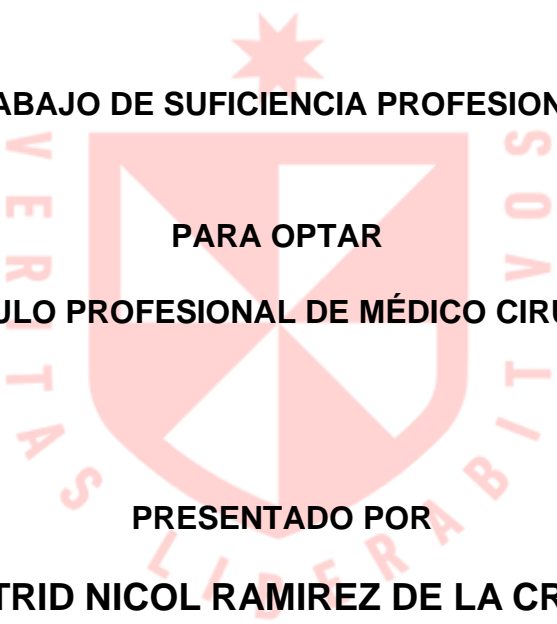


**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL INSTITUTO  
NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, INSTITUTO  
NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO E INSTITUTO NACIONAL  
MATERNO PERINATAL, PERIODO 2023 – 2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**



**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**AZTRID NICOL RAMIREZ DE LA CRUZ**

**VALERIA VERONICA GALLARDO HUERTAS**

**ASESOR**

**JOSÉ ANTONIO GALARRETA ZEGARRA**

**LIMA- PERÚ**

**2024**



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

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO EN EL INSTITUTO  
NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, INSTITUTO  
NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO E INSTITUTO NACIONAL  
MATERNO PERINATAL, PERIODO 2023 – 2024**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

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

**PRESENTADO POR  
AZTRID NICOL RAMIREZ DE LA CRUZ  
VALERIA VERONICA GALLARDO HUERTAS**

**ASESOR  
Dr. JOSÉ ANTONIO GALARRETA ZEGARRA**

**LIMA – PERÚ.**

**2024**

## **JURADO**

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

**MIEMBRO: Dr. JOHANDI DELGADO QUISPE**

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

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos de manera especial a nuestros padres que estuvieron acompañándonos en cada paso que damos y que son nuestra motivación.

A las entidades sanitarias donde realizamos nuestro internado por que, gracias a cada doctor y cada paciente que nos apoyó durante nuestro formación profesional.

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	iii
<b>ÍNDICE</b> .....	iv
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	v
<b>RESUMEN</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	ix
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b> .....	1
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b> .....	37
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b> .....	40
<b>CAPÍTULO IV. DE REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b> .....	73
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES</b> .....	75
<b>CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES</b> .....	76
<b>CAPÍTULO VII. FUENTES DE INFORMACIÓN</b> .....	77
<b>ANEXOS</b> .....	86

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Especialidades atendidas en el INEN .....	37
<b>Tabla 2</b> Especialidades atendidas en el INSN .....	38
<b>Tabla 3</b> Subtipos de osteosarcoma.....	44
<b>Tabla 4</b> Perfil clinico según manifestaciones .....	522
<b>Tabla 5</b> Sintomatología del síndrome obstructivo bronquial.....	70
<b>Tabla 6</b> Tratamiento del síndrome obstructivo bronquial.....	71

## RESUMEN

**Objetivo:** Esta revisión tiene como finalidad describir y analizar el proceso del internado médico poniendo en práctica los conocimientos teórico-prácticos obtenidos durante los seis años previos de carrera universitaria. Además, conocer las patologías importantes desarrolladas y tratadas en tres diferentes instituciones sanitarias: (INEN) Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, (INS) Instituto Nacional de Salud del Niño e (INMP) Instituto Nacional Materno Perinatal

**Método:** Estudio descriptivo, reporte de casos clínicos. Este estudio consta de un total de 16 historias clínicas pertenecientes a las rotaciones de ginecología, pediatría, medicina interna y cirugía general que se desarrollaron en el contexto del internado médico realizado los nosocomios de estudio.

**Conclusiones:** Se reconocieron y trataron adecuadamente cada una de las patologías según lo aprendido en el transcurso de la carrera y de acuerdo a los criterios médicos de los profesionales, de tal manera, se veló por la integridad y la calidad de vida de cada uno de los pacientes atendidos

**Palabras clave:** internado médico, instituto, patologías, historias clínicas.



## **ABSTRACT**

**Objective:** This review aims to describe and analyze the medical internship process, putting into practice the theoretical-practical knowledge obtained during the previous six years of university studies. In addition, know the important pathologies developed and treated in three different health institutions: (INEN) National Institute Of Neoplastic Diseases, (INS) National Institute of child health and (INMP) National Maternal Perinatal institute

**Method:** Descriptive study, clinical case report. This study consists of a total of 16 medical records belonging to the rotations of gynecology, pediatrics, internal medicine and general surgery that were developed in the context of the medical internship held in the study hospitals.

**Conclusions:** Each of the pathologies were recognized and treated appropriately according to what was learned during the course and according to the medical criteria of the professionals, in this way, the integrity and quality of life of each of them was ensured. the patients treated

**Key words:** medical internship, institute, pathologies, medical records.

## NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO  
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFER-  
MEDADES NEOPLÁSICAS, INSTITUTO N  
AC

## AUTOR

AZTRID NICOL RAMIREZ DE LA CRUZ

RECUENTO DE  
PALABRAS

19653 Words

## RECUENTO DE CARACTERES

115721 Characters

RECUENTO DE  
PÁGINAS

97 Pages

## TAMAÑO DEL ARCHIVO

249.7KB

## FECHA DE ENTREGA

Jun 17, 2024 2:22 PM GMT-5

## FECHA DEL INFORME

Jun 17, 2024 2:24 PM GMT-5

● 12% de similitud general

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

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

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



ASESOR: Dr. José Antonio Galarreta Zagarra  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2516-5755>  
DNI: 08153883

## INTRODUCCIÓN

En diferentes contextos institucionales, el internado médico (denominado también pasantía médica) es una fase que hace referencia al fin de la educación superior y el inicio del desempeño profesional <sup>(1)</sup>. Se define como la etapa en la que el joven deja de ser universitario de la escuela de medicina y da inicio al rol de médico con licencia completa. Este rol se basa en realizar una jornada de trabajo clínico supervisada por médicos residentes o asistentes, quienes están encargados de monitorear, supervisar y apoyar durante los diferentes procesos de atención en los establecimientos sanitarios. Comúnmente esta etapa tiene una duración de 12 a 15 meses, dependiendo de la normativa de cada universidad y hospital <sup>(2)</sup>.

La transición de un estudiante de medicina a un interno es una etapa significativa, la cual no ha tenido un impacto suficiente en la literatura, a pesar de ser descrita como desafiante y estresante <sup>(3)</sup>. Se ha notificado que la percepción de falta de preparación y competencia del graduado contribuye a la ansiedad en torno a esta transición <sup>(4)</sup>. La preparación y la competencia son temas muy importantes en la educación médica, especialmente después de una época de reforma internacional en la formación de médicos.

En tal sentido, se trata de una fase estructurada en el que los internos pasan de recibir y atender ejemplos o casos ficticios en las instalaciones universitarias a atender casos reales clínicos siempre con la supervisión de profesionales con mayor grado de profesión, lo cual implica, un reto significativo <sup>(5)</sup>. Durante este periodo de internado, los jóvenes desarrollan nuevas habilidades, como la toma de decisiones, el trabajo cooperativo, la transparencia y la empatía, siendo las más principales en este contexto. Este momento es crucial para que ellos determinen su verdadera vocación y servicio al paciente y al país <sup>(6)</sup>

Como antecedente, se podría considerar a Suecia, en donde la Junta Nacional de Salud y Bienestar sostiene que, una pasantía médica debe servir para introducir al médico recién graduado en el trabajo clínico al permitirle practicar y desarrollar conocimientos y experiencias basadas en lo que se obtuvo durante

la escuela de medicina <sup>(7)</sup>. Aunque se organizan de manera diferente, muchos estudios muestran que la transición de ser estudiante de medicina a trabajar como médico es intensa y estresante <sup>(8)</sup>.

En hospitales de Sudáfrica, según los resultados de un estudio, las principales fortalezas reconocidas por la mayoría de los internos fueron las habilidades interpersonales y la capacidad de practicar con un enfoque holístico centrado en el paciente. Estas habilidades se extendieron a la capacidad de los participantes para comunicarse de manera efectiva con colegas, pacientes y familiares de pacientes, y tratar a los pacientes desde una perspectiva biopsicosocial <sup>(9)</sup>.

En el contexto nacional, el periodo de internado médico es regulado de manera general, pero se gestiona a nivel hospitalario, lo cual coloca a los nosocomios como principales responsables de los recursos educativos brindados durante esta etapa de formación, así también se responsabiliza de la evaluación de cada interno y la seguridad de que cada uno de ellos cumpla adecuadamente todos los requisitos para aprobar la pasantía y convertirse en médico con licencia.

Aunque tiene un doble enfoque en el trabajo clínico y la educación formal, la mayor parte del año de internado se lleva a cabo en un entorno clínico donde los estudiantes trabajan como médicos. Los internos están incluidos en el horario regular de cada lugar de trabajo y se espera que contribuyan al trabajo diario de un médico, incluidas tareas como admitir y dar de alta a los pacientes, realizar exámenes físicos, recetar medicamentos, escribir referencias y notas de pacientes, consultar a especialistas y participar en rondas de sala.

El presente informe pretende explorar las experiencias de médicos en formación durante su primer año de práctica clínica en las especialidades de: Cirugía general, medicina interna, pediatría y gineco – obstetricia.

El documento estará dirigido para todos aquellos estudiantes que están a punto de ingresar al periodo de internado y quienes buscan reforzar sus conocimientos teóricos mediante la exposición de diferentes casos clínicos sustentados en la vida real.

## CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La etapa de internado médico se llevó a cabo en 3 hospitales diferentes especializados en diferentes áreas. En primer lugar, se abordarán los casos clínicos atendidos en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), los cuales pertenecen a la rotación de cirugía y medicina oncológica. En segundo lugar, los casos clínicos en la rotación de pediatría fueron atendidos en el Instituto Nacional De Salud Del Niño – Breña; asimismo, se considera pertinente considerar, también, casos de neonatología que fueron evaluados en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Finalmente, las historias clínicas de la rotación en obstetricia y ginecología fueron extraídas de la última institución en mención.

### 1. ROTACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL

#### 1.1. Caso clínico 1: CÁNCER DE MAMA

##### ***ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO***

Paciente femenina de 76 años se presenta al hospital con una tumoración en mama derecha y un tiempo de enfermedad de 1 año; razón por la cual se dirige a OI realizando un proceso de Biopsia core: CARCINOMA MUCINOSO DE MAMA. Con estos resultados acude al INEN.

Al examen físico de ingreso llevado a cabo el día 9 de junio del 2023 se detectó lo siguiente: tumoración de mama derecha de 4x3cm, sin compromiso de piel. Se solicitó revisión de láminas el día 26 de junio del 2023, logrando obtener lo siguiente: ***CARCINOMA INFILTRANTE DE LA MAMA, COMPONENTE MUCINOSO Grado 1.***

Se solicitó inmunohistoquímica (IHQ) el día 28 de junio: RE+, RP +, Cerb-2: -, Ki-67: 10%.

Imágenes de mamografía (31.07.23): Mama derecha en CSE a 2cm del pezón en su tercio anterior y medio; en conjunto se extiende en un área de 48mm, con retracción cutánea.

Ecografía de mama (31.07.23): Mama derecha en R7; se evidencia formación especulada, mide 11x9mm; otra lesión en R9-11 a 3cm del pezón que mide 34x16mm; en contacto con la piel. Con estos resultados es

reevaluada por nuestro departamento que indica hospitalización para cirugía programada.

### **FUNCIONES BIOLÓGICAS**

<b>Apetito</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Sed</b>	<i>Conservada</i>
<b>Orina</b>	<i>Nivel conservado</i>	<b>Deposiciones</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sudor</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Peso</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sueño</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Animo</b>	<i>ansioso</i>

### **ANTECEDENTES**

#### **a) Personales**

- **Generales:** Régimen de alimentación balanceado, niega hábitos nocivos (consumo de alcohol, drogas o tabaco).
- **Fisiológicos:** Niega utilización de métodos anticonceptivos, niega ITS, niega intervenciones quirúrgicas de la esfera sexual y reproductiva.
- **Patológicos:** alergias alimentarias (-), alergias farmacológicas (-), enfermedades previas (-), hospitalizaciones anteriores (-), intervenciones quirúrgicas (-), transfusiones sanguíneas (-).

**b) Familiares:** Familia en buen estado de salud.

### **EXAMEN FÍSICO**

#### **a. Funciones vitales y antropometría**

- ECOG: 1; PA: 114/66 mmHg; FC: 90x'; FR: 20 x', T: 36.5 C°, SatO2: 98%

#### **b. Examen clínico general**

- REG, REN, REH; Grado de enfermedad: Moderado;
- Orientación: LOTEP;
- Piel y Mucosas: Tibia, hidratada, elástica, palidez +/-, LLC < 2 seg,
- Tórax: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- Cardiovascular: RCR, no soplos;
- Abdomen: RHA (+), B/D, no doloroso a la palpación superficial ni profunda;

- Locomotor: En MM II izquierdo, se evidencia muón derecha infracondíleo en buen estado, sin signos de recurrencia locoregional
- SNC: Despierto, LOTEP, EG 15/15, no signos de focalización.
- Antebrazo derecho: Lesión que mide 3.5cm en 1/3 inferior de antebrazo derecho en su cara dorsal, no sangrente, bordes definidos
- Mama derecha: Tumoración de 6 cm que ocupa cuadrante supero externo sin compromiso de piel

**DIAGNÓSTICO:**

- Cáncer de mama
- Fibroadenoma de mama

**PLAN DE TRABAJO Y RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:**

<i>Plan de trabajo</i>	<i>Resultados de laboratorio</i>
Hemograma completo	
Perfil de coagulación	○ <b>Hemoglobina:</b> 122
Urea y creatinina	○ <b>Leucocitos:</b> 7.01 (N: 60%, L 30%)
Glucosa	○ <b>Plaquetas:</b> 150
PCR	○ <b>Creatinina:</b> 23
Perfil hepático	○ <b>Tiempo de protrombina (TP):</b> 11.1

El tratamiento farmacológico para el diagnóstico fue el siguiente: Paracetamol 1 gr. Se dispone a realizarse mastectomía total derecha + Biopsia de ganglio centinela.

**1.2. Caso clínico 2: CÁNCER GÁSTRICO**

**ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO**

Paciente masculino de 66 años diagnosticado con **LINFOMA B DE ALTO GRADO KI 67/60%**, PRIMARIO GÁSTRICO AVANZADO CON COMPONENTE ABDOMINAL **LIKE BULKY**, con un periodo de enfermedad de 6 meses representado sintomatológicamente por dolor epigástrico, llenura precoz pérdida de peso (6 kg aproximadamente).

Acudió a OI donde, donde se realizó endoscopia con AP LINFOMA FOLICULAR CD20 +, BCL2+, KI67 15%, recibió 1 curso de CHOP en OI (24.05.23).

Ingresó por emergencia INEN (04.05.23) en su QT10 cursó con Shock hipovolémico por HDA profusa por enfermedad de fondo.

Ingresó a SOP (05.05.23): El paciente fue sometido a una gastrectomía total, que implica la extirpación completa del estómago, y a una esofagoyeyunostomía en Y de Roux transmesocólica, un procedimiento quirúrgico que crea una conexión entre el esófago y el intestino delgado en forma de Y invertida

Se realizó un análisis patológico (AP) del tejido extirpado durante la cirugía, y se diagnosticó un linfoma de células grandes B. Además, se asoció con el virus de Epstein-Barr (VEB). La inmunohistoquímica (IHQ) reveló que las células tumorales eran positivas para Bcl-2 y negativas para Bcl-6 y c-Myc.

El Ki-67, que indica la tasa de proliferación celular, se registró en un 60%, lo que indica una proliferación celular alta. A pesar de la gravedad del diagnóstico y del procedimiento quirúrgico, el paciente tuvo una evolución favorable en su condición médica.

Recibió 4 cursos de R-CHOP de manera ambulatoria (22.06.23 - 07.09.23).

Ingresó por EMG (24.09.23) con TE 1 día caracterizado por dolor abdominal EVA 8/10, tipo cólico asociado a náuseas, con hipotensión, con TEM abd: disminución significativa de la luz a nivel del íleon proximal probablemente condicionada por bridas o adherencias que condiciona dilatación retrógrada de asa intestinal delgada, con presencia de contenido mixto en masa delgada distal y gruesa.

Ingreso a SOP (24.09.23): LE + Liberación de adherencias + Resección de segmento de yeyuno + anastomosis termino terminal, con hallazgo

operatorio de vólvulo de segmento de yeyuno de 1.5 metros de longitud que rota sobre su eje causando necrosis segmentaria y dilatación proximal, en su post operatorio inmediato pasa a UTI para manejo, donde se inició uso de vasopresores.



## **FUNCIONES BIOLÓGICAS**

<b>Apetito</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Sed</b>	<i>Conservada</i>
<b>Orina</b>	<i>Nivel conservado</i>	<b>Deposiciones</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sudor</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Peso</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sueño</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Animo</b>	<i>ansioso</i>

## **ANTECEDENTES**

### **a) Personales**

- **Generales:** plan alimentario balanceado, niega consumo de alcohol, tabaco o drogas.
- **Fisiológicos:** niega uso de métodos anticonceptivos, niega ITS.
- **Patológicos:** niega alergias, niega alergia fármacos, niega enfermedades previas, niega intervenciones quirúrgicas.

### **b) Familiares**

- Familia en buen estado de salud sin antecedentes.

## **EXAMEN FÍSICO**

### **a. Funciones vitales**

- ECOG: 4 Pa: 109/70 mmHg FC: 109x' FR: 20 x' T: 37.5 C° SatO2: 98%

### **b. Examen clínico general**

#### **Aspecto general**

- Estado general: REG, REN, REH
- Grado de enfermedad: Moderado
- Nivel del sensorio: Alerta
- Orientación: LOTEPE

#### **Examen regional**

- PIEL Y MUCOSAS: T/H/E, LLen. Cap. <2, palidez 2+
- TYP: MV disminuidos en bases, no ruidos agregados
- CV: RCR, no se auscultan soplos.

- ABD: RHA (+), B/D, herida operatoria mediana cubierta con gasas y herida operatoria en cuadrante inferior izquierdo cubierta con gasas con secreción serohemática
- SNC: LOTEP, Glasgow 14/15 puntos, no signos de focalización

### **DIAGNÓSTICO**

- Cáncer estómago
- Úlcera péptica
- Gastritis crónica

### **PLAN DE TRABAJO Y RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

<b>Plan de trabajo</b>	<b>Resultados de laboratorio</b>
Hemograma completo	
Perfil de coagulación	○ <b>Hemoglobina:</b> 132
Urea y creatinina	○ <b>Leucocitos:</b> 7.01 (N: 60%, L 30%)
Glucosa	○ <b>Plaquetas:</b> 300
PCR	○ <b>Creatinina:</b> 24
Perfil hepático	○ <b>Tiempo de protrombina (TP):</b> 13.1

El tratamiento farmacológico para el diagnóstico fue el siguiente: Paracetamol 1 gr. Se dispone a continuar con antibiótico (ATB).

### **1.3. Caso clínico 3**

#### **ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO**

Paciente varón de 14 años, natural y procedente de Lucanas, Ayacucho sin antecedentes de importancia, con tiempo de enfermedad de 11 meses caracterizado por aumento de volumen y dolor de rodilla derecha, además de disminución del rango articular. Motivo por el cual acude a consultorio de Ortopedia del INEN y se evalúa al paciente y solicitan exámenes de imágenes: RX de MMII derecho donde se evidencian hallazgos compatibles con Osteosarcoma en fémur distal. Con estos resultados se decide la disposición quirúrgica de Amputación Supracondílea de fémur derecho pero el paciente y su madre se asustan por la noticia y son perdidos de

vista. Acude 4 meses después por aumento del tamaño del tumor y dolor intenso que limita la posición del paciente.

Se solicitan exámenes prequirúrgicos y una radiografía de tórax. Se programa turno para Sala de Operaciones y se hospitaliza por emergencia.

## **FUNCIONES BIOLÓGICAS**

<b>Apetito</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Sed</b>	<i>Conservada</i>
<b>Orina</b>	<i>Nivel conservado</i>	<b>Deposiciones</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sudor</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Peso</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sueño</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Animo</b>	<i>ansioso</i>

## **ANTECEDENTES**

### **a) Personales**

- **Generales:** alimentación balanceada, niega consumo de alcohol, drogas y otras sustancias estupefacientes
- **Fisiológicos:** niega ITS, niega intervenciones quirúrgicas
- **Patológicas:** niega alergias, niega enfermedades previas, niega hospitalizaciones,

### **b) Familiares**

- Familia en buen estado de salud

## **EXAMEN FÍSICO**

### **a. Funciones vitales**

- ECOG: 0; PA: 113/77 mmHg; FC: 67 x'; FR: 20 x'; T: 36.4 C°

### **b. Examen clínico general**

#### **Aspecto general**

- Estado general: REG, REN, REH
- Orientación: LOTEPE

#### **Examen regional**

- PyM: T/H/E, palidez +/-, llen Cap. < 2seg,
- Tórax: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.

- CV: RCR, no soplos.
- ABD: RHA (+), B/D, sin dolor al momento de palpar
- Locomotor: En MM II izquierdo, se evidencia tumor de pierna izquierda por debajo de la rodilla, de paor28 t
- SNC: Despierto, LOTEP, EG 15/15, no signos de focalización.

## DIAGNÓSTICO

- Osteosarcoma

## PLAN DE TRABAJO Y RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

<i>Plan de trabajo</i>	<i>Resultados de laboratorio</i>
Hemograma completo	
Perfil de coagulación	○ <b>Hemoglobina: 111</b>
Urea y creatinina	○ <b>Leucocitos: 8.09 (N: 60%, L 30%)</b>
Glucosa	○ <b>Plaquetas: 305</b>
PCR	○ <b>Creatinina: 21</b>
Perfil hepático	○ <b>Tiempo de protrombina (TP): 11</b>

El tratamiento farmacológico consistió en las siguientes indicaciones: Cefazolina 1G c/8 hrs, Tramadol 100 mg c/8 hrs, Dimenhidrinato 50 mg c/8hrs.

### 1.4. Caso clínico 4

#### ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

Paciente mujer de 79 años natural de La libertad y procedente de Lima, con tiempo de enfermedad de 2 años; caracterizado por tumoración en tercio inferior posterior de pierna izquierda; con biopsia punch (28.12.22): CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS INVASOR. Posterior a ello refiere aparición de lesión nodular de 2.5x2.5cm en antebrazo derecho; asimismo en región supraclavicular derecha; con estos resultados acude al INEN.

Al examen físico de ingreso (28.06.23): se solicitó biopsia punch de lesiones en brazo y pierna 3.07.23: CARCINOMA EPIDERMÓIDE INFILTRANTE BIEN DIFERENCIADO QUERATINIZANTE, evaluación por

departamento de Cabeza y cuello; que indica diagnóstico de cáncer de piel facial múltiple; por lo cual fue intervenida quirúrgicamente para resección local amplia de piel en labio inferior y mejilla izquierda; con AP (10.07.23): labio inferior: CARCINOMA EPIDERMOIDE. Al ser evaluada por nuestro departamento acerca de lesiones en antebrazo y pierna derechos; se indica hospitalización para RESECCIÓN LOCAL AMPLIA DE AMBAS LESIONES MAS POSIBILIDAD DE COLGAJO.

## **FUNCIONES BIOLÓGICAS**

<b><i>Apetito</i></b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b><i>Sed</i></b>	<i>Conservada</i>
<b><i>Orina</i></b>	<i>Nivel conservado</i>	<b><i>Deposiciones</i></b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b><i>Sudor</i></b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b><i>Peso</i></b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b><i>Sueño</i></b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b><i>Animo</i></b>	<i>ansioso</i>

## **ANTECEDENTES**

### **a) Personales**

- **Generales:** plan de alimentación balanceado, niega consumo de alcohol, drogas y sustancias.
- **Fisiológicos:** niega ITS
- **Patológicos:** niega alergias, niega hospitalizaciones, niega intervenciones quirúrgicas.

### **b) Familiares**

- Familiares sin antecedentes

## **EXAMEN FÍSICO**

### **a) Funciones vitales**

- ECOG: 1 Pa: 120/70 mmHg FC: 80x' FR: 15 x' T: 37.5 C° SatO2: 98%

### **b) Examen clínico general**

#### **Aspecto general**

- Estado general: REG, REN, REH
- Grado de enfermedad: Moderado

- Orientación: **LOTEP**

### Examen regional

- Piel y Mucosas: Tibia, hidratada, elástica, palidez +/-, LLC < 2seg,
- Tórax: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- CV: RCR, no soplos.
- ABD: RHA (+), B/D, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- Locomotor: En MM II izquierdo, se evidencia muón derecha infracondíleo en buen estado, sin signos de recurrencia locoregional
- SNC: Despierto, LOTEPE, EG 15/15, no signos de focalización.
- Antebrazo derecho: Lesión sobreelevada que mide 3.5cm en 1/3 inferior de antebrazo derecho en su cara dorsal, no sangrente, bordes definidos

### DIAGNÓSTICO

- Carcinoma epidermoide múltiple de antebrazo derecho y pierna izquierda
- Cáncer basocelular

### PLAN DE TRABAJO Y RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

<i>Plan de trabajo</i>	<i>Resultados de laboratorio</i>
Hemograma completo	
Perfil de coagulación	○ <b>Hemoglobina:</b> 133
Urea y creatinina	○ <b>Leucocitos:</b> 7.09 (N: 60%, L 30%)
Glucosa	○ <b>Plaquetas:</b> 225
PCR	○ <b>Creatinina:</b> 31
Perfil hepático	○ <b>Tiempo de protrombina (TP):</b> 10

El tratamiento farmacológico indicado para el diagnóstico fue: Paracetamol 1 gr. Se dispuso: Disección ilioinguinal derecha + Injerto de piel.

## **2. ROTACIÓN EN MEDICINA INTERNA**

### **2.1. Caso clínico 1**

#### **ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO**

Paciente varón de 60 años portador de LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO EC IV diagnosticado mediante imágenes médicas (IMO) con tiempo de enfermedad comprendido por 03 meses caracterizado por tumoración de crecimiento rápido en región supraclavicular izquierda.

El paciente fue sometido a un examen clínico de cabeza y cuello el 20.12.22. Se realizaron pruebas de imagen y una biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF) guiada por ecografía en ganglios linfáticos en el área de la cabeza y el cuello. Los resultados fueron negativos para metástasis (NM) y adenitis crónica.

Dado la fuerte sospecha de cáncer (neoplasia), se realizó una biopsia quirúrgica incisional en un conglomerado de ganglios linfáticos supraclaviculares izquierdos. Los hallazgos de esta biopsia y los resultados de la inmunohistoquímica (IHQ) confirmaron el diagnóstico de linfoma de células del manto.

El paciente fue admitido en el hospital de día el 21.02.23 e indica que el paciente está siendo tratado con quimioterapia sistémica de primera línea utilizando los esquemas de quimioterapia R CHOP y R ESHAP. Asimismo, es candidato a una aspiración de médula ósea. La médula ósea muestra un porcentaje del 45% de células neoplásicas, lo que indica una invasión significativa de las células cancerosas en la médula ósea.

El día 07.03.23 inicia proceso de corticoterapia tributaria (dependiente) del tratamiento con R-CHOP y luego se planea pasar a R-DHAP. Posteriormente, se realizó una reevaluación mediante imágenes médicas el 24 de febrero de 2023, en donde se encontró lo siguiente:

- Adenopatía en fosa supraclavicular izquierda 3 x3 cm
- Adenopatías axilares izquierdas de 1.4 cm.
- Adenopatías mediastinales de 2 cm.
- Adenopatías Retrocrales y retroperitoneales de 2 cm.

- Esplenomegalia de 16 cm

El día 18.03 recibió el primer curso de quimioterapia con el régimen R-CHOP y R-DHAP indicando tolerancia adecuada al tratamiento. Posteriormente, recibió el segundo, tercer y cuarto curso de RCHOP y DHAP con adecuada tolerancia. Paciente sube a piso para continuar con tratamiento sistémico.

## FUNCIONES BIOLÓGICAS

<b>Apetito</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Sed</b>	<i>Conservada</i>
<b>Orina</b>	<i>Nivel conservado</i>	<b>Deposiciones</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sudor</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Peso</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sueño</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Animo</b>	<i>ansioso</i>

## ANTECEDENTES

### a. Personales

- **Generales:** alimentación balanceada, niega consumo de bebidas alcohólicas o consumo de drogas.
- **Fisiológicos:** niega uso de métodos anticonceptivos y niega ITS.
- **Patológicos:** alergias alimentarias (-), alergias farmacológicas (-), hospitalizaciones previas (-), intervenciones quirúrgicas (-).

### b. Familiares

- Ningún antecedente familiar

## EXAMEN FÍSICO

### a. Funciones vitales

- ECOG: 1 Pa: 110/70 mmHg FC: 79x' FR: 20 x' T: 36 C° SatO2: 97%

### b. Examen clínico

- Estado general: REG, REN, REH
- Grado de enfermedad: Moderado
- Orientación: LOTEPE
- Nivel del sensorio: Alerta

### c. Examen regional



- PyM: T/H/E, LLC<2, palidez 2+
- TYP: MV disminuidos en bases, no ruidos agregados
- CV: RCR, no se auscultan soplos.
- ABD: RHA (+), B/D, herida operatoria mediana cubierta con gasas y herida operatoria en cuadrante inferior izquierdo cubierta con gasas con secreción serohemática
- SNC: LOTEPE, Glasgow 14/15 puntos, no signos de focalización

## DIAGNÓSTICO

- Linfoma de células del manto EC IV

## PLAN DE TRABAJO Y RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

<i>Plan de trabajo</i>	<i>Resultados de laboratorio</i>
Hemograma completo	
Perfil de coagulación	○ <b>Hemoglobina:</b> 136
Urea y creatinina	○ <b>Leucocitos:</b> 5.46 (N: 37%, L 30%)
Glucosa	○ <b>Plaquetas:</b> 193
PCR	○ <b>Creatinina:</b> 24
Perfil hepático	○ <b>Tiempo de protrombina (TP):</b> 13.1

El tratamiento farmacológico prescrito fue paracetamol 1 gr. Se dispuso continuar con tratamiento antibiótico.

## 2.2. Caso clínico 2

### ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

Paciente mujer de 19 años con diagnóstico de PROBABLE LEUCEMIA AGUDA NUEVA, con periodo enfermedad 2 semanas presentando malestar general asociado a fiebre esporádica, manifestación de alteración dermatológica (petequias) en brazos, tórax y piernas y sentimiento de debilidad lo cual no permitía la completa deambulaci3n, motivo por el cual acudi3 a OI donde le realizaron estudio de l3mina perif3rica (15.04.2023): serie mieloide leucocitosis con predominio de blastos de morfolog3a linfoide en un 96% y plaquetopenia severa, por

episodios febriles persistentes se inició antibioticoterapia (ceftriaxona + amikacina EV por 5 días).

Fue referida, ingresando por EMG INEN (20.04.2023), donde se realizó hemograma (20.04.2023): Anemia G2, plaquetopenia G3 y leucocitosis con hemoblastosis.

Se realizó TEM de tórax (20.04.2023): pendiente validación, impresiona atelectasias bibasáleses con área de vidrio deslustrado con tendencia a la consolidación.

## **FUNCIONES BIOLÓGICAS**

<b>Apetito</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Sed</b>	<i>Conservada</i>
<b>Orina</b>	<i>Nivel conservado</i>	<b>Deposiciones</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sudor</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Peso</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sueño</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Animo</b>	<i>ansioso</i>

## **ANTECEDENTES**

### **a. Personales**

- **Generales:** Plan alimentario balanceado, niega consumo de alcohol o drogas.
- **Fisiológicos:** niega ITS.
- **Patológicos:** alergias alimentarias (-), alergias farmacológicas (-), hospitalizaciones previas (-), intervenciones quirúrgicas (-).

### **b. Familiares**

- Niega antecedente familiar.

## **EXÁMEN FÍSICO**

### **a. Funciones vitales**

- ECOG 1, PA 100/60 FC 65x min T: 36.3° C FR 18 SatO2: 98% FIO2 21%

### **b. Examen clínico**

- Estado general: REG, REN, REH
- Grado de enfermedad: Moderado
- Nivel del sensorio: Alerta

- Orientación: LOTEPE
- Facies: Tristeza

### c. Examen regional

- PyM: t/h/e, palidez +/-, LLC < 2seg.
- Tórax: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- CV: RCR, no soplos.
- ABD: RHA (+), B/D, no dolor a la palpación superficial ni profunda.
- SNC: Despierto, LOTEPE, EG 15/15.

### DIAGNÓSTICO

- Probable Leucemia Aguda Nueva
- Hemoblastosis
- Anemia G2 + Plaquetopenia G4

### PLAN DE TRABAJO Y RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

<i>Plan de trabajo</i>	<i>Resultados de laboratorio</i>
Hemograma completo	○ <b>Hemoglobina: 84</b>
Perfil de coagulación	○ <b>Leucocitos: 14.9 (N: 60%, L 21%)</b>
Urea y creatinina	○ <b>Plaquetas: 6</b>
Glucosa	○ <b>Creatinina: 66</b>
PCR	○ <b>Tiempo de protrombina (TP): 12</b>
Perfil hepático	

### PRUBAS DIAGNÓSTICAS – ASPIRADO DE AMO

AMO+CF (11.05.23): BLASTOS: 43.98%.

CG: 46, XY, t (8, 21) (q22, q22) (20)

PCR: AML1/ ETO detectado

El tratamiento farmacológico fue el siguiente: INDUCCION CON

ESQUEMA ECOG; TRAMADOL 50 MG EV + DIMENHIDRATO 50 MG EV C/8H; TRANSFUSIONES SANGUINEAS; FILGASTRIM 300 UI SC C/24H.

## 2.3. Caso clínico 3

### ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

Paciente mujer de 15 años portadora de LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA CON DIFERENCIACIÓN A LÍNEA GRANULOCITO NEUTRÓFILO Y MONOCITO, con un tiempo de enfermedad de 1 mes caracterizado por astenia, cefalea y disminución de peso no cuantificado. Acudió a OI donde se realizó un hemograma con evidencia de hemoblastosis. Asimismo, los resultados de la AMO mostraron características compatibles con leucemia mieloide aguda (LMA), un tipo de cáncer de la médula ósea y de las células sanguíneas. Además, se observó que el 26.99% de las células en la muestra eran blastos, lo cual es un hallazgo significativo, ya que indica una cantidad anormalmente alta de células inmaduras en la médula ósea.

La paciente fue admitida en el hospital EMG-INEN el 12.07.23. Estos son los resultados de pruebas de laboratorio y análisis citogenéticos: CM: 35% BLASTOS, PCR: NO DETECTADO, CG: 47, XX + 8(20).

El 14.07.23, la paciente fue hospitalizada y recibió un tratamiento indicado (ind) llamado 3 + 7 (régimen de quimioterapia). Además, se sometió a una aspiración de médula ósea (AMO14), donde se encontró que el 6% de las células eran blastos.

Durante la hospitalización, el paciente desarrolló neutropenia febril (bajo recuento de neutrófilos con fiebre) debido a una enteritis neutropénica (inflamación intestinal en el contexto de la baja cantidad de neutrófilos) y bacteriemia (presencia de bacterias en la sangre) causada por *Pseudomonas aeruginosa*, una bacteria que es sensible a múltiples antibióticos.

Es evaluada por CE. infectología (25.08.23): paciente persiste neutropénica, es enviada a EMG para ATB, donde recibió ATB VO. y dada de alta.

Al final del tratamiento, se realizó una última aspiración de médula ósea, donde se encontró que el 7.94% de las células eran precursores mielomonocíticos.

Acudió por EMG (01.09.23): persiste febril y con odinofagia y deposiciones líquidas, se solicitó TEM 3 partes: pendiente validación, inicio ATB

endovenoso con Piperacilina/Tazobactam, se hospitaliza en piso para recibir tratamiento médico.

## **FUNCIONES BIOLÓGICAS**

<b>Apetito</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Sed</b>	<i>Conservada</i>
<b>Orina</b>	<i>Nivel conservado</i>	<b>Deposiciones</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sudor</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Peso</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sueño</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Animo</b>	<i>ansioso</i>

## **ANTECEDENTES**

### **a. Personales**

- **Generales:** plan alimentario balanceado, niega consumo de alcohol y otros estupefacientes
- **Fisiológicos:** niega ITS
- **Patológicos:** alergias alimentarias (-), alergias farmacológicas (-), hospitalizaciones previas (-), intervenciones quirúrgicas (-).

### **b. Familiares**

Familia en buen estado de salud sin ningún antecedente.

## **EXMEN FÍSICO**

### **a. Funciones vitales**

- ECOG: 1; Pa: 110/74 mmHg; FC: 93x'; FR: 18x'; T: 37C°; SatO2: 97%

### **b. Examen clínico**

- Estado general: REG, REN, REH
- Grado de enfermedad: Moderado
- Nivel del sensorio: Alerta
- Orientación: LOTEPE

### **c. Examen regional**

- PIEL Y MUCOSAS: Tibia, hidratada, cavidad oral: lesiones eritematosas en lengua y mucosa oral, elástica, LLC < 2 seg.

- TCSC: edema en miembros inferiores, asociado a leve dolor a la palpación.
- TÓRAX: MV pasa bien en AHT, no ruidos agregados.
- CV: RCR, no soplos.
- ABD: RHA (+), globuloso, no dolor a la palpación superficial ni profunda.
- SNC: LOTEPE, EG 15/15, no signos de focalización.

## DIAGNÓSTICO

- Leucemia mieloide aguda, con diferenciación a línea Granulocito neutrófilo y monocito

## PLAN DE TRABAJO Y RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

<i>Plan de trabajo</i>	<i>Resultados de laboratorio</i>
Hemograma completo	○ <b>Hemoglobina: 98</b>
Perfil de coagulación	○ <b>Leucocitos: 2.39 (B: 23%, Cuerpos de Auer)</b>
Urea y creatinina	
Glucosa	○ <b>Plaquetas: 10</b>
PCR	○ <b>Creatinina: 42</b>
Perfil hepático	○ <b>Tiempo de protrombina (TP): 13.1</b>

El tratamiento farmacológico consistió en paracetamol 1gr.

## 2.4. Caso clínico 4

### ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

Paciente varón de 6 años acompañado de madre quien refiere aumento en número y tamaño de máculas hiperpigmentadas que se presentan en región lumbar y tórax posterior, que se acompañan de prurito leve intermitente los últimos años, pero que evolución ha ido progresando con la medida del tiempo. El tiempo de enfermedad estimado es de 4 años, enfermedad de forma progresiva y de curso crónico. Por lo que acude al hospital.

### FUNCIONES BIOLÓGICAS

<b>Apetito</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Sed</b>	<i>Conservada</i>
<b>Orina</b>	<i>Nivel conservado</i>	<b>Deposiciones</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sudor</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Peso</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sueño</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Animo</b>	<i>ansioso</i>

## ANTECEDENTES

### a. Personales

- **Generales:** plan alimentario balanceado, niega consumo de alcohol.
- **Fisiológicos:** niega ITS.
- **Patológicos:** alergias alimentarias (-), alergias farmacológicas (-), hospitalizaciones previas (-), intervenciones quirúrgicas (-).

### b. Familiares

Familia en buen estado sin ningún antecedente médico.

## EXAMEN FÍSICO

### a. Funciones vitales y antropometría

- ECOG: 0 Pa: 110/70 mmHg FC: 68 x' FR: 20 x' T: 36.4 C° SatO2: 99%

### b. Aspecto general

- Estado general: REG, REN, REH
- Grado de enfermedad: Moderado
- Nivel del sensorio: Alerta
- Orientación: **LOTEP**

### c. Examen regional

- PyM: T/H/E, palidez +/+++, LLC < 2seg, se evidencian diversas maculas hiperpigmentadas con bordes definidos no elevados > 5 cm, siendo la mayoría no sangrantes, levemente pruriginosas.
- Tórax: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- CV: RCR, no soplos.
- ABD: RHA (+), B/D, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- SNC: Despierto, LOTEPE, EG 15/15, no signos de focalización

## DIAGNÓSTICO

- Neurofibromatosis

## PLAN DE TRABAJO Y RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

<i>Plan de trabajo</i>	<i>Resultados de laboratorio</i>
Hemograma completo	○ <b>Hemoglobina:</b> 111
Perfil de coagulación	○ <b>Leucocitos:</b> 8.09 (N: 60%, L 30%)
Urea y creatinina	○ <b>Plaquetas:</b> 305
Glucosa	○ <b>Creatinina:</b> 21
PCR	○ <b>Tiempo de protrombina (TP):</b> 11
Perfil hepático	

El tratamiento farmacológico consistió en la prescripción de CLORFENAMINA 10 MG C/8H.

## ROTACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

### 2.5. Caso clínico 1

#### ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

Paciente procedente de emergencia para programación de sala de operaciones con el diagnóstico de prolapso genital con indicación de histerectomía vaginal, posteriormente acude al servicio de ginecología para monitoreo y preparación para entrar a SOP.

#### FUNCIONES BIOLÓGICAS

<b>Apetito</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Sed</b>	<i>Conservada</i>
<b>Orina</b>	<i>Nivel conservado</i>	<b>Deposiciones</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sudor</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Peso</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sueño</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Animo</b>	<i>ansioso</i>

#### ANTECEDENTES

##### a. Personales

- **Generales:** plan alimentario balanceado, niega consumo de alcohol, niega transfusiones de sangre, perfil completo de inmunizaciones



- **Fisiológicos:** menarquia: 13 años, régimen catamenial: 4d/irregular, inicio de relaciones sexuales: 24 años, andria: 1; G 5 P 5004
- **Patológicos:**
  - ✓ Hipertensión arterial, Parkinson (diagnosticado en 2013) se administró biperideno
  - ✓ Otras cirugías: prolapso (40 años)
  - ✓ Cirugías pélvicas: G1 – parto vaginal – 1979, G2 – parto vaginal – 1981, G3 - parto vaginal – 1983, G4 - parto vaginal – 1983, G5 - parto vaginal – 1987.

**b. Familiares**

Madre diagnosticada con Alzheimer

**EXAMEN FÍSICO**

**a. Funciones vitales y antropometría**

- Pa: 178/67 mmHg FC: 112/min; FR: 18/min; T: C°; peso: 46 kg; talla: 1.46 cm

**b. Aspecto general**

- Estado general: REG, REN, REH
- Grado de enfermedad: Moderado
- Nivel del sensorio: Alerta
- Orientación: **LOTEP**

**c. Examen regional**

- Piel y Mucosas: Tibia, hidratada, elástica, palidez +/-, LLC < 2seg.
- Tórax: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- CV: RCR, no soplos.
- ABD: B/D, sin dolor a la palpación superficial ni profunda.
- PPL (-), PRU (-)
- SNC: Despierto, LOTEPE, EG 15/15

**d. Examen ginecológico**

- GE y BUS: No sangrado vaginal
- Vagina: prolapso genital total

- Cérvix: mucosa sin alteraciones
- Útero: atrófico
- F.S. Douglas: Libre
- Mamas: Sin alteraciones

## DIAGNÓSTICO

- Prolapso uterovaginal

## PLAN DE TRABAJO Y RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

<i>Plan de trabajo</i>	<i>Resultados de laboratorio</i>
Hospitalización	○ <b>Hemoglobina:</b> 11.1 g/dL
Preparación SOP	○ <b>Leucocitos:</b> 20 – 25 x campo
Histerectomía vaginal	○ <b>Plaquetas:</b> 274
Antihipertensivos	○ <b>Creatinina:</b> 0.83 mg/gdL
	○ <b>Test de inhibición por antimicrobianos:</b> Negativo.

### 2.6. Caso clínico 2

#### ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

Paciente ingresó por emergencia con antecedente de mioma uterino desde el 2019. Paciente ingresó resistiendo dolor y sangrado vaginal que comenzó 02 semanas antes. En emergencia le toman una ecografía donde se evidenció mioma uterino tipo 7, por lo que fue intervenida quirúrgicamente.

#### FUNCIONES BIOLÓGICAS

<b>Apetito</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Sed</b>	<i>Conservada</i>
<b>Orina</b>	<i>Nivel conservado</i>	<b>Deposiciones</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sudor</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Peso</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sueño</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Animo</b>	<i>ansioso</i>

#### ANTECEDENTES

##### a. Personales

- **Generales:** plan alimentario balanceado, niega consumo de alcohol; transfusiones de sangre (2009)
- **Fisiológicos:** menarquía: 13, régimen catamenial: irregular; inicio relaciones sexuales: 17, andría: 06; frecuencia de relaciones sexuales: más de un año, G3 P 1112.
- **Patológicos:**
  - ✓ Alergias alimentarias (-), alergias farmacológicas (-), hospitalizaciones previas (-), intervenciones quirúrgicas (-),
  - ✓ Gastritis no tratada
  - ✓ Cirugía pélvica: legrado uterino (2009).

**b. Familiares**

Niega tener antecedentes por parte de su familia

**EXAMEN FÍSICO**

**a. Funciones vitales y antropometría**

- Pa: 130/70 mmHg FC: 92/min; FR: 18/min; T: 37.1 C° SatO2: 96%, peso: 74 kg; talla: 150 cm.

**b. Aspecto general**

- Estado general: REG, REN, REH
- Grado de enfermedad: Moderado
- Nivel del sensorio: Alerta
- Orientación: **LOTEP**

**c. Examen regional**

- Piel y Mucosas: T/H/E, palidez +/-, LLC < 2seg
- Cabeza y cuello: normo cefálico
- Tórax: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- ABD: RHA (+), B/D, no dolor a la palpación superficial ni profunda, herida operatoria cubierta con gasas.
- SNC: Despierto, LOTEPE, EG 15/15

**PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO Y HALLAZGOS**

- ✓ Miomectomía, excision de tumor del útero abordaje abdominal.

- ✓ Útero de aspecto adenomiotico 30 cm aprox. con mioma en fondo 20x20cm en pared posterior de 10x6 cm; ovarios hipotróficos adheridos a cuerpo uterino

## DIAGNÓSTICO

- Hemorragia vaginal y uterina anormal
- Miomatosis uterina

## PLAN DE TRABAJO Y RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

<i>Plan de trabajo</i>	<i>Resultados de laboratorio</i>
Hemograma completo	○ <b>Hemoglobina: 11.9 g/DL</b>
Perfil de coagulación	○ <b>Hematocritos: 36%</b>
	○ <b>Leucocitos: 17700</b>
	○ <b>Plaquetas: 238000</b>
Urea y creatinina	○ <b>Perfil de coagulación</b>
	✓ <b>Fibrinógeno: 504</b>
	✓ <b>Tiempo de protombina: 11.3</b>
	✓ <b>INR: 1.01</b>

### 2.7. Caso clínico 3

#### ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

Paciente acude por emergencia y refiere perdida de líquido amniótico desde hace 2 horas, refiere contracciones uterinas fuertes y percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal y otras molestias.

#### FUNCIONES BIOLÓGICAS

<b>Apetito</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Sed</b>	<i>Conservada</i>
<b>Orina</b>	<i>Nivel conservado</i>	<b>Deposiciones</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sudor</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Peso</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sueño</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Animo</b>	<i>ansioso</i>

#### ANTECEDENTES

##### a. Personales

- **Generales:** plan alimentario balanceado, niega consumo de alcohol.
- **Fisiológicos:** menarquia: 13 años, régimen catamenial: 3/30, inicio de relaciones sexuales: 23, andría: 01, frecuencia de relaciones sexuales: 2 veces/semana, RAP: 2015, G3 P1103.
- **Patológicos:**
  - ✓ Alergias alimentarias (-), alergias farmacológicas (-), hospitalizaciones previas (-), intervenciones quirúrgicas (-).
  - ✓ **Cirugía pélvica:** cesárea (2018)

**b. Familiares**

Abuela diagnosticada con cáncer al estómago.

**EXAMEN FÍSICO**

**a. Funciones vitales y antropometría**

- Pa: 116/74 mmHg; FC: 61/min; FR: 18/min; T: 36.8 C°

**b. Aspecto general**

- Estado general: REG, REN, REH
- Grado de enfermedad: Moderado
- Nivel del sensorio: Alerta
- Orientación: **LOTEP**

**c. Examen regional**

- Piel y Mucosas: T/H/E, palidez +/+++ , LLC < 2seg.
- Tórax: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- ABD: RHA (+), B/D, sin dolor a la palpación
- SNC: Despierto, LOTEPE, EG 15/15

**d. Examen ginecológico**

- **GE y BUS:** Pérdida de líquido amniótico claro evidente
- **Vagina:** elástica
- **Cérvix:** dilatado, incorporado, central
- **Útero:** Grávido de tono conservado

**e. Examen obstétrico**

- **AU:** 36 cm
- **LCF:** 145/min

- **DU:** 1/10 min
- f. Tacto vaginal
- **Dilatación:** 2 cm
  - **Incorporación:** 70%

## DIAGNÓSTICO

- Ruptura prematura de las membranas

## PLAN DE TRABAJO Y RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

<i>Plan de trabajo</i>	<i>Resultados de laboratorio</i>
Evaluación del bienestar fetal	○ <b>Hemoglobina:</b> 8.9 g/dL
Evolución espontánea de trabajo de parto	○ <b>Leucocitos:</b> 5 – 8 x campo
Perfil de gestante, PRC	○ <b>Plaquetas:</b> 328000
Urocultivo	○ <b>SIFILIS:</b> NEGATIVO
Sífilis	○ <b>VIH:</b> NO REACTIVO
VIH	○ <b>PCR:</b> 31.7 mg/L
	○ <b>Perfil de coagulación:</b>
	✓ <b>Fibrinógeno:</b> 463
	✓ <b>Tiempo de protrombina (TP):</b> 10.6

## 2.8. Caso clínico 4

### ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

Paciente proveniente de consultorio externo programada para histeroscopia, actualmente refiere no presentar molestias, niega dolor, niega SAT, niega sangrado por vía vaginal, niega náuseas, niega vómitos.

### FUNCIONES BIOLÓGICAS

<b>Apetito</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Sed</b>	<i>Conservada</i>
<b>Orina</b>	<i>Nivel conservado</i>	<b>Deposiciones</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sudor</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Peso</b>	<i>Sin alteraciones</i>
<b>Sueño</b>	<i>Sin alteraciones</i>	<b>Animo</b>	<i>ansioso</i>

### ANTECEDENTES

#### a. Personales

- **Generales:** plan alimentario balanceado, niega consumo de alcohol.
- **Fisiológicos:** menarquía: 15 años, régimen catamenial: 4d/12, inicio relac. Sex.: 25 años, andría: 01, G0 P000.
- **Patológicos:**
  - ✓ Alergias alimentarias (-), alergias farmacológicas (-), hospitalizaciones previas (-), intervenciones quirúrgicas (-).
  - ✓ Cirugía pélvica: polipectomía (2014), miomectomía (2022), histeroscopia (2023).

**b. Familiares**

Madre con hipertensión arterial e hipotiroidismo

**EXAMEN FÍSICO**

**a. Funciones vitales y antropometría**

- Pa: 130/80 mm/Hg; FC: 108/min; FR: 19/min T; peso: 51 kg; talla: 150 cm.

**b. Aspecto general**

- Estado general: REG, REN, REH
- Grado de enfermedad: Moderado

- Nivel del sensorio: Alerta
- Orientación: **LOTEP**

**c. Examen regional**

- Piel y Mucosas: T/H/E, palidez +/+++ , LLC < 2seg, no edemas.
- Tórax: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados.
- ABD: RHA (+), B/D, sin dolor a la palpación
- SNC: LOTEP, EG 15/15

**DIAGNÓSTICO**

- Sinequias intrauterinas

**PLAN DE TRABAJO Y RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS**

<i>Plan de trabajo</i>	<i>Resultados de laboratorio</i>
PRS	○ PRS, HIV Y HBsAg: <i>Negativo</i>

HIV	○ <b>Hemoglobina: 13.4</b>
HBsAg	○ <b>Leucocitos: 8.16</b>

### 3. ROTACIÓN EN PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA

#### 3.1. Caso clínico 1

##### ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

Paciente varón de 10 años sin antecedentes de importancia

6 días antes de ingreso madre refiere que no realiza deposiciones manteniendo esta eventualidad de manera crónica

2 días antes de ingreso presenta dolor abdominal localizado en mesogastrio que horas después se generaliza tipo cólico intermitente de intensidad 3/10 asociado a vómitos 5 veces/día. Niega síntomas asociados.

Acuden a clínica particular en donde se coloca enema y realiza deposición líquida de escaso volumen. Se le da de alta con polietilenglicol, sin dolor abdominal

1 día antes de ingreso por la madrugada inicia con dolor abdominal de similares características de intensidad 8/10 asociado a vómitos 4 veces/día, por ello acude a INSN en donde se le coloca enema y se le da de alta. 3 horas después madre refiere que, paciente presenta nuevamente dolor abdominal y presenta 2 vómitos para lo cual administra escopolamina y evidencian disminución parcial del dolor

Día de ingreso: a las 5 am presentó dolor abdominal intenso asociado a vómitos de contenido líquido y administra escopolamina e ibuprofeno. 7 horas después, madre nota lesiones eritematosas y pruriginosas en tórax, dorso, flancos abdominales asociado a persistencia de dolor abdominal y vómitos en 3 oportunidades.

##### FUNCIONES BIOLÓGICAS



<b>Apetito</b>	Disminuido	<b>Sed</b>	Conservada
<b>Orina</b>	Conservada	<b>Deposiciones</b>	No realiza hace 7 días
<b>Sueño</b>	Interrumpido por dolor abdominal	<b>Peso</b>	Sin alteraciones

## ANTECEDENTES

### a. Prenatales

- **N° de gestación:** 2
- **CPN:** SI (MÁS DE 6 VECES).
- **Eventualidades en el embarazo:**
  - ✓ 1er T: Niega
  - ✓ 2do T: preeclampsia severa, parto pretérmino.
  - ✓ 3er T: no aplica debido a que el embarazo culminó a las 28 semanas aproximadamente.

### b. Natales

- **Parto:** Distócico (Cesárea por preeclampsia severa).
- **Atención:** Institucional
- **Peso al nacer:** 1100 gr., no hubo llanto al nacer,
- **Talla:** 41 cm
- **Paciente** quedó hospitalizado por 3 meses
- **Complicaciones:** prematuro extremo

### c. Post natales

- **Alimentación:** lactancia mixta
- **Duración de la LME:** 12m
- **Alimentación complementaria:** 6m
- **Inmunizaciones:** completas
- **Desarrollo psicomotor:**
  - ✓ Edad control cefálico: 4 meses
  - ✓ Edad control torácico: 8 meses
  - ✓ Edad primeras palabras: 1 año
  - ✓ Edad marcha: 1 año

✓ **Edad inicio** escolaridad: 4 años

**d. Patológicos**

- Niega enfermedades
- Niega hospitalizaciones
- Niega intervenciones quirúrgicas
- Niega alergias, transfusiones, accidentes

**e. Familiares**

Padre, madre y hermanos aparentemente sanos

Abuelo fallecido por diabetes mellitus

**f. Epidemiológicos:**

Diagnóstico de dengue en clínica particular hace 3 semanas con tratamiento domiciliario sin complicaciones

**EXAMEN FÍSICO**

**a. Funciones vitales y antropometría**

- Peso: 54 kg; talla: 1.52; Pa: 120/60 mmHg FC: 85/min; FR: 19/min; T: 36.6 C°; SatO2: 97%; IMC: 23.4

**b. ECTOSCOPIA**

Paciente ventilando espontáneamente sin apoyo de oxígeno, cuenta con vía periférica permeable en miembro superior izquierdo.

- **Piel y faneras:** T/H/E, LLC < 2seg, no palidez, ni cianosis. Se evidencia lesiones tipo habones confluyentes en cara (localizado en frente, mentón).
- **TCSC:** No edemas.
- **Sistema linfático:** no adenopatías en región cervical, axilar, inguinal.
- **Sistema osteomuscular:** No hay aumento de volumen ni dolor en articulaciones,

**c. Examen regional**

- **Cabeza:** cráneo normocéfalo
- **Nariz:** permeable
- **Boca:** hidratado
- **Maxilo facial:** apertura bucal conservada

- **Cuello:** cilíndrico. Si métrico, no adenopatías.
- **Oro** faringe: eritematoso
- **Tórax:** amplexación conservada, no tirajes
- **Aparato** respiratorio: MV pasa bien en ACP.
- **Aparato** cardiovascular: ruidos cardiacos de buena intensidad, no soplos, pulsos periféricos presentes simétricos.
- **Abdomen:** globuloso, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, dolor a la palpación profunda generalizado, no signos peritoneales.
- **Neurológico:** Despierto, activo, Glasgow: 15/15.

## DIAGNÓSTICO

- **Urticaria aguda**

## PLAN DE TRABAJO Y RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

<i>Plan de trabajo</i>	<i>Resultados de laboratorio</i>
Hemograma completo	○ <b>Hemoglobina: 12.70</b>
Perfil de coagulación	○ <b>Leucocitos: 13.12</b>
Urea y creatinina	○ <b>Plaquetas: 672</b>
PCR	○ <b>Creatinina: 0.69</b>
	○ <b>TGO (Transaminasa glutámico oxalacética): 16</b>
	○ <b>P.C.R. CUANTITATIVO: 2.20</b>

### 3.2. Caso clínico 2

#### ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

Paciente de 7 años sin antecedentes de importancia con tiempo de enfermedad de **45 días** caracterizado por **fiebre** Inter diaria (38), **vómitos** alimentarios Inter diarios (1-2 episodios/día), **hiporexia**, **artralgia**, **mialgia** por lo que acude a Hospital de Tarapoto con referencia de centro de salud donde es Hospitalizada con dx: **Dengue Grave con falla multiorgánica**, siendo dada de alta hace 2 días. Familiar refiere persistencia de síntomas al día de hoy y ha bajado 10 kg de peso motivo por el que acude por EMG del INSN-B donde es evaluada y se decide **hospitalización para estudio**

#### FUNCIONES BIOLÓGICAS

<b>Apetito</b>	Disminuido	<b>Sed</b>	Disminuido
<b>Orina</b>	Conservada	<b>Deposiciones</b>	No realiza
<b>Sueño</b>	interrumpido por dolor abdominal	<b>Peso</b>	10 kg menos

## ANTECEDENTES

### a. Prenatales:

- Producto de 04 gestación con CPN adecuados sin interurrencias

### b. Postnatales:

- Refiere plan de vacunas completas
- No cuenta con carnet
- Desarrollo psicomotor adecuado.

### c. Natales

- AT parto eutócico HJ
- Evidenció llanto al nacimiento
- W: 3800; T: NR

### d. Familiares

- Hermanos diagnosticados con dengue 3 meses antes de ingreso a emergencia.

### e. Patológicos

- Niega cirugías
- Hospitalización: dengue hemorrágico (abril 2023)

### f. Epidemiológicos

- Niega COVID
- Niega TBC
- Positivo a dengue

### a. Familiares

## EXAMEN FÍSICO

### a. Funciones vitales y antropometría

- Peso: 18,4kg; FC: 22 x'; FR: 22 x' T: 36.4 C°; SatO2: 99%

### b. Examen regional

- **Piel y Mucosas:** Tibia poco elástica húmeda llenado cap < 2seg  
TCSC disminuido mucosas húmedas y palidez ++/+++
- **Orofaringe:** No eritema no exudado
- **Tórax:** Amplexación conservada no tirajes MV pasa bien por AHT  
no rales.
- **CV:** RCRR BI No soplos PP +.
- **ABD:** RHA (+), B/D
- **SNC:** Despierto, LOTEP, EG 15/15, no signos de focalización

### DIAGNÓSTICO

- Dengue grave

### Resultados de laboratorio

<i>Plan de trabajo</i>	<i>Resultados de laboratorio</i>
Hemograma completo	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Hemoglobina:</b> 8.5</li> <li>○ <b>Plaquetas:</b> 573000</li> <li>○ <b>Leucocitos:</b> <math>6.40 \times 10^3</math></li> <li>○ <b>TP:</b> 11.8</li> <li>○ <b>INR:</b> 1.00</li> <li>○ <b>TTPA:</b> 33.20</li> </ul>

### 3.3. Caso clínico 3

#### ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO

Paciente femenina de 03 años 4 meses con antecedente de síndrome dismórfico en estudio. Madre refiere un tiempo de enfermedad de 1 día caracterizado por tos productiva, niega fiebre. El día de ingreso notó que la tos se exagera, se agrega vómitos de contenido alimentario y presenta dificultad respiratoria, motivo por el cual acude al servicio de emergencia del INSN de Breña.

#### FUNCIONES BIOLÓGICAS

<b>Apetito</b>	conservado	<b>Sed</b>	Conservada
<b>Orina</b>	Conservada	<b>Deposiciones</b>	disminuido
<b>Sueño</b>	incrementado	<b>Peso</b>	Sin alteraciones

## ANTECEDENTES

### a. Prenatales:

- Producto de 2da gestación con CPN > 6
- Diagnóstico de ITU en el primer trimestre de gestación
- Parto eutócico
- No recuerda APGAR
- Llanto inmediato al nacer
- Inmunizaciones completas

### b. Desarrollo psicomotor

- **Control cefálico:** 3 meses
- **Control torácico:** 5 meses
- **Caminata:** 1 año 4 meses

## EXAMEN FÍSICO

### a. Funciones vitales y antropometría

- Peso: 10,6 kg; talla: 92 cm; Pa: 40/50 mmHg; PC: 117; FR: 28; T: 36.4 C° SatO2: 99%

### b. Examen regional

- Piel y Mucosas: Tibia, hidratada, elástica, LLC < 2seg, palidez +/-+++, no hay ictericia, presenta múltiples Máculas hipocrómicas generalizadas
- Cabeza: facies dismórfico, parálisis facial izquierda
- Ojos: simétricos, sin secreción
- Oídos: conducto auditivo externo permeable. No presenta secreciones
- Nariz: fosas nasales permeables
- Boca: Húmeda
- Cuello: cilíndrico, móvil, no adenopatías

- Tórax y pulmones: Amplexación adecuada, no tirajes
- CV: RCR, no soplos.
- ABD: RHA (+), B/D, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- SNC: Despierto, reactivo a estímulo, no focalización.

## DIAGNÓSTICO

- Síndrome de distrés respiratorio
- Neumonía adquirida en la comunidad
- Síndrome obstructivo bronquial
- Síndrome dismórfico

## PLAN DE TRABAJO Y RESULTADOS DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

<i>Plan de trabajo</i>	<i>Resultados de laboratorio</i>
Hemograma completo	○ <b>Hemoglobina: 9.2</b>
Urea y creatinina	○ <b>HCTO: 30%</b>
Glucosa	○ <b>Ab = 1%</b>
	○ <b>Leucocitos: 15, 750</b>
	○ <b>Plaquetas: 311,000</b>
	○ <b>PCR: 0.77</b>
PCR	○ <b>Creatina: 0,31</b>
	○ <b>Urea: 41</b>
	○ <b>Gluc: 68</b>

### 3.4. Caso clínico 4

#### ANTECEDENTES

##### a. Prenatales

- **Peso:** 66 kg
- **Talla:** 1.54
- G1 P0000
- **Exámenes auxiliares**
  - ✓ Grupo O Rh +
  - ✓ Hb 11.6 gr
  - ✓ Hcto 36%
  - ✓ VDRL (RPR): PRS: negativo
  - ✓ Examen de orina: (03/05): leucocitos: 1 – 3xc,

## **b. Antecedentes natales**

- **Inicio de labor**
  - ✓ Espontanea
- **Presentación**
  - ✓ Cefálica
- **Sufrimiento fetal**
  - ✓ No
- **Funciones vitales**
  - ✓ PA: 118/65
  - ✓ TEMPERATURA: 37 °

## **EXAMEN FÍSICO**

- Edema en cuero cabelludo en región occipitoparietal derecho maso menos 6 x 6 cm.
- Se realiza maniobra de Kristeller durante el parto, gestante recibió 02 dosis de analgesia
- Nace con esfuerzo respiratorio, a los pocos segundos se evidencia flacidez y palidez marcada por lo que se decide sacarlo de contacto y llevarlo a atención inmediata

## **DIAGNÓSTICO**

- Gastritis química

## **PLAN DE TRABAJO**

- Atención inmediata al RN
- Profilaxis ocular y cordón umbilical
- Somatometría
- Aplicación vit K 1 mg STAT
- Lavado gástrico
- CFV + OSA



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

El proceso de internado se llevó a cabo en tres establecimientos sanitarios diferentes, siendo el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), Instituto Nacional De Salud Del Niño e Instituto Nacional Materno Perinatal.

El INEN localizado en distrito de Surquillo es un establecimiento hospitalario público en el cual se desarrollan actividades orientadas a prevenir y ofrecer asistencia social anticancerosa, atención especializada en consultas externas y procesos de hospitalización, así como fomentar la educación superior universitaria sobre temas y enfermedades relacionadas al cáncer <sup>(10)</sup>.

El 19 de noviembre de 1985, mediante Decreto Supremo N.º 057-85-SA el INEN se establece como un instituto especializado y desconcentrado del Ministerio de Salud contando con participación autónoma en criterios técnicos y administrativos. Hasta la actualidad está encargado de la formulación y asesoría del desarrollo público sanitario, específicamente en el campo de las enfermedades oncológicas <sup>(10)</sup>.

Las especialidades atendidas son las siguientes:

**Tabla 1**

*Especialidades atendidas en el INEN*

	<b>Abdomen</b>
<b>Cirugía</b>	Cabeza y cuello
	Especialidades quirúrgicas
	Ginecología
	Neurocirugía
	Tórax
<b>Dirección de medicina</b>	Medicina
	Oncología pediátrica
<b>Dirección radioterapia</b>	Medicina nuclear
	Radioterapia

Fuente: portal INEN <sup>(10)</sup>

Cuenta con sedes regionales localizadas en diferentes partes del Perú:

- **Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Norte:** Ubicado en La Libertad - Trujillo
- **Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur:** Ubicado en Arequipa.

- **Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Centro:** Ubicado en el departamento de Junín

Asimismo, el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), localizado en el distrito de Breña, es reconocido como un hospital pediátrico y quirúrgico de alta especialización y complejidad. Este centro atiende a niños y adolescentes que son referidos desde otros hospitales de todo el país, contando con un equipo de profesionales de la salud altamente capacitados <sup>(11)</sup>.

El INSN logró la máxima clasificación en nivel de atención otorgado por el Ministerio de Salud (MINSA) en instituciones prestadoras de servicios de salud, denominada Categoría III-2, que cuenta con la Resolución Administrativa N° 705-2023-DMGS-DIRIS-LC <sup>(12)</sup>.

Las principales especialidades evaluadas en el nosocomio son:

**Tabla 2**

*Especialidades atendidas en el INSN*

Cardiología y cirugía cardiovascular
Cirugía Neonatal y Pediátrica Compleja
Especialidades Quirúrgicas Pediátricas
Neurocirugía
Atención Integral del Paciente Quemado
Trasplante de Médula Ósea
Pediatría y Especialidades Pediátricas

*Fuente: Portal INSN*

Finalmente, el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), anteriormente denominado Maternidad de Lima, es un destacado centro de salud pública en Perú que se especializa en la atención materno-perinatal. Además, se dedica activamente a la investigación y la educación en este campo. Ubicado en la ciudad de Lima, este instituto opera bajo la administración del Ministerio de Salud del Perú.

El INMP es una entidad descentralizada del Ministerio de Salud, dedicada a

proporcionar atención especializada y altamente especializada en salud sexual y reproductiva para mujeres en todas las etapas de su vida, así como a neonatos de alto riesgo. Además, el INMP pasó con éxito el proceso de categorización, el cual fue gestionado por la Dirección de Salud II Lima Sur y contó con la opinión vinculante de la Superintendencia Nacional de Salud, obteniendo así la categoría Nivel III-2.

Por otro lado, la entidad está habilitada, normada y autorizada para funcionar y atender públicamente a todas las pacientes que son referidas al nosocomio, contando, también con todos los servicios sanitarios de apoyo que permiten garantizar el nivel de atención con altos estándares de calidad. Asimismo, estos procesos son evaluados considerando criterios de verificación, control y evaluación de su cumplimiento <sup>(13)</sup>

La categoría Nivel III-2 que obtiene el INMP permite reconocer que es una entidad capaz de diseñar y proponer normativas, planes estratégicos e innovadores en un contexto científico – tecnológico con la finalidad de ser aplicados en el sector salud. Esto hace referencia a que cada uno de los trabajadores sanitarios está en la obligación de contar con algún grado de investigación científica o docencia en salud, lo cual permitirá contribuir a la resolución de problemas en el establecimiento <sup>(14)</sup>.

## CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

### CASO DIAGNÓSTICO: CÁNCER DE MAMA

Es un tipo de cáncer que se origina en las células del seno. Puede comenzar en diferentes partes del seno, aunque la mayoría de los casos se desarrollan en los conductos (carcinoma ductal) o en los lobulillos (carcinoma lobulillar). Es el tipo de enfermedad neoplásica con mayor frecuencia entre las mujeres en todo el mundo, aunque también puede afectar a los hombres <sup>(15)</sup>.

Desde el criterio fisiopatológico, el cáncer de mama se desarrolla debido a una serie de alteraciones genéticas y moleculares que llevan a la transformación de las células normales del tejido mamario en células malignas.

#### Características clínicas

El cáncer de mama presenta una variedad de características clínicas que pueden variar según la etapa y el tipo específico de cáncer <sup>(16)</sup>.

- **Alteraciones Genéticas y Mutaciones:** El cáncer de mama a menudo se origina debido a mutaciones en genes específicos que controlan el crecimiento y la división celular. Las mutaciones en genes supresores de tumores como BRCA1 y BRCA2 son particularmente significativas.
- **Desregulación de Vías de Señalización Celular:** La desregulación de vías de señalización celular, como la vía PI3K/AKT/mTOR que cumple un rol fundamental en el desarrollo del cáncer. Estas vías regulan procesos clave como la proliferación celular, la apoptosis y el metabolismo.

#### Sintomatología

En la mayoría de los cuadros clínicos se presentan los siguientes criterios sintomatológicos <sup>(17)</sup>:

- **Masa o Bulto en el Seno:** Una de las manifestaciones más comunes del cáncer de mama es la aparición de una masa o bulto en el seno. Este bulto generalmente es indoloro, de consistencia dura y con bordes irregulares. Las mujeres pueden detectar estos bultos durante un autoexamen de mama o a través de mamografías de rutina.
- **Cambios en la piel del seno:** Otro síntoma notable del cáncer de mama incluye cambios en la piel del seno, tales como enrojecimiento,

descamación, engrosamiento o apariencia de "piel de naranja". Estos cambios pueden ser indicativos de un cáncer de mama inflamatorio, un tipo de cáncer de mama agresivo.

### **Tratamiento**

La **mastectomía** es un proceso de cirugía en el cual se lleva a cabo la extirpación de todo el seno afectado por el cáncer, incluyendo tejido mamario, tejido conectivo y, en algunos casos, ganglios linfáticos cercanos. Este tratamiento es comúnmente utilizado en etapas tempranas del cáncer de mama y puede ser seguido por cirugía reconstructiva.

La **quimioterapia** implica la administración de medicamentos antineoplásicos para erradicar las células de origen canceroso o impedir su crecimiento. Se administra generalmente de manera cíclica, con períodos de descanso entre cada ciclo para permitir que el cuerpo se recupere.

### **CASO DIAGNÓSTICO: CÁNCER GÁSTRICO**

El cáncer gástrico es una enfermedad maligna que se origina en el revestimiento del estómago, caracterizada por la proliferación anormal de células, generalmente asociada con alteraciones genéticas y factores ambientales como la infección por *Helicobacter pylori* y ciertos hábitos dietéticos y de estilo de vida <sup>(18)</sup>.

El cáncer gástrico es una carga importante para la salud en todo el mundo. Es la segunda causa de muerte por cáncer después del cáncer de pulmón. Más del 90% de los tumores son adenocarcinomas, el foco principal de esta revisión. El pronóstico es sombrío, con una tasa media de supervivencia a 5 años inferior al 20%, debido principalmente al diagnóstico tardío, ya que los estadios iniciales son clínicamente silenciosos <sup>(19)</sup>.

### **Tasas de incidencia**

Las tasas de incidencia más altas se registran en Asia oriental (Corea, Mongolia, Japón y China), con tasas de incidencia anual de entre 40 y 60 por 100.000 habitantes. En América Latina, se reportan focos de alto riesgo en la Cordillera de los Andes, con tasas entre 20 y 30 por 100.000 <sup>(20)</sup>. En contraste con las tasas

mucho más bajas reportadas para las regiones costeras y de los valles fluviales. Las tasas más bajas se encuentran en África (~0,3 a 3 por 100.000, y en las poblaciones ricas de América del Norte).

### **Características clínicas**

**Dolor abdominal crónico y dispepsia:** El dolor abdominal crónico y la dispepsia (malestar estomacal) pueden ser síntomas tempranos del cáncer gástrico, indicando la presencia de una lesión tumoral en el estómago <sup>(21)</sup>. Estos síntomas pueden ser resultado de la infiltración del tumor en las capas musculares del estómago o de la obstrucción parcial del flujo gástrico.

**Pérdida de peso y anemia:** La pérdida de peso involuntaria y la anemia son características clínicas comunes en pacientes con cáncer gástrico avanzado. La pérdida de peso puede ser causada por una disminución en la ingesta de alimentos debido a la obstrucción del estómago o a la presencia del tumor. La anemia puede resultar de la pérdida de sangre gastrointestinal debido a úlceras o erosiones tumorales.

### **Clasificación histológica**

#### a) Clasificación según Lauren

Es la más utilizada y reconoce 2 tipos: intestinal (con uniones intercelulares) y difuso (sin uniones intercelulares), representando 2 entidades nosológicas diferentes. Ambos tipos se asocian con la infección por *H. pylori* <sup>(22)</sup>.

#### b) Clasificación según la OMS <sup>(23)</sup> y la Sociedad Endoscópica Japonesa <sup>(24)</sup>

- ✓ El **adenocarcinoma** de tipo intestinal se llama así porque forma glándulas o túbulos revestidos por epitelio que se asemejan a la mucosa intestinal. Es el tipo más frecuente que se encuentra en todas las poblaciones de alta incidencia y su incidencia ha disminuido en las últimas décadas. Muestra cohesión entre las células tumorales.
- ✓ Las **células del carcinoma difuso** carecen de cohesión e invaden los tejidos de forma independiente o en pequeños grupos
- ✓ Los **carcinomas de células en anillo de sello** se clasifican como difusos. Sus células tumorales contienen abundante mucina citoplasmática que desplaza el núcleo hacia la periferia.

## **Tratamiento**

La cirugía de resección, como la gastrectomía parcial o total, es un tratamiento común para el cáncer gástrico en etapas tempranas y localizadas. Durante una gastrectomía, se extirpa parte o la totalidad del estómago afectado por el cáncer, junto con los ganglios linfáticos cercanos.

La quimioterapia adyuvante, administrada después de la cirugía, o la neoadyuvante, administrada antes de la cirugía, se utiliza para tratar el cáncer gástrico avanzado o metastásico.

## **CASO DIAGNÓSTICO: OSTEOSARCOMA**

El osteosarcoma es una neoplasia maligna productora de osteoide de origen mesenquimatoso. Este tumor de alto grado es la neoplasia maligna primaria más común de los huesos y, a menudo, es mortal tanto en niños como en adultos <sup>(25)</sup>.

El osteosarcoma es un tumor primario de hueso que abarca el 20% de todos los sarcomas óseos, consiste en una neoplasia de células fusiformes que produce matriz ósea y la mayoría de los pacientes sufren de dolor localizado durante varios meses <sup>(26)</sup>.

### **Presentación clínica**

- La gran parte de los osteosarcomas típicos se originan en individuos con edades comprendidas entre los 10 y 20 años. Alrededor del 80% de estos tumores no muestran metástasis en el momento en que son diagnosticados. Un alto índice de sospecha de osteosarcoma permite un diagnóstico precoz, lo que puede tener un efecto positivo en la supervivencia.
- Los pacientes suelen presentar un dolor sordo y doloroso de varios meses de duración que puede volverse más intenso de repente.
  - ✓ El aumento de la intensidad del dolor puede correlacionarse con la penetración tumoral del hueso cortical y la irritación del periostio, o con una fractura patológica.
  - ✓ El dolor nocturno es común y puede despertar al paciente del sueño. Por lo tanto, el dolor nocturno crónico indolente no debe descartarse como "dolores de crecimiento", especialmente cuando es unilateral.

- El examen físico puede revelar dolor localizado, rango de movimiento restringido de la articulación adyacente, cojera o atrofia muscular, y puede confirmar la presencia de una masa, hinchazón o deformidad.
  - ✓ Con frecuencia, los niños tienen dolor referido; Por lo tanto, es esencial realizar un examen exhaustivo de la articulación por encima y por debajo del área de la queja, así como exámenes de columna y reflejos.
- Las metástasis en los ganglios linfáticos regionales son poco frecuentes en los pacientes con osteosarcoma. Los ganglios linfáticos regionales agrandados y sensibles son más sugestivos de osteomielitis.

### Diagnóstico

Debido a la naturaleza compleja de las neoplasias óseas malignas primarias, el diagnóstico se logra mejor a través de un enfoque multidisciplinario integral.

A menudo, el primer signo de una posible neoplasia maligna ósea es el dolor intermitente alrededor del área afectada con o sin una masa palpable. Cuando se involucran áreas alrededor de la articulación de la rodilla, el dolor exacerbado por la carga de peso puede manifestarse como una cojera <sup>(27)</sup>.

### Clasificación

Los subtipos de osteosarcoma incluyen osteoblástico, condroblástico, fibroblástico, de células pequeñas, telangiectásico, de superficie de alto grado, extraesquelético y otras formas de menor grado, como perióstico y parosteal.

Según sus características histológicas, los subtipos de SG se pueden agrupar en tres categorías: de grado alto, de grado intermedio y de grado bajo.

**Tabla 3**

*Subtipos de osteosarcoma*

Grado alto	Grado intermedio	Grado bajo
Osteoblásticos, condroblásticos, fibroblásticos, de células pequeñas, telangiectásicos, de superficie de grado alto y extraesqueléticos.	Osteosarcoma perióstico Tratamiento: quimioterapia sistémica	Osteosarcoma parosteal Tratamiento: Cirugía



---

Tratamiento: cirugía +  
quimioterapia sistémica

---

### Tratamiento

- El estándar actual para el tratamiento del osteosarcoma emplea quimioterapia neoadyuvante, cirugía y luego quimioterapia adyuvante posoperatoria <sup>(28)</sup>.
- Los cuatro fármacos que han mostrado una actividad constante son el cisplatino, la doxorubicina, el metotrexato en dosis altas con rescate de leucovorina y la isofosfamida con o sin etopósido <sup>(29)</sup>.

### CASO DIAGNÓSTICO: CARCINOMA EPIDERMOIDE MÚLTIPLE

El carcinoma epidermoide es un tipo de tumor maligno que se origina en los queratinocitos de la epidermis y se extiende hacia la dermis. Tiene una tendencia a desarrollarse en áreas de la piel expuestas al sol. La destrucción del tejido local puede ser significativa, y en etapas avanzadas, existe la posibilidad de que se produzcan metástasis <sup>(30)</sup>.

Desde un enfoque fisiopatológico, el carcinoma epidermoide múltiple, también conocido como carcinoma de células escamosas múltiple, es un tipo de cáncer de piel caracterizado por el desarrollo de múltiples lesiones malignas que se originan en las células escamosas de la epidermis

#### Características clínicas

- **Lesiones cutáneas persistentes:** El carcinoma epidermoide se presenta como lesiones cutáneas persistentes que pueden ser ásperas, escamosas, con ostras o con aspecto de úlceras. Estas lesiones pueden sangrar fácilmente y no cicatrizar adecuadamente con el tiempo <sup>(31)</sup>.
- **Masas en la piel o Nódulos:** El carcinoma epidermoide puede manifestarse como nódulos o masas palpables en la piel, que pueden ser firmes, elevados y de color rojizo o parduzco. Estas masas pueden crecer rápidamente con el tiempo y pueden estar asociadas con dolor o sensibilidad.

#### Sintomatología

- **Cambios en la piel:** Uno de los síntomas principales es la presencia de cambios visibles de la piel, como la aparición de manchas ásperas. Estas lesiones pueden ser planas o elevadas y pueden variar en tamaño y coloración.
- **Dolor o sensibilidad en la lesión:** Algunas personas con carcinoma epidermoide pueden experimentar dolor, sensibilidad o irritación en la lesión cutánea afectada. Esto puede ocurrir especialmente si la lesión está ubicada en áreas sensibles de la piel o si se irrita debido a la fricción con la ropa o el contacto directo.

### **Tratamiento**

- La **cirugía de escisión amplia** es un tratamiento común para el carcinoma epidermoide. Durante este procedimiento, el médico extirpa quirúrgicamente el tumor junto con un margen de tejido sano circundante para asegurar la eliminación completa del cáncer y reducir el riesgo de recurrencia <sup>(32)</sup>.
- La **radioterapia** se puede utilizar para tratar el carcinoma epidermoide, especialmente en casos donde la cirugía no es posible o para tratar áreas donde el cáncer se ha propagado a tejidos circundantes. Este procedimiento implica el uso de radiación de alta energía para destruir las células cancerosas y detener su crecimiento.

### **CASO DIAGNÓSTICO: LINFOMA DE CÉLULAS DE MANTO (LCM)**

Es un subtipo raro y agresivo de linfoma no Hodgkin (LNH), que representa aproximadamente el 3-10% de todos los casos de LNH. Este linfoma surge de los linfocitos B en la zona del manto, un área que rodea los folículos linfáticos en los ganglios linfáticos <sup>(33)</sup>.

#### **Etiología**

El LCM está asociado con la translocación t (11;14) (q13; q32), que resulta en la sobreexpresión del oncogén ciclina D1 (CCND1). Esta sobreexpresión es fundamental para la patogénesis del LCM, ya que la ciclina D1 juega un papel crucial en la regulación del ciclo celular, promoviendo la progresión de la fase G1 a la fase S. La desregulación de este proceso contribuye a la proliferación descontrolada de células malignas <sup>(33)</sup>.

Otros factores genéticos y moleculares también están implicados en el desarrollo del LCM, incluyendo mutaciones en los genes ATM, TP53, y otros relacionados con la reparación del ADN y la apoptosis. Además, el microambiente tumoral y las interacciones entre las células malignas y las células del estroma pueden influir en la supervivencia y proliferación de las células del LCM

### **Presentación clínica**

El LCM típicamente afecta a adultos mayores, con una mediana de edad al diagnóstico de aproximadamente 60 años. Los pacientes pueden presentar síntomas como:

- Adenopatías periféricas (ganglios linfáticos agrandados).
- Síntomas B (fiebre, pérdida de peso, sudores nocturnos).
- Esplenomegalia (agrandamiento del bazo).
- Involucramiento extranodal (particularmente en la médula ósea, tracto gastrointestinal, y sangre periférica).

### **Diagnostico**

El diagnóstico del LCM se basa en una combinación de hallazgos clínicos, histológicos, inmunofenotípicos y genéticos. La biopsia de un ganglio linfático o tejido afectado revela típicamente una proliferación de células pequeñas a medianas con núcleos irregulares <sup>(34)</sup>.

Los estudios inmunohistoquímicos son esenciales para confirmar el diagnóstico, mostrando positividad para CD20, CD5 y sobreexpresión de ciclina D1. La citometría de flujo también puede ser utilizada para caracterizar las células tumorales.

### **Estratificación del Riesgo y Pronóstico**

El índice pronóstico de linfoma de células del manto (MIPI) se utiliza para estratificar a los pacientes en categorías de riesgo bajo, intermedio y alto, basado en factores como la edad, el índice de Karnofsky, la cuenta de leucocitos y el lactato deshidrogenasa (LDH) sérica.

### **Tratamiento**

El tratamiento del LCM suele ser intensivo debido a su naturaleza agresiva. Las estrategias de tratamiento incluyen:

- Quimioterapia: Combinaciones como R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, y prednisona) o regímenes más agresivos como HyperCVAD (ciclofosfamida, vincristina, doxorubicina, y dexametasona).
- Inmunoterapia: El uso de anticuerpos monoclonales como el rituximab.
- Terapias dirigidas: Inhibidores de la tirosina quinasa de Bruton (BTK) como ibrutinib han mostrado eficacia en pacientes con LCM.
- Trasplante de células madre: En algunos casos, se considera el trasplante autólogo o alogénico de células madre hematopoyéticas, especialmente en pacientes jóvenes con enfermedad en recaída o refractaria.

### **CASO DIAGNÓSTICO: LEUCEMIA AGUDA (LA)**

Es un cáncer hematológico caracterizado por la proliferación rápida y descontrolada de células precursoras inmaduras de la línea mieloide o linfoide en la médula ósea y sangre periférica. Este crecimiento desordenado impide la producción normal de células sanguíneas, llevando a la disfunción de varias funciones hematológicas <sup>(35)</sup>

#### **Clasificación**

La LA se clasifica en dos tipos principales <sup>(36)</sup>:

- **Leucemia Mieloide Aguda (LMA):** Afecta a las células mieloides, que incluyen glóbulos rojos, plaquetas y algunos tipos de glóbulos blancos.
- **Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA):** Afecta a los linfocitos, un tipo de glóbulo blanco responsable de la respuesta inmune.

#### **Etiología y Factores de Riesgo**

La etiología de la LA es multifactorial, involucrando factores genéticos y ambientales:

- Factores Genéticos: Mutaciones en genes específicos (FLT3, NPM1 en LMA; TEL-AML1, BCR-ABL en LLA), anomalías cromosómicas (translocaciones, deleciones).
- Exposición a Radiación: Exposición a altas dosis de radiación ionizante.
- Quimioterapia Previa: Uso previo de agentes alquilantes o inhibidores de la topoisomerasa.

- Factores Ambientales: Exposición a productos químicos como benceno.
- Trastornos Hematológicos Preexistentes: Síndromes mielodisplásicos, neoplasias mieloproliferativas.

### **Patogénesis**

La LA se desarrolla cuando una célula madre hematopoyética o progenitora sufre alteraciones genéticas que afectan su capacidad para diferenciarse y madurar adecuadamente <sup>(37)</sup>. Estas alteraciones resultan en la acumulación de blastos leucémicos inmaduros en la médula ósea, que desplazan a las células hematopoyéticas normales, llevando a citopenias (anemia, trombocitopenia, neutropenia) y disfunción inmunológica.

### **Manifestaciones**

Los síntomas de la leucemia aguda suelen ser el resultado de la insuficiencia medular y la infiltración de órganos por células leucémicas:

- **Síntomas Relacionados con Anemia:** Fatiga, palidez, disnea.
- **Síntomas Relacionados con Trombocitopenia:** Sangrado fácil, moretones, petequias.
- **Síntomas Relacionados con Neutropenia:** Infecciones frecuentes y severas.
- **Síntomas Generales:** Fiebre, pérdida de peso, sudores nocturnos.
- **Infiltración de Órganos:** Hepatomegalia, esplenomegalia, adenopatías,
- dolor óseo o articular.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de LA se basa en la combinación de hallazgos clínicos, pruebas de laboratorio y estudios morfológicos <sup>(38)</sup>:

- Hemograma Completo: Muestra leucocitosis con blastos, anemia y trombocitopenia.
- Biopsia de Médula Ósea: Demuestra un incremento en el porcentaje de blastos ( $\geq 20\%$  de blastos).
- Inmunofenotipificación: Identifica los marcadores específicos de superficie de las células leucémicas mediante citometría de flujo.

- Estudios Citogenéticos y Moleculares: Detectan anomalías cromosómicas y mutaciones genéticas específicas.

### **Tratamiento**

El tratamiento de la LA es complejo y varía según el subtipo, edad del paciente y otras características clínicas. Las estrategias de tratamiento incluyen:

- Quimioterapia de Inducción: Objetivo de lograr la remisión completa (reducción de blastos en médula ósea a <5%).
- Quimioterapia de Consolidación: Para eliminar cualquier célula residual y prevenir la recaída.
- Trasplante de Células Madre Hematopoyéticas: Considerado en pacientes con alto riesgo de recaída o aquellos que no responden a la quimioterapia estándar.
- Terapias Dirigidas: Uso de inhibidores de tirosina quinasa (ej., imatinib para LLA Ph+), inhibidores de FLT3 para LMA con mutaciones FLT3.
- Inmunoterapia: CAR-T cells y anticuerpos monoclonales.

### **CASO DIAGNÓSTICO: LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA**

La leucemia mieloide aguda (LMA) se caracteriza por un aumento en el número de células mieloides en la médula ósea y una detención en su maduración, lo que con frecuencia resulta en insuficiencia hematopoyética (granulocitopenia, trombocitopenia o anemia), con o sin leucocitosis <sup>(39)</sup>.

### **Epidemiología**

Aproximadamente 6500 niños y adolescentes en los Estados Unidos son diagnosticados con LMA anualmente. La LMA comprende solo entre el 15 % y el 20 % de estos casos, pero representa un desproporcionado 30 % de los decesos por leucemia aguda. La frecuencia de LMA pediátrica se estima entre cinco y siete casos por millón de personas al año, alcanzando una incidencia máxima de 11 casos por millón a los 2 años de edad <sup>(40)</sup>

### **Clasificación**

En 2016, se presentó una versión revisada de la clasificación de la Leucemia Mieloide Aguda (LMA) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Esta revisión se caracteriza por integrar datos genéticos junto con aspectos morfológicos, inmunofenotípicos y clínicos para identificar seis categorías principales de la enfermedad: LMA con anomalías genéticas recurrentes; LMA con características asociadas a la mielodisplasia; LMA relacionada con tratamientos anteriores; AML no especificada de otro modo; sarcoma mieloide; y proliferación mieloide relacionada con el síndrome de Down <sup>(41)</sup>.

### **Tratamiento**

La elección del tratamiento de inducción inicial depende del estado funcional del paciente (que se mide mejor por el estado funcional y las comorbilidades), el estado biológico de la enfermedad (que se mide mejor por los grupos de riesgo pronóstico y el perfil molecular de las células leucémicas recientemente reconocido) y los objetivos del paciente <sup>(42)</sup>. Las dos terapias de inducción comúnmente utilizadas en la leucemia mieloide aguda incluyen 1) quimioterapia citotóxica con o sin terapias dirigidas y 2) agentes hipometilantes con o sin terapias dirigidas.

### **CASO DIAGNÓSTICO: NEUROFIBROMATOSIS**

Es un grupo de trastornos genéticos caracterizados por el desarrollo de múltiples tumores en el sistema nervioso. Existen tres tipos principales de neurofibromatosis: Neurofibromatosis tipo 1 (NF1), Neurofibromatosis tipo 2 (NF2) y Schwannomatosis <sup>(43)</sup>.

#### **Neurofibromatosis tipo 1 (NF1)**

Es un trastorno neurocutáneo frecuente autosómico dominante asociado con un mayor riesgo de formación de tumores benignos y malignos. La enfermedad afecta predominantemente a la piel, los huesos y el sistema nervioso, pero las complicaciones son generalizadas, impredecibles y variables, incluso dentro de familias con la misma mutación de la línea germinal *NF1* <sup>(43)</sup>.

#### **Epidemiología**

- Incidencia: Aproximadamente 1 en 3,000 nacidos vivos.
- Transmisión: Autosómica dominante; puede ser esporádica en aproximadamente el 50% de los casos.

## Perfil clínico

**Tabla 4**

*Perfil clínico según manifestaciones*

<b>Manchas café con leche:</b>	<b>Múltiples manchas pigmentadas en la piel.</b> Generalmente presentes al nacer o aparecen en la infancia.
<b>Nódulos de Lisch</b>	Hamartomas pigmentados del iris. Generalmente detectables mediante un examen con lámpara de hendidura.
<b>Neurofibromas</b>	Tumores cutáneos o subcutáneos Pueden ser localizados o plexiformes (grandes y desfigurantes).
<b>Pecas axilares o inguinales</b>	Presencia de pecas en áreas donde normalmente no se encuentran pecas
<b>Complicaciones óseas</b>	Displasia de huesos largos, escoliosis.
<b>Tumores malignos</b>	Mayor riesgo de tumores malignos como el glioma maligno de la vaina del nervio periférico.

## Tratamiento

- Seguimiento multidisciplinario: Neurología, dermatología, oftalmología, ortopedia.
- Cirugía: Para tumores que causan síntomas importantes.
- Medicamentos: Manejo de la hipertensión, anticonvulsivos para las convulsiones.
- Terapia de apoyo: Terapia ocupacional, logopedia para problemas de aprendizaje.

## Neurofibromatosis tipo 2 (NF2)



Es una enfermedad genética autosómica dominante causada por mutaciones en el gen **NF2**, que codifica la proteína merlina (schwannomina). Esta enfermedad se caracteriza por el desarrollo de schwannomas bilaterales del nervio vestibular (tumores del nervio auditivo) <sup>(44)</sup>.

Las características clínicas de la NF2 incluyen schwannomas vestibulares (VS), meningiomas intracraneales, tumores de la columna vertebral (generalmente schwannomas o meningiomas), schwannomas de nervios periféricos y anomalías oculares <sup>(45)</sup>.

Muchos pacientes con NF2 se vuelven sintomáticos cuando los tumores son relativamente pequeños, y el diagnóstico temprano puede mejorar la atención clínica de varias maneras: se pueden usar imágenes periódicas por resonancia magnética (IRM) para monitorear el crecimiento del tumor y se puede proporcionar asesoramiento genético durante los años reproductivos.

## **CASO DIAGNÓSTICO: PROLAPSO UTEROVAGINAL**

Se refiere al descenso del útero y, a menudo, de la vagina debido a una debilidad o daño en las estructuras de soporte del suelo pélvico. Este trastorno puede llevar a la protrusión del útero hacia la cavidad vaginal y, en casos severos, hacia el exterior <sup>(46)</sup>.

### **Etiología**

Puede ser causado por varios factores, que incluyen <sup>(46)</sup>:

#### **1. Factores de riesgo anatómicos:**

- Debilidad del tejido conjuntivo y ligamentos pélvicos.
- Lesiones del suelo pélvico: Debido a partos vaginales, especialmente si son múltiples o con macrosomía fetal.
- Histerectomía: La extracción del útero puede debilitar el soporte del suelo pélvico.

#### **2. Factores predisponentes:**

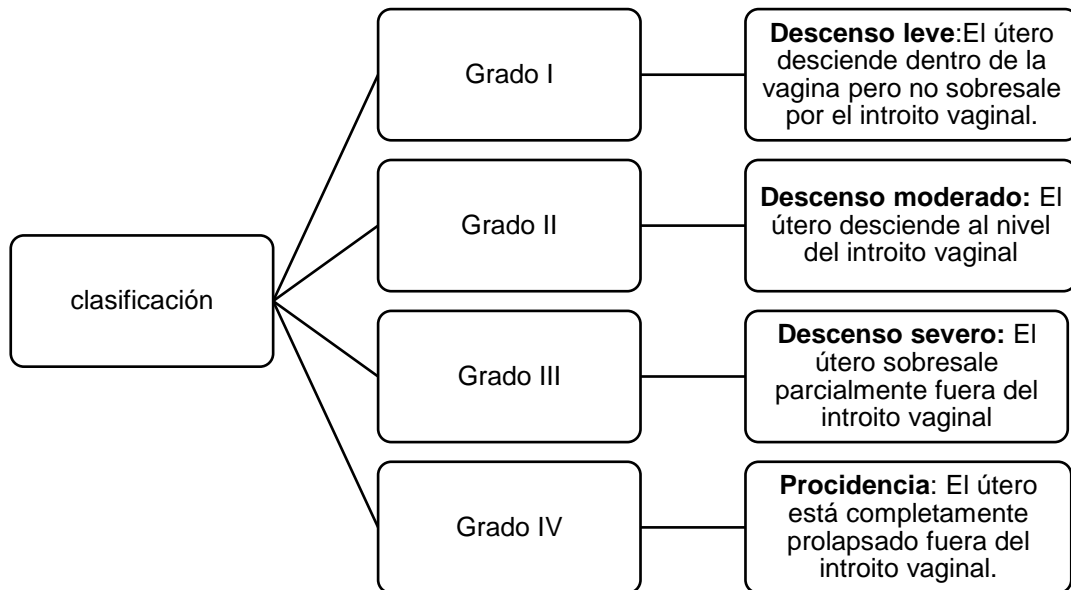
- Envejecimiento: Disminución de la fuerza muscular y elasticidad de los tejidos.

- Menopausia: Reducción en los niveles de estrógeno, que afecta la salud del tejido conjuntivo.
- Aumento de la presión intraabdominal: Por obesidad, tos crónica, o levantamiento de objetos pesados.

### 3. Factores genéticos:

- Historia familiar: Puede haber una predisposición genética al prolapso <sup>(46)</sup>.

### Clasificación



### CASO DIAGNÓSTICO: MIOMATOSIS UTERINA

Los leiomiomas uterinos (miomas o fibromas), tumores benignos del útero humano, son los indicadores más comunes para la histerectomía. Son clínicamente evidentes en hasta al 25% de las mujeres y causan una morbilidad significativa, incluyendo períodos menstruales prolongados o abundantes sangrado, presión o dolor pélvico y, en casos raros, disfunción reproductiva <sup>(47)</sup>.

Los fibromas tienen componentes tanto de músculo liso como de fibroblastos, además de una cantidad sustancial de matriz extracelular fibrosa, que contribuyen al proceso patogénico. Los miomas son extremadamente heterogéneos en su fisiopatología, tamaño, localización y sintomatología clínica. También forman parte de una serie de enfermedades en las que algunas

variantes tienen facetas de comportamiento maligno, pero en general son benignas <sup>(48)</sup>.

## **Presentación**

A menudo son asintomáticos, pero pueden causar una multitud de síntomas (ver tabla en Anexo 1) como sangrado uterino anormal, sensación de presión pélvica, incontinencia o retención urinaria, o dolor. También pueden estar asociados con problemas reproductivos como infertilidad y aborto espontáneo.

## **Etiología y factores de riesgo**

**Factores genéticos:** La predisposición genética juega un papel significativo. Las mujeres con antecedentes familiares de miomas tienen un mayor riesgo de desarrollarlos.

**Hormonas:** Los estrógenos y la progesterona parecen estimular el crecimiento de los miomas. Estos tumores rara vez aparecen antes de la menarquia y suelen disminuir después de la menopausia.

**Factores raciales:** Las mujeres de raza negra tienen una mayor incidencia de miomas y tienden a desarrollarlos a edades más tempranas con síntomas más severos.

**Otros factores:** La nuliparidad, la obesidad y ciertos factores dietéticos también pueden influir en el riesgo de desarrollar miomas

## **Clasificación**

Los miomas se clasifican según su ubicación en el útero:

1. **Intramurales:** Localizados dentro de la pared muscular del útero. Son los más comunes.
2. **Submucosos:** Crecen hacia la cavidad uterina. Pueden causar sangrado menstrual abundante y problemas de fertilidad.
3. **Subserosos:** Crecen hacia la superficie externa del útero. Pueden ejercer presión sobre órganos adyacentes.
4. **Pediculados:** Unidos al útero por un pedículo o tallo.

## Sintomatología

Muchos miomas son asintomáticos y se descubren incidentalmente. Sin embargo, cuando los síntomas están presentes, pueden incluir:

1. **Sangrado uterino anormal:** Menorragia (sangrado menstrual abundante) y metrorragia (sangrado entre períodos).
2. **Dolor pélvico:** Dolor crónico o agudo en la región pélvica.
3. **Presión en la vejiga o el recto:** Puede causar síntomas urinarios como frecuencia, urgencia o retención urinaria, y síntomas rectales como estreñimiento.
4. **Problemas reproductivos:** Infertilidad, abortos espontáneos recurrentes y complicaciones durante el embarazo.

## Diagnóstico

El mapeo preciso de los fibromas uterinos (localización, medición y caracterización) es esencial para la investigación para aclarar la historia natural de estos tumores y para evaluar las respuestas terapéuticas a los agentes en investigación. La selección óptima de pacientes para terapia médica, procedimientos no invasivos o cirugía depende de una evaluación precisa del tamaño, la cantidad y la posición de los miomas. Las técnicas de diagnóstico por imágenes disponibles para confirmar el diagnóstico de miomas incluyen la ecografía, la ecografía con infusión de solución salina y la resonancia magnética (49).

- **Ecografía** transvaginal: Es la herramienta de diagnóstico más común y efectiva para identificar y evaluar miomas. La ecografía puede ser inadecuada para determinar el número y la posición precisos de los miomas, aunque la ecografía transvaginal es razonablemente confiable para úteros <375 ml de volumen total o que contienen cuatro miomas o menos (50).
- **Resonancia magnética (RM):** Utilizada en casos complejos para obtener imágenes detalladas. Es precisa para diagnosticar un leiomioma con una sensibilidad de 88–93% y una especificidad de 66–91% y en la diferenciación del leiomioma de la adenomiosis focal. Por lo tanto, la resonancia magnética es más sensible para identificar los miomas uterinos

que la ecografía, no implica el uso de radiación ionizante y puede demostrar fácilmente la anatomía zonal uterina <sup>(51)</sup>

- **Histeroscopia:** Permite la visualización directa de la cavidad uterina, especialmente útil para miomas submucosos.
- **Biopsia endometrial:** Puede ser necesaria para descartar malignidad en casos de sangrado anormal.

### **Plan de tratamiento**

El tratamiento de una paciente con fibromas uterinos depende en gran medida de la presentación y de los deseos de la paciente. Por lo general, es necesario descartar de antemano otras causas de sangrado uterino anormal, presión/dolor pélvico y subfertilidad. En muchos casos, el tratamiento de los fibromas conlleva riesgos quirúrgicos y, en algunas mujeres, es mejor dejar los fibromas solos <sup>(52)</sup>.

El tratamiento de los miomas uterinos depende de varios factores, incluyendo la severidad de los síntomas, el tamaño y la localización de los miomas, y los deseos reproductivos de la paciente. Las opciones de tratamiento incluyen:

- **Observación:** En casos asintomáticos o con síntomas leves.
- **Tratamiento médico:**
  - o **Análogos de GnRH:** se usa con frecuencia como medidas temporales en mujeres perimenopáusicas, o preoperatoriamente para reducir el tamaño de los fibromas y hacer que la cirugía sea más segura y fácil. Una sola inyección de GnRH produce una estimulación inicial de las gonadotropinas hipofisarias, lo que resulta en un aumento de la secreción de la hormona estimulante del folículo (FSH) y LH y la respuesta gonadal esperada.
  - o **Anticonceptivos hormonales:** Para controlar el sangrado menstrual.
  - o **Antiprogesterona (como el mifepristona):** Para reducir el tamaño de los miomas y el sangrado.

### **Tratamiento quirúrgico:**

- **Miomectomía:** Remoción de los miomas, preservando el útero, indicada en mujeres que desean conservar la fertilidad.
- **Histerectomía:** Remoción total del útero, recomendada en mujeres que no desean conservar la fertilidad o cuando otros tratamientos fallan.

**Terapias menos invasivas:**

- **Embolización de las arterias uterinas (EAU):** Reduce el flujo sanguíneo a los miomas, causando su reducción.
- **Ablación endometrial:** Destrucción del revestimiento uterino, útil para controlar el sangrado.
- **Terapia con ultrasonido focalizado de alta intensidad (HIFU):** Técnica no invasiva para reducir los miomas mediante calor.

**CASO DIAGNÓSTICO: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)**

La RPM es un proceso normal durante el trabajo de parto y el parto y se produce cuando las membranas fetales se rompen antes del inicio del trabajo de parto, sin importar la edad gestacional. Una vez que se produce la rotura de las membranas, se suele recomendar el parto cuando el riesgo de infección ascendente supera el riesgo de prematuridad. En el caso de la RPM a término, el trabajo de parto suele ocurrir de forma natural o puede ser inducido en un plazo de 12 a 24 horas <sup>(53)</sup>.

La gestión de los embarazos complicados por la RPM antes de las 37 semanas de gestación, es más compleja. Esta condición ocurre en un rango del 2 % al 20 % de todos los partos y está asociada con el 18 % al 20 % de las muertes perinatales. Las opciones de tratamiento incluyen el ingreso hospitalario, la realización de amniocentesis para descartar infección intraamniótica, y la administración de corticosteroides prenatales y antibióticos de amplio espectro, cuando sea necesario <sup>(54)</sup>.

**Etiología y factores de riesgo**

Análisis histológicos del lugar donde ocurre la RPM en un embarazo a término han revelado una región con morfología anormal. Esta área se distingue por el aumento en el espesor de los componentes del tejido conectivo de las membranas, el adelgazamiento de la capa citotrofoblástica y la decidua, así como la interrupción de las conexiones entre el amnios y el corion <sup>(55)</sup>.

Estas alteraciones fisiológicas habituales acompañan el proceso de maduración cervical en anticipación al parto a término, y conducen a un debilitamiento localizado de las membranas fetales en la zona del orificio cervical interno, lo que aumenta la predisposición a la ruptura en dicho lugar <sup>(56)</sup>. A nivel celular, estas transformaciones se originan debido a la liberación de diversas enzimas como fosfolipasas, eicosanoides (principalmente prostaglandina E2), citocinas, elastasas, metaloproteinasas de matriz, o cualquier otra proteasa en respuesta a un estímulo, ya sea fisiológico o patológico.

Se han reconocido diversos factores de riesgo asociados con la rotura prematura de membranas (ver anexo 2) antes del término. Por ejemplo, la infección intraamniótica y la hemorragia decidual (desprendimiento de placenta) en etapas tempranas del embarazo pueden desencadenar la liberación de proteasas en los tejidos coriodescidual y en el líquido amniótico, lo que contribuye a la ruptura de las membranas <sup>(57)</sup>. De hecho, el desprendimiento de placenta se presenta en aproximadamente el 4% al 12% de los embarazos que experimentan rotura prematura de membranas (RPM), siendo más frecuente en aquellos embarazos con RPM prematura ocurrida antes de las 28 semanas de gestación.

## **Complicaciones**

Las membranas fetales desempeñan un papel crucial como barrera protectora contra la posible infección ascendente. Sin embargo, una vez que se produce la rotura de estas membranas, tanto la madre como el feto quedan expuestos al riesgo de infección y otras complicaciones asociadas.

### **a. Complicaciones neonatales**

- ✓ Principalmente están vinculadas con la edad gestacional en la que ocurre la ruptura de las membranas. La rotura prematura de membranas (RPM) está asociada con un incremento de 4 veces en la mortalidad perinatal y un aumento de 3 veces en la morbilidad neonatal, que incluye el síndrome

de dificultad respiratoria (SDR). Este síndrome afecta al 10 % al 40 % de las mujeres con RPM prematura y es responsable del 40 % al 70 % de las muertes neonatales.

- ✓ Se considera también la hipoplasia pulmonar fetal como complicación neonatal, que se presenta en el 26% de los casos de RPM prematura antes de las 22 semanas de gestación; deformidades esqueléticas, que afectan al 12% de los casos de RPM prematura y están relacionadas con la gravedad y duración de la RPM prematura; prolapso del cordón umbilical, especialmente en embarazos con presentación no cefálica; y un incremento en la tasa de partos por cesárea debido a presentaciones anómalas.
- ✓ El oligohidramnios grave en el contexto de la RPM prematura ocasiona un incremento en la incidencia de compresión del cordón umbilical y resultados de pruebas fetales preocupantes (sufrimiento fetal) durante el trabajo de parto. Esto, a su vez, conlleva a un aumento adicional del riesgo de parto por cesárea.

#### **b. Complicaciones maternas**

- ✓ Incluyen infección intraamniótica clínicamente manifiesta, que se presenta en un rango del 13 al 60 % en mujeres con rotura prematura de membranas (RPM) prematura, en contraste con solo el 1 % en los partos a término. Además, la endometritis posparto se registra en un porcentaje que va del 2 al 13 % en mujeres con RPM prematura.
- ✓ La corioamnionitis es más común en mujeres con rotura prematura de membranas (RPM) prolongada, oligohidramnios severo, múltiples exámenes vaginales y RPM que ocurre en una etapa temprana de la gestación

#### **Diagnóstico**

El diagnóstico de la RPM es principalmente clínico. Normalmente, se sospecha a partir de antecedentes de secreción vaginal acuosa y se confirma mediante un examen con espéculo estéril. El estándar de oro tradicional y mínimamente



invasivo para diagnosticar la ROM se basa en la capacidad del clínico para identificar tres signos clínicos durante el examen con espéculo estéril:

(1) Presencia visual de acumulación de líquido claro en el fondo de saco posterior de la vagina o pérdida de líquido a través del orificio cervical;

(2) La detección de un pH alcalino en la secreción cervicovaginal, típicamente confirmado mediante la observación de un cambio del papel de nitrazina de amarillo a azul (prueba de nitrazina);

(3) helechito microscópico de la secreción cervicovaginal al secarse. La presencia de una reducción en el volumen de líquido amniótico, detectada ya sea a través del examen de Leopold o mediante ecografía, no es suficiente para confirmar el diagnóstico por sí sola. Sin embargo, puede ser útil para sugerir el diagnóstico en el contexto clínico apropiado

## **CASO DIAGNÓSTICO: SINEQUIAS INTRAUTERINAS**

Son bandas de tejido cicatricial que se forman dentro del útero, a menudo resultando en la fusión parcial o completa de las paredes uterinas. Esta condición puede variar desde casos leves, con pequeñas adherencias, hasta casos severos, donde gran parte de la cavidad uterina está afectada <sup>(58)</sup>.

La incidencia universal de sinequia uterina (síndrome de Asherman) está aumentando constantemente. El principal culpable en la etiología de este trastorno es el traumatismo en el útero de la gestante, especialmente después de un legrado en el puerperio o después de un aborto fallido, mientras que el papel de la infección en las adherencias intrauterinas traumáticas debe considerarse con precaución <sup>(59)</sup>.

### **Etiología y Factores de Riesgo**

Desde un enfoque clínico se pueden clasificar diferentes factores de riesgo, los cuales son evaluados y monitoreados de acuerdo con la naturaleza del diagnóstico <sup>(60)</sup>:

#### **1. Procedimientos uterinos previos:**

- Legrados uterinos (curetaje): Especialmente después de abortos espontáneos, abortos inducidos o partos, es la causa más común.

- Cirugía uterina: Como la miomectomía o la resección de pólipos endometriales.
2. **Infecciones** uterinas: Endometritis, tuberculosis uterina.
  3. **Trauma uterino**: Puede resultar de dispositivos intrauterinos (DIU) o de complicaciones obstétricas.
  4. **Radicación** pélvica: Tratamiento con radiación para cánceres ginecológicos.

## Síntomas

Los síntomas de las sinequias intrauterinas pueden variar dependiendo de la extensión y la localización de las adherencias <sup>(61)</sup>. Incluyen:

1. **Amenorrea**: Ausencia de menstruación, especialmente si las sinequias obstruyen el canal cervical o la cavidad uterina.
2. **Hipomenorrea**: Menstruaciones escasas.
3. **Dolor** pélvico crónico: Puede resultar de la obstrucción del flujo menstrual.
4. **Infertilidad**: Dificultad para concebir debido a la alteración de la cavidad uterina.
5. **Abortos** recurrentes: Debido a la implantación inadecuada del embrión.

## Diagnóstico

El diagnóstico de las sinequias intrauterinas se realiza a través de varias técnicas:

1. **Historial clínico**: Antecedentes de procedimientos uterinos, síntomas menstruales anormales e infertilidad.
2. **Ecografía transvaginal**: Puede detectar cambios en la cavidad uterina, pero no es la técnica más sensible.
3. **Histerosalpingografía** (HSG): Un estudio radiológico con contraste que puede mostrar defectos de llenado en la cavidad uterina.
4. **Histeroscopia**: Es el estándar de oro para el diagnóstico, permitiendo la visualización directa de las adherencias y la evaluación de su extensión y severidad.

## Clasificación

La clasificación de las sinequias intrauterinas puede variar, pero generalmente se basa en la extensión y la severidad de las adherencias:

- ✓ Leves: Adherencias delgadas y dispersas, sin obstrucción significativa de la cavidad uterina.
- ✓ Moderadas: Adherencias más densas que pueden causar obstrucción parcial de la cavidad uterina.
- ✓ Severas: Adherencias densas y extensas que causan una obstrucción significativa o completa de la cavidad uterina.

## **Tratamiento**

El tratamiento de las sinequias intrauterinas se centra en la eliminación de las adherencias y la restauración de la anatomía y función uterina normal. Las opciones incluyen <sup>(62)</sup>:

### **1. Histeroscopia quirúrgica:**

- ✓ Lisis de adherencias: Separación de las adherencias bajo visión directa histeroscópica.
- ✓ Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) o balones de silicona: Para mantener la cavidad uterina abierta postoperatoriamente y prevenir la re-formación de adherencias.
- ✓ Administración de estrógenos postoperatorios: Para promover la regeneración del endometrio.

### **2. Tratamiento médico:**

- ✓ Antibióticos: Si las sinequias se deben a una infección.
- ✓ Hormonas: Estrógenos para estimular la regeneración endometrial después de la cirugía.

### **3. Técnicas adicionales:**

- ✓ Láser: En algunos casos, se utiliza un láser para cortar las adherencias.

## **Pronóstico**

El pronóstico de las sinequias intrauterinas depende de la extensión y severidad de las adherencias, así como del éxito del tratamiento. Muchas mujeres experimentan una mejora significativa en la función menstrual y la fertilidad después del tratamiento histeroscópico. Sin embargo, en casos severos, las sinequias pueden recurrir y pueden ser necesarias intervenciones adicionales.

## Complicaciones

Las posibles complicaciones de las sinequias intrauterinas incluyen:

1. **Recurrencia de las adherencias:** Especialmente en casos severos.
2. **Infertilidad persistente:** A pesar del tratamiento, algunas mujeres pueden continuar teniendo problemas para concebir.
3. **Riesgos quirúrgicos:** Como con cualquier procedimiento quirúrgico, existen riesgos de infección, sangrado y perforación uterina.

## CASO DIAGNÓSTICO: URTICARIA AGUDA

La urticaria se define como ronchas que consisten en tres características: (i) hinchazón central de varios tamaños, con o sin eritema circundante; (ii) prurito o sensaciones ocasionales de ardor; y (iii) la piel vuelve a su aspecto normal, normalmente en un plazo de 1 a 24 horas <sup>(63)</sup>.

Tanto en la infancia como en la edad adulta, las infecciones víricas se asocian con mucha frecuencia a la urticaria aguda, mientras que los fármacos y los alimentos se describen con menos frecuencia como desencadenantes. Sin embargo, no es raro que varios desencadenantes estén presentes simultáneamente. Terapéuticamente, se utilizan principalmente antihistamínicos orales no sedantes <sup>(64)</sup>.

La urticaria aguda espontánea es la forma más común de urticaria con los síntomas típicos de ronchas, picor, enrojecimiento y/o angioedema. El cuadro clínico es común, puede ocurrir a cualquier edad y afecta con mayor frecuencia a mujeres de mediana edad con diátesis atópica y niños menores de 5 años <sup>(65)</sup>

### Posibles desencadenantes de la urticaria aguda

- ✓ Las drogas desempeñaron un papel en el 55% y la infección en el 19%.
- ✓ La urticaria aguda se produjo en raras ocasiones después de la ingestión de alimentos (3%).
- ✓ Se detectó una elevación de la proteína C reactiva (PCR) en el 63% y un título elevado de antiestreptolisina en el 14% de los pacientes.

## **Infecciones**

No es raro que los síntomas de urticaria se asocien con infecciones agudas (virales, bacterianas, parasitarias). Se ha informado que las infecciones virales del tracto respiratorio superior son un foco subyacente en la urticaria aguda en el 40% de los adultos y el 60% de los niños <sup>(66)</sup>.

Las infecciones gastrointestinales y las infecciones del tracto urinario también se asocian con urticaria aguda espontánea. En un estudio prospectivo de 54 niños, las infecciones fueron la causa más común de urticaria aguda espontánea (49%), seguida de los medicamentos (5%) y las alergias alimentarias (3%) <sup>(67)</sup>

En la infancia, los herpes virus (citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, herpes virus tipo 6) desempeñan un papel importante en la urticaria aguda espontánea. Otros virus (adenovirus, rotavirus, virus respiratorio sincitial, parvovirus B19) y bacterias (*Mycoplasma pneumoniae* y *Streptococcus* spp., pero menos *Chlamydia*) también se han descrito como factores desencadenantes <sup>(68)</sup>

## **Diagnóstico**

La urticaria aguda espontánea, al ser autolimitada, no suele requerir ningún estudio diagnóstico especial, además de antecedentes de posibles factores desencadenantes. Sin embargo, una anamnesis específica es importante y puede conducir a medidas diagnósticas útiles.

La historia debe incluir las siguientes preguntas

- ✓ Signos y síntomas: picor, ronchas, angioedema, incluida la localización,
- ✓ Duración de los cambios individuales de la piel,
- ✓ Hora de ocurrencia,
- ✓ Posibles síntomas/signos acompañantes: fiebre, fatiga, problemas articulares, dificultad para respirar, problemas circulatorios, problemas gastrointestinales,
- ✓ Ingesta de alimentos, incluidos el momento y la cantidad,
- ✓ Picadura de insecto, incluyendo la hora y el lugar
- ✓ Ingesta de medicamentos, incluida la hora, la dosis, el método de administración y el motivo de la medicación.

## **Terapia ATB**

El tratamiento inicial de la urticaria aguda espontánea está dirigido al control de los síntomas, la mejora del prurito y la reducción del número y tamaño de las ronchas. Por lo general, se usan antihistamínicos y se pueden administrar glucocorticosteroides durante unos días <sup>(69)</sup>

Las guías actuales recomiendan antihistamínicos H1 modernos no sedantes (como bilastina, cetirizina, desloratadina, ebastina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina y rupatadina) como medicamentos de primera línea para el tratamiento de la urticaria aguda.

## **CASO DIAGNÓSTICO: DENGUE**

El dengue hemorrágico es una complicación del dengue clásico caracterizada por fiebre alta, aumento de la permeabilidad vascular, trombocitopenia y manifestaciones hemorrágicas. En casos graves, puede progresar al síndrome de choque por dengue (SCD), que puede ser mortal si no se trata adecuadamente <sup>(70)</sup>.

### **Etiología y transmisión**

El dengue es causado por uno de los cuatro serotipos del virus del dengue (DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4), que son transmitidos principalmente por mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*.

### **Epidemiología**

- ✓ **Endémico en regiones tropicales y subtropicales:** Asia, América Latina, África y el Pacífico.
- ✓ **Mayor riesgo en niños:** Los niños son más susceptibles a desarrollar dengue hemorrágico, especialmente en áreas endémicas

### **Patogénesis**

El dengue hemorrágico ocurre más frecuentemente en individuos que han tenido una infección previa por un serotipo diferente del virus del dengue, debido a un fenómeno conocido como potenciación dependiente de anticuerpos (ADE). En

esta condición, los anticuerpos de la infección previa facilitan la entrada del virus en las células huésped, aumentando la replicación viral y la respuesta inmunológica exagerada <sup>(71)</sup>

## Síntomas

Según los cuadros clínicos el dengue presenta cuatro fases clínicas:

### 1. Fase febril

- ✓ Fiebre alta:  $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ .
- ✓ Síntomas inespecíficos: Dolor de cabeza, mialgias, artralgias, náuseas, vómitos y erupción cutánea.
- ✓ Hepatomegalia: Puede estar presente.

### 2. Fase crítica

- ✓ Defervescencia: Caída de la fiebre.
- ✓ Aumento de la permeabilidad vascular: Derrames pleurales, ascitis.
- ✓ Trombocitopenia: Plaquetas  $< 100,000/\text{mm}^3$ .
- ✓ Manifestaciones hemorrágicas: Petequias, equimosis, sangrado de mucosas, melena, hematemesis.

### 3. Fase de recuperación

- ✓ Reabsorción del líquido extravasado: Mejoría clínica.
- ✓ Reparación del apetito: Resolución de síntomas gastrointestinales.
- ✓ Poliuria: Aumento de la diuresis

### 4. Síndrome de choque por dengue (SCD)

- ✓ Hipotensión: Pulso rápido y débil, piel fría y húmeda.
- ✓ Signos de choque: Hipoperfusión periférica, confusión, letargo.

## Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la combinación de historia clínica, examen físico y pruebas de laboratorio <sup>(72)</sup>:

1. **Historia clínica y examen físico:** Síntomas de fiebre, manifestaciones hemorrágicas, signos de choque.
2. **Laboratorio:**
  - **Hemograma:** Leucopenia, trombocitopenia, hematocrito elevado.
  - Pruebas específicas para dengue:

- ✓ **NS1 Antigen:** Detectable en las primeras fases de la infección.
- ✓ **Anticuerpos IgM e IgG:** IgM aparece al cabo de 4-5 días, IgG en fases tardías o en infecciones secundarias.
- ✓ **PCR:** Detección del ARN viral, útil en fases tempranas.

## **Tratamiento**

El manejo del dengue hemorrágico es principalmente de soporte y se centra en la monitorización y el manejo de las complicaciones:

### **1. Reposición de líquidos:**

- Vía oral: En casos leves.
- Vía intravenosa: En casos moderados a severos, utilizando soluciones isotónicas (Ringer lactato, solución salina).

### **2. Monitoreo:**

- Hemodinámico: Frecuencia cardíaca, presión arterial, perfusión periférica.
- Laboratorio: Hemograma seriado, niveles de hematocrito, plaquetas.

### **3. Manejo de complicaciones hemorrágicas:**

- Transfusiones: Plaquetas o plasma fresco congelado en casos de sangrado significativo o alteraciones en la coagulación.

### **4. Manejo del choque:**

- Resucitación con líquidos: Bolos de solución isotónica, reevaluación frecuente.
- Vasopresores: Si persiste la hipotensión a pesar de una adecuada reposición de líquidos.

## **Prevención**

1. Control de vectores: Eliminación de criaderos de mosquitos, uso de insecticidas.
2. Protección personal: Uso de mosquiteros, repelentes, ropa protectora.
3. Vacunación: La vacuna Dengvaxia (CYD-TDV) está disponible en algunos países para personas previamente infectadas por dengue.



## **Pronóstico**

Con un manejo adecuado, la mayoría de los niños con dengue hemorrágico se recuperan completamente. Sin embargo, el pronóstico puede ser grave en ausencia de tratamiento adecuado y oportuno, especialmente en casos que progresan a síndrome de choque por dengue.

## **CASO DIAGNÓSTICO: SINDROME OBSTRUCTIVO BRONQUIAL**

La obstrucción crónica del flujo aéreo (OCA) es un síndrome que se produce por una variedad de lesiones que pueden ocurrir en bronquios (vías respiratorias grandes), bronquiolos (vías respiratorias pequeñas) y parénquima pulmonar (pulmón que intercambia gases) <sup>(73)</sup>.

La principal enfermedad de las vías respiratorias grandes es la bronquitis crónica, o producción crónica de esputo, y está definida clínicamente. Su contraparte morfológica es el agrandamiento de las glándulas mucosas. El agrandamiento de las glándulas mucosas está poco relacionado con la OCA. También se han descrito otras lesiones de las vías respiratorias grandes, como inflamación, hiperplasia del músculo liso, atrofia del cartílago y engrosamiento de la pared bronquial, pero sus consecuencias funcionales son inciertas <sup>(74)</sup>.

El síndrome obstructivo bronquial (SOB) es un término utilizado para describir un conjunto de síntomas y signos clínicos relacionados con la obstrucción del flujo de aire en las vías respiratorias inferiores. Este síndrome puede presentarse en diversas condiciones respiratorias, especialmente en niños. A continuación, te proporciono información clínica detallada sobre el síndrome obstructivo bronquial.

## **Etiología**

El SOB puede ser causado por diversas condiciones, entre ellas:

### **1. Infecciosas:**

- Bronquiolitis: Infección viral, especialmente por el virus respiratorio sincitial (VRS), común en lactantes y niños pequeños.

- Neumonía: Infecciones bacterianas o virales del parénquima pulmonar.
2. **Alérgicas e inflamatorias:**
- Asma bronquial: Enfermedad crónica caracterizada por inflamación y obstrucción reversible de las vías aéreas.
  - Rinitis alérgica: Puede estar asociada a SOB en pacientes con predisposición alérgica.
3. **Obstructivas crónicas:**
- Fibrosis quística: Enfermedad genética que causa la acumulación de moco espeso y pegajoso en las vías respiratorias.
  - Bronquiectasias: Dilatación anormal y permanente de los bronquios con acumulación de secreciones.
4. **Congénitas:**
- Malformaciones congénitas de las vías aéreas: Como la traqueobroncomalacia o estenosis congénita de los bronquios.
5. **Factores ambientales:**
- Exposición al humo de tabaco: Aumenta el riesgo de SOB en niños.
  - Contaminación del aire: Puede exacerbar los síntomas en personas predispuestas.

## Síntomas

Los síntomas del síndrome obstructivo bronquial pueden variar según la causa subyacente y la severidad de la obstrucción, pero comúnmente incluyen:

**Tabla 5**

*Sintomatología del síndrome obstructivo bronquial*

<b>Sibilancias</b>	Las sibilancias son un sonido pulmonar adventicio, continuo y agudo. La presión positiva neta del tórax durante la espiración comprime las vías respiratorias intratorácicas; por lo tanto, las sibilancias son inicialmente un fenómeno espiratorio
<b>Disnea</b>	Dificultad para respirar, a menudo más pronunciada durante la espiración
<b>Tos</b>	Es una acción refleja defensiva importante para limpiar las vías respiratorias de mucosidad y polvo, irritantes y cuerpos extraños.

## Diagnóstico

El diagnóstico del síndrome obstructivo bronquial se basa en la historia clínica, el examen físico y las pruebas diagnósticas:

1. **Historia clínica:** Episodios de sibilancias, factores desencadenantes (infecciones, alérgenos), antecedentes familiares de asma o enfermedades respiratorias.
2. **Examen físico:**
  - **Auscultación pulmonar:** Presencia de sibilancias, roncus o estertores.
  - **Signos de dificultad respiratoria:** Retracciones, uso de músculos accesorios.
3. **Pruebas de función pulmonar:**
  - **Espirometría:** Mide el volumen y la velocidad del aire durante la respiración forzada. Reducción del flujo espiratorio máximo (FEV1).
  - **Prueba de broncodilatación:** Mejora de los parámetros espirométricos después de la administración de un broncodilatador.
4. **Radiografía de tórax:** Puede mostrar hiperinsuflación pulmonar, infiltrados o anomalías estructurales.
5. **Oximetría de pulso:** Para evaluar la saturación de oxígeno en sangre.
6. **Pruebas de laboratorio:**
  - **Hemograma:** Puede mostrar eosinofilia en casos de asma alérgica.
  - **IgE sérica:** Elevada en casos de asma alérgica.

## Tratamiento

El tratamiento del síndrome obstructivo bronquial se enfoca en aliviar los síntomas, mejorar la función pulmonar y tratar la causa subyacente:

### Tabla 6

*Tratamiento del síndrome obstructivo bronquial*

<b>Broncodilatadores</b>	<b>Agonistas beta-2 de acción corta (SABA):</b> Salbutamol, para alivio rápido de los síntomas
	<b>Anticolinérgicos:</b> Ipratropio, como terapia adyuvante
<b>Corticosteroides</b>	<b>Inhalados (ICS):</b> Beclometasona, budesonida, para el control a largo plazo en el asma

	<b>Orales o intravenosos:</b> Prednisolona, en casos de exacerbaciones severas
<b>Antivirales y antibióticos</b>	<b>Antivirales:</b> Ribavirina en casos específicos de bronquiolitis por VRS. <b>Antibióticos:</b> Para tratar infecciones bacterianas concomitantes
<b>Medidas de soporte</b>	<b>Oxigenoterapia:</b> En casos de hipoxemia. <b>Hidratación adecuada:</b> Para mantener la hidratación y facilitar la movilización de secreciones
<b>Educación y manejo ambiental</b>	<b>Evitar alérgenos y desencadenantes:</b> Como el humo del tabaco y otros irritantes Uso correcto de inhaladores y dispositivos de administración de medicamentos
<b>Rehabilitación pulmonar</b>	Ejercicios respiratorios y terapia física para mejorar la función pulmonar y la capacidad física

### **Pronóstico**

El pronóstico del síndrome obstructivo bronquial depende de la causa subyacente y la eficacia del tratamiento. En casos de asma bien controlada, los pacientes pueden llevar una vida normal con síntomas mínimos. Sin embargo, en enfermedades crónicas como la fibrosis quística, el pronóstico puede ser más grave y requerir un manejo especializado continuo.

### **Complicaciones**

Las posibles complicaciones del síndrome obstructivo bronquial incluyen:

- Infecciones respiratorias recurrentes: Debido a la obstrucción crónica y acumulación de secreciones.
- Insuficiencia respiratoria: En casos severos no tratados adecuadamente.
- Impacto en la calidad de vida: Limitaciones físicas y psicológicas debido a síntomas persistentes.

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

Durante la etapa de internado, tuvimos la oportunidad de realizar rotaciones por tres reconocidos institutos de salud en el país: el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) y el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Consideramos esta experiencia invaluable e imprescindible para la formación profesional, la cual proporciona una visión integral de la medicina en diferentes contextos clínicos. Por lo antes expuesto, se presentará una reflexión y juicio crítico respecto a la experiencia y vivencias durante el desempeño en estos hospitales

Durante la rotación en el INEN, se logró contribuir y participar durante los procesos de atención a los pacientes que presentaron una amplia variedad de neoplasias, lo que nos proporcionó un mejor entendimiento y comprensión de la oncología clínica. En el rol de interno logramos participar e intervenir académicamente en el manejo integral de casos complejos de cáncer, desde el diagnóstico hasta el tratamiento y el seguimiento. La interacción con equipos multidisciplinarios fue clave para el abordaje de cada caso, lo que nos enseñó la importancia de la colaboración en el tratamiento del cáncer.

Evidentemente, uno de los desafíos más significativos fue enfrentar la carga emocional y psicológica de los pacientes y sus familias. En esta etapa, logramos desarrollar habilidades internas como la empatía y la comunicación efectiva, las cuales permitieron brindar apoyo, además de los tratamientos médicos. No obstante, la complejidad de los protocolos de tratamiento y la necesidad de mantenerse actualizado con los avances en oncología subrayaron la importancia del aprendizaje continuo en la práctica médica.

En tal sentido, la rotación en este nosocomio reforzó el interés en la especialidad de oncología y complementó el desarrollo de las habilidades internas respecto al manejo y control de situaciones complejas. El enfoque centrado en el paciente y la importancia del cuidado paliativo fueron aspectos que influyeron en mi perspectiva sobre la atención médica integral.

Por otro lado, en el INSN, se logró fortificar el trabajo con la población infantil la cual se caracterizaba, mayormente, por presentar una amplia gama de patologías pediátricas. Desde infecciones comunes hasta enfermedades

congénitas complejas, esta rotación permitió adquirir competencias en la evaluación y manejo de condiciones pediátricas. La participación en las rondas clínicas y en las unidades de cuidados intensivos pediátricos fue particularmente enriquecedora.

Respecto a los desafíos abordados durante esta rotación, fue la adaptación a los diferentes criterios de manejo pediátrico, los cuales no solo requieren de habilidades clínicas, sino también de capacidades especiales para lograr una comunicación asertiva con el niño y el apoderado, junto a ello, la habilidad de ser paciente y asertivo con los diagnósticos.

Esta experiencia fortaleció el interés en la especialidad de pediatría y permitió desarrollar habilidades específicas respecto al adecuado manejo y monitoreo de pacientes pediátricos. La rotación en el INSN nos enseñó la importancia de un enfoque centrado en la familia y proporcionó una perspectiva sobre el cuidado a largo plazo y la prevención en pediatría.

Finalmente, en el INMP, formamos parte de los procesos de manejo integral de la salud materna y perinatal. En tal sentido, logramos participar de forma activa y continua en la atención de partos, cesáreas y en el manejo de complicaciones obstétricas.

Claramente, el principal desafío se tradujo en el manejo dinámico, constante e impredecible en los diagnósticos obstétricos. La necesidad de una respuesta rápida y efectiva ante las complicaciones nos enseñó la importancia de la preparación y la capacidad de tomar decisiones bajo presión. También evidenciamos la importancia del cuidado humanizado en la atención de la salud materna, especialmente en momentos críticos como el parto.

Respecto al impacto en la formación profesional, la rotación en este nosocomio permitió consolidar los conocimientos en la especialidad de obstetricia y fortaleció las habilidades prácticas esenciales para la atención de la salud materna y perinatal.

## **CAPÍTULO V. CONCLUSIONES**

- La rotación por el INEN enfatizó la necesidad de un enfoque integral y multidisciplinario en el manejo de enfermedades complejas como el cáncer. El trabajo integrativo y colaborativo entre los profesionales oncólogos, cirujanos, radiólogos y especialistas en cuidado paliativo es esencial para proporcionar un tratamiento efectivo y centrado en el paciente.
- En el INSN se resaltó la necesidad de establecer un proceso comunicativo claro y efectivo con los pacientes pediátricos y su entorno familiar con la finalidad de generar un involucramiento en el diagnóstico. Fue fundamental, presentar la información adaptada según los datos sociodemográficos del paciente pediátrico, así como mantener una relación de confianza con los padres, es crucial para el éxito del tratamiento y el bienestar del paciente.
- La experiencia en el INMP enfatizó la necesidad de preparación y respuesta rápida en situaciones obstétricas de emergencia. La capacitación continua y la práctica en simulaciones de emergencia son vitales para garantizar la seguridad de la madre y el recién nacido.
- Las rotaciones en estos nosocomios enfatizaron la importancia de fomentar la formación asertiva, continua y la adecuada adaptación a nuevos criterios tecnológicos y procesos médicos, que tienen como finalidad optimizar la calidad de atención, así como agilizar los diferentes procesos internos.
- El periodo del internado tuvo una duración de 10 meses, los cuales se distribuyeron de la siguiente manera: 2 meses por cada especialidad (pediatría, ginecología, cirugía general y medicina interna) y 2 meses en centro de salud.
- La rotación en el centro de salud permitió contribuir y reforzar los conocimientos obtenidos tanto en la parte académica como en la práctica aplicada en los diferentes institutos de salud. Asimismo, se entendió la naturaleza de atención primaria y todo lo que conlleva a los criterios de capacidad de resolución del primer nivel.

## CAPÍTULO VI. RECOMENDACIONES

- A los internos de medicina, se mantengan activamente comprometidos con cada uno de los pacientes bajo su cuidado y responsabilidad. Deberían desarrollar un interés académico en los casos que manejan, así como demostrar empatía hacia los familiares y allegados que buscan información sobre el estado de salud y la condición de su ser querido.
- Para **los tutores y docentes coordinadores**, es esencial diseñar un plan de internado médico que sea robusto y que cumpla con los estándares de calidad. Este plan debe incluir la definición de objetivos precisos, rotaciones a través de diversas especialidades, y criterios de evaluación uniformes. Además, es crucial garantizar que los internos reciban una supervisión adecuada por parte de médicos experimentados. Asignar un mentor que les brinde orientación y apoyo durante su internado también puede ser muy beneficioso para su desarrollo profesional.
- A las diferentes direcciones y autoridades de los nosocomios en estudio, establecer un entorno laboral que sea respetuoso, colaborativo y seguro, donde los internos se sientan respaldados y motivados para su aprendizaje y desarrollo profesional. Además, es importante fomentar su participación en actividades de educación médica continua, como conferencias, seminarios y congresos, que les permitan estar al tanto de los avances médicos y científicos.
- A la **casa universitaria**, se sugiere incentivar la participación de los internos en proyectos de investigación y en eventos relacionados con la formación en medicina digital, telemedicina, gestión sanitaria, entre otros. Asimismo, es recomendable promover el involucramiento en diferentes actividades comunitarias para intervenir y contribuir al progreso de la medicina y mejorar la salud de la población.
- A las **entidades universitarias**, se recomienda ampliar el periodo de internado de tal manera que pueda optimizar el desempeño y talleres vivenciales con los pacientes atendidos en los diferentes establecimientos de salud. Asimismo, se debe garantizar un acompañamiento continuo por parte de los docentes universitarios, quienes cumplen también el rol médico.



## CAPÍTULO VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

- (1) Wijnen-Meijer M, Burdick W, Alofs L, Burgers C, ten Cate O. Stages and transitions in medical education around the world: clarifying structures and terminology. *Med Teach.* [Internet] 2013; 35:301–307. doi: 10.3109/0142159X.2012.746449.
- (2) Zhao Y, Musitia P, Boga M, Gathara D, Nicodemo C, English M. Tools for measuring medical internship experience: a scoping review. *Hum Resour Health* [Internet] 2021; 19:10. doi: 10.1186/s12960-021-00554-7.
- (3) Berridge EJ, Freeth D, Sharpe J, Roberts CM. Bridging the gap: supporting the transition from medical student to practising doctor--a two-week preparation programme after graduation. *Med Teach.* 2007;29(2-3):119-127. doi:10.1080/01421590701310897
- (4) Brennan N, Corrigan O, Allard J, et al. The transition from medical student to junior doctor: today's experiences of Tomorrow's Doctors. *Med Educ.* 2010;44(5):449-458. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03604.x
- (5) Gome JJ, Paltridge D, Inder WJ. Revisión de las experiencias de preparación y educación de los internos en Medicina General. *Pasante Med J.* 2008; 38(4):249-253. doi:10.1111/j.1445-5994.2007.01502.x
- (6) Spooner S, Pearson E, Gibson J, Checkland K. How do workplaces, working practices and colleagues affect UK doctors' career decisions? A qualitative study of junior doctors' career decision making in the UK. *BMJ Open.* 2017;7(10): e018462. Published 2017 Oct 25. doi:10.1136/bmjopen-2017-018462
- (7) Brennan N, Corrigan O, Allard J, Archer J, Barnes R, Bleakley A, Collett T, de Bere SR. The transition from medical student to junior doctor: today's experiences of Tomorrow's Doctors. *Med Educ.* 2010; 44:449–458. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03604. x.
- (8) Finucane P, O'Dowd T. Working and training as an intern: a national survey of Irish interns. *Med Teach.* 2005; 27:107–113. doi: 10.1080/01421590400029665.
- (9) Draper, CE; Louw, GJ. Competence for Internship: Perceptions of Final-Year Medical Students. *Education for Health* 25(1): p 16-23, July 2012. | DOI: 10.4103/1357-6283.99202

- (10) Plataforma del Estado Peruano. Reseña histórica del INEN. Portal GOB [Internet] 2024 [Consultado 30 mayo 2024]. Disponible en <https://www.gob.pe/38250-instituto-nacional-de-enfermedades-neoplasticas-resena-historica-del-inen>
- (11) Plataforma Estado Peruano. Información institucional. Portal Gob [Internet] 2023 [Consultado 20 mayo 2024]. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/insnsb/institucional>
- (12) Plataforma Estado Peruano. INSN obtiene máxima categorización en instituciones prestadoras de servicios de salud. Portal Gob [Internet] 2023 [consultado 29 mayo <https://www.gob.pe/institucion/insn/noticias/887194-insn-obtiene-maxima-categorizacion-en-instituciones-prestadoras-de-servicios-de-salud>]
- (13) MINSA. Información institucional. Portal GOB [Internet] 2015 [Consultado 20 mayo 2024]. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/inmp/institucional>
- (14) Instituto Nacional Materno Perinatal. INMP es asignado como establecimiento de salud Nivel III-2. Portal INMP [Internet] 2015 [Consultado 20 mayo 2024]. Disponible en <https://www.inmp.gob.pe/noticia/inmp-es-asignado-como-establecimiento-de-salud-nivel-iii-2#:~:text=La%20categor%C3%ADa%20Nivel%20III%2D2%20coloca%20al%20Instituto%20Nacional%20Materno,investigaci%C3%B3n%20doce%20a%C3%B1os%20de>
- (15) Weigelt B, Peterse JL, van 't Veer LJ. Breast cancer metastasis: markers and models. *Nat Rev Cancer*. 2005;5(8):591-602. doi:10.1038/nrc1670
- (16) Yuan TL, Cantley LC. PI3K pathway alterations in cancer: variations on a theme. *Oncogene*. 2008;27(41):5497-5510. doi:10.1038/onc.2008.245
- (17) MANCINO AT. Diseases of the Breast. *Ann Surg*. 2001;233(4):594
- (18) Smyth E, Nilsson M, Grabsch H, Van Grieken N. Gastric cancer. *The Lancet* [Internet] 2020 [Consultado 18 mayo 2024] 396 (10251). Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31288-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31288-5)
- (19) Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics [published correction appears in *CA Cancer J Clin*. 2011 Mar-Apr;61(2):134]. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(2):69-90. doi:10.3322/caac.20107

- (20) Correa P, Cuello C, Duque E, et al. Gastric cancer in Colombia. III. Natural history of precursor lesions. *J Natl Cancer Inst.* 1976;57(5):1027-1035. doi:10.1093/jnci/57.5.1027
- (21) Cid J., Andrés J. De, Díaz L., Parra M., Leal F. Dolor abdominal crónico (1ª parte). *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2005 dic [citado 2024 Jun 06]; 12(8): [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462005000800006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000800006&lng=es)
- (22) LAUREN P. THE TWO HISTOLOGICAL MAIN TYPES OF GASTRIC CARCINOMA: DIFFUSE AND SO-CALLED INTESTINAL-TYPE CARCINOMA. AN ATTEMPT AT A HISTO-CLINICAL CLASSIFICATION. *Acta Pathol Microbiol Scand.* 1965; 64:31-49. doi:10.1111/apm.1965.64.1.31
- (23) Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, et al., editors. WHO classification of tumors of the digestive system. International Agency for Research on Cancer; Lyon (France): 2010.
- (24) Japanese Gastric Cancer Association Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition. *Gastric Cancer.* 2011;14:101–12
- (25) Biermann JS, Adkins DR, Agulnik M, et al. Bone cancer. *J Natl Compr Canc Netw.* 2013;11(6):688-723. doi:10.6004/jnccn.2013.0088
- (26) Wittig J, Bickels J, Priebat D, Jelinek J, Kellar K, Shmookler B, Malawer M. Osteosarcoma: A Multidisciplinary Approach to Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician.* [Internet] 2002 [Consultado 22 mayo 2024]. 65 (6). Disponible en <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2002/0315/p1123.html>
- (27) Widhe B, Widhe T. Síntomas iniciales y características clínicas en el osteosarcoma y el sarcoma de Ewing. *J Bone Joint Surg.* 2000; 82(5):667–74.
- (28) Geller DS, Gorlick R. Osteosarcoma: una revisión del diagnóstico, el tratamiento y las estrategias de tratamiento. *Clin Adv Hematol Oncol.* 2010; 8(10):705–18.
- (29) Anninga JK, Gelderblom H, Fiocco M, Kroep JR, Taminiau AH, Hogendoorn PC, Egeler RM. Tratamiento quimioterapéutico adyuvante para el osteosarcoma: ¿dónde nos encontramos? *Eur J Cáncer.* 2011; 47(16):2431–45.
- (30) Becquart O, Guillot B. Carcinoma epidermoide cutáneo y sus precursores. *EMC - Dermatología* [Internet] 2020 [Consultado 18 mayo 2024] 54 (1): 1 -

19. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1761289620433606>
- (31) Domínguez J, Rodríguez G, Narváez V, Toussaint S, Fonte V. Características del carcinoma epidermoide cutáneo y riesgo para el desarrollo de recidivas con cirugía convencional y cirugía con transoperatorio tardío. *Ciru y Ciruj* [Internet] 2017 [consultado 10 mayo 2024] 85 (6). Disponible en <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-cirujanos-139-articulo-caracteristicas-del-carcinoma-epidermoide-cutaneo-S0009741116301347>
- (32) Myerson R, Kong F, Birnbaum E, Fleshman J, Kodner I, Picus J et al. Radiation therapy for epidermoid carcinoma of the anal canal, clinical and treatment factors associated with outcome. *Radioterap and Onc* [Internet] 2001 [Consultado 17 mayo 2024] 61 (1). Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167814001004042>
- (33) Tejedor M. Linfoma de células del manto con afectación de vía aérea múltiple tratado mediante resección con broncoscopio rígido. Caso clínico y revisión de la literatura. *Open Respiratory Archives* [Internet] 2022 [Consultado 10 mayo 2024] 4 (3). Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2659663622000108?via%3Dihub>
- (34) Idrobo H, Chinchía M, Cancelado S, Arrieta E, Ahumada F, Jaramillo R, Ospina JA, Abello-Polo V et al. Diagnóstico y tratamiento multidisciplinario de linfoma de células del manto. *Acta Med Col* [Internet] 2023 [citado 26 de mayo de 2024];48(2). Disponible en: <https://actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/2606>
- (35) Li C, Zhang Y, Wang Z, Liu H, Jiang X. A review of advancements in machine learning and deep learning methods for structural health monitoring. *Heliyon* [Internet] 2023 [Consultado 27 mayo 2024] ;9(1). Disponible en [https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440\(23\)10021-1?\\_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS2405844023100211%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/heliyon/fulltext/S2405-8440(23)10021-1?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS2405844023100211%3Fshowall%3Dtrue)
- (36) Chen LH, Hamer DH, Wilson ME. Risk of dengue transmission in public transportation and civil aviation: A systematic review. *Travel Med Infect Dis*

- [Internet] 2021; [Consultado 20 mayo 2024] 43:102138. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.bspc.2021.103341>
- (37) Mondragón J, Santos FN. Mecanismos moleculares implicados en la patogénesis de la leucemia promielocítica aguda. *Rev Hematol Mex.* [Internet] 2022; [Consultado 22 mayo 2024] 23(3):159-168. disponible en <https://www.medigraphic.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=110781>
- (38) Teixeira A da S, Crisanto AVS de MS et al. Diagnosis of acute lymphoblastic leukemia in children. *RSD* [Internet]. 2022 [Consultado 15 mayo 2024] ;11(9): e39411919078. disponible en <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19078>
- (39) Lowenberg B, Downing J, Burnett A. Acute Myeloid Leukemia. *N Engl J Med* [internet] 1999 [Consultado 29 mayo 2024] 341:1051-1062. Disponible en <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199909303411407>
- (40) Shah A, Andersson TM, Racht B, Bjorkholm M, Lambert PC. Supervivencia y curación de la leucemia mieloide aguda en Inglaterra, 1971-2006: un estudio poblacional. *Hno. J Haematol* 2013; **162**: 509-516.
- (41) Arber DA, Orazi A, Hasserjian R, Thiele J, Borowitz MJ, Le Beau MM *et al.* La revisión de 2016 de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de las neoplasias mieloides y la leucemia aguda. *Sangre* 2016; **127**: 2391-2405.
- (42) Othus M SM, et al. Complete Remissions (CRs) with Azacitidine Regimens Compared to Crs with 7+3 Induction Chemotherapy and the Effect on Overall Survival. *Blood*. 2016; 128:1613
- (43) Ferner R, Gutmann D. Chapter 53 - Neurofibromatosis type 1 (NF1): diagnosis and management. *Handbook of Clinical Neurology* [Internet] 2013 [Consultado 35 mayo 2024] 115: 939 - 955. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780444529022000539>
- (44) Asthagiri AR, Parry DM, Butman JA, et al. Neurofibromatosis tipo 2. *Lancet* 2009; 373: 1974-1986.
- (45) Evans D, Huson S, Donnai D, et al. Un estudio genético de la neurofibromatosis tipo 2 en el Reino Unido. I. Prevalencia, tasa de mutación,

- aptitud y confirmación del efecto de la transmisión materna sobre la gravedad. *J Med Genet* 1992; 29: 841-846.
- (46) Madail AM, Figueira LM, Blanch R, García E, González E. Experiencia en el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos con mallas vaginales en el Hospital Universitario de Caracas. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2015 Jun [citado 2024 Jun 06]; 75(2): 097-104. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322015000200004&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200004&lng=es).
- (47) Stewart E. Uterine fibroids. Seminar [Internet] 2001 [Consultado 15 mayo 2024] 357 (9252). Disponible en [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)03622-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)03622-9)
- (48) Stewart, E., Laughlin-Tommaso, S., Catherino, W. et al. Uterine fibroids. *Nat Rev Dis Primers* [Internet] 2016 [Consultado 15 mayo 2024] (2) 16043. disponible en <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.43>
- (49) Parker WH. Etiology, symptomatology, and diagnosis of uterine myomas. *Fertil Steril*. [Internet] 2007; [Consultado 20 mayo 2024] 87(4):725-736. disponible en doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.01.093
- (50) Roy C, Bierry G, El Ghali S, Buy X, Rossini A. Acute torsion of uterine leiomyoma: CT features. *Abdom Imaging*. 2005;30(1):120-123. doi:10.1007/s00261-004-0240-1
- (51) Dueholm M, Lundorf E, Hansen ES, Ledertoug S, Olesen F. Accuracy of magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography in the diagnosis, mapping, and measurement of uterine myomas. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(3):409-415. doi:10.1067/mob.2002.121725
- (52) Simms-Stewart D, Fletcher H. Counselling patients with uterine fibroids: a review of the management and complications. *Obstet Gynecol Int*. 2012; 2012:539365. doi:10.1155/2012/539365
- (53) Caughey AB, Robinson JN, Norwitz ER. Contemporary diagnosis and management of preterm premature rupture of membranes. *Rev Obstet Gynecol*. [Internet] 2008; [Consultado 20 may 2024] 1(1):11-22. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2492588/>
- (54) ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 80: premature rupture of membranes. Clinical management

- guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4):1007-1019. doi: 10.1097/01.AOG.0000263888.69178.1f
- (55) Mercer B. Preterm Premature Rupture of Membranes. *Queenan's Management of High-Risk Pregnancy: An Evidence-Based Approach* [Internet] 2012 [Consultado 20 may 2024]. Disponible en <https://doi.org/10.1002/9781119963783.ch43>
- (56) Evaldson, G., Lagrelus, A., & Winiarski, J. (1980). Premature Rupture of the Membranes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 59(5), 385–393. <https://doi.org/10.3109/00016348009155416>
- (57) Gonen R, Hannah ME, Milligan JE. Does prolonged preterm premature rupture of the membranes predispose to abruptio placentae?. *Obstet Gynecol.* 1989;74(3 Pt 1):347-350.
- (58) Thomson, Angus JMa; Abbott, Jason Ab; Deans, Rebeccab; Kingston, Ashleyb; Vancaillie, Thierry Gb. The management of intrauterine synechiae. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 21(4): p 335-341, August 2009. | DOI: 10.1097/GCO.0b013e32832e07fc
- (59) Schenker J. Etiology of and therapeutic approach to synechia uteri. *Europ Jour of Obst & Gyn and Repr Biol* [Internet] 1996 [Consultado 20 mayo 2024] 65 (1): 109 - 113. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/002822439502315J>
- (60) Sroussi J, Benifla JL. Sinequias uterinas. *EMC - Ginecología-Obstetricia* [Internet] 2024 [Consultado 22 mayo 2024] 60 (2). Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X24491133>
- (61) Bricou A, Jouannic J, Benifla J. Sinequias uterinas. *EMC - Ginecología-Obstetricia* [Internet] 2010 [Consultado 15 mayo 2024]. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X10707748>
- (62) Tixier S, Descamps P, Levailant J, Hernandez H, Legendre G. Tratamiento de las sinequias uterinas. *EMC - Ginecología-Obstetricia* [Internet] 2019 [Consultado 20 mayo 2024] 55 (2). Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1283081X19420055>
- (63) Frigas, E., Park, M.A. Acute Urticaria and Angioedema. *AM J Clin Dermatol* 10, 239–250 (2009). <https://doi.org/10.2165/00128071-200910040-00004>

- (64) Treudler, R., Zarnowski, J. & Wagner, N. Acute urticaria—what to do? *Allergo J Int* 32, 303–308 (2023). <https://doi.org/10.1007/s40629-023-00266-5>
- (65) Nguyen T, Razzaque AA. Autoimmune progesterone dermatitis: Update and insights. *Autoimmune Rev.* [Internet] 2016; [Consultado 22 mayo 2024] 15:191–7. disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1568997215002232?via%3Dihub>
- (66) Ensina F, Min T, Rocha M, Tavares C, Costa C. Acute Urticaria and Anaphylaxis: Differences and Similarities in Clinical Management. *Front. Allergy*, [Internet] 2022 [Consultado 15 mayo 2024] 3:840999. disponible en <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/falgy.2022.840999/full>
- (67) Sackesen C, Sekerel BE, Orhan F, Kocabas CN, Tuncer A, Adalioglu G. The etiology of different forms of urticaria in childhood. *Pediatr Dermatol.* 2004;21(2):102-108. doi:10.1111/j.0736-8046.2004.21202.x
- (68) Imbalzano E, Casciaro M, Quartuccio S, et al. Association between urticaria and virus infections: A systematic review. *Allergy Asthma Proc.* 2016;37(1):18-22. doi:10.2500/aap.2016.37.3915
- (69) Zuberbier T, Altrichter S, Bauer S, et al. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2023;21(2):202-216. doi:10.1111/ddg.14932\_g
- (70) Pavlicich V. Dengue: revisión y experiencia en pediatría. *Arch. Pediatr. Urug.* [Internet]. 2016 Jun [citado 2024 Jun 06]; 87 (2): 143-156. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-12492016000200011&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000200011&lng=es).
- (71) Casartelli VD, Godoy L, Mesquita M. Características de la Fiebre Dengue en niños menores de 6 meses, un estudio retrospectivo. *Pediatr. (Asunción)* [Internet]. 2023 Apr [cited 2024 June 06]; 50 (1): 20-26. Available from: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1683-98032023000100020&lng=en](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032023000100020&lng=en). Epub Apr 12, 2023. <https://doi.org/10.31698/ped.50012023005>.
- (72) Querales J. Dengue: causas, características clínicas y prevención. *Gac Méd Caracas* [Internet]. 2002 jul [citado 2024 Jun 06]; 110 (3): 328-332.



Disponibile en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0367-47622002000300005&lng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622002000300005&lng=es).

- (73) Thurlbeck W. Pathophysiology of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Clinics in Chest Medicine [Internet] 1990 [Consultado 18 mayo 2024] 11 (3): 389 - 403. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272523121007085>
- (74) Papaiwannou A, Zarogoulidis P, Porpodis K, et al. Asthma-chronic obstructive pulmonary disease overlap syndrome (ACOS): current literature review. J Thorac Dis. 2014;6 Suppl 1(Suppl 1): S146-S151. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2014.03.04

## ANEXOS

### Anexo 01. Presentación sintomatológica de leiomiomas uterinos

<b>i</b>	<b>Asintomático</b>
<b>ii.</b>	Sangrado uterino <ul style="list-style-type: none"><li>c. Menorragia</li><li>d. Anemia</li></ul>
<b>iii.</b>	Presión pélvica <ul style="list-style-type: none"><li>a. Frecuencia urinaria</li><li>b. Incontinencia urinaria</li><li>c. Dificultad para orinar</li><li>d. Hidronefrosis</li><li>e. Estreñimiento</li><li>f. Tenesmo</li></ul>
<b>iv.</b>	Masa pélvica
<b>v.</b>	Dolor pélvico
<b>vi.</b>	Esterilidad
<b>vii.</b>	Relacionado con el embarazo <ul style="list-style-type: none"><li>a. Crecimiento del mioma</li><li>b. Degeneración roja y dolor</li><li>c. Aborto espontaneo</li></ul>
<b>ix.</b>	Malignidad
<b>x.</b>	Asociaciones raras <ul style="list-style-type: none"><li>a. Ascitis</li><li>b. Policitemia</li><li>c. Síndromes familiares, carcinoma de células renales</li></ul>
<b>xi.</b>	Metástasis benignas

## Anexo 02. Factores de riesgo de ruptura prematura espontánea de membranas

<b>Factores maternos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruptura prematura de membranas (RPM) prematura en un embarazo anterior (el riesgo de recurrencia es del 16 % al 32 % en comparación con el 4 % en mujeres con un parto previo a término sin complicaciones)</li> <li>• Sangrado vaginal antes del parto</li> <li>• Trastornos vasculares del colágeno (por ejemplo, síndrome de Ehlers-Danlos, lupus eritematoso sistémico)</li> <li>• Traumatismo abdominal directo</li> <li>• Trabajo de parto prematuro</li> <li>• Anemia</li> <li>• Bajo índice de masa corporal (IMC) &lt; 19,8 kg/m<sup>2</sup>)</li> <li>• Deficiencias nutricionales de cobre y ácido ascórbico</li> <li>• Nivel socioeconómico bajo</li> <li>• Estado de soltería</li> </ul>
<b>Factores uteroplacentarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anomalías uterinas (por ejemplo, tabique uterino)</li> <li>• Desprendimiento de placenta (puede representar entre el 10 % y el 15 % de la RPM prematura)</li> <li>• Dilatación cervical avanzada (insuficiencia cervical)</li> <li>• Conización cervical previa</li> <li>• Acortamiento cervical en el 2º trimestre (&lt; 2,5 cm)</li> <li>• Sobre distensión uterina (polihidramnios, embarazo múltiple)</li> <li>• Infección intraamniótica (corioamnionitis)</li> <li>• Múltiples exámenes vaginales bimanuales (pero no espéculos estériles ni ecografías transvaginales)</li> </ul>
<b>Factores fetales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo múltiple (la RPM prematura complica entre el 7 % y el 10 % de los embarazos gemelares)</li> </ul>