagnóstico planteado de la paciente era de Mieloma Múltiple IgG cadenas ligeras Lambda de alto riesgo por infiltración de partes blandas.

La paciente acudió a hospitalización para continuar su manejo médico, tenía indicación de inicio del esquema de quimioterapia VtD-PACE, este incluye a los siguientes fármacos: bortezomib, dexametasona, talidomida, cisplatino, doxorubicina, ciclofosfamida y etopósido.

1.4.2 Caso 2:

Paciente mujer de 56 años con un tiempo de enfermedad de 2 semanas que se caracterizó por cefalea, astenia, mareos y malestar general. Acudió a otra institución en donde se le realizó un hemograma completo en el cual se evidenció leucocitosis con valores de 114 mil, 51% blastos, plaquetopenia con valores de 35 mil, recibió soporte transfusional y se refirió a nuestra institución. Ingresó por emergencia, en el cual se le realizó aspirado de médula ósea se encuentra presencia de 71% blastos, la citometría de flujo dio como resultados leucemia linfoblástica aguda de células B, y se le brindó soporte transfusional. Se hospitalizó a la paciente para manejo médico e inicio de esquema de quimioterapia de inducción ECOG incluye a daunorrubicina, vincristina y

prednisona, previo resultado de PCR SARS COV-2 negativo.

1.4.3 Caso 3:

Paciente de 64 años de sexo masculino con antecedentes de hipertensión arterial y apendicectomía que ingresó a tópic de emergencia, con tiempo de enfermedad de 7 horas, en silla de ruedas por pérdida completa de fuerza motora del hemicuerpo derecho, se le realizó examen físico donde se evidenció hemiplejia completa del hemicuerpo derecho y pérdida importante de la sensibilidad también del lado derecho junto con desviación de la mirada al lado izquierdo e incapacidad para la coordinación de palabras, se habló con los familiares ante posibilidad de realizar tomografía de forma particular, se le realizó y se evidenció una hiperdensidad leve de la arteria cerebral media, luego se le solicitó interconsulta con el servicio de neurología y se coordinó para la hospitalización en ese servicio.

1.4.4 Caso 4:

Paciente de sexo masculino de 75 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con amlodipino e hidroclorotiazida, colelitiasis y fumador activo de 10 cigarros al día, quien con un tiempo de enfermedad de 3 días ingresó por emergencia con dolor opresivo en pecho irradiado a hombro izquierdo, paciente refirió haber ingerido horas antes nitroglicerina sublingual pero que el dolor no calmó, al examen físico el paciente presentó una fascie dolorosa, a los minutos el interno le realizó electrocardiograma, el cual resultó normal, se le pidieron enzimas cardiacas, las cuales también resultaron negativas, se le volvió a tomar electrocardiograma a los 10 minutos y volvió a salir normal, al paciente se le dio nitroglicerina sublingual, aspirina, atorvastatina y morfina. Paciente mejoró su sintomatología y pasó a hospitalización del servicio de Cardiología con el diagnóstico de Angina Inestable.

CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Hospital de la Policía Nacional de Perú “Luis N Sáenz” considerado un hospital categoría III-1, localizado en la avenida Brasil cuadra 6 en el distrito de Jesús María.

La población objetivo del Hospital de la Policía son los policías, sus hijos, sus padres y su cónyuge.

Esta institución cuenta con 507 camas de hospitalización, 27 camas en el área de emergencia, 5 salas de operaciones y 1 helipuerto, aprovechable para las referencias y contrarreferencias de los niveles II como el Hospital B Leguía y Hospital Geriátrico “San José” además hospitales al interior del país como Hospital de PNP sede Chiclayo y Sede Arequipa. (1)

La situación antes de la emergencia sanitaria era óptima para los pacientes y también para la interna puesto que, observó múltiples patologías en el área de cirugía algunas como: cáncer gástrico, cáncer ano-rectal, pólipos vesiculares, enfermedad de Ogilvie, cáncer de ampolla de Vater, etc.

Debido a la pandemia la interna no regresó a su sede por lo que fue reubicada en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas como sede principal.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas considerado un hospital categoría III-2, ubicado en la av. Angamos Este 2520 en el distrito de Surquillo.

La población objetivo incluye a todos los pacientes mujeres o varones con padecimientos oncológicos y sus complicaciones.

Según la Resolución Jefatural 031-2018, en el cual se apreció un incremento continuo, ya que el año 2016 obtuvo 5.8% más de atenciones totales comparado con el 2015. (2)

El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen es considerado un hospital categoría III-2, ubicado en jirón García Naranjo 840 en el distrito de La Victoria.

Esta institución cuenta con 57 áreas especializadas, 1065 camas en hospitalización incluidas camas de cuidados intensivos y emergencia.

La población objetivo son los pacientes asegurados en el seguro social. (3)

La situación antes de pandemia por el SARS COV 2 era óptima para los pacientes y también para la interna puesto que, observó múltiples patologías complejas tanto en su rotación de obstetricia como en su rotación de ginecología y gineco oncología, entre las que el interno aprendió a manejar casos vitales de emergencia obstétrica principalmente.

Debido a la pandemia el interno no regresó a su sede original y fue reubicado por la universidad en un Hospital de menor nivel como el Hospital María Auxiliadora

El Hospital María Auxiliadora es considerado un hospital categoría III-1 pertenece a la Dirección de Salud II Lima Sur, ubicado en avenida Miguel Iglesias 968 en el distrito de San Juan de Lurigancho.

Esta institución cuenta con 346 camas de hospitalización, 18 camas de cuidados críticos.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

3.1 Cirugía General

3.1.1 Caso 1:

El paciente fue operado, se realizó una colecistectomía laparoscópica, esta acción fue la adecuada puesto que se encuentra dentro de las indicaciones de colecistectomía laparoscópica, estas son colelitiasis sintomática con o sin complicaciones, colelitiasis asintomática en pacientes con mayor riesgo de carcinoma de vesícula biliar o complicaciones de cálculos biliares, colecistitis acalculosa, pólipos de vesícula biliar mayor de 0.5 cm y vesícula biliar de porcelana. La colecistectomía laparoscópica es el gold standard para el tratamiento de la enfermedad de cálculos biliares ya que este produce menos dolor postoperatorio, menor estadía hospitalaria y rápida recuperación que permite al paciente reintegrarse en sus actividades laborales. (4)

3.1.2 Caso 2:

El paciente fue sometido a una sigmoidectomía por laparotomía ya que el paciente más de 12 horas de evolución, además de una colostomía lo Hartmann es decir un cabo proximal ostomizado y el cabo distal cerrado, debido a la presencia de gangrena. Esta acción fue la adecuada, sin embargo, pudo ser prudente realizar una sigmoidoscopia descompresiva. (5)

Otras técnicas no quirúrgicas, incluyen destorsión operativa, destorsión con fijación intraperitoneal o extraperitoneal y la adaptación del mesenterio sigmoideo para ampliar su base y prevenir la torsión, estos procedimientos son generalmente inferiores a resección sigmoidea para la prevención de la recurrencia. (6)

3.1.3 Caso 3:

Estamos ante el diagnóstico de una hiperplasia prostática benigna refractaria al tratamiento médico convencional de un alfa 1 adrenérgico sumado a un inhibidor de la 5 alfa reductasa, por lo que se decide en el servicio de urología realizar una cirugía electiva, la cual fue una resección transuretral de próstata, en la guías clínicas la elección del procedimiento se basa en el tamaño, cuando es menor de 60 gramos: prostatectomía transuretral y mayor de 60 gr adenomectomía abierta, y en la forma de la glándula prostática y técnicas más avanzadas determinan también el factor de hemorragia en la cirugía (7). La determinación de elegir cirugía también se basa en la escala internacional prostática la cual determina la elección de la cirugía o el tratamiento médico según una puntuación, se decide cirugía cuando el score es mayor igual de 20. (8)

3.1.4 Caso 4:

El interno atendió a un paciente con una clínica clara de luxación anterior de hombro o también llamada luxación glenohumeral anterior, la cual el médico asistente decidió reducirla en la misma emergencia con la maniobra de Hipócrates previa analgesia, en la literatura hay diversas maniobras que se pueden realizar en las que destacan la maniobra de Kocher esta incluye una rotación externa del brazo seguida de la aducción del brazo y rotación interna del brazo, otra es la maniobra de Stimson esta incluye colocar al paciente decúbito prono luego el miembro afectado queda colgada en la camilla con peso de 5-10kg, la realizada fue la maniobra de Hipócrates que incluye colocar al paciente en decúbito supino luego tracción en abducción del brazo colocando talón del pie (9).

3.2 Pediatría

3.2.1 Caso 1:

El paciente fue diagnosticado por el servicio de cardiología como una posible transposición de grandes vasos, y el manejo consistió en primera instancia en el uso de prostaglandinas endovenosas, esta acción fue adecuada puesto que esta infusión permite mantener la permeabilidad del conducto arterioso, lo cual mantiene la mezcla inter circulatoria, cabe destacar que antes de la infusión al paciente se le intubó como protocolo ante efectos adversos de la prostaglandina, entre los cuales resalta el apnea. Recordemos que la dosis a usar en la infusión de prostaglandinas intravenosas es de 0,05 mcg/kg/minuto. Lo ideal en este lactante es que dentro de las primeras semanas de vida se pueda manejar quirúrgicamente con el denominado shunt arterial de Jatene, no obstante, un tratamiento paliativo a la espera de la cirugía definitiva es la septostomía auricular con balón que se crea para aumentar orificio de la comunicación auricular para favorecer mezcla de sangre. (10)

3.2.2 Caso 2:

Se tiene por historia clínica un caso extraño de una posible inmunodeficiencia combinada severa, este grupo de enfermedades se caracterizan por tener defectos combinados de deficiencia de linfocitos T, linfocitos B y células natural Killer, tiene muchos subtipos, siendo la inmunodeficiencia combinada severa ligada al cromosoma X la más frecuente (11). En este caso el diagnóstico se debería de haber realizado según las guías de práctica clínica mediante citometría de flujo que muestra principalmente un recuento absoluto de células T CD3 < 300 células/mL y falta de células T vírgenes (12). El tratamiento de elección para todos los casos de inmunodeficiencia severa combinada es el trasplante de células madre de un donante sano de tejido compatible (13).

3.2.3 Caso 3:

Se tuvo a un recién nacido con distrés respiratorio por una posible enfermedad de membrana hialina, en este caso se usó ventilación con presión positiva continua, las guías refieren que ante situaciones como las planteadas aquí el uso de presión positiva continua es correcto y recomiendan el uso de oxígeno suplementario para aliviar la sintomatología y la cianosis, objetivándose una saturación control de entre 90-95%, además se recomienda el uso de antibioticoterapia en casos sí hay transición retardada o dificultad respiratoria progresiva o existen factores de riesgo de sepsis. En el caso del surfactante, este se recomienda cuando se requiere un Fio2 mayor igual a 0,40 para mantener una saturación de oxígeno mayor igual a 90% (14).

3.2.4. Caso 4:

Se tuvo a un paciente con una clínica compatible con un exantema viral siendo más específico el diagnóstico de exantema súbito o pseudorubeola, esta es causada por el virus herpes humano tipo 6 y 7, la transmisión es por vía respiratoria, el tratamiento en esta ocasión por parte del servicio de emergencia fue tratamiento sintomático, las guías igualmente recomiendan solo tratamiento sintomático con paracetamol, pero siempre vigilando los síntomas de alarma (15). Puesto que, las complicaciones pueden ser convulsión febril, meningitis aséptica, encefalitis, purpura trombocitopénica idiopática, entre otros.

3.3 Ginecología y Obstetricia

3.3.1 Caso 1:

El caso de una paciente con el diagnóstico según ecografía de placenta previa total, placenta previa tipo IV, en este caso el médico asistente decidió su hospitalización para control de la gestación, esta decisión es totalmente correcta, ya que las guías recomiendan que toda paciente diagnosticada de placenta previa se debe de hospitalizar, así como manejo con corticoides a dosis de maduración pulmonar 48 horas antes de la cesárea que se recomienda sea a las 37 semanas de gestación (16).

3.3.2 Caso 2:

La clínica de la paciente se planteó el diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria, la cual se diagnostica clínicamente con los criterios de Hager, en esta ocasión la paciente cumplió con tres criterios mayores y ninguno menor, el médico asistente decidió dar terapia ambulatoria con doxiciclina y una dosis única de ceftriaxona, este tratamiento se rige según la norma técnica peruana de manejo de infecciones ginecológicas, no obstante el uso de metronidazol hubiera sido oportuno si la paciente hubiera presentado factores de riesgo como manipulación, instrumentación en las 3 semanas anteriores, absceso pélvico, examen positivo para tricomoniasis (17).

3.3.3 Caso 3:

La paciente ingresa por cirugía electiva de consultorio externo por una neoplasia intraepitelial común de alto grado detectada por PAP, recordemos que esta patología se asocia a virus del papiloma humano y tiene riesgo de malignizar a un carcinoma de vulva, el riesgo es alto, pero menor que el tipo

neoplasia vulvar intraepitelial diferenciada, relacionada al liquen escleroso (18). En el hospital se decidió el tratamiento con vulvectomy parcial, pero la literatura nos da a conocer un abanico de opciones distintas para una lesión intraepitelial vulvar de alto grado con un grado de eficacia similar entre todas y que se basan en la expectativa del paciente y posibles efectos adversos, entre las cuales destacan terapia con imiquimod, escisión de la lesión, vulvectomy parcial o total y terapia ablativa (19).

3.3.4 Caso 4:

Paciente cuyo diagnóstico concreto fue de una adenocarcinoma de endometrio, el cual se estadifica quirúrgicamente, en una cirugía que incluye hysterectomy total, salpingooforectomía bilateral y linfadenectomía (20), esto se realizó y se concluyó que era un T2, lo cual se refería a que la extensión del tumor llegaba a estroma cervical, por lo cual se complementó la cirugía con una hysterectomy radical, en las guías de práctica clínica el tratamiento de un carcinoma de endometrio que invade estroma cervical si bien es cierto abarca una hysterectomy radical se le añade el uso de radioterapia con posibilidad de quimioterapia dependiendo de evaluación patológica (21), lo cual el interno no vio por qué eso le correspondió a oncología médica.

3.4 Medicina Interna

3.4.1 Caso 1:

El presente caso es un clásico mieloma múltiple, esta es la máxima representante de una gammapatía monoclonal, es una neoplasia de plasmocitos, frecuentemente en pacientes mayores de 50 años. La triada clásica del mieloma incluye anemia normocítica normocrómica o nuevas lesiones ósea, hipercalcemia e insuficiencia renal, el manejo en estos pacientes es melfalan asociado a prednisona, sin embargo, este esquema ha cambiado y lo ideal es llevar a los pacientes a trasplante de progenitores hematopoyéticos.

El tratamiento de elección “gold standard” es basarse en tripletes que contengan inhibidores del proteosoma, inmunomoduladores y corticoides.

Según la medicina basada en evidencias la combinación de bortezomib con corticosteroides, agentes alquilantes, talidomida y/o lenalidomida tuvo respuesta elevada. Sin embargo, no se ha demostrado una ventaja de supervivencia general.

Actualmente el esquema VDT-PACE es el elegible en aquellos que padecen enfermedad agresiva como plasmocitomas extramedulares o mieloma múltiple. (22)

3.4.2 Caso 2:

La paciente diagnosticada de leucemia linfoblástica aguda ingresó para recibir su esquema quimioterápico. La terapia de inducción es la fase inicial y el objetivo principal es lograr una remisión completa inicial, esta se define como

la eliminación de las células leucémicas detectadas, menos del 5% de blastos, de la médula ósea y la sangre y la restauración de la hematopoyesis normal, más del 25% de celularidad y recuentos sanguíneos periféricos normales.

La terapia de inducción administrada difiere según si está presente la translocación t (9; 22) del cromosoma Filadelfia, si bien la translocación t (9; 22) es común en adultos, aquellos con esta translocación se benefician de la adición de un inhibidor de tirosina quinasa que tiene como punto en BCR-ABL.

La terapia de inducción incluye la administración semanal durante tres a cuatro semanas de corticoides diarios y asparaginasa. La asparaginasa está disponible como un derivado de *Escherichia coli*, ya sea en su forma nativa (L-asparaginasa) o en forma pegilada. Además, se incluye un cuarto agente, como una antraciclina como doxorubicina o daunorrubicina al régimen de tres fármacos, en particular para pacientes de alto riesgo, tal como se utilizó en el caso de la paciente. La paciente continuó con evolución favorable durante su hospitalización. (23)

3.4.3 Caso 3:

Se presentó un paciente que por clínica y por exámenes auxiliares la primera posibilidad diagnóstica fue una enfermedad cerebrovascular de tipo isquémico con una evolución de 7 horas, la cual lamentablemente por el tiempo transcurrido no se pudo realizar una fibrinólisis, lo ideal en este paciente según las guías clínicas es el manejo de la presión arterial y mantenerla en valores menores a 220/120mmHg en pacientes a los que no se les pudo administrar alteplase como en el caso de nuestro paciente, si se requeriría disminuir la presión se elegiría de elección el antihipertensivo Labetalol (24), otro manejo que no se pudo realizar por el tiempo mayor a 6 horas fue trombectomía mecánica e igual no se hubiera podido realizar por el nivel del hospital. El manejo restante para nuestro paciente sería antiagregación, anticoagulación y terapia física y rehabilitación.

3.4.4 Caso 4:

El paciente que ingresa a tópico de emergencia por un cuadro de angina inestable, en el cual se descartó infarto agudo de miocardio, el tratamiento en este paciente lo que indican las guías es un manejo médico basado en uso de nitroglicerina sublingual para el dolor, estatinas, oxígeno si hay desaturación menor a 90% y doble antiagregación y anticoagulación.

La antiagregación adecuada consta de ácido acetilsalicílico en dosis de carga de 160-320 gr más otro antiagregante que puede ser ticagrelor, si se utiliza terapia invasiva, o clopidogrel, en el caso de la anticoagulación se usa heparina no fraccionada o enoxaparina, si se utiliza terapia invasiva, o fondaparinux (25). En el caso de nuestro paciente se utilizó aspirina con clopidogrel y enoxaparina.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El internado 2020 comenzó para la interna Novoa en un Hospital con orden jerárquico, en el cual antes de atender a los pacientes se debía revisar el grado que este tenía, ya que según eso había ciertas diferencias, para ella no tendría que haber diferencia al atender a un capitán o a un suboficial, lamentablemente la institución daba un trato preferencial a los oficiales generales sobre los oficiales superiores.

El retorno al internado de la interna Novoa no fue a la misma sede, debido a que, esta decidió no reintegrarse en la misma. Por ello, la interna realizó las rotaciones en diferentes Institutos según la especialidad, beneficioso para ella puesto que Medicina Interna la desarrolló en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Pediatría en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Neonatología en el Instituto Nacional Materno Perinatal y por último Ginecología y Obstetricia en el Hospital de Ate Vitarte.

Dado a que la sede principal de la interna durante la pandemia fue el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, en el cual los pacientes son inmunosuprimidos ya que reciben esquemas de quimioterapia, por ello la interna tenía que colocarse correctamente el equipo de protección personal previo a la evaluación de cada paciente.

El internado 2020 comenzó para el interno Julio Peramás con la rotación por ginecología y obstetricia teniendo guardias largas en donde se atendía a diversas patologías muy diversas por ser un hospital de alta complejidad, el interno entró a sala de operaciones reiteradas veces además atendió partos y

se hizo de conocimiento valioso en el ámbito de la ginecología para el proceso SERUMS.

El retorno del internado a mediados de octubre ya no sería el mismo, ESSALUD decidió el no retorno de los internos de medicina, y el interno se vio obligado a ir a otro hospital, la universidad lo reubico en el Hospital Maria Auxiliadora ubicado en San Juan de Miraflores, donde empezó rotando pediatría y terminó por cirugía, las rotaciones eran diversas, pero el trabajo administrativo era continuo y poco había de práctica, por lo que el interno no pudo desarrollar todas sus habilidades y aprender lo mejor de cada rotación.

CONCLUSIONES

El trabajo de sustentación profesional les permite concluir que el internado que realizaron los estudiantes combina la teoría aprendida a lo largo de los seis años previos y lo aplicado durante el día a día en los hospitales. Además de contrastar esta información con lo observado y realizado según cada emergencia o cada paciente en el área de hospitalización.

La pandemia trajo muchos cambios para los internos como el horario, el requerimiento de equipo de protección personal, incluso el examen de la cavidad oral y nasal se vio restringido en los pacientes por el riesgo al contagio, era obligatoria las pruebas moleculares negativas en los pacientes para examinarlos y para las posibles hospitalizaciones, ya que de lo contrario los pacientes debían acudir a las áreas Covid de los respectivos hospitales.

Se planteó el decreto de urgencia con condiciones mínimas que se necesitaba para el retorno, pero muchas de estas condiciones prometidas por el Ministerio de Salud no fueron cumplidas, un ejemplo es la falta del equipo de protección personal para los internos en el hospital Maria Auxiliadora y en la Maternidad de Lima, las pruebas moleculares mensuales en los mismos hospitales, el horario muchas veces no fue cumplido, además para el día de hoy quedan pendientes los sueldos correspondientes al mes de Octubre y Noviembre.

Algunas condiciones mejoraron y otras no en su totalidad, pero esto permitió a los internos adaptarse a las dificultades y a la nueva realidad de la pandemia ya que, en un corto tiempo esta realidad será su futuro en sus días como médicos.

RECOMENDACIONES

Alguna recomendación a los futuros internos, primero por sobre todas las cosas se cuiden, el virus está presente en todas partes y al mínimo descuido te puedes enfermar. Nadie en el hospital cuidará de ti, eres tú y solo tú el responsable.

Debes aprender y despejar tus dudas al máximo, si no sabes algo pregunta nadie llega al mundo sabiéndolo todo, pero nunca debes ser egoísta con tus compañeros, todos estamos en el mismo camino, no busques sacar ventaja sobre alguien de tu equipo.

Siempre existirán doctores que te enseñarán a no ser como ellos, pero también habrá otros a los que querrás imitar no solo por sus conocimientos, sino por la calidad y la transparencia que emanan con sus pacientes.

Se empático con tus pacientes, escúchalos, apóyalos con lo más mínimo posible, para ellos será algo que no olvidarán desde indicarles donde queda algún consultorio, o solicitar alguna orden de laboratorio por ellos, si puedes sacarles una sonrisa este será el mejor regalo que puedas obtener.

Recuerda cómo te gustaría que te trataran cuando estés enfermo o enferma, ten paciencia con tus pacientes.

Y como dice Gregorio Marañón “lo que verdaderamente ennoblece a la medicina, en efecto, es el espíritu artesano” (24).

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Dirección ejecutiva de Sanidad PNP (<https://www.indeci.gob.pe/wp-content/uploads/2019/01/fil20150814153800.pdf>)
- 2 Resolución jefatural N031-2018 INEN (<http://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/01/RJ-031-2018.pdf>)
- 3 Texto Único de Procedimientos Administrativos del seguro Social de Salud-EsSalud, aprobado con Decreto Supremo N° 014-2016-TR.
- 4 Schirmer BD, Edge SB, Dix J y col. Colectomía laparoscópica. Tratamiento de elección para la colelitiasis sintomática. *Ann Surg* 1991; 213: 665.
- 5 Althans AR, Aiello A, Steele SR, Bhamra AR. Colectomía para el vólvulo cecal y sigmoideo: un análisis nacional de resultados y factores de riesgo de complicaciones posoperatorias. *Dis colorrectal* 2019; 21: 1445.
- 6 Vogel JD, Feingold DL, Stewart DB y col. Guías de práctica clínica para el vólvulo de colon y la pseudoobstrucción colónica aguda. *Dis Colon Rectum* 2016; 59: 589.
- 7 Foster HE, Dahm P, Kohler TS, Lerner LB, Parsons JK, Wilt TJ, McVary KT. Surgical Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: AUA Guideline Amendment 2019. *J Urol.* 2019 Sep;202(3):592-598. doi: 10.1097/JU.0000000000000319. Epub 2019 Aug 8. PMID: 31059668.
- 8 Fourcade RO, Théret N, Taïeb C; BPH USAGE Study Group. Profile and management of patients treated for the first time for lower urinary tract

symptoms/benign prostatic hyperplasia in four European countries. *BJU Int.* 2008 May;101(9):1111-8. doi: 10.1111/j.1464-410X.2008.07498.x. Epub 2008 Feb 15. PMID: 18279447.

9 Schubert H. Reducing anterior shoulder dislocation. Easy is good. *Can Fam Physician.* 2002 Mar;48:469-72. PMID: 11935710; PMCID: PMC2213996.

10 Finer N, Leone T. Oxygen saturation monitoring for the preterm infant: the evidence basis for current practice. *Pediatr Res.* 2009 Apr;65(4):375-80. doi: 10.1203/PDR.0b013e318199386a. PMID: 19127213.

11 Shearer WT, Dunn E, Notarangelo LD, Dvorak CC, Puck JM, Logan BR, Griffith LM, Kohn DB, O'Reilly RJ, Fleisher TA, Pai SY, Martinez CA, Buckley RH, Cowan MJ. Establishing diagnostic criteria for severe combined immunodeficiency disease (SCID), leaky SCID, and Omenn syndrome: the Primary Immune Deficiency Treatment Consortium experience. *J Allergy Clin Immunol.* 2014 Apr;133(4):1092-8. doi: 10.1016/j.jaci.2013.09.044. Epub 2013 Nov 28. PMID: 24290292; PMCID: PMC3972266.

12 Picard C, Al-Herz W, Bousfiha A, Casanova JL, Chatila T, Conley ME, Cunningham-Rundles C, Etzioni A, Holland SM, Klein C, Nonoyama S, Ochs HD, Oksenhendler E, Puck JM, Sullivan KE, Tang ML, Franco JL, Gaspar HB. Primary Immunodeficiency Diseases: an Update on the Classification from the International Union of Immunological Societies Expert Committee for Primary Immunodeficiency 2015. *J Clin Immunol.* 2015 Nov;35(8):696-726. doi: 10.1007/s10875-015-0201-1. Epub 2015 Oct 19. PMID: 26482257; PMCID: PMC4659841.

13 stem cells in human severe combined immunodeficiency: longterm outcomes. *Immunol Res.* 2011 Apr;49(1-3):25-43. doi: 10.1007/s12026-010-8191-9. PMID: 21116871; PMCID: PMC3798033.

14 Suresh GK, Soll RF. Overview of surfactant replacement trials. *JPerinatol.* 2005 May;25 Suppl 2:S40-4. doi: 10.1038/sj.jp.7211320. PMID: 15861172.

15 Scott LA, Stone MS. Viral exanthems. *Dermatol Online J.* 2003 Aug;9(3):4. PMID: 12952751.

- 16 Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org, Gyamfi-Bannerman C. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #44: Management of bleeding in the late preterm period. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Jan;218(1):B2-B8. doi: 10.1016/j.ajog.2017.10.019. Epub 2017 Oct 25. PMID: 29079144.
- 17 Norma técnica MINSA Enfermedades de transmisión sexual. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2104.pdf>
- 18 Reyes MC, Cooper K. An update on vulvar intraepithelial neoplasia: terminology and a practical approach to diagnosis. *J Clin Pathol.* 2014 Apr;67(4):290-4. doi: 10.1136/jclinpath-2013-202117. Epub 2014 Jan 7. PMID: 24399036.
- 19 Kushnir CL, Fleury AC, Hill MC, Silver DF, Spirtos NM. The use of argon beam coagulation in treating vulvar intraepithelial neoplasia III: a retrospective review. *Gynecol Oncol.* 2013 Nov;131(2):386-8. doi: 10.1016/j.ygyno.2013.06.006. Epub 2013 Jul 23. PMID: 23887037.
- 20 Mäenpää MM, Nieminen K, Tomás EI, Laurila M, Luukkaala TH, Mäenpää JU. Robotic-assisted vs traditional laparoscopic surgery for endometrial cancer: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Nov;215(5):588.e1-588.e7. doi: 10.1016/j.ajog.2016.06.005. Epub 2016 Jun 8. PMID: 27288987.
- 21 Cohn DE, Huh WK, Fowler JM, Straughn JM Jr. Cost-effectiveness analysis of strategies for the surgical management of grade 1 endometrial adenocarcinoma. *Obstet Gynecol.* 2007 Jun;109(6):1388-95. doi: 10.1097/01.AOG.0000262897.21628.06. PMID: 17540812.
- 22 Sonneveld P, Avet-Loiseau H, Lonial S, et al. Tratamiento del mieloma múltiple con citogenética de alto riesgo: consenso del Grupo de trabajo internacional sobre mieloma. *Blood* 2016; 127: 2955.
- 23 Ribera JM, Oriol A, Morgades M, et al. Tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia negativo de alto riesgo en adolescentes y adultos según la respuesta citológica temprana y la enfermedad residual mínima después de la consolidación evaluada por

citometría de flujo: resultados finales del ensayo PETHEMA ALL-AR-03. J Clin Oncol 2014; 32: 1595.

24 Jiménez J. F. Gregorio Marañón: Para “recargar pilas” ante el nuevo curso laboral. Humanismo Médico. [Blog en internet]. [Actualizado ago. 2011, citado: 7 sept. 2013]; Disponible en: <http://humanismomedico.blogspot.com/2011/08/g-maranon-palabraspara-recargar-pilas.html>.