



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2020-2021

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR
FRANCESCO DONATO DE STEFANO LACERNA

ASESOR

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

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

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

FRANCESCO DONATO DE STEFANO LACERNA

ASESORA

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: M.E José Antonio Galarreta Zegarra

Miembro: Dr. Luis Taxa Rojas

Miembro: Dra. Catherine Gutarra Chuquin

DEDICATORIA

A mi padre, Eduardo Antonio De Stefano Gifford, quien incondicionalmente me ha apoyado todos estos años, quien me ha hecho ser la persona quien soy ahora, por darme el regalo más maravilloso, creer en mí. Quien ahora lucha con una enfermedad terminal en el hospital almenara; ya recorriste tanto luchador, ahora está en mis manos poder decir: lo logramos papa. Jamás podre dejar de estar tan agradecido por todo lo que dejaste de hacer o disfrutar por esperarme en casa con un plato de comida, desde que tengo uso de conciencia siempre estuviste enfermo, pero eso no te quito jamás la fuerza para enseñarme que es lo correcto.

Cada persona con la que te cruzaste tiene un excelente concepto y recuerdo tuyo , porque jamás te negaste a tenderle la mano a nadie , estoy tan orgulloso papa , esta etapa hospitalaria y el internado me impidieron disfrutarte como te merecías , es algo con lo que aprenderé a vivir , eres un guerrero de tantas batallas querido padre, desde interferón hasta quimio embolizaciones , quizá mi obstinación por tenerte siempre me llevaron a sobre exigir los límites , pero siempre creíste en mi ciegamente y aunque fuiste criado en la escuela fría , la escuela antigua como solías decirme , nunca me faltó absolutamente nada , somos dos caminantes en este basto mundo, siempre los dos , únicamente los dos , padre e hijo , me siento tan afortunado de tu crianza y valores.

Me invade la emoción al recordar aquellos tiempos dorados donde recorríamos en moto distintas partes, aquellas largas charlas de discusiones y filosofía grecorromana, los debates filosóficos y tu amplio conocimiento, esa pasión por la lectura que me transmitiste.

Este trabajo no es más que un último esfuerzo padre querido, físicamente estas en un ambiente hospitalario y mentalmente desorientado, pero no tengo la más mínima duda que espiritualmente y con el corazón estas aquí conmigo, deseando que termine bien esta larga travesía llamada medicina humana.

Francesco Donato De Stefano Lacerna

AGRADECIMIENTO

A Dios:

Por siempre escuchar mis oraciones, por darme vida, salud y sabiduría a lo largo de estos años, gracias, padre celestial

A mi madre:

Que a pesar de todos los problemas que tuvo en vida, siempre supo hacerme sentirme especial y afortunado, nunca olvidare aquellos juegos en el parque de lince, un beso al cielo y gracias por darme la vida, te amo mama.

A mi familia:

Que siempre se ha hecho presente en todas las oportunidades, con quien no solo compartimos vínculos sanguíneos, sino anécdotas de infancia y recuerdos muy hermosos, siempre me han apoyado, me siento feliz y afortunado de tenerlos

A mi pareja:

Por acompañarme siempre, en los momentos buenos y malos, por hacer que estos días grises sean más llevaderos, por no dudar ni un minuto y recorrer 14 horas en bus para mostrarme tu amor y cariño incondicional, gracias, por tanto, me siento dichoso.

A mi Madrina Paola:

Con quien siempre he tenido un vínculo muy cercano y especial, jamás me ha dejado de expresar su amor incondicional, y al día de hoy con 25 años no puedo sentirme más agradecido con ella.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Resumen	vii
Abstract	viii
INTRODUCCION	ix
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
1.1 Rotación de Medicina Interna	3
1.2 Rotación de Cirugía	9
1.3 Rotación de Gineco obstetricia	14
1.4 Rotación de Pediatría	21
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	26
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	28
3.1 Rotación de Cirugía	28
3.2 Rotacion de Medicina Interna	29
3.3 Rotacion de Pediatría	30
3.4 Rotacion de Gineco obstetricia	30
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	32
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
FUENTES DE INFORMACIÓN	36

ANEXOS	40
1. Documento técnico INEN: Tratamiento médico oncologico de la leucemia linfoblástica aguda en adolescentes y adultos.	41
2. Clasificación TNM de tumores del pene.	42
3. Criterios de lupus eritematoso sistémico	43
4. Clasificación de hipertensión arterial según AHA	44
5. Estadificación de sarcoma de kaposi relacionado con SIDA	45
6. Mortalidad de los tumores malignos más frecuentes hombres	46
7. Mortalidad de los tumores malignos más frecuentes mujeres	47

RESUMEN

El internado médico en tiempos de pandemia por COVID-19 significa un verdadero desafío para la medicina peruana actual, tanto para el estudiante como para las sedes hospitalarias y/o postas que reciben a los mismos. La complejidad de este tema se puede abordar desde diferentes perspectivas, como el cumplimiento estricto de las medidas de bioseguridad, la remuneración, el decreto de urgencia N 090-2020, la preocupación del núcleo familiar de un interno de medicina, la cantidad de horas efectivas que se permanece en la sede hospitalaria, la calidad de enseñanza, el apoyo por parte de la casa de estudios, entre otros.

El presente trabajo tiene como principal objetivo conocer el desarrollo y aplicación profesional del internado médico por parte del autor, haciendo énfasis en que se suscitó en 3 diferentes sedes hospitalarias: Instituto nacional de enfermedades neoplásicas, Instituto Nacional Materno Perinatal e Instituto nacional de salud del niño. Es destacable mencionar que cada una de estas sedes tienen la máxima capacidad resolutive para cada una de las especialidades médicas que forman a un profesional competente.

Dentro de este informe se plasman las experiencias más significativas dentro de las rotaciones de cirugía, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría. Además, profundizaremos las destrezas y aptitudes adquiridas durante el internado pre y post pandemia.

Se expondrá a profundidad las sedes donde se realizaron estas prácticas, los casos clínicos más destacables dentro de cada rotación y la nutrición de los mismos para la formación profesional, tanto en el análisis crítico clínico, como en la toma de decisiones

Cabe destacar que la coyuntura actual dificulta muchos aspectos de la enseñanza, debido al fraccionamiento del tiempo y la sobredemanda de pacientes, finalmente se concluye que existe una gigantesca brecha en salud.

ABSTRACT

Medical internships during the COVID-19 pandemic are a true challenge for Peruvian medicine both for the students and for the hospitals and/or rural hospitals where internships take place. The complexity of this issue can be approached from different perspectives such as the strict adherence to biosafety measures, salary, the N 090-2020 emergency executive order, transmission concerns from family members, fewer scheduled hours for interns, quality of education, medical school support, among others.

This report's main objective is getting to know the development and professional application of the author's medical internship, emphasizing that it took place in three different hospitals: The National Institute of Neoplastic Disease (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas), Maternal-Perinatal National Institute (Instituto Nacional Materno Perinatal), and the National Institute of Child Health (Instituto Nacional de Salud del Niño). It is worth mentioning that each one of these facilities provides tertiary and quaternary level of care in all specialties needed to train a well-rounded medical professional.

This report depicts the most meaningful experiences within the surgery, internal medicine, ob-gyn, and pediatric ward rotations. Moreover, we will discuss in depth the skills and competencies obtained during the medical internship before and after the pandemic.

We will describe in detail the campuses where internships took place, the most outstanding clinical cases within each rotation, and their contribution to our professional education both in clinical critical analysis as well as in decision-making.

It is worth pointing out that the current situation makes many aspects of education quite difficult due to time splitting and patient overcrowding. Finally, it is concluded that there is an extremely large health gap, in essence, a gap in the access to health services and in the budget allocated to them, as well as in infrastructure and health services offered.

INTRODUCCIÓN

Iniciaremos este trabajo hablando un poco más de la sede donde se rotó la mayor parte del tiempo, es decir el INEN.

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) es un establecimiento de vanguardia en todo lo que requiere un paciente oncológico, velando por la integralidad de los pacientes, abarcando inclusive planes económicos como el plan esperanza. Es destacable que tiene autonomía económica, normativa, financiera y administrativa. El complejo INEN busca prevenir y controlar el cáncer en todo el territorio nacional ⁽¹⁾.

Tiene como visión: " Perú libre de cáncer avanzado a través del liderazgo en políticas y acciones de excelencia que promuevan el acceso universal y equitativo a la prevención y control del cáncer" (Aprobado con Resolución Jefatural N.º 507-2016J/INEN) ⁽²⁾.

El INEN según la normativa vigente, dentro de su cartera de servicios está catalogado dentro de la categoría III-2, es decir que es un instituto especializado en prestaciones de salud altamente especializadas en prevención, detección diagnóstica, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por enfermedades neoplásicas ⁽³⁾.

El instituto cuenta con prácticamente todas las prestaciones y especialidades para una correcta praxis de la medicina integral, desde un enfoque oncológico. Cuenta con los servicios de : radioterapia , medicina nuclear , emergencia , quimioterapia , medicina interna , medicina oncológica , oncopediatría , unidad de cuidados intensivos con médicos intensivistas , neumología , neurología , cardiología, gastroenterología , infectología , medicina paliativa y tratamiento del dolor , hematología , psiquiatría , endocrinología , nefrología , medicina física y rehabilitación , dermatología , foniatría , unidad de nutrición , patología

, genética , laboratorio , psicología , farmacia , cirugía en cabeza y cuello , cirugía de abdomen , ortopedia , oftalmología , cirugía bucal y maxilofacial , neurocirugía , cirugía en mamas y tejidos blandos, cirugía de tórax , gineco oncología quirúrgica , urología quirúrgica oncológica , cirugía plástica y reconstructiva , anestesiología , enfermería oncológica, preventorio , etc.

El internado medico consiste en el año de prácticas preprofesionales a las cuales se somete el estudiante, es decir el final de los 7 años de estudio. Es aquí donde realmente uno se enfrenta a la realidad, la cual está representada por el paciente y la responsabilidad de tener un conocimiento previo bien sólido para la venia del mismo, este trabajo es llevado de la mano con los médicos residentes de los diferentes años, a su vez se complementa en las visitas médicas que se realizan con los médicos asistentes.

El proceso de inducción fue muy dinámico e interactivo en el INEN, se citó a los internos el día 30/12/19, se les presento por cada servicio en el cual rotarían durante el año lectivo, asimismo pudieron conversar con el respectivo residente de la unidad donde les tocaba iniciar. Se realizó una charla de manejo de residuos, bioseguridad y lavado de manos. Asimismo, se creó un grupo virtual con el jefe de residentes, se explicó el horario, el cual en realidad consistía en que se retiraría al terminar con los deberes y responsabilidades. En el caso particular del redactor, inicio con la rotación de cirugía, la cual era muy ceremonial, hasta casi cierto punto sagrada en el INEN, donde se presentaba cama por cama y se hacía diversas preguntas sobre el estado y patologías del paciente, así como su evolución y pendientes, curación, terapéutica, pronostico, entre otros.

El INEN tiene una particularidad que otra sede no tiene, fuera de la subespecialización en materia de cáncer, no existía limite ni falta de insumos, me refiero a que uno podía tranquilamente pedir un estudio muy específico como una gammagrafía con tan solo solicitarlo y en la noche se tenía un informe verbal del departamento de radiodiagnóstico, así como muchos otros ejemplos que más adelante se abordaran con detenimiento.

Fueron muy apasionante las rotaciones quirúrgicas, sobre todo porque al realizar un trabajo correcto como interno se me permitió el acceso a sala de operaciones, todo un mundo distinto que abordaremos más adelante en el presente trabajo.

En este centro oncológico existe todo un equipo encargado de la atención del paciente, por fin pude entender el concepto del abordaje multidisciplinario, todo en boga de la mejoría del paciente.

Pre pandemia existía múltiples casos y patologías las cuales abordar, reitero que todo en el contexto de un paciente oncológico.

Lamentablemente esta etapa tuvo un punto de quiebre en mediados de marzo, debido al cese temporal de actividades por la pandemia COVID-19, posteriormente tras una serie de garantías, negociaciones y charlas se reiniciaría el mismo a mediados de octubre.

El internado post pandemia difiere mucho de lo proyectable, debido a recortes de tiempo, gran afluencia de pacientes, restricción de ingreso a algunas áreas del hospital, entre otros.

Es destacable que como dice el dicho, recordar es volver a vivir, y realmente antes de la pandemia, todo era mucho más provechoso, desde la amplia variedad de pacientes y patologías, así como el tiempo que uno estaba en el hospital, inclusive todo este tiempo de estancia hospitalaria trae consigo muchos beneficios y oportunidades, llegando a ser pertinente muchas charlas académicas con los residentes, se aprendía directamente del paciente, se podía constituir toda la unidad clínica.

En el caso particular del autor, si se proporcionaron los equipos de protección en tiempo adecuado y sin escatimar recursos, así como los pagos a tiempo y sobre todo sin descuentos, existió realmente mucho apoyo por parte de la sede maestra por así decirlo.

Todo lo mencionado anteriormente corresponde a las rotaciones de medicina y cirugía, que fueron realizadas en el INEN, posteriormente se realizó la rotación de pediatría en el hospital del niño, la cual fue muy provechosa, finalmente se cerró el internado en la maternidad de lima con ginecología.

Cabe destacar nuevamente que el factor tiempo y los recortes en días efectivos mermaron considerablemente la formación, perdiéndose así una etapa irrecuperable.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

El internado médico actualmente es prerequisite obligatorio para graduarse como médico cirujano, en este periodo se adquieren responsabilidades nuevas y se tiene pacientes bajo tutela.

Se participa activamente en las visitas médicas, también se realizan procedimientos, es decir se consolidan conocimientos de pregrado y se adquiere el famoso criterio y manejo clínico para la vida futura ⁽⁴⁾.

En Perú, país donde reside el autor y los demás cointernos quienes realizan el presente trabajo de suficiencia; el internado corresponde al séptimo año de la carrera, refiriendo al séptimo. Abarca cuatro rotaciones netamente intrahospitalarias: medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia.

Una máxima del internado es enseñar a los internos a realizar la mayoría de los procedimientos que verán en su vida futura como médico cirujano. Esto va de la mano con el SERUMS próximo que realizaran estos mismos; recordar que este SERUMS será realizado en comunidades alejadas, en su mayoría no se contara con apoyo.

Todo dependerá el tipo de establecimiento donde se logre adjudicar, pudiendo contarse en algunas oportunidades con técnicos en enfermería, licenciados, obstetras, odontólogo, así como en otras realidades con absolutamente nadie. Además de la precariedad y riesgo del mismo proceso de SERUMS en sí, sobre este punto no profundizaremos por que se infiere que los revisores y lectores están familiarizados con el tema, mayormente por experiencia propia. Al final del internado, los aún estudiantes son evaluados sobre los conocimientos adquiridos durante la carrera en el Examen Nacional de Medicina (ENAM). Aprobar este examen y finalizar el internado es requisito para poder colegiarse y ejercer como médico cirujano en territorio peruano

El último año de la carrera es crucial, normalmente uno está sometido a muchos factores estresantes, se trabaja bajo presión, existe mucha demandad de pacientes, recordar que el interno es como la hormiga obrera dentro de un hospital, llegando a trabajar a veces hasta 3 horas seguidas, no es una primicia la renuncia de muchos compañeros; también se sufre maltrato psicológico y físico. No es una sorpresa encontrar inclusive encontrar casos de acoso sexual hacia compañeras (5).

En el marco de la pandemia mundial por COVID 19, todo inicio en china en e año 2019, con una serie de pacientes sintomáticos respiratorios ligados a la ciudad de Wuhan, en Perú se detecto el primer caso el 6 de marzo; y ya para el 19 había 3 personas fenecidas por este coronavirus.

Entonces enmarcamos parte de este internado medico con la particularidad de la pandemia por COVID-19, el aporte de los IM al manejo de pacientes en el hospital es importante; pero su condición como estudiantes sin responsabilidad legal, hace complejo definir su rol en esta situación sin que sean expuestos de manera innecesaria. Hasta finales de abril del 2020, las autoridades no habían planteado condiciones ni fecha posible de reinicio de actividades de los IM (6).

El MINSA elaboro el decreto de urgencia N 090-2020, que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19, documento donde se asigna un presupuesto para el retorno de los internos de ciencias de la salud al primer nivel de atención (7).

Finalmente, después de muchas negociaciones y garantías la mayoría de los internos de medicina regresaron a realizar sus actividades como internos, lamentablemente una parte mayoritaria termino desenvolviéndose en los primeros niveles de atención, es decir atención primaria.

Actualmente a nivel global se registran más de 50 millones de personas infectadas por este COVID-19, lo que desdobra una respuesta compensatoria por arte de los sistemas de salud, muchas veces este se colapsa por la gran afluencia; el estado peruano no esta exceptuado de este fenómeno.

En la práctica diaria, internos de medicina se han visto obligados a manejar pacientes con COVID-19, aunque dicha función no sea específicamente parte de la competencia (8).

Esta situación, junto a la escasez de equipos de protección personal (EPP), ha provocado que muchos compañeros internos se infecten; inclusive se registran 2 héroes cointernos fallecidos (9).

A título personal no fue el mejor internado médico quizá, pero tuve de una u otra forma suerte, estuve en muy buenas sedes, y sobre todo donde realmente quise estar, la oncología para mí es envolvente, es la primera alternativa para la residencia, y que mejor lugar que la máxima referencia nacional para estas patologías.

A continuación, enmarcaremos cada una de las rotaciones y expondremos de manera extendida casos clínicos, los cuales nutrieron profundamente la sapiencia y habilidad médica del autor.

CASOS CLINICOS

I.1 Rotación Medicina Interna

En lo que respecta a medicina interna, se enfocó desde un punto de vista oncológico, es decir todas las patologías médicas, pero en el contexto de un paciente con cáncer, fue muy provechosa ya que para entender las diferentes afecciones que genera el cáncer en el cuerpo, uno debe primero conocer la fisiología normal del mismo. La rotación se subdividió en dos: adolescentes y hospitalización 6to O. Es destacable que, en el caso particular del redactor, escogió la sede INEN debido a que la oncología es la especialidad que se desea en un futuro cercano, cada día en este hermoso instituto fue apasionante.

CASO CLÍNICO N°1 LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA DE CÉLULAS B

Presentación de caso clínico

Paciente varón de 10 años proveniente de Chontabamba, Pasco ingresa al servicio de adolescentes procedente de emergencia, con un cuadro clínico de 1 año de evolución, de curso progresivo, su padre lo trae referido a la institución por presentar dolor abdominal, manchas violáceas múltiples en todo el cuerpo, náuseas, disnea, diaforesis, vómitos, fiebre intermitente, astenia y adinamia. Padre informa la pérdida de aproximadamente 5 kg en 1 año. Se plantea descartar sospecha diagnóstica de leucemia linfoblástica aguda

Antecedentes: Ninguno, no cirugías, no enfermedades previas.

Funciones vitales:

Temperatura: 37.5

Frecuencia respiratoria: 22x

Pulso: 110x

Saturación: 98 %

Presión arterial: 105/70 mmhg

Peso: 27 kg

Talla: 1.32 m

IMC: 15.51

Subjetivo: Paciente intranquilo, refiere fuerte dolor en articulaciones, a predominio de discos intervertebrales. Orina +, deposiciones +, tolera la vía oral Enfermería reporta episodios febriles que ceden a la administración de metamizol endovenoso.

En el examen físico: Regular estado general, regular estado de hidratación, regular estado general. Portador de vía periférica en MMSI

Piel: No signos de deshidratación, TCSC disminuido, no cianosis, no ictericia, no dedos en palillo de tambor, llenado capilar <2". Presencia de equimosis y petequias múltiples.

Cuello: Se encontraron dos ganglios indurados en cadena cervical posterior, de consistencia blanda, fija, no dolorosa, de aproximadamente 0.7 cm de diámetro.

SOMA: Rango articular conservado

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no rales.

Amplexación conservada, no discrepancia toraco abdominal.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes.

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

Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, percusión reno ureteral negativa, masculino.

Neurológico: LOTEP, conectado con el entorno, escala de Glasgow 15/15.

Plan de trabajo

Exámenes auxiliares:

Hemograma completo:

- Hemoglobina: 7mg/dl
- Leucocitos: 5000
- Plaquetas 45000
- Presencia de blastos en sangre periférica.

Glicemia:90 mg/dl

Creatinina: 1.1

Perfil hepático:

- Alanino aminotransferasa (GPT): 55
- Aspartato aminotransferasa (GOT): 85
- Bilirrubinas totales: 1.3
- Bilirrubina directa:0.6
- Bilirrubina indirecta: 0.7

Prueba ELISA para VIH: No reactiva

Proteína C reactiva: 3.2mg/dl.

Prueba molecular COVID-19: NEGATIVA.

Aspirado de medula ósea: Alta relación núcleo citoplasma, anisocitosis. Compatible con leucemia linfoblástica aguda según el departamento de patología que procesó la muestra.

Citometría: Las células infiltrantes expresaron en su superficie antígenos CD10, CD19, CD20 Y HLA DR.

Con esto se establece el diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda de tipo B.

En la radiografía de tórax no se evidenció nada patológico.

Después de confirmar la presunción diagnóstica se decide iniciar esquema quimioterápico combinado con los siguientes fármacos:

- Vincristina
- Dexametasona
- Asparaginasa
- Mitoxantrona

El paciente respondió favorablemente y mejoró su pronóstico de vida.

Como aprendizaje de este caso, la leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la neoplasia infantil más frecuente.

La citometría y la genética son muy útiles para hacer diagnóstico y seguimiento. Además, existe una serie de esquemas quimioterápicos para cada subtipo de leucemia, así como escalamiento terapéutico, es decir que al fallar un esquema se puede optar por otro muchas veces más fuerte, finalmente todo en beneficio del paciente y la remisión de su enfermedad (10).

Como comentario personal, resulta interesante abordar esta patología ya que es la neoplasia pediátrica más frecuente, este paciente prácticamente fue como el libro, curso con pancitopenia, poliartralgia, fiebre intermitente, evolución tórpida, adenomegalias, esplenomegalia, dolor, los exámenes auxiliares no hicieron más que confirmar el diagnóstico, el paciente tuvo una remisión y respuesta completa ante el esquema quimioterápico.

Resulta importante conocer este tipo de enfermedades, ya que si estos pacientes caen en las manos de un profesional se puede agilizar su atención en un centro hospitalario de mayor nivel, refiriéndolo a tiempo, y por qué no decirlo ayudándolo de sobremanera con esta difícil afección (11).

CASO CLINICO N°2: SARCOMA DE KAPOSI

Presentación de caso clínico

Paciente de sexo masculino, homosexual, actualmente con 49 años, proveniente de La Victoria, Lima, ingresa al servicio de medicina oncológica procedente de consulta externa.

Con antecedentes de infección respiratoria por micobacterium TB hace 8 años tratada bajo el esquema nacional, completo tratamiento.

Cuenta con diagnóstico de VIH desde hace 20 años, se enteró de la noticia cuando tenía 29 años y deseaba donar sangre para su hermano.

En su último control de carga viral registra 1.220.000 copias virales.

Llega a la institución por dolor epigástrico moderado, a predominio post prandial, no episodios de pirosis. A la ectoscopia destacan lesiones sobreelevadas rojo violáceas en zona latero cervical izquierda

Se plantea descartar SARCOMA DE KAPOSI y se le hospitaliza para ampliación de estudios.

Antecedentes: neumonía por *Pneumocystis carinii* tratada.

Funciones vitales:

Temperatura: 36.6

Frecuencia respiratoria: 17x

Pulso: 70x

Saturación: 99 %

Presión arterial: 128/75 mmhg

Peso: 64 kg

Talla: 1.74 m

IMC: 21.19

Subjetivo: Paciente refiere estar tranquilo, ligera dificultad para respirar al asearse no náuseas, no vómitos. Orina +. Deposiciones -, apetito conservado, tolera la vía oral, enfermería no reporta interurrencias, no fiebre.

En el examen físico: Regular estado general, mal estado nutricional, regular estado de hidratación

Piel y mucosas: No signos de deshidratación, turgencia conservada, no ictericia, no cianosis; no edemas; con llenado capilar menor a 2 segundos, presencia de regiones rojo violáceas.

Cuello: Lesiones sobreelevadas rojo violáceas en zona latero cervical izquierda e inguinal derecha, la más grande de 3 cm de diámetro.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular disminuido en 1/3 inferior de hemitórax derecho. No discrepancia toraco abdominal

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes.

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

Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, percusión reno ureteral negativa, masculino.

Neurológico: LOTEP, conectado con el entorno, escala de Glasgow 15/15.

Plan de trabajo:

Hemograma completo:

- Hemoglobina: 13.4g/dl

- Hematocrito: 45.54
- Leucocitos: 5500,
- Monocitos 5%,
- Eosinófilos: 2%,
- Basófilos 1%.
- Plaquetas :250000/mm³.

Perfil lipídico:

- Colesterol total: 185 mg/dl
- Triglicéridos mg/d: 142
- LDL: 100
- HDL:44

Glicemia en ayunas: 92

Examen de orina: No patológico.

Eco endoscopia: Se aprecian lesiones congestivas y descamativas, en parte también eritematosas en antro estomacal y duodeno. Se toma biopsia.

Biopsia: Positiva para sarcoma de Kaposi.

TAC abdominopélvico completa con contraste: Negativa

TAC tórax con contraste: Lesión residual de TB, sin otros hallazgos.

Con todos estos exámenes se confirma el diagnóstico de sarcoma de Kaposi, además se confirma afectación visceral y cutánea.

Se decide usar adriamicina liposomal 20 mg/m² cada 20 días.

El tratamiento remite casi por completo la enfermedad, inclusive el paciente cursa asintomático desde el tercer pulso ⁽¹²⁾.

Eco endoscopia control: Remisión total de las lesiones.

Como comentario personal es interesante conocer esta patología ya que todo paciente con VIH de larga data tiene probabilidad de desarrollar sarcoma de Kaposi, maso menos 1 de cada 3 podría presentar esta enfermedad. La posibilidad aumento con recuentos bajos de CD4 o carga viral muy alta.

Es destacable también su fuerte prevalencia en pacientes homosexuales. Como se reflejó en este caso el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno beneficiaron de sobremanera al paciente expuesto.

Finalmente destacamos que el SARCOMA DE KAPOSI depende del estado inmunológico del paciente.

I.2 Rotación Cirugía

En lo que respecta a la rotación quirúrgica, esta fue excepcional. Es imprescindible conocer y empaparse de estos conocimientos ya que buena parte de las especialidades giran en torno a la cirugía.

La cirugía es como una ceremonia muy ordenada, desde que ingresa el paciente con chance quirúrgica, posteriormente su operación y finalmente el cuidado post operatorio. El interno de medicina participa activamente de estos procesos, recibiendo al paciente y completándolo, es decir velando por que las demás especialidades que colaboran con la cirugía; examinen y den pase a este paciente, con referencia a anestesiología y cardiología esencialmente, aunque en ciertos pacientes se requiere un análisis más profundo por otros servicios como neumología neurología psiquiatría endocrinología, entre otros. El interno de medicina es parte crucial de todo este engranaje, colaborando en la misma sala de operaciones y en piso, asimismo conversando con los familiares para temas básicos como donación de paquetes globulares, insumos e implementos, medicinas que pudiesen faltar, entre otros.

Sin más preámbulo procederemos a exponer dos casos de esta vertiginosa rotación, de la cual me llevo gratos recuerdos y mucho aprendizaje.

CASO CLÍNICO N°3: CÁNCER DE COLON

Presentación de caso clínico

Paciente femenina, de raza caucásica, de 43 años de edad, que acudió referida de otra institución, es recibida por consulta externa en el INEN, el 28 de febrero de 2020, refiriendo dolor abdominal tipo cólico de aproximadamente 15 días de evolución, también refiere cambios en la frecuencia de deposiciones, demorándose hasta 3 días para poder ocupar. Al tacto rectal presencia de sangre.

Se decidió su ingreso para estudio y tratamiento.

Incidentalmente se detecta que la paciente registra presiones elevadas luego de 2 tomas de la misma, planteándose la posibilidad de que sea vista por el departamento de cardiología.

La interconsulta es respondida y se plantea en uso de captopril 10 mg cada 24 horas, en las mañanas ⁽¹³⁾.

Antecedentes patológicos familiares:

- Padre fallecido por NM colon hace 5 años.
- Madre con DM e HTA
- Tío paterno con adenocarcinoma prostática
- Tía materna fallecida por NM de ovario.

Funciones vitales:

Temperatura: 36.4

Frecuencia respiratoria: 16x

Pulso: 78x

Saturación: 98 %

Presión arterial: 150/90 mmhg

Peso: 60 kg

Talla: 1.65 m

IMC: 22.05

Subjetivo: Paciente refiere dolor severo en región abdominal, intranquila, sudorosa, pálida. Orina +. No realiza deposiciones hace 3 días. Apetito disminuido, tolera parcialmente la vía oral. Enfermería reporta agitación psicomotriz acompañada de gritos, cede al administrar haloperidol por el equipo de guardia, no fiebre.

En el examen físico: Regular estado general Regular estado nutricional, regular estado de hidratación. Portadora de vía periférica permeable en miembro superior izquierdo.

Piel y mucosas: No signos de deshidratación, turgencia conservada, no ictericia, no cianosis; no edemas; con llenado capilar menor a 2 segundos.

Cuello: No masas, no adenopatías. Tiroides no palpable

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no rales.

Amplexación conservada, no discrepancia toraco abdominal.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Pulsos periféricos presentes. No choque de punta.

Abdomen: Masa palpable en fosa iliaca izquierda, de consistencia dura, no desplazable, dolorosa a la palpación profunda. Ruidos hidroaéreos muy disminuidos, no reacción peritoneal

Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, percusión reno ureteral negativa, masculino.

Neurológico: LOTEPE, conectada con el entorno, escala de Glasgow 15/15.

Plan de trabajo:

Exámenes de laboratorio:

Hemograma completo:

- Hemoglobina: 8,3g/l
- Hematocrito: 36
- Leucocitos :6500
- Plaquetas:180000
- Eritrosedimentación: 6 mm/h

Serología VIH: Negativo.

Perfil hepático:

- Alanino aminotransferasa (GPT): 12
- Aspartato aminotransferasa (GOT): 14

Glucemia en ayunas: 79 mmol/L

Estudios imagenológicos:

Radiografía de colon por enema: Llenado incompleto en cavidad recto sigmoidea, en todas las incidencias, por lo que se sospecha de una neoplasia en esa región.

TAC: Imagen tumoral de apariencia mamelonante que se intensifica al pasarle contraste, infiltra la capa muscular y llega hasta zona vesical. Evidencia contundente de neoplasia en esta región.

Colonoscopia: Lesión mamelonante hemorrágica y oclusiva, impide continuar el procedimiento por su estenosis. Se toman las respectivas muestras para biopsia.

Biopsia: Adenocarcinoma de colon infiltrante.

Ya con la paciente diagnosticada se decide intervenir quirúrgicamente y reseca el tumor, se finalizó esta cirugía con una anastomosis terminal, hemostasia correcta ⁽¹⁴⁾.

La paciente cursa con un post operatorio favorable, sin interurrencias, se decide su alta médica con indicaciones.

En su cita por consultorio externo a la semana, no se encuentran síntomas y la mejoría es significativa, se le informa de signos de alerta y se le cita para seguimiento.

Como comentario del redactor, es importante destacar que, en este caso clínico, la forma de presentación fue muy habitual, ayudándonos a sospechar del diagnóstico, es decir la paciente llegó con dolor abdominal, anemia, baja de peso, constipación, etc.

En base a ellos se solicitan los estudios de extensión donde se evidencia esta masa mamelonante que da el diagnóstico y la hace tributaria de manejo quirúrgico.

En el Perú, según el registro de la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, es el sexto cáncer más frecuente ⁽¹⁵⁾.

Debemos ante estos síntomas, complementando con el grupo etario y la raza, además de los antecedentes familiares, sospechar de esta patología; y como médicos generales poder derivar de manera oportuna y rápida a este prospecto de afectados, recordar que en este tipo de neoplasias existe manejo quirúrgico que podría salvar la vida del enfermo; finalmente este tipo de pacientes deben seguir estrictos controles post operatorios en consulta externa, siempre vigilantes y modificando hábitos de vida como la dieta y tabaquismo.

CASO CLINICO N°4: NEOPLASIA MALIGNA DE PENE

Presentación de caso clínico

Paciente varón de 73 años de edad, natural de Chancay, Huacho, llega a consulta externa del INEN junto con esposa, relata que en el año 2003 después de un trauma en el glande comenzó a presentar una lesión en el pene que fue creciendo y multiplicándose, acompañándose de secreción muy fétida, por miedo acudir al médico no asistió a consulta, hasta que es convencido por sus hijos. Durante la consulta se decide su hospitalización para ampliación de estudios.

Antecedentes

Patológicos: Diabetes Mellitus tipo 2, tratamiento con metformina 2 tabletas diarias; mañana y noche después de las comidas

Quirúrgicos: Circuncisión hace 10 años porque tenía fimosis.

Familiares: Madre fallecida por NM de ovario

Funciones vitales:

Temperatura: 36.4

Frecuencia respiratoria: 16x

Pulso: 88x

Saturación: 98 %

Presión arterial: 130/90 mmhg

Peso: 65 kg

Talla: 1.68 m

IMC: 23.04

Subjetivo: Paciente refiere dolor al miccionar, asimismo dolor al rozamiento con la ropa en región inguinal. Orina +. Deposiciones +, tolera la vía oral. Enfermería no reporta interurrencias

En el examen físico: Buen estado general, buen estado nutricional, buen estado de hidratación

Piel y mucosas: No signos de deshidratación, turgencia conservada, no ictericia, no cianosis; no edemas; con llenado capilar menor a 2 segundos.

Cuello: No masas, no adenopatías.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no rales. Amplexación conservada, no discrepancia toraco abdominal.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Pulsos periféricos presentes. No choque de punta.

Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, spam hepático 5cm, ruidos hidroaéreos presentes, no reacción peritoneal, no abdomen en tabla. No cicatrices.

Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, percusión reno ureteral negativa, masculino. Lesión granulomatosa en pene, de gran extensión, dolorosa, secreción pestilente por glande.

Neurológico: LOPEP, conectada con el entorno, escala de Glasgow 15/15.

Plan de trabajo:

Exámenes de laboratorio:

Hemograma completo:

- Hemoglobina: 13,8 g/L
- Leucocitos: 6500
- Velocidad de sedimentación globular: 66mm
- Plaquetas :280000

Estudios imagenológicos:

Ecografía abdominal: sin alteraciones.

Gammagrafía ósea: no contributivo.

TAC abdomen y tórax con contraste: sin alteraciones.

Placa de Tórax: negativa

Se decide realizar biopsia de la lesión de glándula la cual informa un carcinoma verrugoso de bajo grado de malignidad.

Estadaje de cáncer de pene: T2N1M0.

Después de esta ampliación diagnóstica, el departamento de urología del INEN a través de una junta médica con el departamento de oncología médica, cataloga este caso como cáncer de pene, se concuerda que este paciente se beneficiaría con la amputación total del pene + uretrotomía perineal.

Histología: carcinoma epidermoide queratinizante bien diferenciado e infiltrante, no hay tumor en el borde de la lesión, ni de la piel, no infiltración vascular, ni linfática.

Posterior a la cirugía se completó el tratamiento con quimioterápicos, en este caso el fármaco de elección fue bleomicina 15mg, tres cursos por semana, durante tres meses, simultáneamente recibió radioterapia pélvica (16).

Como comentario, es importante soslayar que el carcinoma de pene es una neoplasia relativamente infrecuente, pero realmente atroz y mutilante para el paciente, requiere un abordaje multidisciplinario, incluyendo nutrición y psiquiatría.

Existen una serie de factores relacionados al cáncer de pene, en el paciente citado lo más probable es que su cáncer de pene este asociado al antecedente fimosis.

Resulta interesante que la circuncisión sea considerado un factor protector, existen estudios en la población judía que lo demuestran. (17)

Finalmente, la actitud terapéutica dependerá de la extensión del cáncer, en este caso correspondió la amputación y la elaboración un meato perineal.

I.3 Rotación de Ginecología

En lo que concierne a la rotación de obstetricia es el campo de la medicina que se especializa en la atención de las mujeres durante el embarazo parto y puerperio, mientras que ginecología ve más el diagnóstico y tratamiento de

enfermedades de los órganos reproductivos femeninos. También se especializa en otros problemas de salud de las mujeres, como la menopausia, los problemas hormonales, la anticoncepción (regulación de la natalidad) y la esterilidad.

En realidad, ambas se complementan entre sí, en el caos particular del autor esta rotación se realizó en el Instituto nacional materno perinatal, es la máxima instancia de referencia, tuve la oportunidad de atender partos en centro obstétrico, así como conocer más a fondo las patologías de piso.

En ginecología los controles prenatales son esenciales, se deberían realizar al menos 6, caso contrario se catalogará como insuficiente. (18)

El embarazo requiere un seguimiento, para valorar al feto, la placenta, el líquido amniótico, entre otros elementos; al haber algo anómalo se puede intervenir en favor de la madre y el niño, previniendo una hemorragia o induciendo un parto muchas veces.

Una parte interesante de esta rotación es explicar los beneficios del uso de métodos anticonceptivos, esto se trabaja de la mano con la obstetra, existe un grupo de pacientes blanco, como por ejemplo madre con 6 hijos, de extrema pobreza, adolescentes que no planificaron su embarazo, cesáreas anteriores que complicarían su vida ante un eventual nuevo embarazo, entre otros. Sin más preámbulo pasaremos a los casos seleccionados.

CASO CLINICO N5: EMBARAZO ECTOPICO ROTO EN UNA ADOLESCENTE

Presentación del caso clínico

Paciente mujer de 15 años de edad, sin antecedentes de importancia, acude a la emergencia del INMPN derivada de OI por ecografía sospechosa y clínica de aborto ectópico complicado. Madre refiere como método anticonceptivo la ampolla mensual. Al ingreso taquicárdica, febril, dolor abdominal en fosa iliaca izquierda de aproximadamente 3 horas de evolución que no cede a la analgesia, presenta escaso sangrado.

FUR: Hace 15 según relato de la paciente.

Funciones vitales:

Temperatura: 38.7

Frecuencia respiratoria: 24x

Pulso: 115x

Presión arterial: 110/60 mmHg

Saturación: 99 %

Peso: 55kg

Talla: 1.55 m

IMC:22.91

Subjetivo: Paciente refiere dolor severo en región abdominal, asimismo cursa febril. Orina +. Deposiciones +, tolera la vía oral. Paciente inestable, frecuencia cardiaca y respiratoria elevadas.

Examen físico:

Piel: No signos de deshidratación, turgencia conservada, no ictericia, no cianosis; no edemas; con llenado capilar menor a 2 segundos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no rales.

Amplexación conservada, no discrepancia toraco abdominal.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Pulsos periféricos presentes. No choque de punta.

Abdomen: Globuloso, no depresible, doloroso tanto a la palpación superficial como profunda. Presencia de reacción peritoneal. Abdomen en tabla. Rovsing +

Genitourinario: Puño percusión lumbar negativo, percusión reno ureteral negativa

Neurológico: LOTEPE, conectada con el entorno, escala de Glasgow 15/15.

Plan de trabajo

Se solicitan los exámenes correspondientes.

Hemograma completo:

- Hb 13.5g/dl
- Leucocitos: 7000,
- Eosinófilos: 2%,
- Basófilos 1%.

- Plaquetas :200000/mm³

Examen de orina: Sin alteraciones

Esterasa leucocitaria:18

PCR: 15mg/l

Creatinina serica:0.9mg/dl,

Urea serica:13 mg/dl

Prueba molecular para COVID-19: negativa

TAC abdomino pélvica completa: Útero conservado sin saco en su interior. Se observa liquido libre y masa anexial izquierda, con mala definición de aproximadamente 50mm x 39mm, es confirmatorio y compatible para embarazo ectópico tubárico en vías de complicarse.

Cinco horas después de su ingreso por emergencia se decide su intervención quirúrgica, se concuerda abordarla por laparotomía. Se contabiliza un hemoperitoneo de casi 500cc.

Se realiza salpingectomía izquierda con conservación de ovario, se envía una muestra para biopsia. Su recuperación postoperatoria es favorable, saliendo de alta 1 semana después.

Repasando un poco el capítulo de gineco-obstetricia, denotamos que el embarazo, en especial cuando está roto, es una causa importante de muerte cuando no se diagnostica ay maneja de manera adecuada ⁽¹⁹⁾.

En este caso particular la sospecha era alta ya que la otra institución lo superpone como diagnóstico a descartar, paciente joven, con la triada de dolor, sangrado y masa anexial.

Finalmente es un diagnóstico en el que siempre debemos pensar, ya que, como la paciente citada en el presente caso, a veces este se rompe, llevando a una inestabilidad hemodinámica y reacción peritoneal que pueden comprometer seriamente a la vida.

CASO CLINICO N6: INFECCION URINARIA DURANTE EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.

Presentación de caso

Paciente primigesta de 22 años, con 36ss de edad gestacional por FUR, presenta dolor a la micción, disuria, polaquiuria, tenesmo desde hace una

semana, acude a su séptimo control prenatal en INMPN, ante este cuadro se decide su hospitalización en el servicio A, para ampliación de estudios con examen de orina al azar, urocultivo con antibiograma, hemograma completo, PCR y prueba molecular para COVID 19.

Funciones vitales:

Temperatura: 37.1

Frecuencia respiratoria: 15x

Pulso: 82x

Presión arterial: 110/70 mmhg

Saturación: 98 %

Monitoreos pre gestacionales:

Peso pre gestación: 72 kg

Talla: 1.62 m

IMC pre gestacional: 27.48

LCF: 135 por minuto.

Situación: longitudinal: LCD, no encajado.

Si presencia y actividad fetal, madre percibe movimientos.

AU: 32 cm

Peso del día de ingreso: 87 kilos

Ganancia ponderal: 15 kilos

Al examen físico:

Piel: No signos de deshidratación, turgencia conservada, no ictericia, no cianosis; no edemas; con llenado capilar menor a 2 segundos

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no rales.

Amplexación conservada, no discrepancia toraco abdominal.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Pulsos periféricos presentes. No choque de punta

Abdomen: Blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No presencia de reacción peritoneal. No abdomen en tabla. Rovsing negativo. Ruidos hidroaéreos presentes.

Genitourinario: Puño percusión lumbar positiva, percusión renoureteral negativa.

Neurológico: LOTEPE, conectada con el entorno, escala de Glasgow 15/15.

Plan de trabajo:

Exámenes complementarios:

Hemograma completo:

- Hb 14.5g/dl
- Leucocitos: 16000;
- Linfocitos: 18%,
- Neutrófilos 60%,
- Monocitos 7%,
- Eosinófilos: 4%
- Basófilos 1%.
- Plaquetas :285000/mm³

Examen de orina: Se destaca presencia de nitritos, tres cruces.

Esterasa leucoitaria:16

Proteína C reactiva: 12mg/l

Creatinina sérica :0.8mg/dl

Urocultivo: Positivo para *Escherichia Coli*, 200 unidades formadoras de colonias por campo.

Prueba molecular para COVID-19: negativo

Tratamiento

Con todo lo mencionado anteriormente se realiza el diagnóstico de infección urinaria del tercer trimestre, se agrega a esto que en la paciente esta enfermedad está siendo sintomática. El urocultivo positivo indica que se iniciará el tratamiento antibiótico respectivo ⁽²⁰⁾.

Se decide iniciar tratamiento antibiótico con amoxicilina más ácido clavulánico vía oral cada ocho horas durante 1 semana. Tratamiento ideal ya que no presenta documentación de efectos teratogénicos ⁽²¹⁾.

La paciente evoluciona favorablemente con examen de orina negativo a los 7 días, es dada de alta y se le pide acudir ante cualquier eventualidad y/o contracción para parto natural en centro obstétrico.

Muchos estudios han descrito una relación entre la infección materna del tracto urinario, la bacteriuria asintomática en particular, y los resultados

adversos del embarazo (por ejemplo, el nacimiento pretérmino, bajo peso al nacer) (22).

La infección de las vías urinarias constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo. El microorganismo más frecuente es la *Escherichia coli* con alrededor del 80%, seguida de *Klebsiella*. Otros agentes menos frecuentes podrían ser *Streptococcus* del grupo B y *Staphylococcus* coagulasa negativo (23).

El embarazo es un fenómeno que pone a la paciente susceptible de padecer infecciones urinarias, inclusive por vía ascendente (24).

A continuación, mencionare algunas situaciones que fomentan este tipo de infecciones:

- Aumento del volumen de orina
- Reducción del tono ureteral y vesical
- Estasis urinaria
- Obstrucción ureteral por gravidez uterina grávido
- Aumento del PH urinario
- Replicación bacteriana incrementada por aumento de bicarbonato
- Aumento de la tasa de filtración glomerular
- Glucosuria
- Capacidad epitelial urinaria disminuida
- Aumento del estrógeno en orina.

No está de más destacar que todos estos factores se ven relacionados con la edad da la paciente, la paridad, el nivel socioeconómico, la higiene perineal, historial previo de infecciones urinarias (25).

Alrededor del 10% de las gestantes sin factores de riesgo, desarrollaran bacteriuria asintomática, de estas la tercera parte progresaran a pielonefritis. La pielonefritis puede complicarse con falla renal aguda, sepsis y en el peor de los casos: shock séptico.

En estas pacientes se aumenta prematuridad y parto pretérmino, también se asocia con bajo peso al nacer. El peor escenario se suscita cuando la infección ocurre durante los 15 días que preceden al parto (26).

Como comentario personal quisiera destaca que esta patología es relativamente frecuente y al identificarla debemos tratarla, ya que tare

potenciales efectos negativos para el producto, sin duda alguna en el SERUMS veremos gestantes, así que manejar una gama de antibióticos y un buen criterio clínico será de mucha utilidad para ayudar a estas pacientes. Por lo expuesto anteriormente, la detección y el tratamiento temprano de las IU en las embarazadas debe ser una prioridad.

I.4 Rotación de Pediatría

La rotación de pediatría es sin duda muy necesaria , buen grupo de los pacientes que atenderemos en un futuro cercano serán niños, las implicancias de esta atención es muy compleja ; y el interno de medicina debe tener las herramientas para conocer patologías básicas y su manejo , como por ejemplo neumonía e infecciones respiratorias , en el caos particular del redactor esta rotación fue muy productiva , ya que se realizó en el servicio b del INSN , el mejor lugar para entender la casuística y semiología correcta de la pediatría, existieron muy buenos maestros y residentes , asimismo actividades académicas virtuales , estoy muy agradecido con ellos por su tiempo y paciencia, sin más preámbulos expondremos los dos casos correspondientes a este segmento.

CASO CLINICO N7: NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Presentación de caso

Paciente de varón de 7 años es recibido por el departamento de emergencias del Instituto Nacional de Salud del Niño Breña, se encuentra febril y no responde a paracetamol, se agregan nauseas, cefalea y tos seca. El cuadro inicia 15 días antes, es admitido a prioridad 3 de emergencia, se decide su hospitalización en servicio B para ampliación de estudios.

Se notifica al programa nacional de la lucha contra la tuberculosis, se realizan ordenes de BK por 3.

Funciones vitales:

Temperatura: 38.0°

Frecuencia respiratoria: 24x

Frecuencia cardiaca: 110x

Presión arterial: 112/74 mmhg

Peso: 20 kg

Talla: 108 cm

Saturación: 93-95 %

Examen físico

Piel: No signos de deshidratación, turgencia conservada, no ictericia, no cianosis; no edemas; con llenado capilar menor a 2 segundos.

TCSC: Disminuido

Sistema linfático: presencia de ganglios en cadena cervical, pequeños móviles, blandos, no dolorosos, de aproximadamente 2 cm por 2cm.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular disminuido en ambos hemitórax, no rales. Amplexación conservada, se aprecian tirajes. Se auscultan crepitantes bibasales.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos. Pulsos periféricos presentes. No choque de punta

Abdomen: Blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No presencia de reacción peritoneal. No abdomen en tabla. Rovsing negativo. Ruidos hidroaéreos presentes.

Genitourinario: Puño percusión lumbar positiva, percusión renoureteral negativa.

Neurológico: LOTEPE, conectada con el entorno, escala de Glasgow 15/15.

Plan de trabajo:

Hemograma completo:

- Hemoglobina: 12.6 gr/dl
- Plaquetas: 188000
- Leucocitos: 30,340
- Segmentados :55
- Abastionados: 4

PCR: 18.4 mg/dl

Se plantea neumonía adquirida en la comunidad vs tuberculosis pulmonar.

BK en esputo: NEGATIVO x 3

Estudios imagenológicos:

Placa de tórax: Discreto derrame pleural, adenopatías mediastinales, patrón de consolidación. Presencia de broncograma aéreo.

TAC pulmonar: En el segmento VI pulmonar se evidencia una imagen hiperdensa con forma ovoide. Se denota proceso inflamatorio parenquimal en desarrollo.

Se plantea diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, posiblemente como etiología un *Streptococcus pneumoniae*. Se inicio tratamiento según normal técnica peruana con 150-200 mg x kg x día, vía endovenosa, dividido cada 6 horas (dosis máxima 4g/día). La duración del tratamiento está basada en la respuesta clínica al tratamiento endovenoso y la tolerancia del tratamiento oral, siendo un total de 7 días como mínimo. Se complemento este tratamiento con paracetamol condicional a olor y/o episodios febriles (27).

La evolución de este paciente fue favorable, siendo dado de alta al día número 8, sin interurrencias, se le cita de manera virtual para seguimiento por pediatría. (figura 5)

Como comentario personal, la neumonía adquirida en comunidad es una patología muy frecuente, y debemos diagnosticarla raudamente ya que cursa con desaturación y deterioro clínico del paciente, demos conocer los antibióticos de primera línea y segunda línea, en este caso el autor se guio de la norma técnica peruana actualizada.

CAOS CLINICO N8: LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Presentación de caso

Paciente pediátrico de 7 años, originario de San Ramon, Junín. Su padre relata una enfermedad de larga data aun sin diagnostico en su región. Se describe como dolor poliarticular acompañado de fiebre esporádica. Recibió antipiréticos y múltiples antibióticos, que no resolvieron su cuadro, se plantea su referencia.

No existen enfermedades reumatológicas en su familia. El cuadro evoluciona con hinchazón de miembros inferiores que no ceden a analgésicos, tampoco calman al reposo. Niño refiere sentirse abotagado. Es referido a hospital regional de Oxapampa donde tiene una fiebre refractaria al tratamiento, se suman manchas equimóticas en rostro. Aquí de decide su referencia a INSN breña Lima para ampliación de estudios. Es recibido por la emergencia y se

le solicita una batería de exámenes, posteriormente se decide su hospitalización al servicio B e interconsulta al servicio de reumatología.

Funciones vitales:

Temperatura: 39.3°

Frecuencia respiratoria: 18x

Frecuencia cardiaca: 90x

Presión arterial: 90/70 mmhg

Peso: 18 kg

Talla: 110cm

Saturación: 98 %

Subjetivo: Paciente en compañía de su padre refiere dolor severo en todas las articulaciones, orinas muy espumosas que lo incomodan, sensación de calentura. Enfermería informa episodios febriles durante la madrugada.

Examen físico: Mal estado general, mal estado de hidratación, mal estado nutricional

Piel: Tibia, mal hidratada, poco elástica. Turgencia parcialmente conservada, signos de deshidratación marcada, signo del pliegue +, palidez ++, no ictericia, lesiones petequiales en abdomen y hombros.

Sistema linfático: Adenopatías supraclaviculares.

SOMA: Articulaciones dolorosas al movimiento, no rango articular, edema en rodillas, edema pretibial, edema maleolar, edema escrotal.

Tórax y pulmones: Murmullo vesicular audible en ambos hemitórax, no rales.

Amplexación conservada, no discrepancia toraco abdominal.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.

Pulsos periféricos presentes. No choque de punta

Abdomen: Blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No presencia de reacción peritoneal. No abdomen en tabla. Rovsing negativo. Ruidos hidroaéreos presentes.

Genitourinario: No contributorio.

Neurológico: LOTEP, conectada con el entorno, escala de Glasgow 15/15.

Plan de trabajo:

Hemograma completo:

- Leucocitos 4 680
- Hemoglobina 6.9 g/dl

- Plaquetas 138 000.

Frotis sanguíneo, esferocitosis y anisocitosis. No presencia de blastos en sangre periférica.

VSG: 50

PCR: 0,55 mg/dl.

Hemocultivo por 2: Hasta el momento negativo.

Radiografía de tórax: Leve derrame pleural, leve derrame pericárdico.

Anticuerpos Antinucleares (ANA): Positivo

Anticuerpos Anti-DNA de doble cadena: Positivo

Ecografía abdominal sin hallazgos patológicos.

En este paciente se cumplen 4 criterios de la asociación americana de reumatología, esto confirma su diagnóstico, indefectiblemente es lupus eritematoso sistémico, en este caso debut. Se debe pedir interconsultas a los departamentos de nefrología y reumatología. Debemos iniciar tratamiento con prednisona más cloroquina.

Paciente tributario de seguimiento multidisciplinar.

El LES pediátrico es más común en mujeres y suele presentarse entre los 12 años, es una enfermedad insidiosa y progresiva, en un inicio con síntomas inespecíficos, se le conoce inclusive como el gran imitador, es decir puede emular tras patologías (28).

Como comentario personal quisiera mencionar que esta enfermedad es rara, peor tiene tratamiento para poder mitigar los daños de la misma, es importante el diagnóstico oportuno, como médicos serumistas deberíamos referir todo paciente sospechoso de lupus (29).

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

Se realiza las prácticas en 3 hospitales diferentes, el INEN, el INMPN y el INSN Breña. Todos los mencionados son institutos, es decir están categorizados como III-2. En estos institutos se atienden pacientes de todas las partes del Perú, no solo de Lima, es decir se reciben las referencias de todos los hospitales, ya sea de temas oncológicos, pediátrico o ginecológicos ⁽³⁰⁾.

El INEN, lugar en el que se pasó mayor cantidad de tiempo, es un hospital iii-2 ubicado en san Borja, atiende aproximadamente 300000 pacientes al año, durante el último estudio de cáncer en lima metropolitana se registraron 64.243 casos nuevos de cáncer (60.710 invasivos y 3.533 in situ).

El INEN cuenta con prácticamente todos los servicios, Medicina Interna, Odontología, Psicología, Obstetricia; inmunización; todas las especialidades quirúrgicas sin excepción, hospitalización, farmacia, departamento de radiodiagnóstico, nutrición, servicio social; control de Tuberculosis tabla2 y terapia física; todas las especialidades médicas sin excepción (endocrinología, neumología, gastroenterología, etc.) ⁽³¹⁾.

El INEN recibe las referencias para atención especializada. También se responden tele consultas a cualquier parte del país. El INEN cuenta con ambulancias 24 horas, para traslado de pacientes.

Ahondando un poco más en el departamento de radiodiagnóstico, este cuenta con radiología intervencionista, tomografía, resonancia, PET SCAN, rayos x, ecografía, mamografía, etc. Realmente nunca he visto una interconsulta que no pueda responder este departamento, tampoco una prueba que no haya podido realizar, me dejo gratamente sorprendido.

El hospital también cuenta con un servicio de gineco oncología bien especializado, viendo números casos de cáncer de cérvix, así como neoplasias uterinas.

Si bien antes de la pandemia en el Perú existía un déficit de recurso humano en salud, no sólo médico, es decir la carga laboral generalmente era atroz, el INEN veía la manera de no colapsar, sin embargo esto puede mejorar mucho con más infraestructura y recurso, pero dentro de mis rotaciones por el Minsa, este instituto realmente fue muy impresionante y por qué no decirlo asombroso, siempre rescatare la frase: “en el INEN nada es imposible”.

Después del inicio de la pandemia la carga laboral aumento significativamente, debido a que el hospital disminuyo el número de camas, asimismo mucho personal sanitario cayó enfermo, registrándose a su vez lamentables bajas.

Quiero enfatizar que el COVID choco fuerte en la institución, el hospital se fragmento en zona COVID y zona no COVID. No hubo conflicto en la entregan de equipos de protección. Actualmente el autor y todos sus compañeros cointernos fueron vacunados sin la más mínima objeción en esta sede.

En el caso del internado, la normativa actual impide a los internos atender pacientes potencialmente infectados con COVID-19, sin embargo, muchos pacientes pueden ser asintomáticos o tener el Covid-19 y no tener un diagnóstico, y el interno al atender a dicho paciente por otra patología se estaría exponiendo a dicha enfermedad. Siempre existe un riesgo, como dicen un paciente es COVID hasta demostrar lo contrario

Para cuando se retomó el internado presencial, hubo charlas instructivas de bioseguridad, manejo de residuos y por supuesto COVID-19, esto concientizo sobre el distanciamiento de por lo menos 1 metro entre persona y persona, y se enfatizó el uso de mascarilla por parte de los pacientes. también se recomendó el uso de protector facial.

El retorno fue bien recibido por el equipo hospitalario, como se mencionó numerosas veces en el informe el interno de medicina cumple una labor crucial, más aún en piso, se le asignan cierta cantidad de camas y este se encarga de prácticamente todo, la labor del residente es más que toda una supervisión. En caso el IM no sea algo recién consulta con su superior directo, que casi siempre es un R1.

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Enfocaremos este capítulo en 4 partes, debido a que por ser tan heterogéneas las rotaciones, rescato algo diferente de cada una de ellas. En este acápite mencionare que me servirá como futuro médico.

III.1 Rotación Cirugía

Mi rotación de cirugía la conformaron las siguientes especialidades: Abdomen inframesocólicas y supramesocólicas, urología, mamas y tejidos blandos y tórax.

En el caso de abdomen aprendí a identificar los signos de alarma para cualquier enfermedad neoplásica que se suscite en el aparato gastrointestinal, llámese baja de peso, náuseas, constipación, sangrado anormal, fiebre, vómitos, etc. Asimismo, entendí como se completa a un paciente para sala de operaciones, asimismo que importante es siempre tener un stock en banco de sangre ante cualquier eventualidad; y por supuesto participe activamente en sala de operaciones, se me dieron muchas oportunidades. Esta fue sin duda mi pasantía más productiva pre pandemia.

Urología fue impactante, sobre todo por lo crudo de la misma, uno como hombre se siente consternado al ver una amputación total de pene. También pude conocer otras patologías muy prevalentes en territorio nacional como el cáncer de próstata.

Mamas y tejidos blandos una rotación muy demandante, además es cruento ver como una dama pierde la feminidad ante procesos como mastectomía radical, dentro de esta rotación tuve participación activa en quirófano donde aprendí suturas, nudos y puntos, realmente de verdadera utilidad para cualquier eventualidad en el SERUMS.

La rotación de tórax no pudo concentrarse por que la pandemia estallo y fuimos separados del hospital para salvaguardar la integridad de los internos.

Finalmente es importante saber que la parte quirúrgica es necesaria dentro de la formación médica, en caso uno quiera optar a una especialidad que contemple la misma, el INEN es un hospital muy recomendable ya que se efectúan varias operaciones al día, además de tener soporte anestesiológico y banco de sangre para cualquier emergencia. También tiene una unidad de cirugía experimental que pude conocer y entrar hasta en 3 oportunidades.

III.2 Medicina Interna

Está de más decir que esta fue una medicina interna del paciente oncología, conocida como oncología médica, esta se subdividió en servicio de adolescentes y hospitalización 6to piso O.

La rotación por adolescentes pego fuerte, es triste ver como pacientes tan jóvenes a veces se consumen debido a el cáncer, es una realidad dolorosa también dar noticias de pronóstico a los padres. No siempre son malas noticias, a veces algunos pacientes responden muy bien a la quimioterapia y muestran una remisión completa, también hay pacientes que son candidatos a trasplante de medula ósea, todo dependerá del estudio profundo de cada patología, el INEN cuenta con pruebas muy sofisticadas para subdividir a las mismas, ya que cada gen cuenta.

Es importante manejar el concepto de bicitopenia y pancitopenia, ya que en un paciente joven esto puede ser diagnostico diferencial de leucemia. Puede debutar de muchas formas, a veces como una epistaxis a repetición, anemia persistente o una fuerte neumonía.

La rotación por el sexto O abarco pacientes adultos con múltiples patologías oncológicas, ya sea tumores sólidos o leucemias. También se ven linfomas, ya sean hodgkin o no hodgkin. Aquí se administra diferentes esquemas de quimioterapia según cada paciente, lo que más rescato y me llevo es conocer las posibles consecuencias fatales del síndrome de lisis tumoral.

Algo que pude denotar es que esta especialidad maneja muy bien el medio interno, y cualquier alteración hidroelectrolítica es corregida por los médicos, solo cuando existe una refractariedad al tratamiento se solicita una interconsulta, eso fue muy provechoso ya que como interno me familiaricé con los trastornos del medio interno, a rendiendo a corregirlos con los fármacos adecuados y en las dosis adecuadas.

III.3 Pediatría

La totalidad de esta rotación fue realizada en el servicio B del hospital del niño. Como interno se me asignó la totalidad de la sala 2, con 6 pacientes, cada uno con una patología totalmente distinta a la otra, me gustó mucho ya que ante la escasez de personal, el residente tenía otra sala a cargo, me refiero a que estaba solo y los pacientes dependían directamente de mí, simplemente llegada las 7 era pasar visita con el asistente, quien asumía que yo conocía a fondo cada uno de mis pacientes, puedo decir concienzudamente que si los conocía y además cumplía el plan que tenía cada uno de ellos.

Aprendí mucho sobre el ABC de manejo de diarrea, pude ver pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, paciente con leucemia debut, paciente con LES debut, paciente con parálisis cerebral infantil, entre otras patologías. De aquí me llevo la paciencia de los asistentes y su predisposición para enseñar, fueron muy amables y pedagógicos, inclusive había dos zooms académicos a la semana donde el interno debía preparar diapositivas y exponer un tema.

Para mi vida profesional me llevo todo lo que es manejo diarrea, lactancia materna y manejo de neumonía. Espero no defraudarlos y aplicarlo perfectamente en mi SERUMS.

III.4 Gineco y Obstetricia

Primero tuve un pequeño por el servicio de neonatología del INMPN, fueron como 4 mini rotaciones, pasé por intermedios 3 y 4, alojamiento conjunto E e Intermedios 2.

Cada uno de estos lugares tenía una particularidad, redondeando un poco el tema, alojamiento conjunto eran neonatos normales, intermedios 3 y 4 patologías leves a moderadas que impedían que estén con su madre, pero el intermedio 2 si tenía patologías entre moderad severas que requerían estancias hospitalarias más alagaras.

Me llevo de neonatología que cualquier cosa puede indicar sepsis en un neonato, desde fiebre hasta lactancia intermitente, debemos ampliar siempre el estudio con un PCR y hemograma, asimismo si alguno estuviese positivo solicitar hemocultivo. También tener en cuenta los factores de riesgo maternos como controles prenatales insuficientes, ITU, RPM, etc.

Fue muy interesante entender que importante es la lactancia materna exclusiva, como mínimo unos seis meses, no existe, mejor alimento, pude conocer más a fondo los trastornos de succión y como evaluarlos, sin duda el contacto madre neonato es un binomio infalible.

Ya en ginecoobstetricia propiamente dicho pude estar en piso, tanto en el servicio A o como B, viendo puérperas y gestantes, pude entender la importancia de un correcto seguimiento del embarazo.

También pude ver pacientes con preeclamsia severa y síndrome de HELLP, así como pacientes con fiebre puerperal, pude ver en realidad de todo un poco así que siento que aprendí bastante.

El interno de medicina tenía dos guardias programas en centro obstétrico donde tuvimos la oportunidad de familiarizarnos con los partos, definitivamente un interno de medicina debe ver partos, ya que en el SERUMS dependiendo del lugar donde vayas puedes llegar a atender uno, no siempre el centro de salud cuenta con obstetra.

Es importante conocer que pacientes tienen chances de parto vaginal y cuáles no, por ejemplo, una cesareada anterior 2 veces no es factible que dé a luz por parto natural, así como cualquier alteración de la placenta. Otras indicaciones de cesaría son la preclamsia severa, trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal agudo, una macrosomía fetal, pelvis muy estrecha, presentación podálica, restricción del crecimiento intrauterino, embarazo gemelar, etc.

En algunas pacientes de parto natural, por no decir en la gran mayoría es importante realizar la episiotomía, luego hacer una episiorrafia correcta.

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

Todo cambió radicalmente por el COVID-19, sobre todo en tiempo perdido, si bien retornamos, esto fue con horario reducido y solo bajo la modalidad 15-15.

También la gran afluencia de pacientes contagiados impedía un proceso de aprendizaje correcto, termine aprendiendo por inercia muchas cosas.

Algo revolucionario fue la gran cantidad de equipos de protección y el calor que hacía en lima a veces hacía difícil realizar las labores, pero en el fondo se sabía que esto era lo más apropiado, mucho personal médico con factores de riesgo fue retirado del hospital y hacían trabajo remoto.

Previo al inicio de la pandemia, se pasaba la visita médica junto con los asistentes médicos, residentes, e internos; sin embargo, después de la pandemia las visitas médicas eran muy sobrias, a veces un asistente o a veces solo con el residente, asimismo estas se realizan de manera más rápida.

Es importante entender que el interno de medicina es el verdadero obrero o peón del hospital, es como un pequeño engranaje esencial, es el que trabaja todo desde abajo, quien realmente vela por completar al paciente, quien realiza muchos procedimientos con o sin supervisión, quien entrevista cada mañana y cada tarde a los pacientes, quien es gran parte de las veces coordina con la licenciada en pro del paciente.

Se presentaron muchas dificultades, no tuvimos tener 12 meses de internado completo para una preparación ideal, muy largas negociaciones por parte de las universidades con el Minsa.

Finalmente, con mucho o poco, rescato de cada rotación algo valioso que estoy seguro me ayudara de sobremanera al enfrentarme a la realidad del SERUMS.

CONCLUSIONES

El análisis crítico y los conocimientos obtenidos durante las diferentes rotaciones que conformaron este internado me ayudaran a terminar mi consolidación como médico en un SERUMS próximo. Es destacable que todas las experiencias clínicas me ayudaran a diagnosticar y tratar mejor a mis pacientes. A criterio del autor toda experiencia siempre debe tener un sustento ya sea en una guía o un metaanálisis; esto minimiza el error en el acto médico.

Es importante individualizar a cada paciente y siempre dar un poco más por ellos, ese poco más que uno de por los pacientes siempre marcara la diferencia, nunca olvidar que aquel paciente puede ser un padre, un hermano o un entrañable amigo.

Cierro este trabajo de suficiencia profesional con una frase que me marcó profundamente en mi formación y la llevo siempre conmigo.

RECOMENDACIONES

Para los futuros internos de medicina a quienes dejamos la posta, no permitan nunca más el internado ad honorem, es vital una remuneración para la encomiable y difícil labor que cumplimos en el hospital. En la praxis entenderán cuan complejo es el trabajo del interno.

El interno de medicina merece respeto y respaldo por su casa de estudios, no recordar que todos han pasado por la misma etapa, asimismo recalcar que el interno cumple todo el ciclo de la atención médica, desde que el paciente pisa al hospital, hasta cualquiera sea su destino.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Misión y Visión Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/mision-vision/>
2. Tele consultas INEN 2020 Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/teleconsultas-inen-2020/>
3. 4931.pdf [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4931.pdf>
4. Quiroga-Feuchter G, Robles-Torres RE, Ruelas-Morán A, Gómez-Alcalá AV. Bacteriuria asintomática en mujeres embarazadas. Una amenaza subestimada. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007;45(2):169-72.
5. Cáncer colorrectal en los jóvenes: factores pronósticos y características clínico patológicas en un instituto del cáncer de Perú [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292016000100005&script=sci_arttext&lng=pt
6. Capua Sacoto CD, Lujan Marco S, Morales Solchaga G, Budía Alba A, Pontones Moreno JL, Jiménez Cruz JF. Cáncer de pene: Nuestra experiencia en 15 años. Actas Urológicas Españolas. febrero de 2009;33(2):143-8.
7. Pinillos-Ashton L. Cáncer en el Perú: retos para el milenio. :2.
8. Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19-DECRETO DE URGENCIA-N° 090-2020 [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que->

establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/

9. Vilchez-Cornejo J, Viera-Morón RD, Larico-Calla G, Alvarez-Cutipa DC, Sánchez-Vicente JC, Taminche-Canayo R, et al. Depression and Abuse During Medical Internships in Peruvian Hospitals. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. junio de 2020;49(2):76-83.

10. Calderón-Jaimes E, Casanova-Román G, Galindo-Fraga A, Gutiérrez-Escoto P, Landa-Juárez S, Moreno-Espinosa S, et al. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones en vías urinarias: un enfoque multidisciplinario para casos no complicados. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2013;70(1):3-10.

11. Salazar MR, Regalado-Rafael R, Navarro JM, Montanez DM, Abugattas JE, Vidaurre T. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. enero de 2013;30(1):105-12.

12. Miranda Mellado C, Castillo Avila I. Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal. *Rev Cuid*. 1 de julio de 2016;7(2):1345.

13. Mamani F, Estela J. Factores de riesgo asociados a la ruptura prematura de membranas en embarazos pretérminos atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo Enero-diciembre, 2015. Repositorio de Tesis - UNMSM [Internet]. 2016 [citado 14 de abril de 2021]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4979>

14. Ahumada-Barrios ME, Alvarado GF, Ahumada-Barrios ME, Alvarado GF. Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado 14 de abril de 2021];24. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692016000100350&lng=en&nrm=iso&tlng=es

15. Mayta M, Leonel S. Frecuencia de microorganismos en infección urinaria en gestantes de altura en el Hospital Ramiro Prialé - Huancayo 2019. Universidad Nacional del Centro del Perú [Internet]. 2020 [citado 14 de abril de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/UNCP/5825>

16. Infección urinaria y embarazo. Diagnóstico y terapéutica [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/revistas/revista155/6_155.htm

17. Perdomo HAG. LA CIRCUNCISIÓN COMO FACTOR PROTECTOR PARA EL CARCINOMA DE PENE. UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA. *Prospectiva* [Internet]. 30 de noviembre de 2015 [citado 14 de abril de 2021];17(2). Disponible en: <https://revistapropectiva.univalle.edu.co/index.php/prospectiva/article/view/1397>
18. Jiménez-Morales S, Hidalgo-Miranda A, Ramírez-Bello J. Leucemia linfoblástica aguda infantil: una aproximación genómica. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 1 de enero de 2017;74(1):13-26.
19. Espinosa F, Guevara M, Blancas L. Lupus eritematoso sistémico en niños, una revisión de la supervivencia. *Alerg Asma Inmunol Pediatr*. 2009;18(1):10-5.
20. Vicente Cuevas M, Olmedo Sanlaureano S, Jiménez Moya A. Lupus eritematoso sistémico: A propósito de un caso clínico con presentación cutánea. *Rev Pediatr Aten Primaria*. marzo de 2013;15(57):55e5-9.
21. Garcia J, Ñuler Y. Microorganismos Más Frecuentes en Urocultivos de Gestantes de 20 a 38 Años Atendidas en el Hospital General Jaén 2019. Repositorio Institucional - UNJ [Internet]. 8 de noviembre de 2019 [citado 14 de abril de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unj.edu.pe/handle/UNJ/176>
22. Gonzales-Castillo JR, Varona-Castillo L, Dominguez-Morante MG, Ocaña-Gutierrez VR. Pandemia de la COVID-19 y las Políticas de Salud Pública en el Perú: marzo-mayo 2020. *Rev salud pública*. 1 de marzo de 2020;22(2):1-9.
23. PEI_2011_2015.pdf [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/transparencia/PEI_2011_2015.pdf
24. Albitres-Flores L, Pisfil-Farroñay YA, Guillen-Macedo K, Niño-García R, Alarcon-Ruiz CA, Albitres-Flores L, et al. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. julio de 2020;37(3):504-9.
25. res-097-2019-sunedu-cd-resuelve-aprobar-el-modelo-de-licenciamiento-del-programa-de-medicina.pdf [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://intranet.sunedu.gob.pe/documentos/directorios/320/res-097-2019->

sunedu-cd-resuelve-aprobar-el-modelo-de-licenciamiento-del-programa-de-medicina.pdf

26. RJ-031-2018.pdf [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2018/01/RJ-031-2018.pdf>

27. Enríquez AR. Sarcoma de Kaposi: revisión de la literatura e ilustración de un caso. *Acta Med.* 2013;11(1):23-31.

28. De la Torre Navarro LM, Domínguez Gómez J. Sarcoma de Kaposi. Una revisión. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* noviembre de 2010;9(4):525-33.

29. Iza Stoll A. Tratamiento de la hipertensión arterial primaria. *Acta Médica Peruana.* mayo de 2006;23(2):93-9.

30. Roig JV, Solana A, Alós R. Tratamiento quirúrgico y resultados del cáncer de colon. *Cirugía Española.* 1 de enero de 2003;73(1):20-4.

31. Quiroz Carrillo CG, Pareja Cruz A, Valencia Ayala E, Enriquez Valencia YP, De Leon Delgado J, Aguilar Ramirez P, et al. Un nuevo coronavirus, una nueva enfermedad: COVID-19. *Horizonte Médico (Lima)* [Internet]. abril de 2020 [citado 14 de abril de 2021];20(2).

ANEXOS



PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Neoplasias



DOCUMENTO TÉCNICO: TRATAMIENTO MEDICO ONCOLÓGICO DE LA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA EN ADOLESCENTES Y ADULTOS		Código: DT.DNCC.INEN.007
Emisor: DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA MÉDICA		Implementación 2019
		Versión V 0.1

VCR Vincristina 1.5mg/m² (máximo 2 mg) IV en los días 1, 8, 15, y 22. El voriconazol y el posaconazol están contraindicados con vincristina.

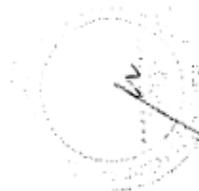
DNR Daunorubicina 25 mg/m² iv los días 1, 8, 15, 22.

L-ASA L-Asparaginasa nativa de E. Coli 10.000 UI/m²/d x 8 dosis intramuscular (IM), los días: 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30 y 33 (total 8 dosis) (de presentar reacción adversa a la asparaginasa nativa, una opción es la administración de Peg-asparaginasa 2500 UI / m² IM o IV x 1 dosis el día 4 (o día 5 o día 6).

Metotrexate 15 mg IT el día 8 y el día 29.

IT-MTX (*) Para pacientes con enfermedad SNC3, IT-MTX también se administra en los días 15 y 22.

MO Deben obtenerse aspirado y biopsia de la médula ósea para todos los pacientes el día 15 para evaluar la respuesta inicial, y el día 29 para evaluar la respuesta de inducción y la enfermedad residual mínima.



CLASIFICACION TNM DE LOS TUMORES DEL PENE	
T. Tumor primario	<p>TX: No se puede evaluar. T0: Sin evidencia de tumor primario. Tis: Carcinoma in situ. Ta: Carcinoma verrugoso no invasivo. T1: Invade el tejido conjuntivo subepitelial. T2: Invade el cuerpo esponjoso o cavernoso. T3: Invade la uretra o la próstata. T4: Invade otras estructuras adyacentes.</p>
N. Nódulos (ganglios) linfáticos regionales	<p>NX: No se puede evaluar. N0: No hay metástasis ganglionar linfática. N1: Metástasis en un solo ganglio inguinal superficial. N2: Metástasis en ganglios inguinales superficiales múltiples o bilaterales. N3: Metástasis en ganglios inguinales profundos o ganglios pélvicos.</p>
M. Metástasis a distancia	<p>MX: No puede evaluarse. M0: No hay metástasis distancia. M1: Hay metástasis distancia.</p>

ANEXO N°3

Criterio de Entrada: ANA's \geq 1:80 ó una prueba equivalente positiva en células epiteliales humanas tipo 2 (Hep-2)		
Manifestaciones Clínicas	Puntos	Hematológicos
Constitucionales		
▶ Fiebre	2	▶ Leucopenia ▶ Trombocitopenia ▶ Hemolisis autoinmune
Artritis	6	Renales ▶ Proteinuria > 0.5 g/24 hrs ▶ Biopsia renal clase II ó V para nefritis lúpica ▶ Biopsia renal clase III ó IV para nefritis lúpica
Cutáneos		Parámetros Inmunológicos
▶ Alopecia no cicatrizante	2	Complemento
▶ Úlceras orales	2	▶ C3 bajo ó C4 bajo
▶ Lupus cutáneo subagudo ó lupus discoide	4	▶ C3 bajo y C4 bajo
▶ Lupus cutáneo agudo	6	Anticuerpos antifosfolípidos
Neurológicos		▶ Anticuerpos anti-cardiolipina ó anti- β 2GP1 ó anticoagulante lúpico
▶ Delirium	2	Anticuerpos de alta especificidad
▶ Psicosis	3	▶ Anti-dsDNA
▶ Convulsiones	5	▶ Anti-Smith
Serositis		
▶ Derrame pleural ó pericárdico	5	
▶ Pericarditis aguda	6	
Los pacientes deben tener \geq 10 puntos para ser clasificados como LES, si se cumple el criterio de entrada		

Categorías de Presión Arterial



CATEGORÍA DE LA PRESIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA mm Hg (número de arriba)	DIASTÓLICA mm Hg (número de abajo)
NORMAL	MENOS DE 120	MENOS DE 80
ELEVADA	120 - 129	MENOS DE 80
PRESIÓN ARTERIAL ALTA (HIPERTENSIÓN) NIVEL 1	130 - 139	80 - 89
PRESIÓN ARTERIAL ALTA (HIPERTENSIÓN) NIVEL 2	140 O MÁS ALTA	90 O MÁS ALTA
CRISIS DE HIPERTENSIÓN (consulte a su médico de inmediato)	MÁS ALTA DE 180	MÁS ALTA DE 120

©American Heart Association

heart.org/bplevels

Tabla I. Estadificación de sarcoma de Kaposi relacionado con SIDA (ACTG modificado)⁽⁸⁾

Extensión tumoral (T)	
T0: buen pronóstico	Circunscrito a piel y/o linfonodos y/o mínimo compromiso de cavidad oral.
T1: mal pronóstico	Compromiso oral extenso, presencia de edema o úlcera tumoral, o enfermedad viscera gastrointestinal o de otro tipo.
Estado sistémico del paciente (S)	
S0: buen pronóstico	Sin historia de infecciones oportunistas, ni síntomas B (fiebre o sudoración nocturna inexplicable, pérdida de peso de 10% inexplicable o diarrea persistente) y score de Karnofsky \geq 70%.
S1: mal pronóstico	Historia de infecciones oportunistas, síntomas B, otras enfermedades relacionada con VIH y score de Karnofsky $<$ 70%.

ANEXO N°6

FIG. 14
MORTALIDAD DE LOS TUMORES MALIGNOS MÁS FRECUENTES - HOMBRES
MOST FREQUENT MALIGNANT TUMORS MORTALITY RATES - MALES
2010 - 2012

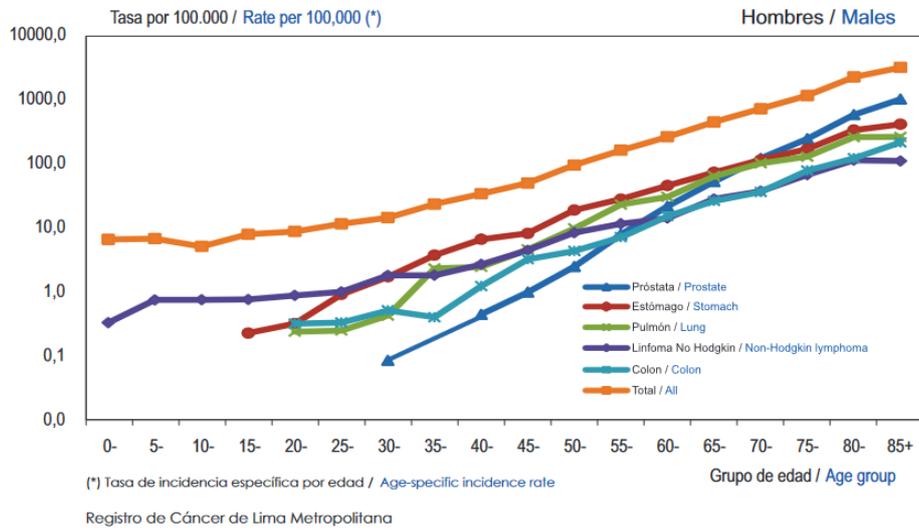
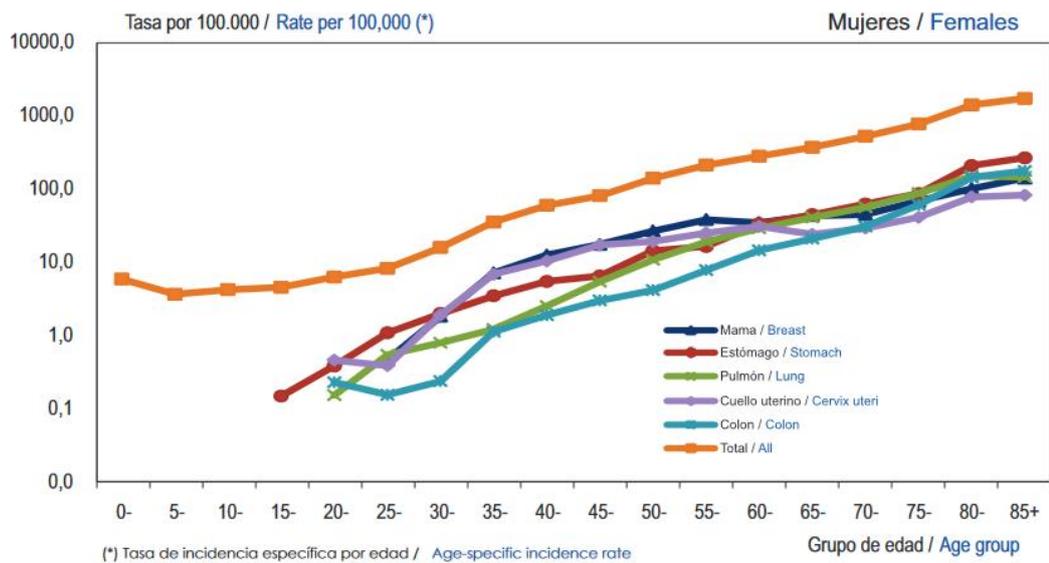


FIG. 15
MORTALIDAD DE LOS TUMORES MALIGNOS MÁS FRECUENTES - MUJERES
MOST FREQUENT MALIGNANT TUMORS MORTALITY RATES - FEMALES
2010 - 2012



ANEXO N°7

FIG. 15
MORTALIDAD DE LOS TUMORES MALIGNOS MÁS FRECUENTES - MUJERES
MOST FREQUENT MALIGNANT TUMORS MORTALITY RATES - FEMALES
 2010 - 2012



Registro de Cáncer de Lima Metropolitana