



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NIVEL III-2 DURANTE EL
2020-2021**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL
PARA OPTAR**

EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

MARIA DENISSE CANO LOVON

ASESORA

DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON

LIMA, PERÚ

2021



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NIVEL III-2 DURANTE EL
2020-2021**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTADO POR
MARIA DENISSE CANO LOVON**

**ASESORA
DRA. TAMARA JORQUIERA JOHNSON**

**LIMA, PERÚ
2021**

JURADO

Presidente: Mg. Carmen Layten Villanueva

Miembro: Mg. Gustavo Tagle Carbajal

Miembro: M.E. Andrea Lui Lam Postigo

DEDICATORIA

A mis padres, porque sin su presencia y apoyo no existiría el camino logrado hasta el día de hoy.

Al personal de salud, que brinda y brindó sus conocimientos y servicios ante la situación crítica actual, porque han dejado una gran lección para los futuros profesionales, y su sacrificio es fuente de admiración y ejemplo para la autora del presente documento.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Índice	iv
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	1
a. Rotación de Pediatría durante el internado médico	2
b. Rotación de Gineco-Obstetricia durante el internado	6
c. Rotación de Medicina Interna durante el internado	10
d. Rotación de Cirugía General durante el internado	12
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	15
CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	18
1. Revisión del manejo dado en el primer caso visto en la rotación de Pediatría: “Infección de vías urinarias altas en lactante menor”	18
2. Revisión del manejo dado en el segundo caso visto en la rotación de Pediatría: “Síndrome de Guillain Barré en infante”	20
3. Revisión del manejo dado en el primer caso visto en la rotación de Gineco Obstetricia: “Gestante de 39 semanas con ruptura prematura de membranas”	21
4. Revisión del manejo dado en el segundo caso visto en la rotación de Gineco Obstetricia “Gestante de 29 semanas con amenaza de parto pretérmino”	22
5. Revisión del manejo dado en el primer caso visto en la rotación de Medicina “Adolescente con Leucemia Linfoblástica Aguda”	23

6. Revisión del manejo dado en el segundo caso visto en la rotación de Medicina “Mujer con Linfoma Difuso de células B grandes”	25
7. Revisión del manejo dado en el primer caso visto en la rotación de Cirugía “Adolescente con Tumor de células gigantes en tibia izquierda”	28
8. Revisión del manejo dado en el segundo caso visto en la rotación de Cirugía “Adulto mayor con Cáncer de mama Luminal B”	29
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	32
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	36
FUENTES DE INFORMACIÓN	37
ANEXOS	
ANEXO N° 1	42
ANEXO N° 2	43
ANEXO N° 3	44

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es demostrar que durante el año de internado médico se logró obtener conocimientos y habilidades que permitan a la autora del presente trabajo poder desenvolverse de forma óptima en la vida profesional.

El internado médico se realiza durante el último año de la carrera de Medicina Humana, y es la etapa en la que se va a consolidar todo lo aprendido durante los años previos, a la par de comprender la forma de trabajo con la que el médico cumple requisitos dados por el sistema de salud peruano.

Las actividades realizadas durante el internado médico se suelen realizar en establecimientos de salud de nivel II o III, por lo que, para este caso en particular, se dieron en 3 instituciones especializadas pertenecientes a la categoría III-2 como el Instituto Nacional de Salud del Niño, Instituto Materno Perinatal y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Ante el brote de los diversos casos de coronavirus durante marzo del año 2020 en Perú, el internado médico fue pausado debido al alto riesgo de contagio, con lo que se perdió mucho tiempo valioso de aprendizaje para el estudiante de medicina.

A pesar de ello, meses posteriores se continuó con las actividades, permitiéndole a los estudiantes el poder culminar su formación médica, sin dejar de lado la importancia de su seguridad a través del uso de las medidas de protección adecuadas para evitar que existan contagios, y fue con ello que se logró aprender sobre diversas patologías en cada rotación, como, por ejemplo, infección urinaria en pediatría, ruptura prematura de membranas en obstetricia, leucemia en medicina y cáncer de mama en cirugía, entre otros casos más.

A través de la realización del internado médico se pudo constatar que existían varios temas en los que había dudas sobre el abordaje y manejo, las cuales fueron absueltas y fortalecieron al interno como futuro profesional.

Palabras claves: Internado médico, Medicina Oncológica, Cirugía Oncológica, Pediatría, Gineco Obstetricia.

ABSTRACT

The objective of this work is to demonstrate that during the year of medical internship it was possible to obtain the knowledge and skills that will allow the author of this work to developed herself optimally in her professional life.

The medical internship is accomplished during the last year of the medical career, and it is the stage in which everything learned during previous years will be consolidated, as well as understanding the way of work with which the doctor complies requirements given by the Peruvian health system.

The activities carried out during the medical internship are usually made in level II or III health establishments, so, for this particular case, they took place in 3 specialized institutions belonging to category III-2 such as the National Institute of Health of the Child, Maternal Perinatal Institute and the National Institute of Neoplastic Diseases.

Faced with the outbreak of the plenty coronavirus cases during March 2020 in Peru, the medical internship was paused due to the high risk of contagion, thus losing a lot of valuable learning time for the medical student.

Despite this, in the subsequent months the activities were continued, allowing the students to complete their medical training, without neglecting the importance of their safety through the use of adequate protection measures to prevent infections, and It was with this that it was possible to learn about different pathologies in each rotation, such as urinary infection in pediatrics, premature rupture of membranes in obstetrics, leukemia in medicine and breast cancer in surgery, among other cases.

During the performance of the medical internship, it was found that there were several issues in which there were doubts about the approach and management, which were cleared and nourished the medical intern as a future professional.

Keywords: Medical Internship, Medical Oncology, Surgical Oncology, Pediatrics, Obstetrics and Gynecology.

INTRODUCCIÓN

El internado de la carrera de medicina es el último año durante el cual el estudiante se dedica a asistir a un hospital para poner en práctica sus conocimientos adquiridos a lo largo de los primeros 6 años de estudio y obtener nuevas habilidades y conocimientos que le permitan desenvolverse en el campo laboral.

El presente trabajo se realizó en instituciones pertenecientes al tercer nivel de atención. De los 3 niveles de atención existentes en el sistema de salud peruano, es en el tercer nivel donde se encargan de forma especializada de un grupo de patologías específico o un grupo de población con cierta característica en específico.

Las instituciones por incluir como entorno de desarrollo de las prácticas preprofesionales durante el internado son: el Instituto Nacional de Salud del Niño de Breña (INSN), el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Estos 3 institutos son entes referentes en su campo, y cuentan con especialistas de todas las áreas necesarias, lo que les permite un manejo de alta complejidad de las patologías a tratar.

Días previos al inicio del año de internado se informó de la variedad de actividades a realizar por parte de la tutora encargada en el INSN, sede donde se realizaría la primera rotación de la autora del presente trabajo. Esta inducción sirvió, entre otras cosas, para tener también una idea clara del horario y ritmo de trabajo a ejecutar en los próximos 3 meses, en el que las principales tareas serían las de colaborar en el diagnóstico y tratamiento de los casos a presentarse, ya sea en los turnos de guardias diurnas y nocturnas o en el servicio de Hospitalización donde se desempeñe el interno. De igual forma, se realizó inducciones similares en las otras sedes de internado, que sirvieron para aclarar diversas dudas previas al inicio de actividades en los institutos.

La importancia del trabajo a desarrollarse por parte del interno en el séptimo año radica en que le permite concretar los conocimientos adquiridos previamente y adquirir destreza en la realización de diversos procedimientos médicos, de forma que al postular al Servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS), pueda realizar un trabajo a la altura del cargo que se le brinde.

Sin embargo, al darse nuevas medidas gubernamentales impuestas en el contexto de la pandemia, ocurrió un cambio en la situación de los internos a nivel nacional que puso en pausa toda su formación, y fue luego de 7 meses, aproximadamente, que, tras diversos acuerdos entre el Ministerio de Salud y las universidades, se consideró retornar las actividades del internado médico. En estos acuerdos se optó por hacer diversos cambios con la finalidad de disminuir el riesgo de contagio a los internos y los familiares de estos; cambios con los que la mayoría de internos estaba dispuesto a regresar a actividades (1). Sin embargo, la adquisición de estas medidas también recortó las probabilidades de que el interno tuviera una experiencia completa del internado médico, dejando angustias, dudas, y falencias en el proceso de aprendizaje. Por lo que se optó por realizar seminarios virtuales complementarios a las prácticas en los hospitales, con lo que, el alumno pudo absolver varias de sus dudas.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

La carrera de Medicina Humana en el Perú consta de siete años de duración, y es durante el último año de la carrera que se desarrollan prácticas preprofesionales en un hospital de un determinado nivel de atención donde se le permite al estudiante plasmar los conocimientos adquiridos durante los primeros 6 años de la carrera, y, de igual forma, poder conseguir mayores habilidades en el contacto directo con el paciente y especializarse en los trámites relacionados al logro de la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías que presenta el paciente.

Es a través de este año de internado que el estudiante de medicina obtiene una visión más amplia del papel que cumple un médico en el sistema de salud peruano, y esto le permite recabar información que será fundamental para escoger la futura especialización por la cual optará.

Una de las experiencias más cuantiosas durante el internado médico es el contacto directo y continuo que se tiene con los pacientes, que le otorga al estudiante, a punto de convertirse en médico, las herramientas para automatizarse en ciertas tareas que tendrá que realizar en su vida diaria como profesional, de forma que este se sienta cada vez más cómodo al realizarlas, con lo que el tiempo invertido a esta tarea se vuelve más corto y es mejor diversificado a futuro.

Un ejemplo de las tareas primordiales hechas como interno de medicina es la entrevista al paciente o a sus familiares. Es con esta entrevista que se logra conseguir la información necesaria para su historia clínica, documento que

será clave para etiquetar a toda patología aún sin diagnóstico o hallar complicaciones en las patologías de larga data.

La importancia del internado en la profesión médica radica incluso más allá de simplemente el desarrollo de habilidades técnico-profesionales, pues al atender a personas vulnerables y conocer parte de su vida, se establece un vínculo espontáneo emocional que le permite al estudiante percatarse del panorama que vive una persona de nivel socio económico bajo o medio bajo, que es el estrato al que pertenece la mayoría de población atendida por hospitales del Ministerio de Salud (Minsa). El contacto indirecto con esta realidad le brinda al estudiante la posibilidad de entender qué puede estar faltando o fallando en la vida de estos pacientes que los llevó a estar en la situación en la que se encuentran, y tratar de comprender sus contextos para así poder hacer algo con respecto a estas falencias, ya sea brindándoles ayuda, apoyo emocional o inclusive entendiendo que las acciones que se tomen a lo largo de la vida serán las consecuencias de a lo que tendremos que responder en el futuro, lección que puede ser aplicada tanto para uno mismo como también de recomendación para los futuros pacientes.

A continuación, se procederá a explicar el objetivo de cada rotación durante el internado médico, y se brindará ejemplos de diversos casos vistos durante el desarrollo de actividades en sede.

a. Rotación de Pediatría durante el internado médico

Para la rotación de Pediatría, en base al sílabo brindado por la Universidad de San Martín de Porres (USMP), el objetivo fue adquirir las competencias necesarias para la realización de la prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías en el recién nacido, niño y adolescente, y el poder responder de la forma más adecuada ante situaciones de emergencia que se presenten en la población de este rango de edad.

Debido a que las patologías en pediatría son diversas, se escoge solo 2 casos de todos los vistos durante la rotación en el INSN, en los que se explica el abordaje terapéutico aprendido.

Casos vistos en la rotación de Pediatría

1. Lactante menor con fiebre, vómitos e irritabilidad

Lactante varón de 1 mes 13 días que ingresa por cuadro insidioso y progresivo de fiebre y vómitos. Madre refiere que 8 horas antes del ingreso presentó fiebre cuantificada de 38.5°C que cede al administrar antipiréticos (Paracetamol a dosis 15 mg/kg/dosis). Posteriormente, 1 hora antes del ingreso se agregó al cuadro irritabilidad, hiporexia y 2 vómitos de abundante contenido lácteo, con lo que se procede a administrar antipirético pero paciente no lo tolera, por lo que acude por Emergencias del INSN.

Al ingreso sus funciones biológicas eran apetito y sed disminuidos, sueño y frecuencia urinaria incrementados, y, peso y frecuencia de deposiciones conservados.

Antecedentes prenatales, natales, postnatales, familiares, socioeconómicos y epidemiológicos sin importancia.

Antecedentes patológicos

a. Enfermedades previas:

- Sepsis de foco no especificado al noveno día de vida, hospitalizado en el Hospital Hipólito Unanue por 7 días. Recibió amikacina y ampicilina como tratamiento.
- Infección atípica de vías urinarias a los 29 días de vida, por patógeno *Klebsiella pneumoniae*, hospitalizado en el Hospital Santa Rosa por 11 días. Recibió amikacina de tratamiento.
- Niega intervenciones quirúrgicas previas, reacciones alérgicas medicamentosas y transfusiones.

Al examen, se observa:

- Temperatura de 38 °C, frecuencia respiratoria de 42 respiraciones por minuto, frecuencia cardíaca de 188 latidos por minuto, peso de 4.6 kilogramos, saturación de 98% a FiO₂ de 0.21.

- Estado general: Paciente despierto con ventilación espontánea, sin distrés. Reactivo a estímulos, irritable a la examinación, pero calma con la madre.
- El resto del examen físico no presenta alteraciones.

Con esta información, se plantean como diagnósticos probables de ingreso: sepsis, infección de tracto urinario y a descartar malformación renoureteral. Por lo que, se procede a:

- Iniciar hidratación endovenosa con dextrosa al 5%, cloruro de sodio al 20% y cloruro de potasio al 20% en la mitad del volumen total (345 ml a 14 ml/hora), dado que el paciente recibirá también lactancia materna.
- Iniciar antibioticoterapia empírica por 10 días con ceftriaxona a dosis de 80 mg/kg/día en 2 dosis por día, y se indica metamizol condicional a temperatura mayor a 38° C.

Adicionalmente, se procede a solicitar los siguientes exámenes de laboratorio:

- Hemograma, perfil de coagulación, PCR, glucosa, electrolitos, urea, creatinina, calcio, fósforo, magnesio, TGO, TGP, bilirrubina total y fraccionada, examen de orina y urocultivo.

De igual forma, se solicita una ecografía renal e interconsultas con el servicio de Urología y Nefrología.

Los resultados positivos fueron:

- Hemoglobina de 8.1 g/dL, con leucocitos en rango normal, con PCR de 15.39 mg/dL. El examen de orina presenta aspecto turbio, proteínas 1+, hemoglobina 1+, esterasa leucocitaria 3+, con más de 100 leucocitos por campo y gérmenes en regular cantidad.
- La ecografía informa riñones de caracteres conservados. Se recomienda realizar cistouretrografía.

El paciente presenta mejora en tolerancia oral, enfermería no reporta picos febriles y refiere evolución favorable durante las siguientes 10 horas posteriores, por lo que se suspende la hidratación endovenosa, se efectiviza el urocultivo y pasa a ser hospitalizado.

Con los resultados, en Hospitalización se plantea como diagnóstico presuntivo principal una infección de vías urinarias altas (ITU) e ITU recurrente, y como diagnóstico secundario, a descartar persistencia de valvas uretrales posteriores y anemia moderada.

Los resultados obtenidos en el urocultivo indicaron detección de inhibidor de crecimiento antibacteriano y presencia de 8-10 leucocitos por campo. La interconsulta con Nefrología indicó realizar un nuevo examen de orina control a los 5 días de iniciada la antibioticoterapia y realizar un urocultivo para hongos. La interconsulta con Urología indicó realizar una cistografía luego de culminar la antibioticoterapia.

El segundo examen de orina y urocultivo salieron negativos. Culminados los 10 días de tratamiento antibiótico, se efectúa la cistografía que informa como diagnóstico reflujo vesicoureteral de grado IV en el lado izquierdo, por lo que paciente es dado de alta con indicación de profilaxis antibiótica y control por consultorio externo para cirugía electiva.

2. Preescolar con dolor y debilidad progresiva en miembros inferiores

Paciente varón de 3 años ingresa por emergencias del INSN con cuadro de dolor leve en miembros inferiores y debilidad moderada a la bipedestación. Madre refiere que 26 días antes del ingreso el paciente presentó dolor leve en pies y debilidad progresiva en miembros inferiores que conlleva a dificultad en la deambulación, por lo que acude a consultorio privado de Pediatría donde se descartan lesiones osteomusculares con radiografía de miembros inferiores. Ante persistencia de cuadro clínico, 7 días antes del ingreso acude a Hospital de Chosica, donde es referido a consultorio externo de Neurología del INSN y se le solicita electromiografía, con la que se

establece el diagnóstico del Síndrome de Guillain Barré, por lo que se decide su hospitalización.

A la entrevista, madre refiere que paciente presentó, 15 días antes del inicio del cuadro actual, síntomas de infección de vías respiratorias altas de 1 semana de duración.

Al paciente se le observa con funciones biológicas conservadas. No cuenta con antecedentes prenatales, natales, postnatales, familiares ni epidemiológicos de importancia.

Al examen preferencial se observa arreflexia, tono muscular disminuido y fuerza de 4/5 en ambos miembros inferiores. El resto del examen físico se da sin hallazgos de importancia.

La indicación terapéutica es de inmunoglobulina G endovenosa con lo que paciente presenta mejora clínica y es dado de alta.

b. Rotación de Gineco-Obstetricia durante el internado

Para la rotación de Gineco-Obstetricia, en base al sílabo de la USMP, el propósito es conocer formas de prevención y promoción de enfermedades ginecológicas y obstétricas, al igual que, su diagnóstico y tratamiento, considerando la ética en cada uno de estos pasos, y los derechos y deberes de la paciente.

A continuación, se detallan 2 casos de todos los vistos durante la rotación de gineco-obstetricia realizada en el INMP, y se detalla el manejo escogido que se aprendió de los profesionales a cargo.

Casos vistos en la rotación en Gineco-Obstetricia

1. Gestante de 39 semanas con pérdida de líquido amniótico

Gestante de 26 años que acude por emergencias del INMP presenta contracciones uterinas y pérdida de líquido amniótico hace aproximadamente 45 minutos. Indica percibir movimientos fetales y niega sangrado y síntomas de irritación cortical.

A la entrevista, paciente refiere como fecha de última menstruación (FUM) el 20 de febrero del 2020, tuvo 4 controles prenatales y su fórmula obstétrica es G2P0010. Como antecedente de importancia tiene una cirugía por legrado uterino a causa de un aborto incompleto el año 2011.

Se le realiza una evaluación materno fetal inicial, donde se confirma la ruptura precoz de membranas (RPM), y el estado de trabajo de parto en fase latente, por lo que se procede a solicitar ecografía obstétrica y exámenes de laboratorio (hemograma completo, examen de orina y pruebas serológicas) para poder ser reevaluada. A la reevaluación, paciente se encuentra en trabajo de parto en fase activa, por lo que se decide su ingreso a Centro Obstétrico para asistencia de parto vaginal monitorizado.

Al examen físico presenta presión arterial de 118/68 mmHg, frecuencia cardiaca de 87 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, temperatura de 36.8 °C, peso de 60 kg., y talla de 146 cm. El resto del examen físico se da sin hallazgos de importancia.

Al examen gineco obstétrico, presenta útero grávido de tono conservado, con altura uterina de 34 cm., feto longitudinal cefálico izquierdo, con dinámica uterina de 1 contracción cada 10 minutos de 20 segundos de duración, y se perciben movimientos fetales. Al tacto vaginal, presenta dilatación de 4 cm., incorporado 80%, con altura de presentación -3/-2, pelvis ginecoide y variedad de presentación en occipito iliaco izquierdo transverso. Tiene membranas rotas con líquido amniótico claro escaso y se percibe caput succedaneum de 2x2 cm.

Los exámenes de laboratorio salen negativos y la ecografía informa una gestación única activa con ponderado fetal de 3400 g \pm 200 g, y latidos cardiacos fetales de 145 por minuto.

Con esta información se propone los diagnósticos:

- Secundigesta nulípara de 39 semanas 1 día por FUM
- Trabajo de parto en fase activa
- RPM de \pm 2 horas

Se decide hacer un monitoreo electrónico fetal e iniciar hidratación endovenosa, al igual que antibioticoterapia a partir de la sexta hora del inicio de la RPM con cefazolina 1g endovenoso cada 6 horas. A la reevaluación con resultado de monitoreo fetal se clasifica como patrón indeterminado o II, dado que hay variabilidad mínima, sin embargo, el resto de los parámetros están dentro de rango normal y el líquido es claro, por lo que se plantea acentuación del trabajo de parto con oxitocina, antiespasmódicos STAT y analgesia de parto.

La paciente incrementa dinámica uterina y dilatación cervical, con lo que ocurre el parto vaginal tras 5 horas de manejo activo, se realiza episiotomía medio-lateral derecha y no presenta complicaciones. Puerpera pasa a ser hospitalizada en el servicio de Alojamiento conjunto para monitorización y control post parto. Al no presentar ninguna complicación, es dada de alta a las 48 horas.

2. Gestante de 29 semanas con contracciones uterinas

Gestante de 29 semanas acude por sensación de contracciones uterinas, refiere percibir movimientos fetales, sensación de tenesmo vesical, disuria y polaquiuria. Niega sangrado, pérdida de líquido y signos de irritación cortical.

Entre sus antecedentes obstétricos se tiene un óbito por desprendimiento prematuro de placenta el año 2009 y un aborto espontáneo en el 2010, ambos requirieron legrado uterino. Un natimuerto por razones no especificadas en el año 2016 y un varón prematuro nacido sin complicaciones el 2017. Como dato adicional, la gestante no cuenta con ningún control prenatal.

Ante la evaluación inicial se encuentran funciones vitales normales y un examen físico general sin hallazgos de importancia. Al examen gineco-obstétrico, cuello cerrado, largo y posterior, útero de tono conservado y no doloroso, con altura uterina de 33 cm, en situación longitudinal, posición izquierda y presentación cefálica, con dinámica uterina de 1 contracción cada 10 minutos y latidos cardiacos fetales de 146 por minuto.

Con la información obtenida se plantea de diagnósticos:

- Quintigesta de 29 semanas por ecografía del primer trimestre
- Amenaza de parto pretérmino
- Antecedente de mala historia obstétrica
- A descartar infección de tracto urinario

Por lo que, se indica hidratación endovenosa, administración de antiinflamatorios e inicio de maduración fetal sistémica y tocólisis vía oral a dosis de ataque, de igual forma, se solicita hemograma completo, examen de orina, pruebas serológicas, ecografía Doppler y cervicometría. Se inicia con nifedipino de 10 mg vía oral cada 20 minutos hasta completar 3 dosis, diclofenaco a 150 mg por dosis vía intramuscular y betametasona a dosis de 12 mg vía intramuscular cada 24 horas hasta completar 2 dosis.

De los resultados de los exámenes, se obtiene una hemoglobina en 11,5 g/dL, leucocitos en 9500/mm³, al examen de orina se hallan 6 – 8 leucocitos por campo y gérmenes 2+. A la ecografía se obtiene un ponderado fetal de 1390 g, placenta fúndica grado I, y el resto de los hallazgos dentro de lo normal. A la cervicometría se obtiene una medida de 30mm.

Al ser reevaluada, la gestante no presenta dinámica uterina, ni modificaciones cervicales, por lo que se decide su hospitalización para observación, seguimiento del cuadro y continuación del tratamiento.

Se le evalúa nuevamente, encontrándose un cuello uterino blando, central y acortado, sin dinámica uterina, por lo que se decide que pase a Centro Obstétrico para continuación de tocólisis.

c. Rotación de Medicina Interna durante el internado

La rotación de Medicina Interna tuvo como objetivo, en base al silabo brindado por la USMP, que el interno obtenga conocimientos en las diversas ramas clínicas de la medicina, y si bien se pudo cumplir con lo esperado, es importante destacar que, ya que el desarrollo de esta rotación se realizó en el INEN, la mayoría de los casos vistos fueron de problemas de medicina oncológica relacionados a linfomas y leucemias. Lo resaltante de esta rotación es que existieron diversos problemas asociados al desarrollo de las neoplasias, así como a su tratamiento, como, por ejemplo, problemas de infecciones en inmunodeprimidos, trastornos hidroelectrolíticos, problemas de salud mental, problemas respiratorios y neurológicos desencadenados por la quimioterapia, por hongos oportunistas, etc.

Se procede a describir 2 de los casos más vistos durante la rotación de Medicina Oncológica, incluyendo el manejo dado y la respuesta al tratamiento que hubo en ambos casos.

Casos vistos en la rotación en Medicina Oncológica

1. Adolescente mujer con fatiga y mareos

Paciente mujer de 19 años, natural de Puno y procedente de Arequipa, sin antecedentes de importancia, con tiempo de enfermedad de 2 semanas caracterizado por fatiga y mareos, por lo que acude a un centro de salud donde se encuentra sus valores de hemoglobina en 3.4 mg/dL, por lo que recibe transfusiones sanguíneas, y posteriormente es referida al INEN contando con el diagnóstico de Leucemia Nueva Aguda, donde recibe soporte del cuadro anémico grado IV y se decide su hospitalización para manejo médico.

A la evaluación, presenta funciones vitales dentro del rango normal y un examen físico sin alteraciones. En los exámenes auxiliares se encuentra una hemoglobina de 11.2 mg/dL, leucocitos en $3.2 \times 10^9/L$ con 50% de presencia de blastos, plaquetas en $73 \times 10^9/L$, creatinina en 0,55 mg/dL, deshidrogenasa láctica (DHL) en 188 UI/L y una relación normalizada internacional (INR) de 1.09.

Se le realiza una tomografía de tórax que informa no encontrar hallazgos patológicos y una tomografía de abdomen que informa leve hepatomegalia y contenido hiperdenso de vesícula biliar. Se le realiza citometría de flujo que confirma Leucemia Linfoblástica de Células B, con lo que se decide su inicio de tratamiento quimioterapéutico de inducción.

2. Mujer con tos seca crónica y dificultad respiratoria progresiva

Mujer de 22 años sin antecedentes de importancia con tiempo de enfermedad de 3 meses caracterizado por tos seca crónica disneizante, disnea progresiva y cansancio, por lo que decide acudir a un centro de salud donde ante los estudios de imágenes se le diagnóstica un tumor mediastinal reportado como Timoma, con ello, se realiza estudio de biopsia e inmunohistoquímica que informa Linfoma de células B de alto grado CD20+ primario mediastinal. Ante agravamiento de cuadro respiratorio, paciente ingresa por emergencias del INEN donde se le realiza tomografía de tórax que informa visualización de un extenso conglomerado ganglionar en el mediastino asociado a síndrome linfoproliferativo. Se evidencian signos de trombosis tumoral de la vena yugular derecha y vena supraclavicular izquierda, al igual que diversos nódulos menores de 7 mm en ambos campos pulmonares y derrame pleural bilateral a predominio derecho asociado a atelectasias. A la tomografía de abdomen se visualizan nódulos hipodensos en ambos riñones y en parénquima esplénico, y pequeños quistes biliares en lóbulo hepático derecho.

Con estos hallazgos se procede a realizar un ecomarcaje y toracocentesis derecha, drenándose un total de 789 cc de líquido pleural, que al estudio citopatológico se informa como neoplasia maligna de células redondas compatible con linfoma. Posteriormente, se decide su hospitalización para inicio de quimioterapia.

A la evaluación en el servicio de Hospitalización, presenta funciones vitales estables, y en el examen físico resalta un murmullo vesicular disminuido en base de hemitórax izquierdo, sin crépitos. El resto del examen físico no presenta alteraciones.

Al segundo día de hospitalización, paciente inicia quimioterapia, y durante el día incrementa taquipnea, por lo que requiere apoyo con oxígeno a 4 litros/minuto con cánula binasal, con lo que presenta mejoría de síntomas y dren con disminución progresiva del gasto. Al quinto día de la hospitalización, con evolución favorable, se realiza destete de oxígeno y se coloca dren pleural fino en hemitórax izquierdo. Se evidencia menor gasto serohemático a lo largo de los días, y se termina por retirar el dren derecho el día 11 de la hospitalización al presentar un gasto menor a 100cc, mientras que el dren izquierdo se retira el día del alta, al cumplir con el esquema de quimioterapia indicado y cumplir con recuperación hematológica.

d. Rotación de Cirugía General durante el internado

Para cumplir con lo mencionado en el sílabo de internado de la USMP en la rotación de Cirugía General, se debían de adquirir habilidades que permitan la identificación de las diversas patologías quirúrgicas y, aprender cuándo, cómo y dónde se debe de realizar el procedimiento quirúrgico, considerando siempre, tanto la autonomía del paciente a través del Consentimiento Informado, como la importancia en mantener la asepsia y antisepsia adecuada para evitar complicaciones en los pacientes intervenidos.

La presente rotación fue realizada, de igual forma, en el INEN, donde se vieron casos de las diversas ramas de Cirugía Oncológica, como Ortopedia Oncológica, Cirugía Oncológica de Abdomen, Urología Oncológica y Cirugía Oncológica de Mamas y Tejidos Blandos.

A continuación, se describen 2 casos que se vieron durante la rotación de especialidades quirúrgicas.

Casos vistos en la rotación en Cirugía Oncológica

1. Adolescente con tumoración en rodilla izquierda.

Paciente varón de 19 años, natural y procedente de Lima, sin antecedentes de importancia, con tiempo de enfermedad de 1 año y 3 meses, caracterizado por dolor y aumento de volumen en rodilla izquierda que se incrementó luego de una caída hace 1 año, con lo que se agrega al cuadro limitación a la movilización de rodilla izquierda y dificultad para deambular, por lo que acude a un centro de salud donde le realizan imágenes de diagnóstico, encontrándose a la resonancia magnética una lesión expansiva de epífisis y metáfisis proximal de tibia izquierda, por lo que es referido al INEN. Al acudir por consultorio externo de Ortopedia Oncológica, se le solicita una biopsia del tejido afectado, con lo que se obtiene el diagnóstico de Tumor de Células Gigantes Óseas sin signos de malignidad, por lo que se indica inicio de tratamiento con denosumab. Tras culminar tratamiento, paciente presenta mejora de síntomas, por lo que se programa cirugía de resección de tumor y se decide su hospitalización. A la evaluación, paciente presenta funciones vitales normales, examen físico general sin alteraciones y examen preferencial de miembro inferior izquierdo con aumento de volumen y limitación a la flexión y extensión.

La resección tumoral se lleva a cabo sin complicaciones, se utiliza etanol como adyuvante y se coloca injerto óseo en reemplazo. Posteriormente, paciente es trasladado a Sala de recuperación, donde se da su evolución satisfactoria, por lo que regresa a Hospitalización. Se le indica analgesia y antibioticoterapia postoperatoria, con lo que 3 días después de la cirugía, al presentar un buen control del dolor y no

tener complicaciones, se decide su alta con indicación de control por consultorio externo.

2. Adulto mayor con nódulo en mama izquierda

Paciente varón de 70 años, natural y procedente de Lima, con antecedente de madre fallecida por cáncer de mama, con tiempo de enfermedad de 1 año caracterizado por la presencia de un tumor en mama izquierda, por lo que acude a centro de salud donde se le realiza una ecografía mamaria y se observa un nódulo retroareolar izquierdo de 3.1 x 2.3 x 1.7 cm, con lo que es referido al INEN, donde a la evaluación, presenta funciones vitales normales y un examen físico sin hallazgos de importancia. Al examen preferencial en mamas, se observa mama izquierda con tumoración indurada, móvil y no dolorosa de 5 x 5 cm aproximadamente, en región periareolar a predominio de cuadrante superior interno. De igual forma, presenta cicatrices en areola izquierda de bordes irregulares, y zona axilar izquierda con ganglio palpable de 1.5 cm, móvil, no doloroso. Por lo que se le realiza una mamografía, ecografía de mama y biopsia de tumoración cuyo informe indica Carcinoma Infiltrante Luminal B, por lo que se decide su hospitalización al ser tributario de manejo quirúrgico.

Con estos hallazgos se propone una mastectomía radical modificada izquierda como manejo terapéutico, la cual se realiza sin complicaciones. Posteriormente, se coloca un dren para evitar acumulación de líquido, y pasa a ser monitoreado por Anestesiología, que al encontrar una buena evolución decide su paso a Hospitalización nuevamente, donde se le indica antibioticoterapia, analgésicos postoperatorios, cuidado del dren y curaciones. Al no presentar complicaciones y tener buen control del dolor, el paciente es dado de alta al tercer día de su cirugía, con indicación de control por consultorio externo para continuación de tratamiento.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El desarrollo del internado médico se divide en 4 rotaciones efectuadas a lo largo del año académico, las cuales son: Pediatría, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna y Cirugía General.

La primera rotación efectuada, para este caso, fue la de Pediatría, desempeñada en el Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN), ubicado en el distrito de Breña en la ciudad de Lima, Perú.

Esta institución se creó en respuesta a la gran falta de un hospital especializado en niños, y se inauguró el 1 de noviembre de 1929 bajo el régimen de Augusto B. Leguía, sin embargo, las actividades se iniciaron desde el 2 de enero de 1930 con servicios de atención ambulatoria a una población local muy reducida. Posteriormente, se agregó más consultorios especializados, internamiento e incluso se construyó más pisos, con lo que el Hospital del Niño (nombre de la institución hasta 1993) se reorganizó y pudo incrementar el número de pacientes atendidos.

El 24 de mayo de 1983, el instituto pasó a ser llamado como se le conoce hoy, Instituto Nacional de Salud del Niño, y posteriormente, en 1992, es reconocido mediante la Resolución Ministerial N° 002-92-SA como un instituto, con lo que se agrega la investigación y docencia a sus actividades fundamentales como entidad.

Actualmente, el INSN cuenta con un aproximado de 500 camas de hospitalización y más de 30 especialidades médicas por consulta ambulatoria

y hospitalización, donde llegan casos médicos de alta complejidad referidos de diversas partes del país (2).

La segunda rotación realizada fue la de Gineco-Obstetricia, hecha en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), ubicado en el distrito de Cercado de Lima, en la ciudad de Lima, Perú.

Esta institución se inició como la “Casa de la Maternidad” en 1826 con la finalidad de atender los partos de mujeres de escasos recursos, y a la vez, formó a más profesionales en el acto de traer vida al mundo, con lo que se convirtió en un ente referente en Obstetricia, Ginecología y Neonatología. En el año 1992, pasó de ser el Hospital Maternidad de Lima a como se le conoce hoy en día, resaltando su función de enseñanza e investigación, y es en el año 2006, cuando se le brinda la categoría de establecimiento de salud nivel III-2, dada la alta capacidad de atención de casos obstétricos y neonatales complejos. Es por ello que, una de las metas en el INMP es la de innovar permanentemente en las técnicas de atención especializada de la salud reproductiva de la mujer, y contribuir en la capacitación del profesional de salud (3).

Actualmente, el INMP es un ente referente en su campo y recibe pacientes referidas de diversos centros de salud y hospitales de limitada capacidad resolutive, e incluso se ha diversificado en su atención, y ahora implementa los servicios de teleconsulta, capacitación virtual, etc., a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación que le han permitido continuar con el asesoramiento y control de sus pacientes, consiguiendo que estas puedan ser atendidas desde casa sin correr riesgos de contagio por la situación pandémica del país (4).

La tercera y última rotación, que incluye Medicina y Cirugía, se desarrollaron en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), ubicado en el distrito de Surquillo, en la ciudad de Lima, Perú.

Esta institución, ubicada en el Centro de Lima inicialmente, se inauguró el 4 de diciembre de 1939 siendo denominado en ese entonces como el “Instituto Nacional del Cáncer”, sin embargo, debido a lo funesta que sonaba la palabra

“cáncer” en aquel entonces, en 1952 pasó a ser llamado “Instituto de Radioterapia”, que era el manejo más resaltante en el momento.

A lo largo de los años, los casos de patologías neoplásicas incrementaron de forma que fue necesaria una reestructuración del instituto, e incluso motivó la construcción de la actual sede, con lo que se consiguió diversos avances por parte del instituto. Fue en el año 1985, mediante Decreto Supremo N° 057-85-SA, que el INEN se considera como ente especializado con autonomía técnica y administrativa, con la importante misión de guiar e innovar a nivel nacional el abordaje de enfermedades oncológicas.

Actualmente, el INEN cuenta con equipos de alta gama que le permiten realizar el diagnóstico y manejo de los casos que le son referidos de hospitales de limitada resolución capacitativa, y ha enfocado, también, como parte de sus funciones, la realización de diversos programas de prevención y promoción de salud, teniendo en cuenta que, en este grupo de patologías, ambas actividades son cruciales. También se realizan actividades de educación e investigación, pues, cuenta con un riguroso programa de Residentado Médico, desarrolla guías de manejo que sirven como protocolo a nivel nacional, etc.

(5)

CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

La adquisición de conocimientos a lo largo de la carrera de Medicina Humana se da inicialmente con las clases teóricas y prácticas desarrolladas durante los seis primeros años, y es a través de estas clases que se fomenta la investigación de los diversos temas a tratar, buscando conceptos teóricos novedosos basados en evidencia científica, con lo que se llega a hacer uso de guías o manuales hechos por referentes internacionales de la salud. Este tipo de prácticas de adquisición de conocimiento es también útil mientras se realiza el internado médico, pues, la evidencia científica varía a cada momento, por lo que las actualizaciones de los temas vistos deben de ser revisados continuamente.

Con ello, a continuación, se procede a hacer revisiones del manejo hecho en cada uno de los casos descritos anteriormente en el capítulo 1.

1. Revisión del manejo dado en el primer caso visto en la rotación de Pediatría: “Infección de vías urinarias altas en lactante menor”

La guía del Instituto Nacional de la Excelencia para la Salud y la Atención del Reino Unido (*National Institute for Health and Care Excellence*, NICE) del año 2007, revisada y actualizada a febrero del 2021, refiere que ante la presencia de fiebre, vómitos, letargia e irritabilidad en infantes menores de 3 meses, la infección urinaria es una posibilidad diagnóstica a considerar, por lo que el diagnóstico inicial para este caso fue adecuado dado que al examen físico no se observaron signos adicionales que nos hagan considerar otro foco de inicio. En apoyo a esta hipótesis, se realizaron los exámenes de

laboratorio, incluyendo el examen de orina y urocultivo, que según la guía NICE, se debe efectuar en las primeras 24 horas del cuadro clínico, idealmente, a través de métodos no invasivos que eviten la contaminación de la muestra. De no ser factible, es recomendable el uso de cateterismo vesical o punción suprapúbica con previa visualización ecográfica de la presencia de orina en vejiga (6).

Es importante considerar que, en infantes con alto riesgo de complicaciones, el tratamiento no debe de postergarse ante la dificultad de la toma de muestra urinaria (6). En este paciente, ante la sintomatología presentada, el ser menor de 3 meses con fiebre es signo de alerta e indicación de inicio rápido de tratamiento parenteral (7).

Al obtener en los resultados de orina con piuria y bacteriuria, se confirma el diagnóstico de infección de tracto urinario (ITU), y dada la presencia de síntomas sistémicos, se considera ITU de vías altas, por lo que se inicia tratamiento empírico con cefalosporina de tercera generación, tal cual lo recomienda la guía. Al tomar en cuenta el antecedente de ITU anterior, la recomendación es hacer una ecografía para visualizar anomalías renales, y una gammagrafía renal 4 a 6 meses posteriores al cuadro para descartar daño renal. En el paciente, la ecografía informa que no hay alteración renal, por lo que se considera realizar una cistouretrografía para visualizar el tracto ureteral y vejiga. No se cuenta con el informe de esta placa, sin embargo, se visualiza que el uréter izquierdo está dilatado y tortuoso, por lo que se considera un diagnóstico de reflujo vesicoureteral de grado IV en el paciente, lo que explicaría la recurrencia de infecciones a nivel urinario. Con ello, la indicación es profilaxis antibiótica al alta con cefalexina a dosis de 10 mg/kg/día en menores de 3 meses o nitrofurantoína a dosis de 1-2 mg/kg/día en mayores de 3 meses, y posteriormente considerar corrección quirúrgica de la vía (8) (9).

2. Revisión del manejo dado en el segundo caso visto en la rotación de Pediatría: “Síndrome de Guillain Barré en infante”

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía desmielinizante secundaria una infección precedente en la mayoría de los casos, y se caracteriza por arreflexia y debilidad motora, progresiva, bilateral, simétrica y ascendente, con incidencia baja en niños, sin embargo, a pesar de ello es considerada la causa más frecuente de parálisis flácida pediátrica. Los afectados por esta neuropatía pueden presentar disfunción del sistema nervioso autónomo, por lo que es necesario un monitoreo estricto y continuo de funciones vitales. El pico de esta enfermedad se suele dar máximo a las cuatro semanas de inicio del cuadro, y debería de existir una mejora de síntomas a partir de ese momento. El diagnóstico de esta patología es clínico, sin embargo, las 2 pruebas principales de ayuda diagnóstica son el análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR) y la electromiografía. El análisis de LCR se recomienda desde la segunda semana del inicio del cuadro clínico, encontrando una disociación albumino-citológica. En la electromiografía se observa ausencia de la onda F, y posteriormente se añade latencia prolongada distal y disminución de la velocidad de conducción con aparente bloqueo, todos considerados signos de desmielinización.

El tratamiento principal es con inmunoglobulina G endovenosa (IGIV) a dosis de 2 g/kg en total, dando 1 g/kg por 2 días continuos o 400 mg/kg por 5 días seguidos, y también, cuidados de soporte.

Una medida terapéutica adicional es la plasmaféresis, sin embargo, su uso queda en segundo lugar dado que la IGIV es de más sencilla administración en niños. Se recomienda el uso de plasmaféresis en el caso de pacientes con progresión rápida de la enfermedad.

El pronóstico del SGB en niños generalmente es bueno, sin embargo, existe un estudio que indica que el tener menor edad y presentar rápida progresión de la enfermedad se asocia a debilidad a largo plazo (10) (11).

3. Revisión del manejo dado en el primer caso visto en la rotación de Gineco Obstetricia: “Gestante de 39 semanas con ruptura prematura de membranas”

El manejo del parto vaginal monitorizado en casos de RPM involucra antibioticoterapia profiláctica (especialmente contra estreptococos del grupo B), para evitar complicaciones como corioamnionitis, infección puerperal y sepsis neonatal. Se recomienda el uso de ampicilina o cefalosporina de primera generación en casos de gestaciones mayores a 34 semanas y sin complicaciones, y en caso de corioamnionitis, aminoglucósidos o cefalosporinas de tercera generación.

De igual forma, es importante terminar la gestación dentro de las 24 horas siguientes para disminuir el riesgo de complicaciones, incluso si es necesario realizar maduración cervical e inducción del trabajo de parto, en caso de tener un puntaje desfavorable en el test de Bishop (menor a 7) (12). Es por ello que se considera el inicio de maduración cervical en la gestante del caso descrito.

La maduración cervical requiere uso de misoprostol a 25 mcg de dosis inicial, mientras que la inducción del parto puede ser con métodos mecánicos (como el uso de sonda Foley, la amniotomía y el desprendimiento de membranas) o con fármacos como misoprostol u oxitocina a dosis de 10 unidades disueltas en 1000 mL de solución isotónica, controlando el goteo en base a la dinámica uterina. Sin embargo, en los casos de RPM, no se cuenta con evidencia suficiente que recomiende el uso de los métodos mecánicos de dilatación (13).

El uso de antiespasmódicos no es una recomendación que figure en las guías, sin embargo, una revisión sistemática indica que estos fármacos disminuyen la duración total del trabajo de parto en los grupos intervenidos, sin embargo, al no poder incluirse estudios de buena calidad, se concluye que no hay suficiente evidencia para desarrollar conclusiones al respecto (14). Para este caso, se indicó como parte del manejo hiosina y dimenhidrinato, para favorecer la disminución del tiempo del trabajo de parto, dado el antecedente de RPM.

4. Revisión del manejo dado en el segundo caso visto en la rotación de Gineco Obstetricia “Gestante de 29 semanas con amenaza de parto pretérmino”

El parto pretérmino es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal a nivel mundial, por lo que su diagnóstico y tratamiento precoz son de vital importancia. El diagnóstico de la amenaza de parto pretérmino (APP) se hace con 2 hallazgos principales, la presencia de dinámica uterina (1 contracción en 10 minutos de 30 segundos de duración o más) y cambios en cérvix uterino (en consistencia, acortamiento, etc., y principalmente, dilatación menor de 2 cm), a ello, se agregan la prueba de fibronectina fetal y la medición ecográfica del cérvix, en el que se toma un valor menor a 2.5 – 3 cm. La medición ecográfica se considera dado que mediante tacto vaginal existe una infraestimación entre 0.49 a 1.41 cm (12) (15) (16). El tratamiento principal de la APP es con tocolíticos y se considera maduración fetal especialmente en casos de gestantes con antecedentes de importancia, sin embargo, ante la presencia de contracciones en gestaciones pretérmino sin cambios cervicales en una mujer sin antecedentes de riesgo, no se suele dar con tocolíticos. La dosis, según la guía del INMP, del uteroinhibidor más usado a nivel nacional, el nifedipino, es de 10 a 20 mg cada 20 minutos hasta en 3 oportunidades, seguida de 10 mg cada 4 horas el primer día, y 10 mg cada 8 horas los 6 días siguientes, sin embargo, referencias internacionales indican el uso de tocolíticos solo durante 48 horas, mientras se completan las dosis de corticoides, pues consideran que no existe beneficio adicionales del uso de tocolíticos en mayor tiempo (12) (15) (17).

El uso de corticoides beneficia desde las 24 semanas hasta las 34 semanas de gestación al disminuir los casos de síndrome de distrés respiratorio, hemorragia intracraneal, enterocolitis necrotizante y muerte fetal. La dosis para usar de betametasona es de 12 mg vía intramuscular (IM) cada 24 horas por 2 días seguidos, mientras que, si se opta por dexametasona, la dosis es de 6 mg vía IM cada 12 horas,

hasta completar 4 dosis. En una revisión sistemática se observó que el uso de dexametasona presentó algunos beneficios en comparación con la betametasona, como una menor presentación de hemorragia intraventricular y una estancia más corta en la unidad de cuidados intensivos (12) (15) (18).

5. Revisión del manejo dado en el primer caso visto en la rotación de Medicina “Adolescente con Leucemia Linfoblástica Aguda”

La leucemia linfoblástica es una de las leucemias más frecuentes en niños y jóvenes adultos a nivel mundial, y se caracteriza por proliferación de células linfoides inmaduras en la médula ósea roja, sangre periférica y otros órganos. Entre sus factores de riesgo se incluye la edad mayor de 70 años, exposición a quimioterapia y radioterapia y desórdenes genéticos, como el síndrome de Down, Klinefelter, etc. Cuenta con una alta tasa de recuperación de 90% en países desarrollados, sin embargo, en el Perú, las estadísticas indican que menos del 45% de los casos logran éxito, debido a fallas en el diagnóstico temprano, inicio tardío de tratamiento o abandono del mismo (19) (20).

La presentación clínica no es específica y puede incluir fatiga, letargia, mareos, infecciones, petequias, equimosis y síntomas constitucionales (como fiebre, pérdida de peso, etc.); también puede encontrarse linfadenopatías, hepatomegalia y/o esplenomegalia en un 20% de casos aproximadamente. Por lo que, el diagnóstico requiere de pruebas de laboratorio como hemograma, perfil de coagulación y un estudio de médula ósea en el que se evidencie una presencia mayor al 20% de células linfoblásticas. En esta paciente se encontraron síntomas muy inconcretos, y fue con los valores de hemoglobina que se inició el estudio orientador al diagnóstico en el centro de salud al que acude en primera instancia. En el instituto se confirmó el tipo de leucemia que esta paciente tenía al hallarse más del 50% de blastos presentes, y con la citometría de flujo se clasificó como leucemia linfoblástica aguda de células B (LLA – B). Adicional a ello, se le realiza

tomografías para evidenciar una posible expansión de la enfermedad, sin encontrarse hallazgos de importancia. En base a las recomendaciones internacionales, otras pruebas que se deben de realizar son perfil hepático, perfil renal, dosaje de electrolitos, perfil de lisis tumoral, pruebas serológicas, pruebas de embarazo en el caso de las mujeres, ecografía escrotal en el caso de los varones para descartar compromiso testicular y tipificación del antígeno leucocitario humano (HLA), que se requerirá en caso la paciente no se responda a la quimioterapia. (20).

El tratamiento de este tipo de leucemia se da en 3 fases, la fase de inducción, la fase de consolidación (también denominada intensificación) y mantenimiento. La primera fase, la de inducción, tiene como objetivo reducir la mayor cantidad de células leucémicas, por lo que incluye 4 drogas antitumorales que son la vincristina, una antraciclina (doxorrubicina o daunorrubicina), un corticoide (prednisona o dexametasona) y la L-asparaginasa. Diversas organizaciones proponen regímenes que involucran estas drogas con ligeras variaciones. En el caso de esta paciente, se decidió seguir usar el protocolo que incluyó vincristina, daunorrubicina, dexametasona y L-asparaginasa.

También, se incluye profilaxis del sistema nervioso central (SNC) con quimioterapia intratecal, quimioterapia sistémica o irradiación craneal de forma que, se prevenga la enfermedad a ese nivel o relapsos mediante la eliminación de células leucémicas de sitios donde la quimioterapia utilizada en la inducción no actúa por no poder atravesar la barrera hematoencefálica. Esta se suele dar con corticoides, metotrexate, citarabina, y dosis altas de L-asparaginasa. Para esta paciente se hizo uso de prednisona como profilaxis en SNC a dosis de 50 mg vía oral cada 12 horas durante toda la inducción.

Durante la inducción también es importante el soporte del tratamiento; los pacientes, dada la intensidad del manejo, suelen presentar náuseas, vómitos, pérdida de peso, anemia, dolor intenso, infecciones oportunistas, síndrome de lisis tumoral (SLT), etc. Por lo que se debe considerar brindar antieméticos, realizar monitoreo continuo de

funciones vitales y valores de hemoglobina, plaquetas y leucocitos, brindar analgésicos, dar buena hidratación, alopurinol o rasburicasa, y en caso de presentar fiebre o signos de infecciones oportunistas, es necesario el inicio temprano de antibioticoterapia, etc. Todo lo mencionado se cumplió durante la inducción de la paciente del caso mencionado, por lo que las complicaciones no fueron resaltantes.

Al finalizar el día 14 de la inducción y el día 30 de la misma, se les realiza a los pacientes nuevamente un aspirado medular para poder constatar que existe una disminución del porcentaje de blastos, de forma que se puede continuar con el mismo esquema en la fase de mantenimiento o se amplían las opciones terapéuticas incluyendo un trasplante de médula. En esta paciente al día 14 se encontró 39% de blastos, cuando lo máximo esperado ante una buena respuesta a la quimioterapia es de 10%, y al día 30 se encontró un 12% de blastos, con citometría de flujo que indicó un 39.15% de linfoblastos, por lo que se catalogó como “persistencia de la enfermedad”, y se decidió continuar con la opción del trasplante medular a la par de la segunda fase de tratamiento, sin embargo, la paciente desistió de este manejo por razones personales (20).

6. Revisión del manejo dado en el segundo caso visto en la rotación de Medicina “Mujer con Linfoma Difuso de células B grandes”

Los linfomas No Hodgkin (LNH) incluyen desordenes que se pueden originar de linfocitos B, T o natural killers (NK); de todos estos, el subtipo de LNH de células B que tiene mayor incidencia es el linfoma difuso de células B grandes (LDCB), que corresponde al 30 – 40% a nivel mundial. En Perú, los linfomas son el cuarto cáncer más frecuente, con presentación similar entre varones y mujeres, y un promedio de edad 50 años entre los afectados, y dentro de los LNH de células B, el LDCB predomina con más de un 50% de los casos (21).

El diagnóstico de este linfoma se da con la presencia de una gran masa de rápido crecimiento que se suele ubicar en el cuello o abdomen, sin embargo, para el LDCB primario mediastinal, la ubicación es el

mediastino. Los síntomas que presentan en el 30% de los casos son fiebre, pérdida de peso y sudoración nocturna; por ello es importante considerar que, en un contexto como el nuestro, ante la alta tasa de tuberculosis pulmonar, pueden converger algunos síntomas que nos desorienten hacia una patología infecciosa en vez de neoplásica.

En los linfomas primarios mediastinales, dada la presencia de masa, existe compromiso de vías aéreas, y de la vena cava superior, e incluso se ha visto en algunos estudios que el porcentaje de pacientes que desarrollan el síndrome de vena cava superior (SVC) puede llegar a ser mayor al 50%. Este síndrome incluye síntomas como tos, disnea, dolor torácico, disfagia e hinchazón de diversas partes del cuerpo (como cara, cuello, cuerpo superior y brazos), etc. Existen algunos casos donde el compromiso llega a involucrar edema cerebral, con la presencia de cefalea, confusión y coma (22). En nuestro caso, la paciente no cumplió con toda la presentación del SVC, sin embargo, el compromiso respiratorio fue considerable e inclusive presentó de derrame pleural bilateral, por lo que parte de su manejo requirió la realización de una toracocentesis terapéutica, obteniéndose muestras de líquido pleural, a través de las cual se pudo visualizar atipia celular compatible con linfoma.

Una vez orientado el diagnóstico, es importante la realización de diversas pruebas que permitan saber el estado de la enfermedad, entre las que se incluyen un examen físico completo en busca de nódulos linfáticos, medida del tamaño hepático y bazo, hemograma completo, dosaje de DHL, pruebas serológicas (hepatitis B, especialmente), un panel metabólico completo (glucosa, electrolitos, proteínas, transaminasas, fosfatasa alcalina, bilirrubinas, urea, creatinina, etc.). Para el caso descrito, se cumplió con todas las pruebas, encontrándose alterado únicamente el valor de DHL con 1187 UI/L que se asocia al diagnóstico. Con respecto a las imágenes de ayuda diagnóstica, se considera la realización de tomografías con contraste de tórax, abdomen y pelvis que permitan una mejor observación del compromiso existente en otros órganos. A nivel internacional se considera que la tomografía debe de ser por emisión de positrones, o conocida también

como PET scan, pues esta permite el hallazgo de nódulos linfáticos distales involucrado. En la paciente del caso descrito, a la tomografía de tórax se evidencia múltiples nódulos en ambos campos pulmonares, lo que haría que se le catalogue como estadio 3 de la enfermedad (en base a la clasificación de Ann Harbor y Lugano). Sin embargo, es importante considerar que en la tomografía de abdomen se observó la presencia de nódulos renales bilateral y en parénquima esplénico, con lo que se considera una infiltración de la enfermedad a nivel abdominopélvico, lo que cambiaría la clasificación de la enfermedad a estadio 4 (22) (23).

El tratamiento para esta enfermedad cuando llega a un grado avanzado involucra quimioterapia de inducción con 6 ciclos del esquema denominado "R-CHOP" (aunque algunos incluyen hasta 8 ciclos), y posteriormente sesiones de radioterapia, o un esquema más agresivo que se denomina "DA-EPOCH-R" en 6 a 8 ciclos. El esquema RCHOP incluye rituximab (anticuerpo monoclonal anti CD 20 que permite la eliminación de las células B CD 20+), ciclofosfamida (alquilante citostático), doxorubicina (antibiótico antraciclino con acción antineoplásica), vincristina (alcaloide antitumoral) y prednisona. Mientras que, el esquema DA-EPOCH-R, incluye los mismos fármacos con variación de su dosis y agrega etopósido (inhibidor de la multiplicación de células neoplásicas) y al factor estimulador de colonias de granulocitos (cuya función es ayudar en la producción de neutrófilos), sin agregar radioterapia. En el presente caso, se decidió por el uso del segundo esquema mencionado, puesto que existen estudios donde se ha visto una mayor efectividad de este régimen y, a la vez, permite obviar los riesgos a largo plazo que trae la radioterapia. Ante el hallazgo de signos de trombosis en vasos como la vena cava superior y vena clavicular izquierda se decide agregar enoxaparina al tratamiento. También se consideran las medidas de soporte, como antieméticos, gastroprotectores y analgésicos.

El tratamiento de soporte también incluye una buena hidratación y el uso de alopurinol o rasburicasa en caso de detectarse hiperuricemia, sin embargo, en este caso, no se requirió dado que la paciente estuvo

bien hidratada en todo momento y no presentó alteraciones de ácido úrico durante su hospitalización (22) (23).

7. Revisión del manejo dado en el primer caso visto en la rotación de Cirugía “Adolescente con Tumor de células gigantes en tibia izquierda”

El tumor de células gigantes es un tumor benigno de comportamiento agresivo que cuenta con capacidad de metástasis principalmente a pulmón. Este es un tumor mesenquimal que se conforma de células gigantes multinucleadas, tiene presentación monostótica y suele presentarse en la región epifisaria de huesos como la tibia, fémur, etc. El diagnóstico se basa en la evaluación física, la visualización de la lesión a través de radiografías y resonancias magnéticas, y estudios de anatomopatología del tejido de la lesión. En la resonancia magnética se obtendrá adicionalmente información respecto a la invasión de tejidos blandos, y suele describirse como una lesión lítica excéntrica que puede llegar a infiltrar la capa cortical. Estos exámenes también permiten la estratificación y detectar recurrencia del tumor (24) (25).

El tratamiento es quirúrgico, y se realiza mediante curetaje, sin embargo, al tener alta tasa de recurrencia local, se recomienda el uso de adyuvantes luego del curetaje, dentro de los cuales, el uso de la criocirugía es la que ha mostrado menor tasa de recurrencia, con un 8%, pues es a través de la aplicación directa de nitrógeno líquido que se logra la mayor eliminación de las células que quedan en la superficie post curetaje. En el INEN, se hace uso de etanol, que también ha demostrado ser efectivo, y su uso es más sencillo y seguro que otras opciones como el fenol o láser de haz de argón (25).

El uso de tratamiento médico con denosumab o bifosfonatos se da en casos tumores no resecables, potencialmente resecables o recurrentes, pues su acción inhibidora del ligando de receptor activador para el factor nuclear κ B (RANKL), encargado de activar a los osteoclastos, permite una estabilización de la enfermedad a través de la osificación de la lesión. Por ello, en el caso de este paciente se decidió su uso

antes de la cirugía, con lo que se confirmó su acción beneficiosa al disminuir el volumen de la lesión y permitir su osificación, que conllevó a la realización de una intervención quirúrgica de menor duración y sin complicaciones. La administración de denosumab es de 120 mg vía subcutánea cada 28 días, con 2 dosis adicionales en el día 8 y día 15 del primer mes. Para este paciente se administró 6 dosis en total en base al esquema mencionado (24) (26).

8. Revisión del manejo dado en el segundo caso visto en la rotación de Cirugía “Adulto mayor con Cáncer de mama Luminal B”

El cáncer de mama ocupa el segundo lugar de las neoplasias que afectan más a la población femenina peruana, con alta morbilidad y mortalidad. Existen diversos tipos, algunos involucran hormonas en su patogenia, mientras que los que no, tiene un manejo y pronóstico menos favorable (27).

El diagnóstico se realiza con hallazgos clínicos, imágenes de ayuda diagnóstica y estudio anatomopatológico, con lo que también se obtiene la estratificación de la enfermedad, necesaria para la elección del tratamiento. Entre los hallazgos clínicos se tiene masa palpable, presencia de adenopatías, telorrea y cambios cutáneos, como retracción areolar, piel de naranja, etc. En el paciente de este caso a la evaluación solo se encuentra una tumoración de 5x5 cm que comprometía región periareolar y una adenopatía axilar izquierda de 1.5 cm.

Las imágenes de ayuda diagnóstica, como las mamografías, también son de uso como pruebas de screening en aquellas personas con antecedentes de importancia, mientras que la ecografía se suele utilizar con la misma finalidad, pero, en aquellas personas menores de 30 años. En este paciente, se observa a la mamografía la presencia de una imagen radiopaca espiculada, que adicionalmente a la palpación de ganglios, clasifica su tumoración como BIRADS 5 (28).

La clasificación del tumor también se puede dar patológicamente, en base a la zona de la mama que ha sido afectada (lobulillar, ductal, mixta,

etc.) o molecularmente, en base a la presencia de receptores hormonales de estrógeno, y progesterona (ER/PR), receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) o expresión del antígeno Ki67 (relacionado a la actividad mitótica celular), lo que se consigue en base a la biopsia y estudio inmunohistoquímico (29). En este paciente, que presentó un nódulo mamario a la palpación, imágenes sugestivas de neoplasia, y la existencia de un antecedente familiar, a la patología se le diagnosticó de carcinoma infiltrante no especificado y se le realizó inmunohistoquímica de la lesión, encontrándose positiva 3+ a ER/PR, negativa a HER2, pero Ki67 de 30%, por lo que se le tipifica como Luminal B.

La estratificación del tumor se da en base al tamaño del tumor (T), la presencia de nódulos (N) y la existencia de metástasis (M). En este caso, la tumoración tiene medidas ≤ 5 cm, por lo que se le consideraría T2; por otro lado, al presentar una masa ganglionar axilar, pasa a ser considerado como N1, y a la tomografía de tórax y abdomen no se evidencia signos de metástasis, por ende, su estadiaje se considera como T2 N1 M0 (perteneciente al estadio clínico IIB), de forma su tratamiento final incluiría manejo quirúrgico, tratamiento adyuvante y quimioterapia, por lo que en el INEN se inicia su tratamiento con una mastectomía radical modificada izquierda. Con respecto a este punto, las guías recomiendan sesiones de quimioterapia pre quirúrgicas solo en aquellos casos que existe un tumor irresecable, un tumor resecable con clasificación HER2 positivo y triple negativo con $T \geq 2$ o $N \geq 1$, un tumor primario de gran tamaño en pacientes con deseo de conservar la mama, un tumor con $N \geq 1$ tributario a convertirse en N0 con tratamiento sistémico, y en pacientes en los que la cirugía definitiva debe ser postergada por otros motivos; por ello es que en este paciente se procedió directamente con la cirugía.

Las recomendaciones de manejo en hombres con cáncer de mama deben de seguir el mismo protocolo existente para las mujeres postmenopáusicas a excepción de que es necesario una esteroidogénesis testicular para que el uso del inhibidor de aromatasa sea efectivo. Sin embargo, para la mayoría de las mujeres

postmenopáusicas con cáncer de mama con sensibilidad a ER/PR y HER2 negativo, en su terapia hormonal se prefiere el uso de inhibidores de la aromatasa (AI), pero, en el caso de los hombres, se recomienda el uso de tamoxifeno, dado que el uso de AI (junto con agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRha)), en hombres ha mostrado inferioridad como monoterapia a comparación del tamoxifeno y presenta mayores efectos adversos en hombres. La duración del tratamiento debe de ser por 5 años, en base a las recomendaciones, e incluso existen estudios que mencionan que las tasas de recurrencia son menores en aquellos que añaden 5 años más a su tratamiento. Adicionalmente, la guía de la NCCN indica que, para todo paciente con cáncer infiltrante de mama ductal, lobulillar, mixto, micropapilar o de tipo no especificado, que son luminal B con estadio IIB es recomendable el realizar una prueba genética de expresión de los 21 genes relacionados al pronóstico de este tipo de cáncer a través de un RT-PCR, sin embargo, en este paciente los resultados de su prueba genética aún no estaban disponibles, por lo que no se puede agregar una interpretación de resultados al respecto. La disección de nódulos linfáticos axilares (DNLA) se recomienda en todos aquellos pacientes en los que clínicamente positivo y al estudio patológico se confirma la malignidad. En aquellos que no, solo se considera la disección de un ganglio centinela, dado que existen complicaciones asociadas a la disección de ganglios axilares, como por ejemplo linfedema, etc. Sin embargo, existen estudios que indican que el uso de radiación en vez de la DNLA, presenta menos morbilidad. En base a las recomendaciones internacionales, solo se extenderá la disección de ganglios al nivel III cuando la diseminación es vista también en el grupo II o III. Para el caso de este paciente, donde se palpa un solo ganglio axilar que a la patología salió positivo, se procede a realizar solo la disección de los grupos linfáticos I y II (uno inferolateral al pectoral menor, y el otro detrás del pectoral menor), para ser, luego, enviados a patología para mayor estudio (29) (30).

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El comienzo del presente internado médico se dio el primer día de enero del año 2020, y tuvo un inicio regular, como el de todos los años, con la misma exigencia y oportunidad de aprendizaje que años anteriores, sin embargo, dada la implementación de medidas de restricción de asistencia a los hospitales por la situación pandémica, y ante el evidente descontrol sanitario a nivel nacional, las actividades del internado médico quedaron suspendidas. Con ello, se tuvo que analizar cómo se podrían reanudar las actividades de todos los estudiantes de medicina a nivel nacional considerando que el riesgo de contagio fue muy alto durante meses, con tasas de morbilidad y mortalidad tan altas, que incluyeron pérdidas grandes por parte del personal de asistencia sanitaria.

Ante este panorama, la reanudación de actividades fue siendo aplazada hasta encontrar la forma de poder proteger a aquellos que acepten volver voluntariamente a sus actividades, y se tomó en consideración el brindar equipos de protección personal, seguro médico y un seguro de vida, entre otras cosas, con lo que, luego de 7 – 8 meses (dependiendo del avance de trámites por parte de cada facultad), los internos de medicina que firmaron su consentimiento de retorno fueron incorporados en sus sedes de manera progresiva.

Sin embargo, el retorno, para la mayoría, no fue dado a su sede de origen, sino, fue a centros de salud de nivel I – 3 y I – 4, lo que quiere decir que el horario, y el aprendizaje de los temas que debían de ser cubiertos durante el año académico fueron modificados con la finalidad de acoplarse a las nuevas actividades que serían parte de la formación del interno de medicina en el primer nivel de atención, con un horario que disminuya la exposición de los internos, para así evitar los probables contagios dentro de la población de estudiantes de medicina y sus familias.

De esta forma se iniciaron nuevamente las actividades, sin embargo, la realidad de muchos internos fue distinta a lo ofrecido por parte de las autoridades. Hubo falencias en la entrega de EPPs, en la realización de pruebas de descarte para coronavirus, en la emisión de contratos formales que llevó al retraso de pagos, etc. Adicionalmente a ello, al considerar que los meses perdidos perjudicaban no solo a los internos del año 2020, sino a los que ingresarían el año 2021 y años posteriores, el retorno de los internos se programa con fecha máxima de cierre del 30 de abril del 2021 y estuvo organizado en 2 grupos, donde cada grupo de internos solo asistía 6 – 7 horas por día, 15 días por mes de rotación, y realizaba solo 1 día de guardia diurna por semana de asistencia al hospital o centro de salud, lo que resultaba en realizar solo 2 guardias por mes de rotación, y 2 meses por cada rotación. Dando como resultado que el interno solo pueda desarrollar actividades dentro de su sede durante un total de 84 horas aproximadamente por mes, y la principal consecuencia de esta medida fue la disminución de las oportunidades de aprendizaje práctico, de forma que el internado se tornó en una experiencia incompleta, donde el interno no obtuvo la vasta experiencia que internos de años pasados sí consiguieron.

A pesar de ello, el internado se intentó complementar con seminarios virtuales dictados 1 vez por semana, donde se desarrollaban los temas de patologías y procedimientos más comunes a ver en cada rotación.

Particularmente, para la autora del presente trabajo, la principal dificultad que se presentó durante la primera rotación en Pediatría, realizada en el INSN, fue el adaptarse al horario y ritmo de trabajo a realizar en el servicio de Hospitalización y durante las guardias diurnas y nocturnas en Emergencias. Sin embargo, durante la tercera semana de rotación, al haberse acostumbrado al ritmo de trabajo, se pudo obtener una mejora del desempeño de los quehaceres a cargo y con ello se pudo aprender a profundidad el sistema de trabajo usado.

Durante la rotación de Gineco-Obstetricia, realizada en el INMP, ya siendo otra la situación, las dificultades fueron totalmente distintas, pues estando en situación de pandemia, en el instituto se realizaban pruebas de descarte en los pacientes que irían a ser hospitalizados, y en caso de salir positivo a la infección por SARS-COV-2, se les hospitalizaba y atendía en zonas aisladas, donde el interno no tenía permitido el ingreso con la finalidad de no exponerlo al riesgo de contagio, quedando solo a su disposición aquellos casos de pacientes que salían negativo a la prueba de descarte, lo que disminuía el número de casos de los cuales los internos iban a poder aprender, sin considerar incluso que la cantidad de gestantes que asistían al instituto para ser atendidas había sido reducida a la mitad a causa del miedo al contagio. En este caso, siendo una rotación donde a mayor diversidad de casos observados, partos atendidos, etc., mejor se daría el aprendizaje, se procedió a realizar turnos fuera del horario establecido, de forma que al tener contacto con una mayor cantidad de pacientes se pueda obtener mejor el conocimiento necesario, considerando siempre las medidas de protección adecuadas que disminuyen el riesgo de exposición.

Por último, durante la rotación de Medicina y Cirugía General no se experimentaron dificultades de este tipo tan marcadas, dado que en el INEN la cantidad de pacientes atendidos no varió tanto en comparación a la anterior sede mencionada. De igual forma, se contó con el equipo de protección personal brindado por el instituto durante toda la rotación, con lo que fue posible el correcto desenvolvimiento de las actividades del interno.

CONCLUSIONES

- El internado médico sirve para poder fortalecer al estudiante de medicina en su último año de carrera, con lo que podría desempeñarse bien en el campo laboral.
- Durante el internado médico, el interno realiza diariamente actividades de prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento que lo ayudan a consolidar conocimientos previamente aprendidos.
- A pesar de la situación pandémica actual y del alto riesgo de contagio que existe en los hospitales, el interno podría realizar sus actividades de forma regular siempre y cuando se cuente con un buen equipo de bioseguridad que le permita estar en contacto con el paciente y tener menor probabilidad de riesgo de contagio.

RECOMENDACIONES

- La realización del internado médico debe de ser hecha de forma continua y en espacios donde se cuente con estructura y equipos de bioseguridad adecuados para disminuir su riesgo de contagio ante las diversas patologías con la que se tiene contacto.
- Es importante que se considere prioridad el brindar una experiencia completa de internado médico, que incluya la participación del interno en todas las actividades desempeñadas por el médico, con lo que el estudiante se lleve una vivencia completa del panorama que tendrá en el futuro.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Albitres-Flores L, Pisfil-Farroñay YA, Guillen-Macedo K, Niño-García R, Alarcon-Ruiz CA. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 13 de noviembre de 2020;37(3):504-9.
2. Institucional/Reseña Histórica | Instituto Nacional de Salud del Niño [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/institucional/resena-historica>
3. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/presentacion/1415392103>
4. Instituto Nacional Materno Perinatal [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/presentacion/1421440666>
5. Reseña Histórica Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/resena-historica/>
6. Overview | Urinary tract infection in under 16s: diagnosis and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg54>
7. Overview | Fever in under 5s: assessment and initial management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143>
8. Subías JE, Fuentes BV. REFLUJO VESICOURETERAL. :13.

9. Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja. Guía de práctica clínica de infección del tracto urinario. [Internet]. Ministerio de Salud de Perú (MINSA); 2017 [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <http://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2017/RD-117-2017.pdf>
10. Rosen BA. Guillain-Barré Syndrome. *Pediatrics in Review*. 1 de abril de 2012;33(4):164-71.
11. Korinthenberg R, Trollmann R, Felderhoff-Müser U, Bernert G, Hackenberg A, Hufnagel M, et al. Diagnosis and treatment of Guillain-Barré Syndrome in childhood and adolescence: An evidence- and consensus-based guideline. *European Journal of Paediatric Neurology*. 1 de marzo de 2020;25:5-16.
12. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología del 2018 [Internet]. Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018 [citado 10 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.inmp.gob.pe/institucional/guias/1590593033>
13. ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. *Obstet Gynecol*. agosto de 2009;114(2 Pt 1):386-97.
14. Rohwer AC, Khondowe O, Young T. Antispasmodics for labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [citado 10 de abril de 2021];(6). Disponible en: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.CD009243.pub3>
15. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. *Obstet Gynecol*. octubre de 2016;128(4):e155-164.
16. Nápoles Méndez D. La cervicometría en la valoración del parto pretérmino. *MEDISAN*. enero de 2012;16(1):81-96.
17. Charles J Lockwood. Preterm labor: Clinical findings, diagnostic evaluation, and initial treatment - UpToDate [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preterm-labor-clinical-findings-diagnostic-evaluation-and-initial-treatment?search=threatened%20preterm%20labor&source=search_resu

It&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1331942
469

18. Brownfoot FC, Gagliardi DI, Bain E, Middleton P, Crowther CA. Different corticosteroids and regimens for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [citado 11 de abril de 2021];(8). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006764.pub3/full/es>
19. Ministerio de Salud. Plan nacional para la atención integral de la leucemia linfática aguda en pacientes de 1 a 21 años (Plan Salvador: 2017- 2021) (R.M. N° 383-2017/MINSA) [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/280846-plan-nacional-para-la-atencion-integral-de-la-leucemia-linfatica-aguda-en-pacientes-de1-a-21-anos-plan-salvador-2017-2021-r-m-n-383-2017-minsa>
20. NCCN. Acute Lymphoblastic Leukemia, Version 1.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology [Internet]. Acute Lymphoblastic Leukemia Guidelines. 2021 [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail>
21. Castañeda-Ruiz P, Rada FV y, Serra-Jaramillo R, Paz-Cornejo E, Salas-Sánchez F. Linfoma difuso de células B grandes: ¿una sola enfermedad? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 9 de octubre de 2017;34(3):551-9.
22. Freedman A, Aster J. Primary mediastinal large B cell lymphoma - UpToDate [Internet]. 2020 [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/primary-mediastinal-large-b-cell-lymphoma?search=lymphoma%20cell%20b&topicRef=4703&source=see_link#H13
23. NCCN. B-Cell Lymphomas, Version 3.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology [Internet]. B-Cell Lymphomas Guidelines. 2021 [citado 14 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/b-cell.pdf

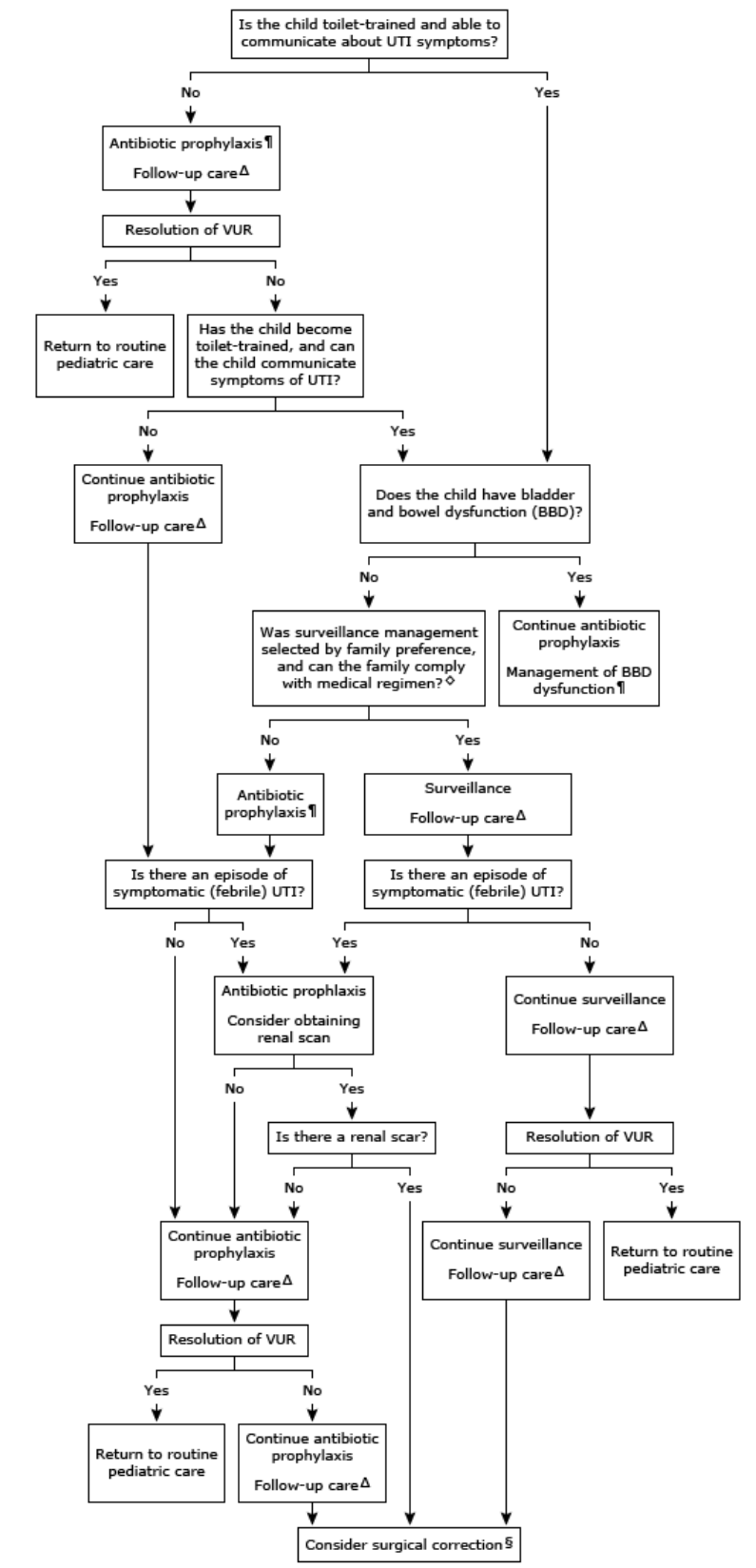
24. van der Heijden L, Dijkstra PDS, van de Sande MAJ, Kroep JR, Nout RA, van Rijswijk CSP, et al. The Clinical Approach Toward Giant Cell Tumor of Bone. *Oncologist*. mayo de 2014;19(5):550-61.
25. Raskin KA, Schwab JH, Mankin HJ, Springfield DS, Hornicek FJ. Giant cell tumor of bone. *J Am Acad Orthop Surg*. febrero de 2013;21(2):118-26.
26. Giant cell tumor of bone - UpToDate [Internet]. [citado 11 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/giant-cell-tumor-of-bone#H2765720648>
27. Ministerio de Salud. Plan nacional para la prevención y control de cáncer de mama en el Perú 2017- 2021 (R.M. N° 442-2017/MINSA) [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/280844-plan-nacional-para-la-prevencion-y-control-de-cancer-de-mama-en-el-peru-2017-2021-r-m-n-442-2017-minsa>
28. Bevers TB, Helvie M, Bonaccio E, Calhoun KE, Daly MB, Farrar WB, et al. Breast Cancer Screening and Diagnosis, Version 3.2018, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 1 de noviembre de 2018;16(11):1362-89.
29. NCCN. Breast Cancer, Version 3.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology [Internet]. Breast Cancer Guidelines. 2021 [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf
30. Gradishar WJ. Breast cancer in men - UpToDate [Internet]. Breast cancer in men. 2020 [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/breast-cancer-in-men?search=breast%20cancer&topicRef=749&source=related_link#H4207799339

ANEXOS

ANEXO N° 1

Manejo de reflujo vesicoureteral en niños

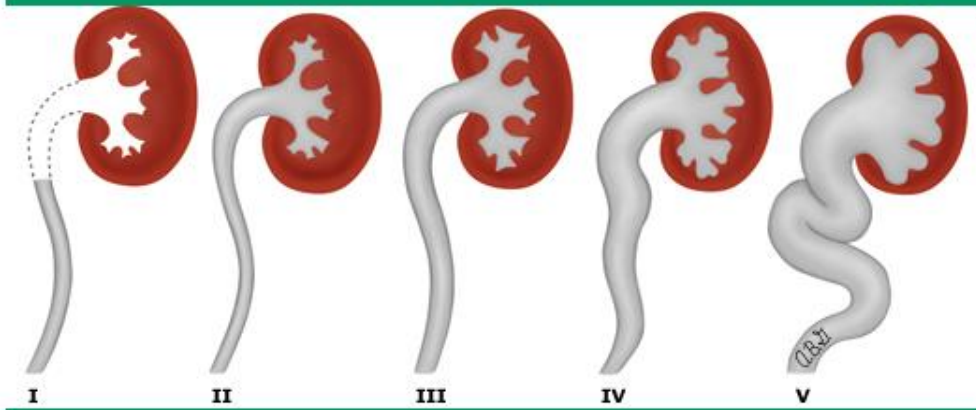
Children with mild (grade I or II) VUR*



ANEXO N° 2

Estadios del reflujo vesicoureteral

International classification of vesicoureteral reflux (VUR)



Modified from: International Reflux Committee. Medical versus surgical treatment of primary vesicoureteral reflux. *Pediatrics* 1981; 67:392.

UpToDate®

ANEXO N° 3

Estadía del cáncer de mama

Breast carcinoma TNM anatomic stage group AJCC UICC 8th edition

When T is...	And N is...	And M is...	Then the stage group is...
Tis	N0	M0	0
T1	N0	M0	IA
T0	N1mi	M0	IB
T1	N1mi	M0	IB
T0	N1	M0	IIA
T1	N1	M0	IIA
T2	N0	M0	IIA
T2	N1	M0	IIB
T3	N0	M0	IIB
T0	N2	M0	IIIA
T1	N2	M0	IIIA
T2	N2	M0	IIIA
T3	N1	M0	IIIA
T3	N2	M0	IIIA
T4	N0	M0	IIIB
T4	N1	M0	IIIB
T4	N2	M0	IIIB
Any T	N3	M0	IIIC
Any T	Any N	M1	IV

- The anatomic stage group table should only be used in global regions where biomarker tests are not routinely available.
- Cancer registries in the US must use the prognostic stage group table for case reporting.

TNM: tumor, node, metastasis; AJCC: American Joint Committee on Cancer; UICC: Union for International Cancer Control.

Used with permission of the American College of Surgeons, Chicago, Illinois. The original source for this information is the AJCC Cancer Staging Manual, Eighth Edition (2017) published by Springer International Publishing.

UpToDate®