



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

CASOS MÉDICO QUIRÚRGICOS EN TRES INSTITUTOS NACIONALES DE
SALUD DE LIMA METROPOLITANA 2020-2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR

FLOR EUGENIA VELASQUEZ NEIRA

ASESORA

DR. HENRY GUIJA GUERRA

LIMA, PERÚ
2021



**Reconocimiento - Compartir igual
CC BY-SA**

El autor permite a otros re-mezclar, modificar y desarrollar sobre esta obra incluso para propósitos comerciales, siempre que se reconozca la autoría y licencien las nuevas obras bajo idénticos términos.

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



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CASOS MÉDICO QUIRÚRGICOS EN TRES INSTITUTOS
NACIONALES DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
FLOR EUGENIA VELASQUEZ NEIRA**

**ASESOR
DR. HENRY GUIJA GUERRA**

LIMA, PERÚ

2021

JURADO

Presidente: Dra. Gloria Ubillús Arriola

Miembro: Mg. Karim Ugarte Rejavinsky

Miembro: Mg. Víctor Hinostrroza Barrionuevo

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a todas las personas que me apoyaron en mi vida profesional desde un comienzo, en forma especial a mis familiares, amigos, compañeros de clase y mis docentes académicos, porque gracias a ellos, que me motivaron a que uno siempre tiene que perseverar en sus sueños y ser una mujer de bien con virtudes y valores.

Velásquez Neira Flor Eugenia

ÍNDICE

Portada	i
Jurado	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Resumen	v
Abstract	vi
INTRODUCCIÓN	vii
CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
I.1 Rotación de Medicina	1
I.2 Rotación de Cirugía	2
I.3 Rotación de Gineco obstetricia	3
I.4 Rotación de Pediatría	3
CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO	
LA EXPERIENCIA	5
II. 1 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	5
II.2 Instituto Nacional Materno Perinatal	5
II.3 Instituto Nacional de Salud del Niño	6
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	7
III.1 Rotación de Medicina	7
III.2 Rotación de Cirugía	12
III.3 Rotación de Gineco obstetricia	17
III.4 Rotación de Pediatría	24
CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	32
CONCLUSIONES	33
RECOMENDACIONES	34
FUENTES DE INFORMACIÓN	35

RESUMEN

Se presenta un trabajo de suficiencia profesional para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, el mismo que es producto de haber rotado en tres Institutos (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Instituto Nacional Materno Perinatal e Instituto Nacional de Salud del Niño). El informe está compuesto por cuatro capítulos. En el primero se revisa mi trayectoria profesional a través del tiempo desempeñándome en cada uno de los centros hospitalarios, donde adquirí conocimientos científicos en el ámbito de la medicina. En el segundo capítulo se incluye el contexto en el que desarrollé mi experiencia que realicé, el conocimiento adquirido, que es la base de un comienzo de oportunidades en la rama de la medicina. En el tercer capítulo se informa la aplicación profesional, donde se enfatiza la descripción y fundamentación de las prácticas que me han servido para formarme en el campo médico. Finalmente, en el cuarto capítulo reporto la reflexión crítica de la experiencia de la realidad de la carrera concluida.

Objetivo: Describir los casos médico quirúrgicos en cada rotación, para la obtención del Título Profesional de Médico Cirujano, en base al internado médico desarrollado durante el periodo de enero de 2020 a abril del 2021.

Metodología: Recopilación de información médica basada en la experiencia de manejo de la salud.

Conclusiones: Experiencia profesional en el campo de la medicina adquiriendo destrezas y habilidades en el campo médico y quirúrgico. El motivo de la pandemia por el virus Sars Cov 2 fue un reto para el interno de medicina, ya que se presentaron limitaciones que se afrontaron, adquiriendo capacidades y competencias novedosas.

ABSTRACT

Professional sufficiency work is presented to qualify for the Professional Degree of Surgeon Physician, which is the product of having rotated in three Institutes (National Institute of Neoplastic Diseases, National Perinatal Maternal Institute and National Institute of Child Health). The report consists of four chapters. The first reviews my career through time by serving in each of the hospitals, where I acquired scientific knowledge in the field of Medicine. The second chapter includes the context in which I developed my experience that I did, the acquired knowledge, which is the basis of a beginning of opportunities in the branch of Medicine. The third chapter informs the professional application, which emphasizes the description and basis of the practices that have served me to form in the medical field. Finally, in the fourth chapter I report the Critical Reflection of the Experience of the Reality of the Completed Career.

Objective: To describe surgical medical cases in each rotation, to obtain the Professional Title of Surgeon Physician, based on the medical internship developed during the period January 2020 to April 2021.

Methodology: Collecting medical information based on health management experience.

Conclusions: professional experience in the field of medicine acquiring skills and skills in the medical and surgical field. The reason for the Sars Cov 2 virus pandemic was a challenge for the medical intern, as limitations were presented, acquiring novel skills and competencies.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está basado en mi experiencia profesional a través de mi internado realizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Instituto Materno Perinatal y en el Hospital del Niño del distrito de Breña, siendo mi vocación esta carrera de Medicina Humana, en la cual me enriquece espiritualmente el don de servicio que aplicamos a los pacientes, en diagnosticar y tratar las diferentes enfermedades existentes en cada uno de los ocho casos clínicos que se presentaron en mi rotación por las distintas especialidades durante mi internado y cuyos objetivos logrados en mi grata experiencia fueron satisfactorios pues no solo fue de manera curricular, sino de manera humanística, ya que la profesión de médico, es además una labor social en la cual en tus manos se encuentra la vida de un paciente y cómo afrontar su enfermedad y curarlo, en ese sentido debo reconocer que existieron limitaciones en afrontar mi internado, por carencias logísticas, pero también justificables, pues una labor de médico tiene que ver la manera de solucionar y servir a la humanidad, como también los alcances obtenidos en mi internado fueron satisfactorios, pues he logrado captar todo lo aprendido y volcarlo en mi carrera, debo añadir que es más sacrificado mi experiencia en los Hospitales que roté, pues los de salud tenemos que lidiar con el Covid -19 en el cual debemos estar con la implementación de bioseguridad a fin de protegernos y no infectarnos, siendo que muchos médicos ya fallecieron por esta enfermedad.

A partir del 15 de marzo del 2020, se dispuso un plan nacional de emergencia sanitaria, a través de RVM N 081-2020- MINEDU anunciado por el Ministerio de

Educación, suspendiendo toda actividad de carácter presencial en universidades públicas y privadas.

La universidad optó por desarrollar tareas académicas virtuales en las distintas especialidades, y preparación para el ENAM.

El 14 de agosto del 2021 por medio de la RM N°622-2020-MINEDU, se emitió el regreso progresivo de los internos de ciencias de la salud a diferentes establecimientos.

Después de permanecer varios meses en cuarentena por medio RM N° 622 – 2020 – MINEDU emitido el 14 de Agosto del mismo año, se dispuso la reanudación progresiva de las actividades de los internos de ciencias de la salud. El retorno tuvo muchos cambios, limitando las rotaciones a 15 días por mes, y 8 horas diarias. Reducción del número de internos por servicio, y disponibilidad de equipos de protección personal de uso diario.

Estas nuevas disposiciones, limitaron la práctica médica en servicios como emergencia, un rotación importante, que nos daría la práctica profesional y aprendizaje para enfrentar situaciones en el SERUMS.

CAPÍTULO I: TRAYECTORIA PROFESIONAL

De mi experiencia en tres de los Institutos Nacionales de Lima- Perú, he recopilado dos casos clínicos de cada rotación; del servicio de cirugía oncológica, servicio de ginecología, servicio de medicina oncológica y servicio pediatría.

I.1 ROTACIÓN DE MEDICINA

En el servicio de medicina oncológica del INEN, roté los tres primeros meses antes de la pandemia, realizando mis prácticas en Emergencia, coloqué sondas nasogástricas, vesicales, retiro de catéter venoso centrales, extracción de sangre arterial, drenajes pulmonares. Evaluaba a los pacientes y elaboraba historias clínicas. El primer caso en este servicio es un paciente masculino de 19 años, estudiante, soltero, cristiano, natural y procedente de Puno. Llega al INEN referido del Hospital Nacional Dos de mayo por tiempo de enfermedad de dos meses. Dos meses antes del ingreso el paciente refiere dolor tipo cólico en hipocondrio izquierdo, con una intensidad 5/10, que se incrementa a la inspiración profunda, el dolor disminuía al posicionarse en decúbito dorsal y dolor óseo a predominio de miembro torácico izquierdo. Cuatro semanas antes del ingreso al cuadro se agregaron náusea y vómitos de contenido gástrico y una semana después disnea de pequeños esfuerzos. Una semana antes del ingreso aparecieron petequias en las extremidades superiores y fiebre de predominio nocturno y diaforesis; por persistencia de la fiebre a pesar del uso de paracetamol decidió acudir a esta Institución. El paciente refiere haber perdido 10 kilos en seis meses. Se le realizan exámenes de laboratorio y aspirado de medula ósea diagnosticando leucemia linfoblástica aguda de estirpe B, comienza tratamiento con quimioterapia

evolucionando favorablemente. El segundo caso es un paciente varón de 69 años, natural y procedente de Lambayeque, tiempo de enfermedad de un año caracterizado por tos persistente sin expectoración, dolor tipo punzante en miembros superiores e inferiores el cual remitió con tratamiento analgésico y pérdida de peso de 15 kilos en los últimos 8 meses. Hace dos semanas presenta edema y eritema en cara, cuello que se extendió a miembro superior derecho, acudió a otra institución le indican analgésico y antiinflamatorios. El paciente ingresa al INEN referido de otra institución con tomografía de tórax sugestiva de NM de pulmón, se le procede una biopsia de pulmón: NM de pulmón de células no pequeñas concordante con adenocarcinoma, y presencia de mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico. Se le empieza tratamiento con inhibidores de tirosin quinasa del EGFR.

I.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

En el servicio de cirugía oncológica, las intervenciones quirúrgicas son de alta especialidad, donde el interno de medicina puede intervenir como ayudante en la cirugía, lo cual promueve a mejorar las destrezas quirúrgicas. También se permeabiliza tubos de drenaje y se curan heridas. No rotamos por el servicio de emergencia en cirugía debido a la pandemia.

El primer caso en cirugía oncológica es una paciente de 41 años caracterizado por crecimiento de tumoración en mama derecha de manera progresiva, le realizan biopsia y diagnostican Cáncer de mama derecha luminal sobre expresión HER 2 EC IIIb + quimioterapia neoadyuvante. Se dispone una mastectomía radical modificada derecha. El segundo caso es un paciente varón de 56 años de edad, natural y procedente de Huancayo, ingresa al INEN por tiempo de enfermedad de dos meses y síntomas iniciales de epigastralgia constante, que aumentaba con la ingesta de alimentos; mareos, cefalea, náuseas, hiporexia, pérdida de peso, malestar general. Desde hace un mes, presenta deposiciones "oscuras" y en los últimos tres días deposiciones tipo melena. 16 horas antes de su ingreso, presenta dolor intenso en fosa ilíaca derecha que no cede con analgésicos. Se le realizó endoscopia gástrica diagnosticando cáncer avanzado

Borrmann II, se realiza intervención quirúrgica concluyendo en peritonitis por apendicitis perforada y carcinomatosis.

I.3 ROTACIÓN DE GINECO OBSTETRICIA

En el servicio de ginecología en el INMP, al ser un instituto de referencia, la demanda de pacientes es alta. El interno de medicina evalúa a las gestantes, puérperas en hospitalización y en las guardias de 12 horas, atiende partos vía vaginal, y participa como ayudante en cesáreas. No rotamos por consultorio externo, debido a la pandemia por el Sars Cov 2, por lo tanto no realizamos procedimientos ginecológicos.

El primer caso es una paciente de 35 años natural y procedente de Lima post cesareada, con una presión de 160/ 110 mmHg, refiere cefalea leve a nivel frontal, tinnitus, escotomas. Funciones biológicas están conservadas. Pruebas del laboratorio dentro de los límites normales. Se le diagnostica puérpera con preeclampsia con signos de severidad, brindando tratamiento antihipertensivo, logrando valores normales de presión. El segundo caso es una paciente de 31 años con tiempo de enfermedad de cuatro días refiere dolor a nivel de fosa iliaca derecha de moderada intensidad asociado a sangrado vaginal escaso. Se le realiza ecografía trasvaginal y BHCG, diagnosticando embarazo ectópico no complicado. Los valores de BHCG disminuyen hasta rangos de 43, y se decide dar un tratamiento expectante.

I.4 ROTACIÓN DE PEDIATRIA

Mi última rotación fue en el Instituto Nacional de Salud del Niño, al ser un instituto de referencia, presenta alta demanda de pacientes. Como interna de medicina tenía la función de elaborar las historias clínicas, examinar a los pacientes en hospitalización y realizar su evolución diaria. No realicé procedimientos. En el área de emergencia roté por prioridad cuatro, observando patologías muy frecuentes como faringitis aguda, diarrea con deshidratación moderada,

herpangina, problemas respiratorios, alteraciones inmunológicas, convulsión febril, etc.

El primer caso de una paciente mujer de 10 años de edad natural y procedente de Lima, con antecedente de Diabetes mellitus tipo I, cinco días antes del ingreso la madre refiere que no logra colocar insulina degludec, debido que no encuentra. El día del ingreso presenta dolor abdominal a predominio de mesogastrio de regular intensidad intermitente asociado a malestar general, dolor de cabeza de regular intensidad a nivel frontal de tipo opresivo y de vómitos alimentarios (último episodio cinco minutos antes del ingreso a emergencia del INSN), motivo por el cual la trae al instituto nacional de salud del Niño, donde es evaluada, se toman exámenes auxiliares y se decide su hospitalización. Se diagnostica cetoacidosis diabética severa, deshidratación moderada- severa, y diabetes mellitus por historia clínica. Se hidrata a la paciente, brinda insulina endovenosa, control hemoglucotest cada dos horas y balance hidroelectrolítico. El servicio de endocrinología la evalúa encontrando a la paciente termodinámicamente estable, no signos de hipoperfusión, con evolución favorable y valores adecuados de glucosa, dando de alta con indicaciones. El segundo caso es un paciente varón de 12 años de edad natural de Venezuela y procedente de Lima sin antecedentes de importancia, nueve días antes del ingreso paciente refiere fiebre, malestar general, que calmaba con paracetamol un gramo vía oral. Presentaba fiebre todos los días y malestar general incrementaba. Tres días antes del ingreso se agregan lesiones maculares en miembros superiores, miembros inferiores y abdomen. El mismo día del ingreso por la mañana el paciente es llevado a diferentes establecimientos de salud, quienes indican que sea llevado al Instituto Nacional de Salud del Niño. Por la tarde el paciente llega a emergencia del INSN traído por vecina, migrante indocumentado en situación de abandono donde se decide su hospitalización. Se percata inyección conjuntival bilateral. Paciente niega tos, cefalea, vómitos y diarreas. En emergencia fue catalogado como probable MISC asociado a Covid, por lo que se decide hospitalizarlo. Paciente ingresa a Uci por hipotensión y dificultad respiratoria, le brindan antibióticos, inmunoglobulina, ácido acetilsalicílico y corticoides. Después de 10 días evoluciona favorablemente, sin signos de hipoperfusión, ni dificultad respiratoria, afebril y es dado de alta.

CAPITULO II: CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA

II.1 Instituto Nacional Materno Perinatal

Instituto Materno Perinatal, situado en el distrito de Cercado de Lima, es un hospital de nivel III-2 y brinda atención de alta complejidad tanto a la madre como al niño hasta los cinco años de edad. El hospital tiene una superficie territorial de 22 km cuadrados área de terreno de 17,056 m cuadrados y área construida de 37,500 m cuadrados, el material es noble y consta de 13 bloques. Es un hospital de referencia nacional que presta atención en consultorios externos en diversas especialidades y una exclusiva hospitalización en obstetricia, ginecología, servicio de tarifario diferenciado y neonatología.

II.2 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

INEN, situado en el distrito de Surquillo, es un hospital de nivel III-2 y brinda atención especializada en detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades tumorales o neoplásicas. El hospital tiene un área construida de 30,300 m², en edificio de nueve pisos y tres sótanos. Es un hospital de referencia nacional que presta atención en Especialidades Médicas de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor.

II.3 Instituto Nacional de Salud del Niño

El Instituto Nacional de Salud del niño, situado en el distrito de Breña, es un hospital de nivel III-2 y brinda atención especializada a niños y adolescentes. El hospital tiene un área construida de 32,563.17 m², con ocho pisos. Es un hospital de referencia nacional que presta atención en Especialidades en Atención Integral del Paciente Quemado, Trasplante de Médula Ósea y Especialidades Pediátricas.

CAPITULO III: APLICACIÓN PROFESIONAL

III.1 ROTACIÓN DE MEDICINA

El primer caso mencionado, en el capítulo I, subtítulo I.1 nos habla de un paciente masculino de 19 años, estudiante, soltero, cristiano, natural y procedente de Puno. Ingresó al Hospital Nacional Dos de mayo por tiempo de enfermedad de 2 meses. Dos meses antes del ingreso paciente refiere dolor tipo cólico en hipocondrio izquierdo, con una intensidad 5/10, que se incrementa a la inspiración profunda, el dolor disminuía al posicionarse en decúbito dorsal y dolor óseo a predominio de miembro torácico izquierdo. Cuatro semanas antes del ingreso al cuadro se agregaron náuseas y vómitos de contenido gástrico y una semana después disnea de pequeños esfuerzos. Una semana antes del ingreso aparecieron petequias en las extremidades superiores y fiebre de predominio nocturno y diaforesis; por persistencia de la fiebre a pesar del uso de paracetamol decidió acudir a esta institución. El paciente refiere haber perdido 10 kilos en seis meses. A su llegada a esta institución se encontró al paciente orientado en espacio tiempo y persona, colaborador con el interrogatorio.

Antecedentes generales: Niega consumo de alcohol, tabaco, drogas, transfusiones, presenta un grupo sanguíneo 0 y factor Rh +

Antecedentes personales: Niega tuberculosis, Diabetes mellitus, niega Hipertensión arterial. Colectomía (2015) sin complicaciones en el hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Al examen general: Paciente en Regular estado general, regular estado de hidratación. Afebril

PA: 110/70 mmHg, T°: 36,5° C, FC: 85/min, FR: 20/min.

Al examen físico:

Piel: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos, palidez +/-, equimosis de 2x2 cm aproximadamente en miembros inferiores. Mucosa en adecuado estado de hidratación. Respiratorio: Murmullo vesicular normal, no se agregan roles. Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Se encontró adenomegalia en cadena cervical posterior, fija, no dolorosa, de aproximadamente 1.5 cm de diámetro. Mamas: Simétricas sin cambios en la piel. Abdomen: Blando, depresible, RHA positivos, el borde hepático rebasaba cuatro cm el borde costal, la punta del bazo se encontró a tres cm abajo del borde costal. Neurológicamente conectada con espacio, tiempo y persona, pupilas isorreactivas. Escala de Glasgow: 15/15. No signos de focalización.

Laboratorio: Leucos: 11000, neutros: 1.1, blastos: 30 %, Hb: 8.3, plaquetas: 53,000, glucosa: 90, urea: 21, BUN: 10, Cr: 0.8, Albumina: 3.6, GGT: 265, AST: 169, ALT: 254, FA: 233, DHL: 6923, ácido úrico: 4.8, NA: 139, K: 3, CL: 101, P: 5.9, CA: 9.4

Serológicas: VHB: negativo, VHC: negativo, VIH: negativo

Con estos resultados se hace referencia al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas con el diagnóstico leucemia aguda.

En el INEN, se reevalúa al paciente donde al hacer la exploración física son notable la palidez, adenomegalia, hepatomegalia y esplenomegalia, dolor óseo y equimosis.

Se llevó a cabo un aspirado de médula ósea que mostró hipercelularidad a expensas de infiltración por células mononucleares de citoplasma escaso, núcleo grande con pocos nucléolos y sin granulación aparente en el citoplasma. El estudio por citometría de flujo de las células que infiltraban la médula ósea mostró

que expresaban los antígenos CD10, CD19, CD20 y HLA DR. Se estableció el diagnóstico de leucemia aguda linfoblástica de estirpe B y se inició tratamiento con quimioterapia combinada que incluyó vincristina, dexametasona, asparaginasa y mitoxantrona, con lo que la respuesta inicial ha sido satisfactoria.

Discusión

La leucemia linfoblástica aguda es la principal causa de cáncer en niños y adolescentes. (1) La Agencia Internacional para la investigación del Cáncer publicó la tasa de incidencia de adolescentes entre 15 a 19 años de edad en Lima metropolitana siendo de 28.4 por millón. (1) Las dos Instituciones del Minsa encargadas del diagnóstico y tratamiento oportuno de esta patología son el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y el Instituto Nacional del niño de Especialidades. En nuestro caso el paciente fue diagnosticado con la enfermedad sin mucha espera, y le fue dado un tratamiento inicial oportuno con quimioterapia combinada y corticoide con una buena respuesta. Hay protocolos que mencionan agregar ciclofosfamida, metrotexate, mercaptopurina, etoposide; sin embargo no ha mejorado la tasa de remisión completa que es el objetivo del tratamiento. (2) La duración del tratamiento es aproximadamente 30 meses. Después de terminar la primera fase, se continúa con quimioterapia de mantenimiento vía oral diaria. Se debe educar al paciente sobre la importancia de seguir el tratamiento ya que una de las razones más importantes en la disminución de la supervivencia en pacientes con LLA es el abandono al tratamiento. (3) La causa principal es que la mayoría de pacientes son de provincia como en el caso de nuestro paciente que es procedente de San Antonio (Puno) y no cuentan con recursos para permanecer en Lima Metropolitana, no tienen acceso a un servicio de salud especializado cercano a su casa, que es fundamental tener ya que durante el tratamiento de mantenimiento, los pacientes siguen en riesgo de infecciones. También influyen factores culturales, sociales y psicológicos. (3)

La Leucemia linfoblástica aguda tiene una tasa alta de recuperación, sin embargo aún se necesitan estrategias innovadoras para mejorar el diagnóstico temprano, referencias oportunas, un tratamiento especializado, y disminuir los abandonos del tratamiento para que se pueda reducir la mortalidad por Leucemia linfoblástica aguda. (3)

El segundo caso se trata de un paciente varón de 69 años, natural y procedente de Lambayeque , tiempo de enfermedad de 1 año caracterizado por tos persistente sin expectoración , dolor tipo punzante en miembros superiores e inferiores el cual remitió con tratamiento analgésico y pérdida de peso de 15 kilos en los últimos 8 meses. Hace dos semanas presenta edema y eritema en cara, cuello que se extendió a miembro superior derecho, acudió a otra institución le indican analgésico y antiinflamatorios, le realizaron tomografía con contraste evidenciándose masa de forma redondeada, de bordes irregulares de 35x 35 mm en pulmón derecho, se evidencian múltiples lesiones nodulares difusas en ambos campos pulmonares así como derrame pleural derecho de poco volumen, tomografía de abdomen sin signos de secundarismo. Con dichos resultados acude al INEN.

Antecedentes generales: Niega consumo de alcohol, drogas, transfusiones, refiere fumar tabaco (15 cigarrillos por día en 25 años). Presenta un grupo sanguíneo 0 y factor Rh +

Antecedentes personales: Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, cirugía de próstata, no precisa procedimiento quirúrgico.

Antecedentes familiares: Padre falleció de cáncer de pulmón a los 50 años de edad.

Al examen físico:

Piel: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor a 2 segundos. Cuello y cabeza: no se evidencia ingurgitación yugular, ni edema facial ni cervical. Respiratorio: Murmullo vesicular pasa agudo por ambos campos pulmonares, con leve disminución en base de hemitórax derecho. Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad no soplos. Abdomen: Blando, depresible, RHA positivos, no masas. Neurológicamente conectada con espacio, tiempo y persona, pupilas isorreactivas.

Impresión diagnóstica: Tumoración pulmonar, a descartar NM de pulmón

Plan: hemograma, perfil de coagulación, perfil de lisis, Cyfra21, TAC de tórax, TEM abdomen, programación para BIPA con resultados.

Resultados: Hemograma, perfil de lisis, perfil de coagulación dentro de los parámetros normales, cifra 21: 6.1. AP BIPA: carcinoma de células no pequeñas concordante con adenocarcinoma. TEM tórax: múltiples nódulos de aspecto secundario en ambos pulmones. TEM abdomen: dentro parámetros normales. EGFR mutado exón 19. Paciente refiere dolor en región cervical. ECOG 1. Al examen físico a nivel respiratorio murmullo vesicular pasa disminuido en base de ambos campos pulmonares. Se decide tratamiento con erlotinib 1 tableta vía oral cada día, debido a que se presenta mutación EGFR. Paciente dos meses después con diagnóstico de NM de pulmón es evaluado presentando lesiones foliculares pruriginosas en rostro y cuello, además episodios de deposiciones líquidas asociado a medicación, se le indica continuar con erlotinib y se le agrega loratadina 50 mg y ácido fusídico.

Discusión

El cáncer de pulmón es un problema de salud pública ya que es la principal causa de mortalidad relacionada al cáncer a nivel mundial. Según globocan 2020 el cáncer de pulmón a nivel Nacional es la segunda patología oncológica más frecuente, con una incidencia de 6860 caso nuevos por año y una tasa de mortalidad de 5.2 % anual. Nuestro paciente tiene como factor de riesgo el tabaco (10 cigarrillos al día por 25 años), y padre fallecido por cáncer de pulmón. Se le realizó una biopsia pulmonar diagnosticando NM de pulmón de células no pequeñas concordante con adenocarcinoma, y presencia de mutación del receptor del factor de crecimiento epidérmico. Ante ello se decide dar una terapia inicial con un inhibidor de la tirosina quinasa del EGFR llamado erlotinib. Hay estudios que recomiendan dar un inhibidor del EGFR, en comparación con un quimioterápico estándar basado en platino. Dentro de los inhibidores recomendados se prefiere el orsimertinib ya que ha mostrado mejoras sobre el erlotinib y gefitinib. (4) Sin embargo en el INEN solo cuentan con erlotinib. Aún está en estudio el brindar quimioterapia estándar basada en platino más inhibidor del EGFR en tratamiento de primera línea. (4)

Hoy en día el cáncer de pulmón sigue siendo un problema de salud pública, siendo el fumar el factor de riesgo más importante. (5) Se necesita mayor promoción y prevención en fortalecer campañas para disminuir el consumo del tabaco, la exposición al humo de la leña, que aun en ciertas zonas del país, muchas mujeres están expuestas. Evitar en la medida posible estar en contacto con el radón y al asbesto. Se debería promocionar el ejercicio físico y alimentación saludable. (6)

III.2 ROTACIÓN DE CIRUGÍA

El tercer caso trata de una paciente mujer de 41 años, natural y procedente de Lima, con tiempo de enfermedad de 1 año, caracterizado por crecimiento de tumoración en mama derecha de manera progresiva, le realizan biopsia en otra institución con resultado de carcinoma invasivo, con estos resultados acude a INEN, al examen físico tumor en mama derecha de 10 x8 cm que ocupaba casi toda la mama, con edema de piel y adenopatía axilar derecha de 3cm. Revisión de lámina: carcinoma infiltrante , recibe quimioterapia con docetaxel, trastuzumab (continua por 1 año), cuenta con ecografía post quimioterapia y se presencia distorsión de la arquitectura en R9 a 2cm de pezón de mama derecha. Paciente tributaria de manejo quirúrgico, por lo que es hospitalizada.

Paciente presenta como antecedente familiar a una hermana con cáncer de cérvix. En antecedente gineco obstétricos menarquia a los 11 años, y cesárea hace 5 años. Refiere un solo hijo, y niega abortos. Antecedentes patológicos personales: niega alergias, niega hábitos nocivos, niega medicación, niega transfusiones.

Examen regional: Regiones supraclaviculares negativas. Axilar derecha: negativa. Axila izquierda: negativa. Mama derecha: mediana, tumor irregular, indurada, móvil, de 2x2cm a nivel de R8-9, no dolorosa. Mama izquierda: mediana, negativa.

Examen general: PA: 110/80 mmHg Fc: 77 x' Fr: 20 x' T°: 36.7 °C SatO2: 99%.
Paciente en regular estado de hidratación, regular estado de nutrición, ventilando espontáneamente.

Al examen físico:

Piel: turgencia, elasticidad conservada, llenado capilar < 2".
Aparato respiratorio: Tórax simétrico, Amplexación conservada, Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, buen tono, no soplos.
Abdomen: Ruidos hidroaéreos (+), blando, depresible, no masas, no dolor a la palpación, no signos peritoneales. Neurológico: Orientado en tiempo, lugar, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15/15. No signos de focalización.

Diagnóstico: Cáncer de mama derecha luminal sobre expresión HER 2 EC IIIb +
Quimioterapia neoadyuvante

Se le realiza mamografía bilateral de mamas evidenciándose ambas mamas con tejido fibroglandular heterogéneamente denso. Lo que puede ocultar pequeños nódulos. Mama derecha: asimetría global asociado a micro calcificaciones amorfas heterogéneas agrupadas entre los cuadrantes superiores, hallazgos en relación a NM de pezón y región retroaerolar sin alteraciones significativas. Engrosamiento de la piel periaerolar y de cuadrantes inferiores. Región axilar sin adenopatías. Mama izquierda sin alteraciones. Concluye en Mamas heterogéneamente densas, se sugiere complementar estudio con ecografía. En la ecografía hay hallazgos en relación a NM de mama derecha, con marcada disminución respecto a estudio previo, ganglios reactivos en ambas axilas. Resto de ecografía bilateral dentro de los rangos normales. Bi RADS: 6. Inmunohistoquímica: Recepto de estrógenos 3+, receptor de progesterona 3+, ERB 2: 3+, Ki 67: índice proliferativo alrededor del 50 %.

Lamina periférica procedente de otra institución: Carcinoma infiltrante de mama subtipo con grado nuclear bajo, con invasión linfovascular y carcinoma ductal in situ con grado nuclear bajo y patrón cribiforme.

Cuenta con pre quirúrgicos, teniendo como disposición: Mastectomía radical modificada derecha. Se efectiviza la operación con técnica y procedimiento de incisión de piel con bisturí frío tipo stemart. Formación de colgajos con electro bisturí, primero superior hasta el borde inferior de la clavícula, luego el colgajo inferior hasta el pliegue submamario hacia la parte interna línea paraesternal y hacia la parte externa borde anterior del musculo dorsal ancho. Disección de la pieza operatoria en sentido mediolateral, hasta región axilar.

Sección de la fascia clavicopectoral, identificación de la vena axilar, disección roma y cortante. Ligadura y sección de sus colaterales resección de grupos linfáticos I y II. Identificación y preservación de paquete vasculonervioso del musculo dorsal ancho y del serrato anterior. Lavado del lecho operatorio, revisión de hemostasia con electro bisturí: monopolar, colocación de drenes número 12 doble, se exteriorizan por contra incisión, se fijan a piel. Aproximación de colgajos con puntos subcutáneos con vicril. Síntesis de piel con puntos intradérmicos con vicril incoloro 4/0. Se cubre herida operatoria con gasas. Paciente tolera acto quirúrgico y pasa a recuperación post anestésica.

Hallazgos operatorio: en mama derecha se palpa tumoración de 3x 3 cm que abarca ambos cuadrantes externos, indurada, móvil, no compromiso de piel y pezón. No se palpan adenopatía axilar. Se procede a mastectomía radical modificada derecha .Disposición post cirugía con NM de mama derecha luminal con sobreexpresión HER2 + QT neoadyuvante. Paciente tolera procedimiento y pasa a su cama sin ninguna intercurencia.

Discusión

El cáncer de mama según la Globocan 2020 es la patología oncológica más frecuente en mujeres, llevando a segundo lugar al cáncer de cérvix. En este caso la paciente presenta como factor de riesgo una hermana con cáncer de cérvix. Se le diagnostica NM de mama con receptor positivo hormonal, como tratamiento se da quimioterapia neoadyuvante y luego cirugía. En el tratamiento neoadyuvante se prefiere dar quimioterapia en vez de terapia endocrina porque presenta mejores resultados en un periodo corto de tiempo. (7) Al ser HER 2 positivo se agrega Trastuzumab. Luego de la quimioterapia neoadyuvante que llevo la paciente, se realiza una evaluación clínica y radiológica, para definir la cirugía,

una mastectomía o una cirugía de conservación de senos, en caso que se presente enfermedad multicéntrica, gran tamaño del tumor en relación con la mama, presencia de calcificaciones difusas en imágenes, embarazo, márgenes persistentes, se opta por mastectomía.(8) En la paciente se decide por mastectomía ya que presentaba calcificaciones amorfas heterogéneas agrupadas en mama derecha.

En nuestro país hoy en día el cáncer de mama es el más frecuente, siendo una patología prevenible, con un buen tamizaje, se debe abordar el problema de una manera multidimensional, promoviendo a las mujeres a través de estrategias para un buen autocuidado y detección temprana del cáncer de mama. Debería implementarse tamizaje por mamografía en la atención primaria junto con una buena organización de servicios oncológicos, para diagnóstico y tratamiento se podría reducir la morbimortalidad por esta enfermedad. (9)

El cuarto caso es un paciente varón de 56 años de edad, natural y procedente de Huancayo, ingresa al INEN por enfermedad de dos meses y síntomas iniciales de epigastralgia constante, que aumentaba con la ingesta de alimentos; mareos, cefalea, náuseas, hiporexia, pérdida de peso, malestar general.

Desde hace un mes, deposiciones "oscuras" para observar en los últimos tres días deposiciones tipo melena.

Dieciséis horas antes de su ingreso, presenta dolor intenso en fosa ilíaca derecha que no cede con analgésicos.

El día de su ingreso por emergencia del INEN se observó al paciente sumamente adolorido, con temblor corporal generalizado, con flexión del tronco y con ambas manos sobre el abdomen; pálido y con limitación para la deambulacion aún con ayuda. En el decúbito dorsal el dolor abdominal aumentaba.

Al examen general: Paciente en mal estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, febril, pálido, quejumbroso. PA: 120/70 mmHg, T°: 38.8° C, Fc: 100/min, Fr: 20/min.

Al examen físico:

Respiratorio: MV normal. Cardiovascular: RC rítmicos, de buena intensidad no soplos. Abdomen: simétrico, RHA disminuidos en intensidad y frecuencia, dolor difuso, a predominio de fosa iliaca derecha y epigastrio, con Blumberg (+). RQ II – III sin evidencias de cardiopatía.

Laboratorio: GR: 2'640, 000, GB: 4,700, A: 23%, S: 57%, E: 1%, B: 0%,M: 8%, L: 11%, Hto: 24%, hipocromía, Amilasa: 45 UA/dl Orina: normal. Radiografía simple de Abdomen de pie: Distensión moderada de asas del colon transverso.

Se le brinda antiespasmódicos y meperidina luego de los exámenes auxiliares.

Después de tres horas de su ingreso se le realiza una endoscopia diagnosticando cáncer avanzado Borrmann II. Cuatro días después la biopsia informa adenocarcinoma infiltrante tipo intestinal medianamente diferenciado.

El paciente ingreso a sala de operaciones con los diagnósticos presuntivos de peritonitis por apendicitis complicada. Se realiza un reporte operatorio manifestando: cavidad abdominal con 1500 ml de secreción purulenta y presencia de coprolitos libres. Perforación de apéndice cecal en su base de implantación. Se procede a realizar un lavado abdominal .Estómago: lesión de 5 x 3 cm localizado en el cuerpo gástrico cara anterior que infiltra la serosa. Diversos nódulos en epiplón de diferente tamaño el mayor de 0.8 mm y se toma biopsia. En el íleon, yeyuno se encontraron nódulos pequeños. Nódulos ganglionares de diversos tamaños en intestino delgado, se procedió a tomar biopsia.

Hígado, bazo y páncreas normales. Las muestras tomadas en la cirugía señala: tejido adiposo infiltrado por adenocarcinoma tubular medianamente diferenciado compatible histológicamente con cáncer primario gástrico. El diagnóstico post-operatorio fue peritonitis por apendicitis perforada y carcinomatosis.

Se da de tratamiento clindamicina 600mg c/6h vía endovenosa y amikacina 500mg c/12h Endovenoso. En el día cuatro postoperatorio inicia vía oral con evolución favorable y en el día siete se le brinda el alta con indicación con control por consultorio externo.

Discusión

Los cuadros severos de dolor epigástrico no se ven con frecuencia comparándolo con un abdomen quirúrgico, al menos que se trate de úlceras penetradas o perforadas, que tengan como clínica hematemesis o melena, hasta un posible cuadro de pancreatitis aguda.

Sin embargo la presentación de cáncer gástrico y apendicitis aguda con signos y síntomas propios de manera intensa no es común y amerita un buen discernimiento de las evidencias clínicas para elegir exámenes adecuados, priorizar y tomar actitudes de manera eficaz y oportuna para los diagnósticos correctos y establecer el pronóstico respectivo. (10)

La fisonomía clínica atípica de la apendicitis aguda podría explicarse en el presente caso por la deficiencia inmunitaria ocasionada por el cáncer gástrico de mayor tiempo de evolución, que en otras circunstancias podría haberse esperado encontrar un plastrón apendicular. (10)

Patologías como éstas, que ocurren de manera súbita, deben siempre tenerlos presente cirujanos generales, cirujanos oncológicos, para tenerlo como diagnóstico presuntivo para poder tomar decisiones tanto intra, pre y post operatorias. Así como en nuestro paciente al que se le realizó una endoscopia previa, la exploración intraoperatoria exhaustiva de toda la cavidad abdominal y el estómago en su pared externa con la intención de precisar la extensión de la enfermedad y preparar hipotéticamente al paciente para un segundo acto operatorio si fuera necesario.

III.3 ROTACIÓN DE GINECO OBSTETRICIA:

El quinto caso informa a una paciente gestante 36 semanas 4 días de 35 años natural y procedente de Lima acude a emergencia del Instituto Materno Perinatal por contracciones uterinas esporádicas, niega sangrado vaginal. Niega pérdida de

líquido amniótico, percibe movimientos fetales frecuentes, no manifiesta otras molestias.

Al examen físico: No presenta alteraciones.

PA: 100/60 mmHg, T°: 36,5° C, Fc: 80/min, Fr: 18/min.

Examen obstétrico: AU: 34 LCF: 150 DU: 2 SPL: LCI

Tacto vaginal: Dilatación: 3 cm, incorporación: 90 %, altura de presentación -3/-2, variedad de presentación: No se presencia. No hay presencia de membranas rotas, pro cúbito, prolapso, ni sangrado vaginal. Presencia de pelvis ginecoide

Diagnósticos: cuarta gestación de 36 semanas 4 días por FUR, trabajo de parto pre término, cesareada anterior 2 veces, edad materna avanzada .

Se le brinda como tratamiento CNa 0.9 % 1000 cc vía, cefazolina 2gr Ev pre sala de operaciones, control obstétrico, control de funciones vitales, preparar para cesárea.

Paciente post cesárea, con indicación de ningún alimento por vía oral, NaCl 0.9% 1000cc + oxitocina 30 UI pasar 30 gotas por minuto, metamizol 1,5 gramos Ev cada 8 horas, masaje uterino externo, control de funciones vitales y control de sangrado, se solicita hemoglobina control en servicio. Pasa al servicio A, con una presión de 160/ 110 mmHg, paciente refiere cefalea leve a nivel frontal, tinnitus, escotomas. Funciones biológicas están conservadas.

En antecedentes personales puérpera niega consumo de alcohol, tabaco, drogas, transfusiones, presenta un grupo sanguíneo 0 y factor Rh +

Menarquía a los 13 años, con un régimen catamenial 3/ 30, inicio de relaciones sexuales a los 20 años, 5 parejas sexuales, método anticonceptivo preservativo. G 4 P 3003, fecha de ultimo parto hace 3 años, mayor ponderado fetal de 2900

Antecedentes médicos refiere VDRL positivo en el año 2018(hija – madre), y cesárea en el año 2016 con diagnóstico de preeclampsia sin criterios de severidad. En antecedentes familiares indica que padre es hipertenso controlado.

Examen general: Paciente en adecuado estado general, adecuado estado de nutrición, adecuado estado de hidratación. Afebril.

PA: 160/110 mmHg, T°: 36.5° C, FC: 100/min, FR: 20/min.

Al examen físico: Piel: Tibia, hidratada y elástica con llenado capilar menor a 2 segundos, y presencia de edemas +++ / +++ en miembros inferiores. Respiratorio: Murmullo vesicular normal. Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad, no soplos. Abdomen: simétrico, RHA presentes, blando, depresible, no doloroso. Aparato urinario: sin alteraciones. Sistema nervioso central: despierta, con cefalea y tinnitus, escotomas, no signos de irritación cortical

Examen ginecológico: Genitales externos: loquios hemáticos escasos, sin mal olor. Útero contraído a nivel de cicatriz umbilical, en anexos no se palpan masas

Diagnósticos planteados: Puérpera de cesárea 14 horas por cesárea anterior, y preeclampsia, por lo cual se plantea analgésicos, antihipertensivos, y se solicita un set de preeclampsia que consiste en perfil hepático, perfil de coagulación, urea, creatinina, plaquetas. Se le brinda tratamiento con alfametildopa 1 gramo Ev cada 12 horas, nifedipino 10 mg sublingual PRN >160/110 mmHg, metamizol 1gr cada 8 horas Ev, control de funciones vitales, observación de signos de alarma y control de presión arterial estricta

Resultados de laboratorio: Urea: 41, creatinina: 0,78 TGO: 33 UL TGP: 20, Bilirrubina total: 0,46 Bilirrubina directa: 0,16 Bilirrubina indirecta: 0,30 hemoglobina: 11,7 plaquetas: 154 000 Proteinuria de 24 horas: aspecto de la muestra ligeramente turbio, con un volumen total de 24 horas es de 3500ml, y un resultado de 58 mg/ 24 horas

Se evalúa a paciente con resultados, quien refiere leve dolor en zona operatoria, niega tinnitus, epigastralgia, niega cefalea y escotomas. Con diuresis y deposiciones conservado.

Paciente en segundo día post operatoria se encuentra hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, afebril, con disminución de edemas en

miembros inferiores y en tratamiento antihipertensivo con alfa metildopa y nifedipino condicional .Cuenta con resultados de set de preeclampsia en valores normales.

Diagnóstico planteado como post operada día 2 de cesárea por cesárea anterior 2 veces y Trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia con criterios de severidad .Se plantea alta con indicaciones: Dieta completa más líquidos a voluntad, alfametildopa 50 mg cada 12 horas por 7 días, cuidados de la herida operatoria y masaje uterino externo.

Discusión

La preeclampsia en el Perú es un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte en las gestantes caracterizado por ser una enfermedad progresiva e irreversible que afecta múltiples órganos. (11)

En el Perú, la prevalencia de preeclampsia fluctúa entre un 10 % y un 15% en gestantes. Se constituye como la segunda causa de muerte materna representando el 17 a 21 % de defunción. (12) La paciente en este caso, tiene factores de riesgo para preeclampsia, entre ellas mujer añosa, multigesta y un factor de alto riesgo preeclampsia en embarazo anterior. En un metanálisis de 2015 se encontró que el 16% de mujeres que habían presentado preeclampsia en un embarazo anterior podrían tener preeclampsia recurrente y el 20 % sufrió hipertensión arterial en un embarazo posterior.(11) Nuestra paciente presenta presiones elevadas post parto, controlándose con alfametildopa endovenoso cada 12 horas y nifedipino condicional si PA > 160/110 mmHg, ya que se ha evidenciado que en recurrencia de esta enfermedad hay mayor riesgo de desarrollar un accidente cerebro vascular y por lo general dentro de las 48 horas post parto.(11) James P y Nelson-Piercy, sugieren no dar metildopa en el posparto porque hay riesgo de depresión en la madre y recomiendan usar antihipertensivos que suelen utilizarse durante la gestación.(13) Con respecto al manejo del dolor en pacientes con preeclampsia los Aines pueden exacerbar la hipertensión, pero son preferibles sobre los analgésicos opioides, en este caso se le controló el dolor con metamizol.(11) La guía clínica de Barcelona, propone iniciar tratamiento antihipertensivo por vía oral 24 a 48 horas pos parto, en caso que la paciente este hemodinámicamente estable. Se debe emplear dosis igual o

superior a las usadas por vía endovenosa. (13) La presión arterial debe ser monitoreada las primeras 72 horas post parto con el fin de evitar la hipotensión, y si está en un rango aceptable es recomendable detener el antihipertensivo después de un seguimiento de 7 a días 10 días. En nuestra paciente al alta se indicó metildopa cada 12 horas vía oral por 7 días y control de la presión arterial.

La preeclampsia tiene profilaxis con Ácido acetilsalicílico, que debería ser implementada en el primer nivel de salud con mayor rigurosidad. Los controles prenatales son el pilar de una buena gestación, sin embargo en nuestro país antes de la pandemia muchas gestantes no se controlaban y durante la pandemia por el Sars Cov2 probablemente la cifra haya aumentado. Se debería reforzar el primer nivel de atención, para evitar sucesos que puedan poner en riesgo la vida de la paciente y del feto. Un Primer nivel no solo con personal de salud capacitado, sino con buen equipamiento, medicinas, infraestructura, que brinde una buena prevención y promoción en patologías como la preeclampsia, que sigue siendo un problema de salud pública y la principal causa de muerte en gestantes.

Respecto al caso número seis es una Gestante de 31 años con tiempo de enfermedad de 4 días refiere dolor a nivel de fosa iliaca derecha de moderada intensidad asociado a sangrado vaginal escaso.

Examen general: Paciente en regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado de nutrición, ventilando espontáneamente, afebril.

PA: 100/60 mmHg, T°: 36.5° C, Fc: 68/min, Fr: 16/min.

Examen físico

Respiratorio: Murmullo vesicular normal. No ruidos agregados. Cardiovascular: RC rítmicos, de buena intensidad no soplos. Abdomen: simétrico, RHA presentes, blando, depresible, no doloroso. Aparato urinario: sin alteraciones.

Examen ginecológico: Genitales externos y Bus: DAES. Vagina amplia con cérvix cerrado, largo y posterior. Útero +/- 7 cm. Anexos: masa derecha 3 x 4 cm. En la especuloscopia se evidencia sangrado oscuro escaso por cérvix, orificio cervical cerrado. Al Tacto vaginal: cérvix cerrado, largo, posterior se evidencia

sangrado escaso en dedo de guante. Presenta compatibilidad feto- pélvico y pelvis ginecoide.

Trae B-HCG: positivo y ecografía TV con signos ecográficos sugestivos de folículo hemorrágico roto de ovario

Diagnóstico: Hemorragia primera mitad del embarazo a descartar embarazo ectópico, cesareada anterior dos veces. Se le brinda CINA 0.9% 1000cc, 500 cc a chorro luego 30 gotas por minuto, control de funciones vitales + control de sangrado vaginal, pasa a observación y reevaluación con resultados.

Se le indica hidratación, monitoreo materno, ecografía Tv, laboratorio, BHCG cuantitativa. Se evalúa a paciente con ecografía: tumoración anexial derecha de 21x 19 mm. Útero: RVF, .Hb: 10.8 leucocitos: 6,800 Abastados: 0% Plaquetas: 244, 000 Serológico negativo B-HCG: 153

Paciente niega molestias al examen, se encuentra tranquila, se comunica. Al examen PA: 106/54 Fc: 60 x Fr: 18 x T: 36,7 °C. Al examen físico: Piel: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menor a dos segundos Abdomen: Blando, depresible, no peritoneal Genitales externos: escaso sangrado vaginal.

Se da los siguientes Diagnósticos: Descartar embarazo ectópico, no complicado, cesárea anterior dos veces, dando como tratamiento dieta blanda más líquidos a voluntad, NaCl 0.9 % 1000 cc 45 gotas por minuto, control de funciones vitales y control de sangrado vaginal. Plan de trabajo con un manejo expectante, monitoreo materno, b HCG seriado cada 48 horas, ecografía transvaginal control y se hospitaliza en servicio de ginecología.

Paciente es ingresada al servicio de ginecología con persistencia de dolor abdominal y disminución de sangrado vaginal. Funciones biológicas adecuadas.

Antecedentes personales

Generales: Niega consumo de alcohol, tabaco, drogas, transfusiones, presenta un grupo sanguíneo 0 y factor Rh +

Fisiológicos: Menarquía a los 13 años, con un régimen catamenial 6/ 30, inicio de relaciones sexuales a los 27 años, 1 pareja sexual, método anticonceptivo Oclusión tubarica bilateral en el 2019 Papanicolaou en el 2020: normal. G 3 P 2002, fecha de ultimo parto: hace dos años, mayor ponderado fetal: 2900.

Quirúrgicos: cesárea + oclusión bilateral de trompas 2019 en hospital villa el salvador. Antecedentes familiares: niega.

Paciente con funciones vitales estables, al examen ginecológico se encuentran mamas aumentadas de tamaño, turgentes genitales externos: sangrado vaginal escaso. Útero en anteroversoflexión +/- 8 cm, cérvix cerrado y posterior. Anexos no se palpan masas, presencia de leve dolor en fosa iliaca derecha.

Diagnóstico: Hemorragia uterina anormal: Descartar embarazo ectópico, probable cuerpo lúteo hemorrágico, anemia leve, por lo que se plantea control de BHCG y ecografía tv. Se le deja de indicación dieta blanda más líquidos a voluntad, vía salinizada, control de funciones vitales y sangrado vaginal, metamizol 1 gr Ev condicional a dolor.

Se realiza Ecografía evidenciándose Cuerpo lúteo de 16x 9x 13 mm en ovario derecho. Masa heterogénea, no capta flujo para ovárica derecha de 37,7 x 17 x 33 mm. Fondo de saco de Douglas con presencia de líquido a un volumen +/- 15 cc. Imágenes ecográficas compatibles con embarazo ectópico tubarico derecho por cuadro clínico con BHCG positivo y resultado de BHCG: 43,6.

Se evalúa al paciente con resultados, quien no refiere molestias al decúbito, leve dolor en fosa iliaca derecha en bipedestación, ha descansado tranquila, deposiciones adecuadas, diuresis adecuada. Paciente hemodinámicamente estable, ventilando espontáneamente, afebril, con disminución de dolor en fosa iliaca derecha y ausencia de sangrado vaginal. Cuenta con BHCG: 43,6 disminuido y una ecografía transvaginal compatible con embarazo ectópico.

Se decide dar de alta al paciente, luego de un manejo expectante, con indicación de evitar esfuerzo físico, y control en 7 días con subunidad BHCG cuantitativa.

Discusión

El embarazo ectópico, sigue siendo una de las principales causas de muerte materna en el primer trimestre. Nuestra paciente tiene antecedente de un oclusión tubarica bilateral en el 2019, y el riesgo en estas pacientes de presentar embarazo ectópico es de cinco a 19 veces más que en una gestante sin este procedimiento.(14) Se decide manejar la patología de una manera expectante porque la paciente se encuentra hemodinámicamente estable, con disminución de dolor en fosa iliaca derecha, sin sangrado vaginal.(14) A nivel ecográfico no evidencia saco gestacional extrauterino, las concentraciones de BHCG están 43,6 con tendencia a disminuir, y paciente está dispuesta a presentarse a su cita en una semana con controles nuevos de concentración sérica de gonadotropina corionica beta humana y cuenta con acceso a servicios médicos de emergencia. Esta paciente al llegar al hospital tuvo un manejo adecuado, se le realizaron exámenes complementarios para llegar al diagnóstico y darle un tratamiento acorde a la patología presentada.

La paciente refiere que al realizarse la oclusión tubarica bilateral hace dos años, no se le explico que podría presentar embarazo ectópico, y haciendo hincapié a ese tema, algunas pacientes indican que, al realizarles procedimientos, no les advierten que consecuencias podrían tener a corto o largo plazo. El personal de salud tendría que mejorar en dar información al paciente, algo fundamental en la relación médico- paciente es la buena comunicación, y que el paciente tenga conocimiento de los efectos que podría presentar después de un procedimiento, brindándole medidas preventivas adecuadas. (15)

III.4 ROTACIÓN DE PEDIATRÍA:

El caso número siete se trata de una paciente mujer de 10 años de edad natural y procedente de Lima, con antecedente de Diabetes mellitus tipo I, 5 días antes del ingreso la madre refiere que no logra colocar insulina degludec, debido a que no encuentra. El día del ingreso la paciente presenta dolor abdominal a predominio de mesogastrio de regular intensidad intermitente asociado a malestar general,

dolor de cabeza de regular intensidad a nivel frontal de tipo opresivo y de vómitos alimentarios (último episodio 5 minutos antes del ingreso a emergencia del INSN), motivo por el cual la trae al Instituto Nacional de Salud del Niño, donde es evaluada, se toman exámenes auxiliares y se decide su hospitalización.

Funciones biológicas: Apetito: disminuido, sed: aumentada, orina: sin alteraciones deposiciones sin alteraciones y sueño aumentado.

Medicación recibida: Degludec 18U subcutáneo cada 24 horas (última dosis: hace 12 días).

Glulisina 4U subcutáneo en la mañana, 3U subcutáneo en la tarde, 3U en la noche.

Antecedentes fisiológicos:

Madre con G 2 P 2002, Segunda hija, de parto distócico, por cesárea anterior, controles prenatales completos, sin ninguna complicación durante el embarazo. Nació con 8 de apgar, y paso alojamiento conjunto.

Peso al nacer de 3800 gramos, inmunizaciones completas, y un adecuado desarrollo psicomotor. Enfermedades: diabetes mellitus tipo 1 diagnosticado a los 6 años en hospital Nacional Hipólito Unanue.

Hospitalizaciones: coma diabético (glucosa1200) a los 6 años en Hospital Nacional Hipólito Unanue. No presenta reacciones medicamentosas, niega intervenciones quirúrgicas, no transfusiones. Niega contacto Covid- 19 y Tuberculosis.

Examen general: PA: 110/60 mmHg Fc: 148 x' Fr: 32 x' T°: 37 °C SatO2: 97%
Peso: 29,5 Kg .Paciente en regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, ventilando espontáneamente, afebril.

Al examen físico:

Piel: tibia, elástica, poco hidratada, signo del pliegue (-), llenado capilar menor segundos. Mucosa oral seca. Aparato respiratorio: Tórax simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Cuello: cilíndrico, móvil. Aparato cardiovascular: adecuado.

Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no masas, no dolor a la palpación. Neurológico: Orientado en tiempo, lugar, espacio y persona. Escala de Glasgow: 15/15. No signos de focalización.

Laboratorio: AGA: PH: 7,180 HCO₃: 7,3 mmol/L BE: -21,1 Pco₂:20,2 mmHg Po₂: 110 mmHg Hemoglobina: 12,1 leucocitos: 20600 Abastionados: 0% plaquetas: 286000, tiempo de protombina: 13,7 seg, INR: 1,1, TTpa: 26,5. Grupo sanguíneo y factor: O +, Proteína C reactiva: 0,14, glucosa: 432 urea: 28, creatinina: 0,76 sodio: 137, potasio: 5,3, cloro: 106, fosforo, magnesio, calcio, examen de orina: leucocitos: 4-6 x campo, no presencia de nitritos, cetonas +.

Impresión diagnóstica: Cetoacidosis diabética severa, Deshidratación moderada- severa, y Diabetes mellitus por historia clínica.

Plan de trabajo: hemoglobina glicosilada, Tgp, Tgo, Tsh, T4L, se solicita Interconsulta al servicio de endocrinología.

Tratamiento peso: 30 Kg, superficie corporal: 1 H₂O: 3000 cc/ m²

Líquidos claros a tolerancia, NaCl 0.9 % 1000 cc > VT 3000 cc 125 cc por hora, Insulina cristalina 50 UI+ NaCl 0,9 % 50 cc > 3cc/hora (0,1 UI/kg/h), control de glucosa por Hemoglucotest cada dos horas, control de funciones vitales más observación de signos de alarma y balance hidroelectrolítico. Paciente recibe bolo de NaCl 0,9% en una hora, inicia infusión de insulina cursa con 38, 4 °c de temperatura cede con antipiréticos, se reinicia infusión de insulina, y hay tolerancia a la vía oral. Se suspende infusión de insulina y se comienza insulina de larga duración más escala móvil.

Paciente es hospitalizada en el servicio D del Instituto Nacional del Niño, enfermera no reporta interurrencias, afebril, tolera vía oral. Diuresis positiva, niega deposiciones. Balance hidroelectrolítico de 24 horas es de +935 cc.

Al examen físico: Piel: tibia, elástica e hidratada, llenado capilar menos de dos segundos, mucosa oral húmeda. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Abdomen: Blando, depresible, RHA +, no doloroso. Sistema nervioso central: despierta, activa, reactiva, no focaliza.

Paciente hemodinámicamente estable, no signos de hipoperfusión, afebril. Tolera vía oral, no náuseas, no vómitos, recibe insulina de larga acción según escala móvil. Pasa con un hemoglucotest de emergencia de 180 mg/ dL.

Plan: evaluación por endocrinología, continuar insulinoterapia, vigilar tolerancia oral, vigilar signos de deshidratación +BHE, Hemoglucotest cada 8 horas, Hb glicosilada. Se le brinda dieta hipoglúcida para diabéticos, 1800 kcal día, insulina degludec 16 UI subcutáneo cada 24 horas por las mañanas, insulina Lispro según escala móvil, 30 minutos antes del desayuno, almuerzo y comida. Si glucosa es menor a 100 no aplicar, si es de 100 a 200 se coloca 2UI subcutáneo, de 201 a 300 se pone 3 UI subcutáneo y si es mayor o igual a 300 4UI subcutáneo.

Endocrinología responde interconsulta: paciente conocida por el servicio con Diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 1 y cetoacidosis diabética resuelta.

HGT 180-273- 339- 144 (desayuno). No reportan intercorrelaciones. Tolera dieta adecuadamente sugiere Insulina Degludec 18 UI subcutánea por día, insulina Lispro según escala 81 a 150: 3 UI subcutáneo, 151 a 250: 4UI subcutáneo y si es mayor a 250 se coloca 5UI subcutánea antes del desayuno, almuerzo y comida. Si glucosa es menor a 80 no colocar. Continuar dieta para diabético, control hemoglucotest cada 8 horas, control por consultorio externo de endocrinología y alta con indicaciones.

Discusión

La cetoacidosis diabética es una de las más serias complicaciones metabólicas agudas de la diabetes mellitus. La morbilidad a nivel mundial es de 0.5 a 3 %.(16) La población más afectada es la pubertad por la secreción de la hormona de crecimiento que antagoniza a la insulina. Nuestra paciente es una niña de 10 años de edad, dentro de la población de riesgo. Presenta un factor de riesgo importante para el desarrollo de la enfermedad, la no administración de insulina. Lowell y Bottazzo en un estudio encontraron como causa principal de cetoacidosis diabética en niños, la omisión de la dosis de insulina. (16) Se le cataloga como una cetoacidosis diabética severa porque presento glucosa 432, acidosis metabólica, cetonas en orina y deshidratación moderada- severa, según el consenso de la Sociedad Internacional de Diabetes Pediátrica y Adolescente

2018.(16) Se le brinda hidratación con cloruro de sodio e insulina intravenosa por infusión, para reducir las concentraciones séricas de glucosa y mejorar la cetosis, la infusión se da 0,1 unidades/kg/hora, hubieron estudios donde brindaban menor tasa de infusión de insulina al 0,05 unidades/kg/hora y no se encontraron diferencias en la disminución de la glucosa, pero se necesitan aún más ensayos. (16) Luego paciente tolera vía oral, glucosa en 180 mg/dL y pH >7, 3, se encuentra hemodinámicamente estable, no signos de deshidratación, se retira infusión, y se empieza la escala móvil vía subcutánea. Paciente evoluciona favorablemente, es evaluada por el servicio de endocrinología y es dada de alta.

El último caso presentado es un paciente varón de 12 años de edad natural de Venezuela y procedente de Lima sin antecedentes de importancia, 9 días antes del ingreso paciente refiere fiebre, malestar general, que calmaba con paracetamol 1 gramo vía oral. Presentaba fiebre todos los días y malestar general incrementaba. 3 días antes del ingreso se agregan lesiones maculares en miembros superiores, miembros inferiores y abdomen. El mismo día del ingreso por la mañana el paciente es llevado a diferentes establecimientos de salud, quienes indican que sea llevado al Instituto Nacional de Salud del Niño. Por la tarde el paciente llega a emergencia del INSN traído por vecina, migrante indocumentado en situación de abandono donde se decide su hospitalización. Se percata inyección conjuntival bilateral. Paciente niega tos, cefalea, vómitos y diarreas.

En emergencia fue catalogado como probable MISC asociado a Covid , se inició ceftriaxona pero evoluciona con disminución de la presión arterial por lo que recibe bolo de cloruro de sodio 0.9% pero no hay mejoría, y se inicia dopamina 10 mg/kg/ minutos y luego se rota a cloruro de sodio 0,06 mg/kg/minuto con exámenes de laboratorio de ingreso leucocitos : 10260 , Abastionados: 13%, segmentados 73%, Dímero D 7,92, DHL: 540, CKmB :16 PCR: 7,56 BD : 1,15 TGP: 58 TGP:59, Fibrinógeno: 783, ferritina: 391.

Cuenta con una tomografía de tórax en vidrio delustrado bilateral difuso y patrón alveolar bilateral en 50 a 60 % con lo que se inicia dexamentasona endovenoso y vancomicina. Se levanta acta final y solicitan informe médico social y psicología. Se le coloca catéter venoso central .Pasa a UCI con presión de 92/52 mmHg y

con dificultad respiratoria con oxígeno con cánula binasal a 5 litros por minuto, frecuencia respiratoria en 34 por minuto y saturación al 100%. En UCI continua con Na 0,12 mcg /kg/minutos, ceftriaxona, vancomicina y enoxaparina .Recibió inmunoglobulina G a 2 gramos por kilos asociado a pulsos de metilprednisolona y aspirina 5g/kg/día, con evolución favorable.

Exámenes de laboratorio: leucocitos: 163000 Abastados: 6% segmentados: 83%, dímero D en disminución: 2,3 DHL en disminución 326, CKmB en disminución 10, CPK en disminución 23, PCR igual en 7,9 Na en 131.

Paciente pasa a servicio Covid con frecuencia respiratoria en 24 por minuto, saturación 98% con oxígeno por canula binasal 2L/minuto con presión arterial 95/65 mmHg Na 0,05 mg/kg/minuto, alerta, estable con murmullo vesicular bibasal disminuido.

Diagnósticos: Misc asociado a Covid y neumonía covid

Se realiza interconsulta con cardiología (respuesta: paciente presenta bradicardia sinusal). Retiran el oxígeno, y paciente evoluciona favorablemente, por lo que deciden ingresarlo al servicio D después de 16 días desde el día del ingreso.

En el servicio D, enfermera no reporta interurrencias, paciente afebril, tolera la vía oral, no dificultad respiratoria, niega dolor torácico y sigue con tratamiento indicado. Si realiza orina y deposiciones.

Al examen físico: Peso: 38,5 kg PA: 110/80 mmHg FC: 86 X´ FR: 20 x´ T°: 36.7 Paciente en adecuado estado general, adecuado estado de nutrición, adecuado estado de hidratación, ventilando espontáneamente, afebril.

Al examen físico:

Piel: tibia, poco elástica, áspera, llenado capilar < 2". Ojos: escaso eritema subconjuntival. Boca: pérdida de la arquitectura dentaria, piezas incompletas. Cuello: se palpan adenopatía submandibular 1x 2 cm, blando no doloroso. Aparato respiratorio: Tórax simétrico, Amplexación conservada, MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados. Aparato cardiovascular: adecuado. Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no masas, no dolor a la palpación, no

signos peritoneales. Neurológico: despierto, reactivo, fuerza y tono muscular conservado, no signos de focalización, no signos meníngeos.

Paciente varón de 12 años con diagnóstico Síndrome de Respuesta inflamatoria Multisistémico, neumonía secundaria a Sars Cov 2 resuelta, bradicardia sinusal, desnutrición aguda.

Dentro del plan retiro de catéter venoso central, interconsulta con asistencia social. Se le brinda dieta completa + fruta (2 porciones) + líquidos a voluntad, ácido acetilsalicílico 100mg vía oral cada 24 horas, control de funciones vitales más observación de signos de alarma.

Al día siguiente paciente evoluciona favorablemente, sin ninguna intercurencia, Asistencia social comunica que paciente puede irse de alta si la persona que lo acompaña al hospital (vecina) se acerca a efectivizar el alta. Se comunica con la persona indicada, y se realiza el alta.

Discusión

Mis-c afecta en mayor porcentaje a los niños menores de 8 años y adolescentes, descendencia latina y afroamericano lo que la diferencia de la Enfermedad de Kawasaki clásica, que afecta sobre todo a menores de 5 años y niños de descendencia asiática. (17) El Mis-c en la mayoría de casos da a niños previamente sanos.(17) Nuestro paciente es un niño de 12 años, latino, sin enfermedad previa, al que se le diagnostica Mis-c y entra a unidad de cuidados intensivos, donde se le brinda manejo con vasodilatadores. También presentaba características de la enfermedad de Kawasaki como inyección conjuntival bilateral, erupción polimorfa, linfadenopatía cervical > 2 cm, por lo que se le indica Inmunoglobulina G 2g/kg, ácido acetilsalicílico en dosis bajas y esto se debe a la evidencia indirecta de pacientes con enfermedad de Kawasaki y glucocorticoides como la metilprednisolona por choque que requirió vasopresores, y marcadores inflamatorios crecientes aun con Inmunoglobulina G. Se le brindo terapia antibiótica de amplio espectro como ceftriaxona, vancomicina a la espera de resultados de cultivo ya que el Mis-c puede presentar sintomatología parecida a la de un shock séptico. Se retiraron los antibióticos una vez que el niño se estabilizo. La terapia antiviral en estos casos es incierta ya que muchos niños están

negativos en el PCR Sars covid 2, ya que podría ser una complicación post infecciosa en vez de una infección activa. (17) Los pacientes con MIS-C corren el riesgo de presentar complicaciones protromboticas por la hipercoagulabilidad del Sars Cov2, por ello a nuestro paciente se le coloco enoxaparina. Todo este enfoque esta guiado por las directrices publicadas del American College of Rheumatology, la Academia Americana de Pediatría y el síndrome multisistémico inflamatorio pediátrico. (17)

CAPITULO IV: REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

- Me ha sido de mucho aporte en mi vida profesional la experiencia realizada en mi internado, en el cual acumule muchos conocimientos en la práctica sobre los tratamientos y cirugías en las diferentes especialidades en medicina.
- Existe muchas carencias de logística en los hospitales que realice mi internado profesional, como falta de esparadrapos y materiales quirúrgicos.
- Los Hospitales que realice mi internado se necesita más personal profesional en medicina, por la demanda en pacientes que a diario necesitan atención ambulatoria y hospitalaria.
- El Estado necesita brindar más apoyo a los Hospitales que realice mis prácticas con respecto en las cirugías y recuperación del paciente, asimismo carencia de medicamentos necesarios para cada tratamiento.
- Gran apego con mis compañeros de trabajo en el tiempo que realice mi internado en los diferentes hospitales, gran calidad de personas profesionales en salud pública.

CONCLUSIONES

1. Gran experiencia profesional en el campo de la medicina que recabe en mi internado y grandes amigos de trabajo que desempeñe mis funciones de médico.
2. Poco apoyo del Estado en los Hospitales de MINSA, carencia de material logístico y de medicinas, asimismo más aun en tiempos de Pandemia.
3. Falta de Personal en Salud por las saturaciones de pacientes en los Hospitales del Estado y más aún en tiempos de Pandemia.
4. Poco control de los pacientes en el primer nivel de atención sobretodo en gestantes.
5. Falta de seguridad ciudadana en los alrededores de los Hospitales que realice mi internado.

RECOMENDACIONES

Recomendar al Estado que pongan mayor apoyo a los Hospitales en la Logística y dar mayor presupuesto a fin de que contraten más personal en salud por la demanda de pacientes adicionalmente por los pacientes contagiados por el Sars Cov 2.

Que se extienda el internado a mayor plazo a fin de que el interno logre alcanzar mayores conocimientos en sus prácticas profesionales y así ejercer bien su profesión.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1 Terzah Horton. Overview of the treatment of acute lymphoblastic leukemia/lymphoma in children and adolescents. USA: UpToDate [actualizado en : marzo 2019, revisado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-acute-lymphoblastic-leukemia-lymphoma-in-children-and-adolescents?search=Overview%20of%20the%20treatment%20of%20acute%20lymphoblastic%20leukemia/lymphoma%20in%20children%20and%20adolescents%20%20UpToDate.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- 2 Richard Larson. Induction therapy for Philadelphia chromosome negative acute lymphoblastic leukemia in adults. USA: UpToDate [actualizado en: marzo 2021, revisado abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/induction-therapy-for-philadelphia-chromosome-negative-acute-lymphoblastic-leukemia-in-adults?search=nduction%20therapy%20for%20Philadelphia%20chromosome%20negative%20acute%20lymphoblastic%20leukemia%20in%20adults%20%20UpToDate.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- 3 Dellinger R. Leucemia linfoblástica aguda en adolescentes y adultos jóvenes. Med Clin Monogr (Barcelona) 2013; 41(2):329.

- 4 Rogerio Lilenbaum. Overview of the initial treatment of advanced non-small cell lung cancer. USA: UpToDate. [actualizado en: abril 2021, revisado: abril 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-initial-treatment-of-advanced-non-small-cell-lung-cancer?search=4 Overview%20of%20the%20initial%20treatment%20of%20advanced%20non-small%20cell%20lung%20cancer%20%20UpToDate&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-initial-treatment-of-advanced-non-small-cell-lung-cancer?search=4%20Overview%20of%20the%20initial%20treatment%20of%20advanced%20non-small%20cell%20lung%20cancer%20%20UpToDate&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1).
- 5 Expósito F. Cáncer de pulmón no microcítico. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. Abril de 2017; 12(31):1811-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2017.04.001>
- 6 ATS - American Thoracic Society [Internet]. prevención del cáncer de pulmón. Disponible en: <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/lung-cancer-prevention.pdf>.
- 7 Gretchen Kimmick. Overview of the approach to early breast cancer in older women. USA: UpToDate. [actualizado en : marzo 2021, revisado: abril 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-approach-to-early-breast-cancer-in-older-women?search=7 Overview%20of%20the%20approach%20to%20early%20breast%20cancer%20in%20older%20women%20%20UpToDate%27&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-approach-to-early-breast-cancer-in-older-women?search=7%20Overview%20of%20the%20approach%20to%20early%20breast%20cancer%20in%20older%20women%20%20UpToDate%27&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1).

- 8** Alphonse Taghian. Overview of the treatment of newly diagnosed, invasive, non-metastatic breast cancer. USA: UpToDate. [actualizado en : marzo 2021, revisado: abril 2021]. Disponible: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-newly-diagnosed-invasive-non-metastatic-breastcancer?search=Overview%20of%20the%20treatment%20of%20newly%20diagnosed,%20invasive,%20nonmetastatic%20breast%20cancer%20%20UpToDate&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- 9** Plan nacional para la prevención y control de cáncer de mama en el Perú 2017 - 2021, RM. 442 - 2017/MINSA n ° 442 - 2017, 7 de junio de 2017 (Perú).
- 10** Deriugina M.S, Gratzianov D.A, Shipilevov P.K, Silov N.E. Complex Vascular tumor of the stomach simulating acute appendicitis. Vestm Khir Im Il Grek 2015 May: 142 (5): 127-8.
- 11** Phyllis August Treatment of hypertension in pregnant and postpartum women. USA: UpToDate. [actualizado en: abril 2021, revisado: abril 2021]. Disponible: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-hypertensioninpregnantandpostpartumwomen?search=Preeclpsia:Treatment%20of%20hypertension%20in%20pregnant%20and%20postpartum%20women%20%20UpToDate&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=4.
- 12** Nelson Piercy C. Management of hypertension before, during, and after pregnancy. Heart [Internet]. [citado 26 Sep 2011]; 90:1499-1504 .
- 13** Gómez O, Figueras F, Bellart J, Plaza A. Guía clínica hipertensión inducida por la gestación: hipertensión gestacional y preeclampsia. Servicio de Medicina Materno Fetal Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología (ICGON), Hospital Clínico de Barcelona. 2008. p.83-95.

- 14** Togas Tulandi. Ectopic pregnancy: Choosing a treatment. USA: UpToDate. [actualizado en: marzo 2020, revisado: abril 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-choosing-a-treatment?search=Ectopic%20pregnancy:%20Choosing%20a%20treatment%20%20UpToDate&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- 15** Pulido Daza N. El derecho a la información: una aproximación al estado de la información desde el derecho y los archivos. *Equidad y Desarrollo* [Internet]. 24 de enero de 2013;(19):161. Disponible en: <https://doi.org/10.19052/ed.2313>.
- 16** Nicole Glaser. Diabetic ketoacidosis in children: Treatment and complications. USA: UpToDate [actualizado en : marzo 2019, revisado: abril 2021]. Disponible: https://www.uptodate.com/contents/diabeticketoacidosisinchildrentreatmentandcomplications?search=Diabetic%20ketoacidosis%20in%20children:%20Treatment%20and%20complications%20%20UpToDate&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- 17** Mary Beth, Kevin Friedman. COVID-19: Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) clinical features, evaluation, and diagnosis. USA: UpToDate [actualizado en : abril 2021, revisado: abril 2021]. Disponible: [https://www.uptodate.com/contents/covid-19-multisystem-inflammatorysyndromeinchildrenmiscclinicalfeaturesevaluationanddiagnosis?search=Multisystem%20inflammatory%20syndrome%20in%20children%20\(MISC\)%20management%20and%20outcome%20%20UpToDate&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/covid-19-multisystem-inflammatorysyndromeinchildrenmiscclinicalfeaturesevaluationanddiagnosis?search=Multisystem%20inflammatory%20syndrome%20in%20children%20(MISC)%20management%20and%20outcome%20%20UpToDate&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1).

18 Resolución Viceministerial N° 081-2020-MINEDU. Disponible en:<https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/459958-081-2020-minedu>.

19 Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>.