



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EXPERIENCIA MÉDICA EN EL INSTITUTO NACIONAL  
DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR

GIANELLA VERHONICA DEL AGUILA MEDINA

IVONNE CAROLINA DIAZ CHAMBI

ASESOR

DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA

LIMA, PERÚ

2021



**Reconocimiento  
CC BY**

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

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA MÉDICA EN EL INSTITUTO  
NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**GIANELLA VERHONICA DEL AGUILA MEDINA**

**IVONNE CAROLINA DIAZ CHAMBI**

**ASESORA**

**DRA. GLORIA MARITZA UBILLUS ARRIOLA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** M.E José Antonio Galarreta Zegarra

**Miembro:** Dr. Luis Manuel Taxa Rojas

**Miembro:** Dra. Catherine Iris Gutarra Chuquin

## ÍNDICE

|   | <b>Págs.</b> |
|---|--------------|
| <b>Portada</b>  | i            |
| <b>Jurado</b>   | ii           |
| <b>Índice</b>   | iii          |
| <b>Resumen</b>  | vi           |
| <b>Abstract</b>   | v            |
| <br>  |              |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>   | vi           |
| <b>CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>                              |              |
| 1. Rotación de Pediatría  | 4            |
| 2. Rotación de Cirugía  | 6            |
| 3. Rotación de ginecología  | 8            |
| 4. Rotación de Medicina interna   | 10           |
| <br>  |              |
| <b>CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ<br/>LA EXPERIENCIA</b> | 14           |
| <br>  |              |
| <b>CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>                             | 17           |
| <br>  |              |
| <b>CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>                 | 39           |
| <br>  |              |
| <b>CONCLUSIONES</b>   | 42           |
| <br>  |              |
| <b>RECOMENDACIONES</b>  | 44           |
| <br>  |              |
| <b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>   | 46           |
| <b>ANEXOS</b>   | 52           |
| 1. Organigrama estructural del INEN                                     | 53           |
| 2. Sistema de estadiaje de cáncer de colon                              | 54           |
| 3. Criterio de escala diagnóstica de Alvarado                           | 55           |
| 4. Flujograma sobre manejo de apendicitis aguda                         | 56           |
| 5. Esquema de inducción de remisión en LMA.                             | 57           |

## RESUMEN

En el siguiente trabajo se hablará sobre el internado médico el cual es el último de los 7 años que dura la carrera de medicina humana, el cual permite consolidar tanto los conocimientos teóricos como prácticos obtenidos en los años previos. Se presentarán casos clínicos analizados y estudiados que se han podido seleccionar de cada una de las rotaciones realizadas durante los dos últimos años, llevando la rotación de pediatría en el Instituto Nacional del Niño, la rotación de ginecología en el Instituto Nacional Materno Perinatal y por último las rotaciones de cirugía junto con medicina en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Dada la crisis sanitaria producida por el COVID-19 se han generado múltiples cambios en el aprendizaje y desarrollo de las prácticas hospitalarias, volviéndolas complejas, pero necesarias para la formación de un médico cirujano. Este informe tiene como objetivo explicar y describir cómo el interno obtuvo el aprendizaje durante un contexto complicado debido a las limitaciones presentadas como inexistencia de una vacuna, exposición a pacientes con probable infección, entre otras. Además, se busca proyectar las habilidades obtenidas por el interno durante una situación crítica para la medicina y difícil a nivel mundial.

## **ABSTRACT**

In the following work we will talk about the medical internship which is the last of the 7 years that the human medicine career lasts, which allows consolidating both the theoretical and practical knowledge obtained in previous years. Analyzed and studied clinical cases that have been selected from each of the rotations carried out during the last two years will be presented, leading the pediatric rotation at the National Children's Institute, the gynecology rotation at the National Maternal-Perinatal Institute and finally rotations of surgery along with medicine at the National Institute of Neoplastic Diseases. Given the health crisis produced by COVID-19, multiple changes have been generated in the learning and development of hospital practices, making them complex, but necessary for the training of a surgeon. The objective of this report is to explain and describe how the intern obtained learning during a complicated context due to presentations such as non-existence of a vaccine, exposure to patients with probable infection, among others. In addition, it seeks to project the skills obtained by the intern during a critical situation for medicine and difficult worldwide.

## INTRODUCCIÓN

La inducción al internado días previos a la incorporación fue muy concisa, instructiva sobre las funciones que tendría el interno de medicina en dicha institución, en cada área en el cual se le asignaba rotar. Se hizo un recorrido por los distintos servicios del hospital como los siguientes: cirugía de abdomen, cirugía de tórax, cirugía de mamas, cirugía urológica, trauma y ortopedia, cirugía de cabeza y cuello, adolescentes y medicina oncológica así también como el área de laboratorio, toma de muestra, imágenes, consultorios externos, emergencia, hospitalización, farmacia.

La crisis sanitaria mundial causada por el covid -19 se ha convertido en uno de los mayores desafíos al que los profesionales de salud se han podido enfrentar en el transcurso de su carrera. El estrés laboral, el riesgo de contagio, la falta de equipo de protección en la que enfrentan al virus causan consecuencias en su salud mental. Es un escenario para el que la universidad no te prepara, no hay un tema en específico el cual se pueda revisar para actuar adecuadamente en este contexto. Muchas personas dicen que cuando la pandemia acabe, se verá el mundo diferente y es probable, ya que todos se debería aprender algo. La necesidad de



distanciamiento y aislamiento por el riesgo de contagio han provocado que haya un desarrollo en la telemedicina. La pandemia género cambios que repercuten en la práctica de la medicina y la educación médica, ya que no se estaba preparados, por eso representa una oportunidad para mejorar el proceso de enseñanza, aprendizaje en el futuro.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado médico es fundamental para así poder formar y consolidar los conocimientos donde el alumno pone en práctica aptitudes y actitudes que se adquirieron previamente durante la carrera y desarrollar nuevas experiencias en un escenario real. Durante esta etapa se tiene la oportunidad de poder estar en contacto permanente con el paciente, lo que permite detectar riesgos, aplicar medidas preventivas, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en los principales problemas de salud.

Dentro de los objetivos del interno es poder recibir capacitación en la realización de procedimientos básicos ya que el siguiente paso como médico general es realizar el servicio rural y urbano marginal de salud (SERUMS) en el cual posiblemente deban laborar en lugares aislados donde no reciban apoyo en la realización de los procedimientos básicos.

En cuanto a la rotación de cirugía el interno esperaba aprender a colocar y retirar sondas foleys, sondas nasogástricas, punción lumbar, un adecuado desbridamiento y limpieza de heridas, suturas, anestesia local, permeabilizar drenes, colocación de dren fino pleural, biopsias, resección de pólipos, identificar problemas inflamatorios agudos del abdomen: apendicitis aguda, pancreatitis aguda, diverticulitis, enfermedad litiásica biliar: litiasis vesicular, colecistitis crónica y aguda, coledocolitiasis, ileo biliar, hemorroides, fisura anal, abscesos y fístulas perianales, Neoplasias más frecuentes del aparato digestivo. Manejo inicial de quemaduras. Manejo del paciente politraumatizado, extrahospitalario y transporte, manejo inicial hospitalario. Neoplasias más frecuentes del aparato digestivo. Manejo inicial de quemaduras. Manejo inicial de fracturas y luxaciones. Hipertrofia benigna de la próstata y Cáncer de próstata

Traumatismo del tracto urinario, diagnóstico y tratamiento inicial. Litiasis urinaria, Hidrocele, Orquitis, torsión testicular y cáncer testículo. Traumatismos oculares. Cuerpos extraños en el oído externo. Toma de muestra de sangre arterial.

En la rotación de medicina el interno tuvo como objetivo la promoción y prevención de las distintas enfermedades, identificar patologías respiratorias como: neumonía adquirida en la comunidad e intrahospitalaria, enfermedades pulmonares ocupacionales, asma bronquial, EPOC, EPID, edema pulmonar agudo, tromboembolismo pulmonar, neoplasias pulmonares. Patologías cardiovasculares como hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arritmias cardíacas, endocarditis infecciosa, pericarditis, valvulopatías como insuficiencia mitral, insuficiencia aórtica, estenosis mitral, estenosis aórtica. Patologías gastrointestinales como hemorragias digestivas, diarreas agudas y crónicas, úlceras pépticas, hepatitis, gastritis, cirrosis reflujo gastroesofágico mediante una endoscopia o una CPRE, identificas patologías infectocontagiosas como malaria, COVID-19, dengue, herpes, VIH, bartonella, leptospirosis e infecciones intrahospitalarias. Patologías neurológicas como ECV, cefaleas, epilepsia, intoxicaciones, envenenamiento, demencias, neuropatías periféricas, infecciones del SNC.

En la rotación de neonatología se tuvo como objetivo manejo de problemas del recién nacido como asfixia en el neonato y reanimación cardiopulmonar, sepsis neonatal y neumonía neonatal, meningitis neonatal, conjuntivitis neonatal, hipoglicemia neonatal, enfermedad de membrana hialina, displasia broncopulmonar, hemorragias intracraneales, policitemia en el recién nacido pre término, cardiopatías congénitas cianóticas y acianóticas, trisomías 21-13-18, defectos del tubo neural, atresia esofágica, hernia diafragmática, malformaciones ano rectales. En el área de pediatría se tuvo como objetivo aprender problemas de salud del niño y adolescente como desnutrición, estados carenciales de macro y micronutrientes, enfermedades inmunoprevenibles, infecciones

respiratorias agudas como faringitis, bronquitis, sinusitis y neumonías, dermatitis atópica, urticaria, acné, asma, bronquiolitis, parasitosis intestinal, síndrome obstructivo bronquial agudo, exantemas, trastornos de alimentación (anorexia y bulimia), anemia, trastornos mieloproliferativos, leucemia, PTI, hipotiroidismo, displasia de cadera. Urgencias como dolor abdominal agudo, shock hipovolémico, MEC aguda, TEC, síndrome convulsivo, intoxicaciones y mordedura. En prevención y promoción como atención inmediata del recién nacido y tamizaje neonatal, lactancia materna, control y evaluación del crecimiento y desarrollo, salud bucal y salud ocular, higiene, manipulación de alimentos, alimentación y nutrición, inmunizaciones.

En la rotación de ginecología se tiene como objetivo poder aprender ética, prevención y promoción de gineco obstetricia: alteración es del piso pélvico como incontinencia urinaria, infecciones ginecológicas y reproducción humana (vulvovaginitis, enfermedades de transmisión sexual, procesos inflamatorios pélvicos, necesidades de transmisión familiar, violencia sexual). Trastorno del ciclo menstrual como hemorragias uterinas anormales y amenorreas. Cáncer ginecológico como cáncer de cuello uterino, mama y endometrio. Control prenatal, complicaciones del embarazo (hiperémesis gravídica, ruptura prematura de membranas, anemia, embarazo prolongado, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino, embarazo múltiple). Infecciones obstétricas como: infecciones del tracto urinario, corioamnionitis. Hemorragias obstétricas: primera mitad del embarazo: aborto y embarazo ectópico, hemorragia de la segunda mitad del embarazo (desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, hemorragia post parto).

El interno de medicina logró aprender más en su primera rotación debido a que tenía más acceso a distintas áreas del hospital ya que podía hacer más procedimientos podría estar en consultorio externo en las distintas áreas de cada especialidad. Cuando volvieron a sus labores en el hospital durante la pandemia todo estuvo más restringido, pero sin embargo trató

de aprovechar al máximo cada rotación que le restaba y pudo tratar de aprender lo que se le podía ofrecer para su enseñanza.

## 1. Pediatría

- Caso 1: RN de un día de vida, nacido a las 32 semanas de parto distócico por cesárea debido a que presentó bradicardia. Al nacer presentó un APGAR de 3 al minuto y 5 a los 5 minutos. Recibió maniobras de RCP. Al examen físico: Fc: 170, Fr: 85, Saturación Oxígeno: 70%. Al examen físico:
  - Paciente decúbito dorsal, poco reactivo, con dificultad respiratoria.
  - Fontanela: normocéfalo, normotensa, cuello móvil.
  - Neurológico: despierto, poco reactivo, succión (-), moro (+) , presión (+).
  - Tórax: aleteo nasal visible, quejido audible, tiraje intercostal y retracción xifoidea.
  - Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdicos, no se auscultan soplos.
- Caso 2: Paciente varón lactante mayor de 22 meses de edad acude a emergencia del INSN con su mama que refiere haber presentado desde hace 3 días deposiciones líquidas 6-7 cámaras al día, sin moco y sin sangre, vómitos 2 veces por día, alza térmica no cuantificada. Se agregaron 5 vómitos durante la última hora. Funciones biológicas: Orina: normal. Apetito: buena lactancia. Deposición: las descritas anteriormente. Sueño: conservado. Peso: no recuerda peso previo. Madre refiere que no recibió medicación previa. Al examen físico: FC 113x'. FR 18x'. Temperatura: 38°C. Peso: 11.5 kg. Talla: 80 cm. Despierto activo reactivo conectado a entorno.
  - Piel: llenado capilar 2 segundos, signo de pliegue positivo. No petequias. Ojos hundidos y mucosas secas.
  - Aparato respiratorio: MV pasa bien ambos hemitórax no rales.

- Aparato Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad no soplos.
- Abdomen: no distendido, ruidos hidroaéreos aumentados, blando depresible no doloroso.
- Neurológico: no irritable, no signos de focalización.  
Por lo que se le inicia suero de rehidratación oral.

- Caso 3: Paciente masculino que ingresa a los 3 días de edad, hijo de madre de 27 años, con una edad gestacional de 38 semanas por fecha de última regla. Madre con antecedente de flujo vaginal de color amarillento días antes del parto, refiere que curso con fiebre antes y en periodo postparto. Al nacer se le califica con un Apgar: 9 al minuto, 9 a los 5 minutos. Con un peso al nacer de 3700 g, talla: 51. La madre acude a emergencia porque refiere que neonatal cursa con dificultad respiratoria asociando posteriormente hipoactividad, rechazo al alimento. Al examen físico:
  - T°: 38,5°C (axilar) , FC: 120 ,FR: 34x , SatO2: 98% Peso: 3Kg Lactante con tendencia al sueño, ventila espontáneamente, sin dificultad respiratoria. Piel: caliente, elástica, pálida. Llenado capilar menor de 2 segundos. Signo del pliegue negativo. Mucosa húmeda.
  - Cabeza: Cráneo: normocéfalo, fontanela normotensa. No exudados. Otoscopia: Normal.
  - Tórax: Simétrico. Aparato respiratorio: Murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no reales.
  - Funciones Biológicas: Alimentación: disminuida. Sed: Disminuida Sueño: disminuido Deposiciones: conservadas. Orina: normal.
- Caso 4: Paciente varón de 5 años de edad acude a emergencia por presentar fiebre de 38.5 °, inicio brusco de 36 horas de evolución y odinofagia. Madre refiere que tuvo 1 vómito la noche anterior de aspecto flemoso, niega tos y diarrea. Paciente sin antecedentes relevantes, sano, esquema de vacunas completo. Al examen físico:
  - Neurológico: activo con reflejos presentes.

- Piel: Elástica, normotensa.
- Boca: faringe eritematosa, petequias en paladar.
- Cuello: Adenopatías submaxilares dolorosas de 2x1 cm.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos , no soplos agregados.
- Tórax: murmullo vesicular para bien en ambos hemitórax.

## **2. Cirugía:**

- Caso 1: Paciente varón de 19 años procedente de lima que ingresa por consultorio externo, venía con té de 2 meses, con dolor abdominal a predominio de cuadrante superior derecho y alteración del ritmo evacuatorio, palidez progresiva por lo que le hacen una ecografía y le encuentran una masa a nivel del colon derecho, va a la clínica y le hacen una TAC y identifican gran masa tumoral a nivel del colon derecho que involucra desde la válvula ileocecal hasta el ángulo hepático, con ese resultado acude a consulta externa se observa adenopatías peritumorales, no aparentaba compromiso de metástasis pero si tenia compresión extrínseca de tercera porción del duodeno, se le pide una colonoscopia y endoscopia alta para ver si hay infiltración de duodeno. EDA: no infiltración de mucosa ni deformidad que sugiere infiltración externa. Colonoscopia + BX: Adenocarcinoma de células en anillo en sello. Por lo que se hospitaliza después de 1 mes y medio luego de reevaluar los resultados. Se vuelve a actualizar las tomografías y como resultado tenía metástasis hepáticas voluminosas, por lo que se llama a medicina y se concluye que además tenía adenopatías centrales y ya infiltrar el duodeno. Por la progresión de enfermedad primero tuvo que ir a QT neoadyuvante para reducir la masa tumoral y las metástasis en hígado y operarlo después del 2do ciclo que es a los 2 meses, después de eso el paciente ingresa en diciembre a emergencia por presentar dolor abdominal intenso y abdomen peritoneal. Cuando ingresa a sala encuentra la tumoración perforada por lo cual hacen una hemicolectomía derecha más ileotransverso anastomosis, ya se encontraron bien disminuidas las metástasis hepáticas. Se quedó hospitalizado por 10 días para

recibir tratamiento por la peritonitis y posteriormente debió completar 6 meses de quimioterapia.

- Caso 2: Paciente varón de 25 años acude a emergencia por dolor abdominal con tiempo de enfermedad 2 meses. El examen físico revela una masa palpable en fosa iliaca derecha y ausencia de testículo derecho. Para poder complementar estudios se le solicita una ecografía abdominal por lo que se observó una masa heterogénea sugestiva de un absceso encapsulado. Se solicita exámenes adicionales como una tomografía axial computarizada en la cual se observa la presencia de una masa sólida de aproximadamente 11x9x8 cms. que se ubica en el flanco y la fosa ilíaca izquierda. Se observó también la presencia de extensas adenopatías retroperitoneales y mesentéricas. En cuanto a los marcadores tumorales sólo se pudo observar una elevación de la  $\beta$ -HCG. Por lo que el paciente fue programado para cirugía y así se pudo confirmar el diagnóstico de un tumor testicular intraabdominal. La masa tumoral fue llevada a patología con resultados compatible con un cáncer infiltrante de testículo, tipo histológico Seminoma clásico. Peso 620 gr y las medidas del tumor de 15,5 x 8,3 x 7,5 cms. Presentó también compromiso del epidídimo y la túnica albugínea en forma local. Los marcadores tumorales postoperatorios resultaron normales. Posteriormente el paciente recibirá su tratamiento de quimioterapia.
- Caso 3: Paciente mujer de 40 años de edad, presentó cuadro clínico de 15 horas de evolución que se caracterizó por dolor de inicio súbito de gran intensidad que primero fue en mesogastrio y posteriormente se hizo puntual en fosa iliaca derecha. Al examen físico: PA: 120/60 mmHg, T°: 38.5 FC: 100x', Sat O2: 98% Se acompaña náuseas y vómitos alimentarios. Abdomen: blando depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha, Mc Burney (+), Signo del Psoas (+), Obturador (-). Es internada para el manejo quirúrgico. Se piden exámenes



preoperatorios de Laboratorio: Hemograma: leucocitos: 16,000/ml, Hb 14,2 gr./L, Hto. 44%. Orina normal. La paciente ingresó a sala de operaciones para una apendicectomía laparoscópica.

- Caso 4: Paciente varón de 44 años de edad acude a emergencia con 5 días de dolor en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos. Tiene como antecedentes: fibrosis pulmonar no tratado. Al examen: PA: 120/60 mmHg, T°: 38.8, FC: 99x', Sat O2: 95%. Tórax: respiración ruda en ACP y disminuidos en base. Abdomen: dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Signo de Murphy (+), no presenta reacción peritoneal. Exámenes de laboratorio: Hemograma: 13000 leucocitos, Hb: 12 gr. Se le solicitaron pruebas diagnósticas iniciales como: Ecografía: vesícula biliar con paredes de 5mm, distendida con presencia de cálculos pequeños y medianos en su interior. Colédoco: 7mm. Paciente fue diagnosticado de colecistitis aguda por lo que fue programado para cirugía (colelap).

### **3. Ginecología**

- Caso 1: paciente mujer de 25 años de edad acude a consultorio externo con un tiempo de enfermedad de 5 días caracterizado por prurito vaginal intenso de varios días de evolución. Se encuentra afebril. Antecedentes ginecológicos: menarquia a los 11 años, régimen catamenial: 4/28 días, inicio de relaciones sexuales: 15 años, múltiples parejas sexuales método de planificación familiar preservativos. La paciente refiere que tiene relaciones sexuales con su pareja sin protección. Niega otra clínica en particular. Al examen físico: Auscultación cardíaca: Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Aparato respiratorio: murmullo vesicular conservado, no rales. Abdomen: Blando y depresible, no doloroso a la palpación profunda. No se palpan masas ni megalias. Puño percusión renal negativa. A la exploración ginecológica: se puede observar genitales externos eritematosos, edematosos con lesiones

escoriativas, a la especuloscopia se pudo observar secreción blanca, espesa y grumosa como requesón. Se le solicita pruebas complementarias como: Cultivo de la secreción y se le da tratamiento antimicótico por la sospecha de candidiasis vaginalis. Dentro del tratamiento indicado fueron óvulos de clotrimazol.

- Caso 2: Acude a emergencia, gestante de 26 años con 39 semanas por FUR. Refiere contracciones uterinas esporádicas, percibe movimientos fetales activos, niega síntomas de irritación cortical. Antecedentes: primigesta, niega cirugías, RAM. Funciones vitales: PA: 145/90, FC: 78x', FR: 16x'. al examen físico:

- Abdomen: LCF: 140 x', LCD, tono uterino normal.
- Genitales externos: no sangrado, no pérdida de líquido amniótico.
- Tacto vaginal: cérvix permeable, AP: -3, membranas: íntegras, pelvis: ginecoide.

Primera reevaluación: Se reevalúa a paciente luego de haberle indicado una ecografía y un test estresante:

- PA: 140/92 mmHg.
- Ecografía obstétrica: PF: 3500 g, ILA: normal, Doppler normal. Exámenes auxiliares: Hb: 10 g/dL, GyF: O+, plaquetas: 170,000, TGO: 10, TGP: 12, Cr: 0.7, BT: 0.8, Orina: ASS: ++. Test estresante: 9/10, negativo, reactivo. Con estos resultados se le indicó maduración cervical con misoprostol.

Segunda evaluación: Se reevalúa paciente, con la 2da dosis de misoprostol se observa dilatación: 2 cm, I: 80%, AP: -3/-2, membranas íntegras. Se deriva paciente a centro obstétrico para manejo activo del trabajo de parto. Se obtiene RN vivo, 3330 g, Apgar 8-9.

- Caso 3: Acude a emergencia, gestante de 37 semanas por FUR. Refiere cefalea global, tinnitus, percibe movimientos fetales activos, contracciones uterinas cada 5 minutos. Antecedentes: G3P1001,

Aborto en 2015 (le realizaron AMEU), niega cirugías previas y RAM. Funciones vitales: PA: 165/100, FC: 70x', FR: 18x'. Al examen físico:

- Abdomen: LCF: 150 x', LCD, tono uterino normal.
- Genitales externos: no sangrado, no pérdida de líquido amniótico.
- Tv: D=2cm, I: 80%, AP: -3, membranas íntegras, pelvis: ginecoide.

Primera reevaluación:

- Se reevalúa paciente, PA: 150/90 mmHg, persiste cefalea.
- Tv: D= 3cm, I: 80%, AP: -3/-2, membranas: íntegras.
- Eco obstétrica: PF: 3200 g, ILA: normal, Doppler normal.
- Exámenes auxiliares: Hb: 11 g/dL, GyF: O+, plaquetas: 210,000, TGO: 10, TGP: 18, Cr: 0.5, BT: 0.65, Orina: ASS: ++.

- Caso 4: Paciente de 27 años primigesta de 30 semanas acude a emergencia por presentar pérdida de líquido amniótico espontáneo de 20 horas de evolución. No refiere contracciones uterinas.
  - Examen clínico:
  - Abdomen: LCF: 140 x', LCD, tono uterino normal.
  - Genitales externos: no sangrado.
  - TV: Se observa pérdida de líquido amniótico claro, cérvix cerrado, largo, AP: -4. Membranas rotas.

#### 4. Medicina

- Caso 1: Paciente mujer de 41 años portadora de leucemia mieloide crónica en crisis blástica. Tuvo controles por consulta externa de medicina con adecuada respuesta al inicio del tratamiento y posterior pérdida de respuesta hematológica a imatinib. Estuvo hospitalizada por neutropenia febril secundaria a toxicidad hematológica medicamentosa, asociada además a lesiones hepáticas a d/c infección oportunista vs enfermedad de fondo. Actualmente en hospitalización debido a inicio de QT. luego de una

semana de hospitalización presentó fiebre, tos, taquipnea y disnea, la cual progresa rápidamente. Al examen físico: FR: 45, Saturación de 95%, temperatura de 36.5 , Fc:100. Se le ordenó un análisis de gases arteriales, hemograma y una radiografía de tórax. Obteniendo como resultado AGA sugestivo de acidosis respiratoria y la radiografía de tórax reportó engrosamiento del intersticio broncovascular parahiliar bilateral con opacidades heterogéneas en patrón de “vidrio esmerilado” de distribución difusa en ambos campos pulmonares de predominio derecho.

- Caso 2: Paciente mujer de 44 años con tiempo de enfermedad de 1 mes caracterizado por cefalea de moderada intensidad tipo opresivo en la región occipital, epistaxis esporádica y cansancio progresivo. Acude al hospital donde se le realizó hemograma: Hb 6.2, plaquetas 19 000, leucocitos 2710 (97% blastos). Recibe soporte transfusional y antibioticoterapia. Cursa con herpes labial comer con facilidad, recibe piperacilina-tazobactam. Paciente fue evaluada por Infectología y se le realizó PCR SARS COV2 con resultado negativo, por lo que sube a piso para comenzar tratamiento oncológico y manejo médico. Al examen físico: PA: 125/70 mmHg. FC: 60x'. FC 20x'. SatO2: 95%.
  - Piel y Mucosas: Tibia, hidratada, elástica, palidez ++/+++.
  - Llenado capilar <2s. Lesiones costrosas y eritematosas en labios. Lesiones eritematosas y dolorosas en mucosa oral.
  - TCSC edemas de MMMII +/-.
  - Linfáticos: adenopatías femorales.
  - Tórax: MV pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
  - Cardiovascular: Ruidos cardiacos presentes, rítmicos, no soplos.
  - Abdomen: RHA +, B/D, no doloroso.
  - SNC: Despierto, LOTEP, EG 15/15, no signos de focalización.
- Caso 3: Paciente varón de 23 años, con TE de 2 meses caracterizado por tos seca que se torna persistente, asociado a

aumento de volumen de región cervical recibiendo tratamiento sintomático sin mejoría por lo que acudió a EMG donde realizan exámenes de imágenes en los que evidencian extensa masa mediastinal, siendo referido a esta institución ingresando por emergencia el 16.09.2019, se realizó biopsia de ganglio axilar con AP: leucemia mieloide aguda, por lo cual se hospitaliza e inició QT sin interurrencias, con AMO + CF en remisión completa, tras lo cual sale de alta y se pierde de vista por motivos de pandemia, hasta junio 2020 en que se realiza nuevo AMO + CF en el que se evidencia recaída de enfermedad (60% blastos en citomorfología) y hemoblastosis en sangre periférica, además de IME. Continúa con esquema de QT individualizado + QT-IT bisemanal. Tras 1 semana de alta reingresa a emergencia por dolor torácico y dificultad respiratoria, se descarta COVID y se evidencia derrame pericárdico masivo, por lo cual se coloca dren fino (Gram y cultivos negativos, citología pendiente). Sube a piso de medicina oncológica para manejo médico. Al examen físico:

- Piel: T/H/E, LLC < 2", palidez +/-+++.
- TyP: MV pasa bien en ambos hemitórax.
- CV: RCR, no soplos. Dren pericárdico permeable, in situ.
- Abd: RHA (+), levemente distendido, timpánico, no doloroso a la palpación. Hepatomegalia.
- SNC: Despierto, LOTEP, Glasgow 15. No signos de focalización ni meníngeos.

Plan: hidratación + gastroprotección, continuar ATB, control drenaje, soporte transfusional, manejo médico.

- Caso 4: Paciente mujer de 55 años con tiempo de enfermedad de 2 meses caracterizado por astenia, cefalea. Malestar general, lumbalgia crónica, por lo que acudió a emergencia donde se realizó un hemograma, si evidencio bicitopenia (hb:7.8, plaquetas:15) y leucocitosis con presencia de 74% blastos, se le realizó además estudio de médula ósea que la reportan compatible con leucemia mieloide aguda. Acude a emergencia con estos resultados,

refiriendo que una semana antes del ingreso se añade alza térmica asociada a odinofagia por lo que recibió tratamiento antibiótico de forma ambulatoria sin mejoría, ya en emergencia se inició cobertura antibiótica con piperazilina/tazobactam. Hematológicos y bioquímicos no contraindican QT. Es hospitalizada para recibir QT. Al examen físico: FR:20 RPM PA:120/80 mm/hg. FC:87 lpm. T°:37.3 °C SatO2:97%.

- Piel y Mucosas: Tibia, hidratada, elástica, palidez +/-+++. Llenado capilar <2s.
- Linfáticos: no adenopatías periféricas.
- Tórax: MV audible en ACP, no ruidos agregados.
- Cardiovascular: Ruidos cardiacos presentes, rítmicos, no soplos.
- Abdomen: RHA +, B/D, no doloroso.
- SNC: Despierto, LOTEP, no focaliza, no déficit motor.

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

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, más conocido como INEN, es un centro hospitalario público peruano administrado por el Ministerio de Salud del Perú. Fundado mediante Ley N°8892, la cual estableció la creación del Instituto Nacional del Cáncer (1).

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas tiene como misión proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar técnica y administrativamente a nivel nacional los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas y realizar las actividades de investigación y docencia propias del instituto (2).

El nivel de complejidad y categoría del inen es III-2. Está ubicado en el distrito de Surquillo departamento de Lima-Perú, en el cruce de la Avenida Angamos y Aviación. La institución tiene diversas áreas y especialidades (ANEXO 1).

El INEN es una entidad encargada de brindar servicios de salud altamente especializados en materia de atención oncológica en la promoción, prevención y atención recuperativa, incorporando la residencia médica, la investigación y la docencia en el marco en ejercicio de sus funciones.

Como institución de salud especializada en enfermedades neoplásicas nivel III-2 según el análisis anual se podrá apreciar que existe un aumento progresivo donde en el año 2016 alcanzó 357 485 el total de atenciones, es decir 5.8% más que las consultas externas atendidas en el año 2015, así como un 14% más que el año 2014.

La incidencia estimada de cáncer en el Perú es de 150 mil casos por 100 mil habitantes, esto ocupa el segundo lugar de mortalidad a nivel nacional y se estima que el 75% de los casos se diagnostican en etapa avanzada y principalmente en Lima. En este contexto el INEN ha promovido la descentralización de atención oncológica creando institutos regionales de enfermedades neoplásicas de unidades oncológicas y los preventorios.

#### **Funciones de la institución:**

- La atención en sala de hospitalización es dada por el médico especialista con apoyo de equipo multidisciplinario, para brindar cuidados necesarios y procedimientos clínicos con fines diagnósticos y/o terapéuticos que requieren soporte asistencial permanente.
- La atención a pacientes para el tratamiento con agentes quimioterapéuticos en forma parenteral, intratecal, regional, intracavitario y otros, está a cargo del equipo médico especializado.
- La atención ambulatoria a pacientes pediátricos menores de 15 años en oncología pediátrica y/o TAMO de pacientes que requieren atención integral.
- La atención oncológica médica especializada en pacientes adultos y adolescentes para manejo del inmunocomprometido y el trasplante de médula ósea por el médico especialista en oncología



médica para brindar cuidados necesarios y procedimientos clínicos con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

- Pre-evaluación para trasplante de médula ósea, obtención de progenitores hematopoyéticos, trasplante de médula ósea autólogo y alogénico hasta el manejo post trasplante.

Procedimientos que realiza el INEN:

- Paracentesis evacuadora
- Colocación de catéter abdominal peritoneal
- Bloqueo epidural y de ganglios
- Bloqueo de nervios craneales
- Bloqueo de troncos nerviosos
- Desgatillamiento muscular

El INEN refiere a los pacientes de acuerdo a Patología no oncológica en coordinación con hospitales como el Hospital Arzobispo Loayza, Hospital Dos de Mayo y el Hospital María Auxiliadora principalmente, así como también al Instituto Nacional Materno Perinatal e Instituto Nacional de Salud del Niño.

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

De acuerdo a la clínica de los pacientes que se mencionaron anteriormente se iniciará por el área de pediatría del capítulo anterior, a continuación, se explicará el abordaje terapéutico:

### **PEDIATRÍA**

1. De acuerdo al caso 1 presentado anteriormente lo que se hizo con el paciente es el procedimiento de reanimación neonatal debido a la bradicardia que presentaba y no era a término (32ss), otro de los motivos por el cual se tuvo que hacer la reanimación es porque presentó un apgar 3-5. El Instituto Nacional Materno Perinatal al igual se basa en la guía técnica: guías de práctica clínica para la atención del recién nacido dada por la Resolución Ministerial Nro 1041-2006/MINSA (3). El MINSA ha planteado tener como metas la disminución de la mortalidad materna e infantil para el año 2015.

La reanimación cardiopulmonar neonatal es un conjunto de procedimientos que se realizan para iniciar o restablecer la actividad respiratoria cardíaca y metabólica del recién nacido. Este procedimiento se usa en recién nacidos que no tienen respiración a los 30 segundos de vida o si tienes una respiración insuficiente (3).

- Ni bien se recibe al recién nacido lo que se debe hacer son las maniobras iniciales tales como evitar la pérdida de calor recibiéndolo en mantas precalentadas, permeabilizar la vía aérea aspirando la boca y luego la nariz. Frotar las plantas de pies y la espalda del recién nacido. Luego se debe evaluar el esfuerzo

respiratorio, la frecuencia cardiaca y color para así poder decidir el siguiente paso.

- Se deberá iniciar ventilación a presión positiva (VPP) si es que el recién nacido está sin respiración espontánea o si la respiración es insuficiente, también si tiene una frecuencia cardiaca  $<100$ . Si va a requerir ventilación a presión positiva por más de 2 minutos se deberá colocar una sonda oro gástrica.
- Si la frecuencia es menor de 60 o está entre 60 y 100 sin poder incrementarse se debe continuar con la ventilación a presión positiva y luego iniciar masaje cardiaco externo mediante compresión torácica. Luego de 30 segundos de compresiones y ventilación, revisar otra vez la frecuencia cardiaca, si esta es mayor o igual a 60 latidos por minutos para con las compresiones pero seguir con las ventilaciones. Pero si la frecuencia cardiaca es menor de 60 latidos por minuto continuar con las compresiones y el VPP y reevaluar por 30 segundos. De persistir la bradicardia se procederá a intubar al paciente y comenzar la reanimación medicamentosa como la epinefrina 0.01-0.03 mg/kg EV.

2. Por lo planteado en el caso 2, se puede concluir que se trata de una Diarrea Aguda infecciosa con deshidratación leve por lo que el Instituto Nacional de Salud del Niño se basa el diagnóstico y manejo según guía técnica: “guía de la práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño” dada por la Resolución Ministerial Nro 755-2017-MINSA (4). Esta guía prioriza en menores de 5 años para así poder reducir la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.

La enfermedad diarreica aguda tiene como característica la disminución de la consistencia y un aumento de la frecuencia de las deposiciones, por lo general más de 3 deposiciones en 1 día de duración, esto puede ir acompañado ya sea de vómitos y/o fiebre. Todo este cuadro clínico tiene que tener una duración menor de 14 días. La etiología de esta patología es principalmente viral. Los patógenos virales son el rotavirus, adenovirus, norovirus. También puede ser

causada por bacterias como: *Shigella sp*, *campylobacter jejuni*, *salmonella no Typhi*, *E. coli enterotoxigenica*, etc. Así también por parásitos tales como *giardia lamblia*, *cryptosporidium*. La enfermedad diarreica aguda sigue siendo un problema de salud pública pero que puede ser prevenida y tratada. Según la Encuesta Nacional de Demografía y de Salud Familiar (ENDES) del año 2016 hubo una leve disminución de 2.4 puntos entre los años 2007-2016, pero en el año 2010 llegó a alcanzar 18.9% que fue el pico máximo.

El cuadro clínico está caracterizado por signos y síntomas del aparato digestivo como diarrea, náuseas, dolor abdominal, meteorismo, así también como puede hacer fiebre decaimiento. Si ya es severo puede presentar alteración del sensorio, signos de deshidratación como sed aumentada, signo del pliegue, fontanela deprimida, mucosa oral y lengua seca, ojos hundidos, llanto sin lágrimas, llenado capilar >2 segundos, pérdida de peso, etc. Para el diagnóstico se tendrá que basar en la clínica del paciente y también el grado de deshidratación en el cual se encuentra. Dentro del estado de deshidratación para actuar se tiene el Plan A, B y C y según eso poder tratar al paciente. Es importante realizar un buen examen físico del paciente para poder determinar el estado de deshidratación y también tomar bien las funciones vitales.

PLAN A: el paciente se encuentra alerta, ojos normales, boca y lengua húmedas, lágrimas presentes, sed está conservada. A la exploración el signo del pliegue desaparece de inmediato. Por lo tanto, se estará hablando de un paciente con diarrea aguda infecciosa sin signos de deshidratación.

PLAN B: el paciente estará intranquilo, irritable, los ojos hundidos, boca y lengua secas, lágrimas escasas, estará sediento, el signo del pliegue desaparece lentamente. Si presenta 2 o más signos mencionados anteriormente se estará frente a un paciente con diarrea aguda infecciosa con deshidratación moderada.

PLAN C: el paciente se encontrará letárgico o inconsciente, ojos muy hundidos y secos, boca y lengua muy secas, lágrimas ausentes, él

bebe. Está mal o no es capaz de lactar. A la exploración el signo del pliegue desaparece muy lentamente. Si presenta 2 o más signos incluyendo, por lo menos un signo grave, se estará frente a una deshidratación severa.

No es recomendado pedir exámenes auxiliares debido a que en gran parte es por causa viral, así como tampoco va a necesitar el uso de antibióticos.

El manejo va a ser de acuerdo al nivel de complejidad. Como medidas generales hay que fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y después complementaria hasta los 2 años de edad. Lavado de manos. Cumplir con el esquema de vacunación donde incluye a rotavirus.

Para el PLAN A:

- Aumente la ingesta de líquidos apropiados en mayor cantidad que lo habitual. Se debe administrar líquidos después de cada deposición como a base de cereales cocidos. No se le debe dar bebidas energizantes ni bebidas azucaradas. Si tiene alto riesgo de deshidratación se le debe administrar en el establecimiento suero de rehidratación oral.
- Continuar con la alimentación habitual sobre todo la lactancia materna.
- Reconocer signos de deshidratación y alarma y cuando regrese de inmediato a un establecimiento de salud. Signos como letargia, irritación, sed intensa, no come ni bebe, fiebre, sangre en heces, vómitos a repetición.
- Enseñar a evitar futuros episodios de diarrea.
- Administrar zinc según indicaciones.

Para el PLAN B:

- Utilizar suero de rehidratación oral. Como mínimo 50-100 ml/kg de peso en 3-4 horas. Monitorizar continuamente la respuesta al tratamiento durante la rehidratación.

Para el PLAN C:

- El paciente será hospitalizado ya que tienen gran riesgo de muerte por shock. Se le deberá poner un acceso endovenoso y se le aplicará un bolo de solución salina al 0.9% en una dosis de 20ml/kg en 10-15 minutos, esto es en caso tenga deshidratación grave con shock. Si el paciente tiene deshidratación grave sin shock se le maneja con solución polielectrolítica 100 ml/kg y si no se tiene se le puede poner cloruro de sodio 0.9%.

3. Se puede entender que el caso 3 que se está hablando de una sepsis neonatal debido a los antecedentes de la madre como la ruptura prematura de membranas más de 18 horas. El Instituto Nacional materno Perinatal se basa en el diagnóstico y tratamiento de sepsis neonatal según la Guía de Práctica Clínica para la prevención y diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal (5). Esta guía tiene como objetivo poder identificar los factores de riesgo, métodos diagnósticos que tengan una mejor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico, así como también el tratamiento farmacológico más eficaz para poder tratar la enfermedad.

La sepsis neonatal es un síndrome clínico que se da en un lactante de 28 días de vida o menos, que se manifiesta por signos sistémicos de infección y aislamiento de un patógeno bacteriano del torrente sanguíneo (6).

La sepsis neonatal se clasifica de acuerdo según el inicio de los síntomas que presenta:

- Sepsis temprana: es cuando el inicio de los síntomas ocurre antes de los 3 días de vida.
- Sepsis tardía: es cuando el inicio de síntomas ocurre después de los 3 días de vida.

Los agentes etiológicos de sepsis neonatal son el *estreptococos del grupo B* y *escherichia coli* tanto en sepsis temprana como en sepsis tardía, también se tiene otros patógenos como la *Listeria monocytogenes*, *Staphylococcus aureus*. Dentro de los factores de

riesgo materno para sepsis neonatal se tiene la adolescencia <15 años, parto prematuro, fiebre materna >38 grados, infección del tracto urinario.

Las manifestaciones clínicas de sepsis neonatal van desde síntomas leves e inespecíficos hasta síntomas de shock séptico. Se considera que el apnea, hipotermia y letargia como signos clínicos de mayor especificidad para sepsis tardía (5).

Para el diagnóstico de sepsis neonatal se utiliza pruebas de laboratorio como el cultivo de sangre que sirve para el diagnóstico definitivo, también se puede solicitar marcadores inflamatorios como PCR ya que suele estar aumentado, también se tiene a la procalcitonina. No se recomienda tomar urocultivo de rutina como parte del estudio del RN con sospecha de sepsis neonatal temprana. El beneficio de no realizar la intervención urocultivo, es que evita un procedimiento invasivo innecesario como es la punción suprapúbica o la instalación de catéter vesical, que más bien exponen al recién nacido a la posibilidad de infección, además evita un procedimiento doloroso (5).

Se recomienda como esquema de tratamiento inicial en recién nacidos tanto pretérminos como a término para infección neonatal temprana, la combinación de ampicilina y gentamicina. Se sugiere monitorizar las tasas de fracaso terapéutico y los perfiles de sensibilidad a los antibióticos en los gérmenes identificados en cada institución, para guiar de forma más precisa la selección de esquemas antibióticos para sepsis temprana y tardía (5). La combinación de ampicilina y gentamicina es eficaz para tratar la mayoría de los patógenos comunes que causan sepsis de inicio temprano, incluidos el *estreptococo del grupo B* (GBS), la *Listeria*, el *Enterococcus* y la mayoría de las cepas aisladas de *Escherichia coli* (6). En Recién Nacidos con sospecha de infección, con hemocultivos negativos y con evolución clínica favorable, se recomienda suspender el tratamiento antibiótico entre los 48 y 72 h. En RN con sospecha de infección, con hemocultivos negativos y clínica sospechosa de infección se recomienda continuar el tratamiento antibiótico por 7 días. En caso de pobre respuesta o fracaso terapéutico, debe pasar a segunda línea de

antibiótico, según el mapa microbiológico institucional.

**Recomendación fuerte a favor de la intervención basada en opinión de expertos (5).**

Los recién nacidos que permanecen hospitalizados desde que nacieron tienen más riesgo de adquirir organismos multirresistentes por lo que la vancomicina se sustituye por ampicilina.

4. Se puede entender del caso 4 que se está frente a una faringoamigdalitis aguda. El Instituto Nacional de Salud del Niño toma en cuenta para el diagnóstico y tratamiento de Faringoamigdalitis Aguda según la Asociación Española de Pediatría (8), así como también de la Guía de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y niña dada mediante la Resolución ministerial N 291-2006/MINSA (9). La faringoamigdalitis aguda es un proceso agudo febril caracterizado por la inflamación de las mucosas del área faringoamigdalar, acompañado también de eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas (8). La etiología está dada principalmente por virus, los gérmenes principales son el Rhinovirus, coronavirus, adenovirus, parainfluenza y se da en niños menores de 3 años y en los mayores aumenta significativamente la etiología bacteriana (9). De los agentes bacterianos se tiene al *Streptococcus* del grupo A principalmente. Como factores de riesgo de la faringoamigdalitis agudas se tiene la estacionalidad ya que aumenta en los meses de invierno, también la edad del paciente que es más frecuente en niños entre 3-15 años, el hacinamiento como jardines infantiles y el mismo contacto con una persona con faringoamigdalitis aguda. El cuadro clínico está caracterizado por inicio súbito de fiebre, cefalea, dolor de garganta acompañada de una faringe exudativa e hipertrófica, adenopatías cervicales anteriores dolorosas, petequias en el paladar, úvula inflamada (9).

El Score de Centro modificado por Isaac establece la probabilidad de estar frente a una enfermedad estreptocócica ya que presenta una sensibilidad de 85% y especificidad de 92%. tiene como criterios la temperatura >38 grados, hipertrofia o exudado amigdalar, ausencia de



tos, adenopatías latero cervicales anteriores dolorosas y la edad. De todos los criterios descritos anteriormente, la presencia de adenopatías laterocervicales dolorosas y la ausencia de tos son los más sugerentes de etiología estreptocócica.

Para el diagnóstico se establece mediante el cultivo faríngeo ya que tiene alta sensibilidad y especificidad pero que para su confirmación demora 3 días. Este cultivo faríngeo sólo está justificado si los hallazgos clínicos son compatibles con una infección estreptocócica aguda (9).

El tratamiento de la faringoamigdalitis aguda es dada por antibióticos de las cual la penicilina sigue siendo el de primera elección en una sola dosis de penicilina G benzatínica 600 000 U 2-3 veces/día en < 27 kg o 1 200 000 U 2-3 veces/día por 10 días o se le puede administrar amoxicilina 50 mg/kg/día por 10 días (9).

## **CIRUGÍA**

1. Por lo planteado en el caso 1 se puede entender que se trata de un cáncer de colon. El Instituto Nacional de Enfermedades neoplásicas se base su diagnóstico y tratamiento de acuerdo múltiples guías como la Guía European Society for Medical Oncology, American Society of Clinical Oncology y la propia Guía de Practica Clínica de Cáncer de Colon de dada por la Resolución Jefatura 650-2013-5/INEN del mismo hospital. En este caso se hablará de la guía del Instituto.

El Cáncer de colon es la presencia de células de Paneth, células neuroendocrinas o pequeños focos de diferenciación de células escamosas es compatible con el diagnóstico de adenocarcinoma (10). La etiología puede ser variada pero la hereditaria es el más frecuente en un 5-10% de los casos, también se tiene a la dieta alta en carnes rojas, grasas animales, alimentos procesados y baja ingesta de fibra, hábitos nocivos como el tabaquismo, comorbilidades tales como pólipos intestinales, etc (10).

Los síntomas clásicos que se asocian con el cáncer de colon son la hematoquecia o melena, dolor abdominal, anemia por deficiencia de hierro inexplicable y también cambios en los hábitos intestinales (11).

Los síntomas también varían según la ubicación del tumor. El cambio en los hábitos intestinales es un síntoma en el cáncer de colon del lado izquierdo, la hematoquecia es causada más a menudo por cáncer de colon rectosigmoide que del lado derecho. La anemia ferropénica debida a una pérdida de sangre no reconocida es más frecuente en los del lado derecho (11).

El diagnóstico de cáncer colorrectal se realiza mediante una biopsia que generalmente se obtiene durante una colonoscopia o de una muestra quirúrgica. Histopatológicamente, la mayoría de los cánceres que surgen en el colon y el recto son adenocarcinomas. Dentro de las pruebas más precisas se tiene a la colonoscopia ya que puede localizar y hacer una biopsia de las lesiones de todo el intestino grueso. La gran mayoría de los cánceres de colon y recto se originan de la mucosa y sobresalen hacia la luz. Las masas pueden ser exofíticas o polipoideas. Se puede observar sangrado con lesiones que son friables, necróticas o ulceradas (11).

Dentro de los exámenes auxiliares que se le puede solicitar al paciente se tiene: análisis de sangre: hemograma completo con conteo plaquetario, perfil de coagulación, bioquímica hepática y renal, CEA. También se le puede solicitar una tomografía de tórax, abdomen y pelvis. Exámenes especializados complementarios como el gen KRAS, gen BRAF (10).

Para el manejo de la enfermedad es de acuerdo al estadio de la enfermedad para eso se estadiar de acuerdo al TNM para cáncer de colon (ANEXO 2).

2. Sobre el caso 2 se mencionó que el diagnóstico del paciente es un cáncer testicular. Esta patología es una neoplasia maligna que se da en varones entre las edades de 15 y 35 años. Los tumores de células germinales son un 95% de los cánceres testiculares, este tipo de cáncer se divide en dos tipos los seminomatosos y los no seminomatosos. El cáncer de testículo es una de las neoplasias que son más curables (12).

La clínica de este paciente es una masa tumoral testicular pero que no duele que se diagnostica de forma incidental, pero hay un 10% que es sintomático y vienen por dolor. También puede presentar ginecomastia en un 5%, esta está asociada al aumento de la gonadotropina coriónica humana. Se le debe realizar un examen testicular bimanual del contenido escrotal y poder ver el tamaño, el contorno, la consistencia de ambos testículo y compararlos. Si se palpa algún área dura o fija se debe sospechar hasta que se demuestre lo contrario. Estos tumores suelen incrementar su tamaño dentro del testículo y es indolora diferencia del carcinoma que es una masa irregular. Dentro de la evaluación física también se debe palpar el abdomen para buscar ganglios o compromiso visceral. La criptorquidia ya que estos pacientes tienen un mayor riesgo de padecer cáncer testicular.

Todo varón con masa sólida y firme dentro del testículo debe ser considerado como cáncer testicular. Esta patología tiene una curación tan pronto sea el diagnóstico y tratamiento. Como diagnósticos diferenciales se tiene a la torsión testicular y epididimitis. En aquellos pacientes que no tienen un diagnóstico claro se le puede realizar un estudio de imagen como una ecografía escrotal, medir marcadores tumorales séricos como alfafetoproteína, la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana y el lactato deshidrogenasa. También se le puede realizar una orquiectomía inguinal radical para poder hacer una evaluación histológica del tumor primario, este es el más preciso.

3. Según el caso 3 presentado anteriormente, analizando la clínica del paciente se está frente a una apendicitis aguda. Basándose en uptodate la apendicitis es la inflamación del apéndice y es una de las causas más comunes del abdomen agudo por lo cual es una urgencia quirúrgica a nivel mundial (13).

La principal causa de la apendicitis aguda es la obstrucción apendicular, en este caso la causa más frecuente es la hiperplasia linfoide (causa más frecuente también en niños), y en adultos mayores es por fecalitos. Esta obstrucción va a llevar a un aumento de la presión luminal e intramural por lo que da como consecuencia una trombosis y

finalmente oclusión de pequeños vasos. A medida que se congestiona el apéndice, se va a estimular fibras nerviosas aferentes viscerales lo que va a ocasionar dolor abdominal central. Después la inflamación afecta el peritoneo lo que va a causar el dolor más localizado.

La clínica del paciente con apendicitis es el dolor en fosa iliaca derecha que se presenta en casi todos los casos, también está acompañado de anorexia, náuseas y vómitos. El dolor primero se da a nivel peri umbilical que luego migra al cuadrante inferior derecho. Hay signos físico comunes que se va a presentar en esta patología como el de Mc Burney (dolor en fosa iliaca derecha), Rovsing (dolor en cuadrante inferior derecho pero cuando se palpa en el cuadrante inferior izquierdo), Poas (dolor en cuadrante inferior derecho con extensión de la cadera derecha), Obturador (cuando el médico flexiona la cadera y rodilla derecha y luego la rotación interna de la cadera derecha provocará dolor en el cuadrante inferior derecho). También se tiene hallazgos de laboratorios como leucocitosis leve (más de 10 000 células/mL) con desviación izquierda (13).

Para el manejo de la apendicitis se debe tener en cuenta el score de Alvarado (ANEXO 3). También identificar si se tiene una apendicitis perforada o no. La apendicitis no perforada es aquella que no está complicada y para ello se recomienda la apendicetomía oportuna ya sea abierta o laparoscópica, no se recomienda el uso rutinario de antibióticos, son aptos para aquellos pacientes que no son aptos para la cirugía o la rechazan. Para pacientes con apendicitis perforada, estos ya pueden parecer muy enfermos o tener deshidratación, en los estudios de imágenes se puede observar una apendicitis perforada, con un contenido de masa inflamatoria llamada flemón o absceso intraabdominal, para estos pacientes si están inestables se les suele hacer una apendicetomía inmediata o tratamiento no quirúrgico inicial, si se tiene un absceso pequeño menor de 3 cm puede hacerse apendicetomía inmediata pero si el absceso es grande mayor de 3 cm debe tratarse primero con antibióticos intravenosos y drenaje percutáneo. Si el paciente está inestable se requerirá una

apendicetomía de emergencia así como drenaje e irrigación de la cavidad peritoneal (ANEXO 4).

4. En el caso 4 presentado anteriormente se trata de una colecistitis aguda ya que el paciente presentó dolor en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos. Signo de Murphy (+) La ecografía Ecografía: vesícula biliar con paredes de 5mm, distendida con presencia de cálculos pequeños y medianos en su interior. Colédoco: 7mm.

La colecistitis aguda colecistitis aguda se refiere a un síndrome de cuadrante superior derecho que se presenta con dolor, fiebre, y leucocitosis asociada con la inflamación de la vesícula biliar. La causa más frecuente de la colecistitis aguda es causada por cálculos biliares, mientras que la colecistitis alitiásica representa alrededor del 5 al 10 por ciento de los casos (14).

La clínica de este tipo de paciente será dolor abdominal en cuadrante superior derecho, se tratara de un dolor agudo que es constante y prolongado (más de 4-6 horas), este dolor puede irradiarse al hombro derecho o espalda, también presenta fiebre. Al examen físico con frecuencia tendrá el signo de Murphy positivo, ya que tiene una alta sensibilidad para esta patología.

En los hallazgos de laboratorio suelen tener leucocitosis, no suelen estar elevados la bilirrubina, ni la fosfatasa alcalina ya que se verá más cuando está complicado o en una coledocolitiasis o una colangitis. El diagnóstico de colecistitis aguda requiere la demostración de un engrosamiento o edema de la pared de la vesícula biliar, un signo de Murphy ecográfico es similar al signo de Murphy provocado durante la palpación abdominal, excepto que la respuesta positiva se observa durante la palpación con el transductor de ultrasonido. Esto es más preciso que la palpación manual porque puede confirmar que, de hecho, es la vesícula biliar la que está siendo presionada por el transductor de imágenes cuando el paciente recupera el aliento, también se puede observar en la ecografía engrosamiento de la pared de la vesícula biliar (mayor de 4 a 5 mm), líquido pericolecístico o edema (signo de doble pared) (14).

Para el manejo de la enfermedad se le indicará colecistectomía de urgencia en aquellos donde la enfermedad es complicada como una perforación, si es enfisematosa, así como progresión de la enfermedad. Pero se le puede dar tratamiento para el dolor con AINES como el ketorolaco. Se sugirió administrar antibióticos de forma rutinaria a todos los pacientes diagnosticados con colecistitis aguda y continuar el tratamiento hasta que se extirpa la vesícula biliar o la colecistitis se resuelva clínicamente (14).

## **GINECOLOGÍA**

1. Por lo planteado anteriormente en el primer caso. El diagnóstico y el tratamiento se realizó basado en la guía de práctica clínica y de procedimientos de ginecología del año 2020 (15). Se puede observar a la exploración ginecológica: genitales externos eritematosos, edematosos con lesiones escoriativas, a la especuloscopia se pudo observar secreción blanca, espesa y grumosa como requesón. Se le solicita examen complementario: Estudio de secreción vaginal con solución salina y KOH al 10%.

Diagnóstico: Candidiasis vaginal: se establece por el interrogatorio, la exploración física, es clínico básicamente y se confirma con el estudio de secreción vaginal con solución salina y KOH al 10%. (15). Dentro de los síntomas principales está el prurito, flujo de color blanco, como requesón con formación de pseudomembranas adheridas a la pared vaginal. Presenta además lesiones como eritema vaginal, excoriaciones y dermatitis (15).

Tratamiento:

-Fluconazol 150 mg V.O una dosis.

-Clotrimazol crema al 1% por 3 a 7 días o comprimido vaginal de 100 mg diario por 7 días o comprimido vaginal de 500 mg a dosis única.

2. Por lo planteado en el caso número 2. El diagnóstico y el tratamiento se realizó basado en la guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del 2018 (15), además de la guía clínica para la prevención y manejo de preeclampsia y eclampsia del instituto

materno perinatal del 2017 (16). Luego de la evaluación de la paciente.

Se le solicitaron los siguientes exámenes:

-Ecografía obstétrica: se le solicitó para conocer las condiciones bebe, así como de la placenta, cuello del útero y líquido amniótico.

-Perfil de preeclampsia.

-Test estresante: es una prueba de bienestar fetal que se indica para saber si él bebe va a tolerar las contracciones uterinas maternas.

Se reevalúa a la paciente con los resultados de los exámenes solicitados: Ecografía: ILA normal, eco doppler normal. Resultados: HB: 10, transaminasas, bilirrubinas, creatinina y plaquetas dentro de los valores normales. Test estresante: negativo, reactivo.

Diagnósticos:

-Gestante de 39 semanas por FUR.

-Trastorno hipertensivo del embarazo: preeclampsia leve o sin criterios de severidad: Gestante hipertensa que presenta una PA sistólica  $<160$  mmhg y diastólica  $<110$  mmhg con proteinuria cualitativa e 1+ (ácido sulfosalicílico) o 2+ (tira reactiva) o con proteinuria cualitativa  $>$  o igual a 300 mg en orina de 24 horas y que no presenta daño en otro órgano blanco.

-Anemia leve.

Con la evaluación de los resultados se indica maduración cervical con misoprostol con el objetivo de obtener ablandamiento, borramiento y/o dilatación cervical (15). Se indica luego de confirmar las condiciones adecuadas de tolerancia del feto al estrés del parto mediante un test estresante.

-Se le indico metildopa 1g vo cada 12 horas.

-Nifedipino 10 VO condicional a hipertensión severa (PA sistólica  $\geq 160$  mmHg y/o diastólica  $\geq 110$  mmHg).

-Control de funciones vitales y monitoreo de latidos fetales.

-Es evaluada nuevamente después de recibir la segunda dosis de misoprostol y se observa dilatación: 2 cm I: 80%, membranas íntegras, por lo que se decide derivarla a centro obstétrico para manejo activo del trabajo de parto.

3. Por lo planteado en el caso número 3. El diagnóstico y el tratamiento se realizó basado en la guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del 2018. (15), Además de la guía clínica para la prevención y manejo de preeclampsia y eclampsia del instituto materno perinatal del 2017 (16).

Se evalúa a la paciente y se encuentra una presión de 150/90 mmhg junto a la cefalea y otros signos premonitorios de preeclampsia con signos de severidad. No se observa pérdida de líquido, ni sangrado vaginal. Al tacto vaginal: las membranas integra, dilatación en 2 y Incorporación en un 80%. También se le solicitó una ecografía obstétrica: para conocer las condiciones bebe, así como de la placenta, cuello del útero y líquido amniótico y un perfil de preeclampsia (17).

Diagnósticos:

-Gesta 3 de 37 semanas por FUR.

-Trabajo de parto en fase latente.

-Trastorno hipertensivo del embarazo: Se define como Preeclampsia severa o con criterios de severidad a aquella preeclampsia asociada a uno de los siguientes criterios clínicos:

-Presión sistólica igual o mayor a 160 mmhg y diastólica igual o mayor a 110 mmhg.

-Deterioro de la función hepática, con concentraciones de enzimas hepáticas (TGO) dos veces el valor normal, severa persistencia de dolor en el cuadrante superior derecho o en epigastrio que no se controla con medicamentos.

-Trombocitopenia < 100.000 / mm<sup>3</sup>.

-Creatinina >1.1 mg/ dl.

-Edema pulmonar.

-Trastornos cerebrales repentinos o trastornos visuales.

Previamente a recibir los resultados se le indico cloruro de sodio endovenoso, nada por vía oral. Tratamiento:

-Metildopa 1 g VO cada 12 horas.

-Nifedipino 10 mg condicional a presión mayor a 160/110 mmhg.

-Control de funciones vitales y monitoreo de latidos fetales.



-Es preparada para SOP ya que se debe culminar el embarazo por cesárea.

4. Por lo planteado anteriormente en el caso número 4. El diagnóstico y el tratamiento se realizó basado en la guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del 2018 (15).

Luego de realizarle el examen clínico y realizar el tacto vaginal se encontraron las membranas rotas. Se procedió a pedirle:

- Ecografía obstétrica: se le solicitó para conocer las condiciones bebe, así como de la placenta, cuello del útero y líquido amniótico.
- Hemograma: se busca ver si hay elevación de leucocitos.
- Cultivo o Gram.

Se realiza reevaluación a la paciente con los resultados de los exámenes solicitados: Ecografía: ILA normal, eco doppler normal. Resultados del hemograma dentro de los valores normales.

Diagnósticos:

-Gesta 1 de 30 semanas por FUR.

-Rotura prematura de membranas, según la guía de práctica clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología del 2018 (15). Se define como rotura de las membranas corioamnióticas producida antes del inicio de trabajo de parto, en una gestación posterior a las 22 semanas.

Tratamiento: Se indica hospitalización de la gestante para reposo absoluto además de:

- Antibióticos profilácticos: Ampicilina y eritromicina.
- Control de hemograma, PCR cada 48 horas y ecografía obstétrica semanal.
- Maduración pulmonar.
- Se realiza un manejo expectante.

## **MEDICINA**

1. Se evalúa a paciente mujer que se encuentra hospitalizada por inducción de quimioterapia. Al examen físico: en tórax: amplexación disminuida en ambos hemitórax, murmullo vesicular disminuido en

base de pulmón derecho. Signos vitales: FR: 32, FC:100, Saturación: 95%, T: 36.5. Se le solicitó: Análisis de gases arteriales, hemograma, PCR, radiografía de tórax, lavado broncoalveolar y beta-D-glucano. Se reevalúa a paciente con resultados de los exámenes solicitados:

-AGA: patológico, saturación :93%, lactato: elevado.

-Radiografía tórax: engrosamiento del intersticio bronco vascular parahiliar bilateral con opacidades heterogéneas en patrón de "vidrio esmerilado" de distribución difusa en ambos campos pulmonares de predominio derecho (18).

- PCR: elevado.

- Beta D-glucano: es un componente de la pared celular de la mayoría de los hongos, incluido Pneumocystis (18).

Diagnósticos:

•Neumonía por neumocystis jiroveci: basándose en uptodate (18). Se toma en cuenta la clínica respiratoria, el dosaje de beta D-glucano y el antecedente de ser un paciente con inmunosupresión. Sin embargo, se necesita ver por tinción con anticuerpos fluorescentes o la reacción en cadena de polimerasa tinción ensayos basados en muestras respiratorias.

•La leucemia mieloide crónica (LMC) se produce cuando una célula madre pluripotente sufre transformación maligna y mielo proliferación clonal, lo que conduce a una sobreproducción llamativa de granulocitos maduros e inmaduros. Asintomática en el estadio inicial, la progresión de la LMC es insidiosa, con un estadio "benigno" asintomático (malestar general, anorexia, descenso de peso) que finalmente da lugar a estadios acelerados o plásticos con signos más ominosos, como esplenomegalia, palidez, propensión a hematomas y hemorragia, fiebre, linfadenopatías y alteraciones cutáneas. El frotis de sangre periférica, la aspiración de médula ósea y la demostración de cromosoma Filadelfia son diagnósticos. (20).

•Insuficiencia respiratoria aguda tipo 1 o hipoxemia. La insuficiencia respiratoria aguda (IRA) es la incapacidad del sistema respiratorio

de cumplir su función básica, que es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiental y la sangre circulante, En este caso sería aguda porque se instaura en un corto periodo de tiempo, se ha producido recientemente, en minutos, horas o días, sin haber producido todavía mecanismos de compensación. Hipoxémica es porque hay Hipoxemia con PaCO<sub>2</sub> normal o bajo, gradiente alvéolo-arterial de O<sub>2</sub> incrementado (21).

Basándose en en evidencia científica se prescribió el tratamiento: La dosis de TMP-SMX para pacientes con función renal normal es de 15 a 20 mg / kg (la dosis se basa en el componente de TMP y se expresa como mg / kg por día de TMP) por vía intravenosa u oral diariamente en tres o cuatro dosis divididas. Los pacientes deben recibir terapia intravenosa hasta que estén clínicamente estables (p. Ej., PaO<sub>2</sub> ≥60 mmHg, frecuencia respiratoria <25) y tengan un tracto gastrointestinal funcional (19).

2. Se evalúa a paciente mujer que se encuentra hospitalizada por quimioterapia de inducción. Se encuentran lesiones eritematosas, dolorosas en mucosa oral y lengua.

Diagnósticos:

- Leucemia mieloide crónica.
  - Herpes labial: infección por HSV-1 comienza con una fase aguda, durante la cual el virus se replica rápidamente en el sitio de contacto. Los queratinocitos dérmicos y otros sitios epiteliales son los principales sitios de replicación viral en la piel. El virus se adhiere a las células epiteliales a través de interacciones entre las glucoproteínas de superficie del HSV-1 y los receptores celulares del HSV, como la nectina-1, y posteriormente ingresan a la célula. A continuación, el virus entra en la terminación nerviosa sensorial y se transporta a los ganglios sensoriales a través del transporte retrógrado. El HSV-1 establece una infección latente de por vida en los ganglios trigémino o sacro, según el sitio inicial de la infección (22).
- Anemia moderada.

Basándose en evidencias científica se prescribió el tratamiento:

-Se le inició soporte transfusional, tras evaluar hemoglobina al día siguiente del ingreso.

- En este caso se usó Aciclovir: 400 mg por vía oral tres veces al día o 200 mg cinco veces al día, pero también se pueden usar otros antivirales como : Famciclovir : 250 mg tres veces al día o 500 mg dos veces al día y Valaciclovir : 1 g dos veces al día. Sin embargo, para los pacientes que pueden tolerar los medicamentos orales, puede ser preferible utilizar un agente como el valaciclovir , que tiene una mayor biodisponibilidad que el Aciclovir y, por lo tanto, requiere una dosificación menos frecuente (23).

3. Se evalúa a paciente varón que ingresó por emergencia debido a dolor torácico y dificultad respiratoria, se descarta COVID y se evidencia derrame pericárdico masivo. El diagnóstico sugestivo se hizo basado en: evaluación clínica, hallazgos electrocardiográficos y radiografía de tórax que sugieren presencia de derrame pericárdico, pero se requieren imágenes adicionales, generalmente ecocardiografía, para confirmar el diagnóstico (24).

Diagnósticos:

- Derrame pericárdico: El pericardio normal es un saco fibroelástico que rodea el corazón y que contiene una fina capa de líquido. Se considera que hay un derrame pericárdico cuando el líquido acumulado dentro del saco excede la pequeña cantidad que normalmente está presente. El derrame pericárdico puede desarrollarse en pacientes con prácticamente cualquier afección que afecte al pericardio, incluida la pericarditis aguda y una variedad de trastornos sistémicos. La mayoría de los pacientes sin un derrame pericárdico hemodinámicamente significativo no presentarán síntomas específicos del derrame, pero pueden tener síntomas relacionados con la causa subyacente. Por tanto, los derrames pericárdicos a menudo se descubren de forma incidental durante la evaluación de otras enfermedades cardiopulmonares (24).

Causas de derrame pericárdico:

-Infeccioso Viral (incluido el VIH), bacteriana, fúngica (purulenta). Otros (Rickettsia, Chlamydia, Borrelia, Mycoplasma, Treponema, Ureaplasma, Nocardia, Tropheryma).

-Radiación mediastínica previa es una causa importante de enfermedad pericárdica. La mayoría de los casos son secundarios a la radioterapia para el linfoma de Hodgkin o el cáncer de mama o de pulmón (24).

-Síndrome posterior a la lesión cardíaca (Post-infarto de miocardio, postpericardiotomía, postraumático), drogas y toxinas, metabólicas (uremia, asociado a diálisis, mixedema), Malignidad (especialmente cáncer de pulmón y de mama, linfoma de Hodgkin y mesotelioma), enfermedad vascular del colágeno e Idiopático (24).

Cuantificación del derrame pericárdico: aunque la ecocardiografía es un método excelente para la detección y estimación del tamaño de los derrames pericárdicos, no puede cuantificar con precisión los derrames porque suele ser difícil visualizar y medir todo el saco pericárdico en cualquier plano de exploración de un sector. La resonancia magnética y la tomografía computarizada tienen ventajas para la cuantificación de fluidos. Sin embargo, si la cuantificación es deseable o necesaria, un enfoque ecocardiográfico razonable es clasificar los derrames como pequeños, medianos o grandes, según lo determine el tamaño del espacio libre: Los derrames pequeños (50 a 100 ml) solo se ven en la parte posterior, típicamente de menos de 10 mm de grosor, y solo causan una separación mínima entre el pericardio epicárdio (visceral) y el saco pericárdico parietal más grueso. Los derrames moderados (100 a 500 ml) tienden a verse a lo largo de la pared posterior; el espacio libre de eco es de 10 a 20 mm en su ancho máximo. Los derrames grandes (> 500 ml) (25).

Se deben considerar varios aspectos en el tratamiento de los pacientes con derrame pericárdico, que incluyen:

-Presencia de taponamiento cardíaco.

-Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad subyacente.

-Manejo de pacientes con derrames crónicos grandes o derrames idiopáticos recurrentes.

Drenaje de líquido pericárdico.

Las indicaciones para el drenaje urgente del líquido pericárdico dependen del nivel de compromiso hemodinámico asociado con el derrame:

- Los pacientes con derrame pericárdico y evidencia de compromiso hemodinámico (es decir, taponamiento cardíaco) deben someterse a un drenaje urgente del derrame pericárdico.
- Los pacientes con derrame pericárdico que están hemodinámicamente estables sin evidencia de taponamiento cardíaco no requieren drenaje inmediato del derrame. Sin embargo, el muestreo del derrame puede estar indicado con fines de diagnóstico en pacientes sin una etiología clara del derrame (25).

En este caso se le realizó el drenaje al paciente cuando se encontraba en la emergencia, ya que tenía un derrame masivo con compromiso hemodinámico. Luego es llevado a la hospitalización para recibir soporte transfusional y tratamiento médico.

Otros diagnósticos: leucemia mieloide aguda y anemia severa.

4. Se hablará del diagnóstico y tratamiento basándose en la guía de práctica clínica de leucemia mieloide aguda del instituto de enfermedades neoplásicas (26).

Leucemia mieloide aguda: es una neoplasia hematológica heterogénea caracterizada por la expansión clonal de los blastos mieloides en sangre periférica, médula ósea y otros tejidos. Numerosos factores han sido implicados en la causa de LMA incluyendo antecedente de enfermedades hematológicas, síndromes familiares, exposición ambiental, exposición a drogas, agentes quimioterápicos.

Cuadro clínico: sus síntomas se deben a su falla a nivel de la médula ósea, infiltración de órganos con células leucémicas o ambos. El curso del tiempo es variable. Algunos pacientes particularmente los más jóvenes se presentan con síntomas agudos en pocos días 1 a 2 semanas. Otros tienen cursos más largos como fatiga u otros síntomas durando de semanas a meses. Se pueden presentar síntomas de falla medular (anemia, neutropenia, trombocitopenia, trombocitopenia, la

anemia puede manifestarse como fatiga, disnea, dolor precordial) y síntomas de sangrado.

La muerte puede ocurrir como consecuencia de una infección descontrolada o hemorragia. Esto puede pasar incluso después del uso apropiado de productos sanguíneos y soporte antibiótico. La complicación más común en LMA es falla de la leucemia para responder a la quimioterapia. El pronóstico para estos pacientes es pobre porque su enfermedad usualmente no responde a otros regímenes de quimioterapia.

Tratamiento:

En menores de 60 años o para pacientes seleccionados menos de 75 años, pero con buen estado funcional o ninguna comorbilidad. El tratamiento de 3 +7 muestran remisión completa en 70 a 80% en pacientes menores de 60 años y en el 50% en los mayores de ese grupo etario (26) (ANEXO 5).

La paciente del caso llegó con el diagnóstico de LMA realizado previamente en la institución, mediante un hemograma donde se vio > o igual al 20% blastos que manifiestan características morfológicas, citoquímicas, inmunofenotípicas y lo confirmaron con una citometría de flujo, que es una técnica que ayuda a determinar el tipo de células de la sangre o la médula ósea, además del subtipo de la leucemia.

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

Durante el inicio del internado las funciones del interno en el hospital abarcan distintas áreas y funciones ya que no había limitaciones por parte de la institución. El interno de medicina laboraba en el área de hospitalización, emergencia y consultorio externo donde le daban la oportunidad de poder ver al paciente desde que llegaba a consultorio o por emergencia y se hospitalizaban, esto ayudaba mucho al aprendizaje del mismo ya que podría realizar el examen físico como la inspección palpación, auscultación y percusión, así como distintos procedimientos. Con respecto a la hospitalización del paciente el interno podrá evaluar ya sea el progreso o las complicaciones que podía tener el paciente junto con los residentes y asistentes de la especialidad en la cual se encontraba. Otra de las funciones del interno era la rotación en emergencia donde él podía hacer triaje y categorizar al paciente de acuerdo al grado de severidad. En el área de medicina oncológica el interno podrá rotar por las distintas especialidades de la institución como el servicio de neumología, infectología, nefrología, endocrinología y gastroenterología, se podía atender en consultorio externo, examinar al paciente y discutir los casos con los asistentes de cada servicio ya mencionado.

El 16 de marzo del 2020 el Perú entró en cuarentena total y estado de emergencia sanitaria por 15 días (inicialmente) por lo que el servicio de salud fue reorganizado o interrumpido y dejó de brindar atención a las personas que recibían tratamiento previo contra patologías



oncológicas. El interno se vio en la obligación de no asistir a sus labores hospitalarias debido a que no le brindaban un seguro ni equipos de protección de salud como mascarillas N95, mandiles descartables, botas, gorros quirúrgicos ni pruebas rápidas que pueda cubrir en caso de que se infectara con el virus SARS-COV-2. Todo esto debido a que ningún establecimiento de salud estaba preparado para una pandemia y debido a esto a algunas instituciones les fue peor que a otras sin ir tan lejos fue por las pocas inversiones del gobierno en el sector salud.

Luego que el interno se retiró del hospital estuvo a la espera de una mejoría en el contexto del sector salud para poder reincorporarse a sus labores hospitalarias. Después de 6 meses la Asociación Peruana de Facultades de Medicina emitió el oficio 068-2021 mediante el cual el interno de medicina podía reintegrarse a su centro hospitalario con ciertos beneficios como un seguro integral de salud, remuneración y equipos de protección de salud.

El 1 de noviembre del 2020 el interno fue reincorporado a sus labores las cuales habían sido modificadas y limitadas ya que solo laboran en áreas no COVID. Hubo una reestructuración en sus rotaciones pendientes. En el servicio de cirugía se acortaron las rotaciones por especialidad de 6 a 4 especialidades quedando fuera el servicio de tórax y cabeza y cuello. En el servicio de medicina oncológica se restringe el ingreso del interno al área de emergencia así como a los servicios de neumología, infectología, nefrología, endocrinología y gastroenterología dejando solo el ingreso al área de adolescencia y hospitalización de adultos. El horario del interno de medicina había sido reducido ya que solo asistirá durante 15 días y descansar los 15 días posteriores y solamente tendría 30 días de rotación por cada servicio restante.

El interno tuvo que pasar por un proceso de adaptación frente a los cambios ya mencionados anteriormente debido a la coyuntura por la que atravesaba el país, las limitaciones que se le fue presentando en

cuanto al horario así como la restricción a áreas que se convirtieron en la que tenía que culminar el año de interno y así poder seguir con todo el proceso de fin de carrera.

## CONCLUSIONES

1. Ciertamente, la pandemia ha dejado huella en la formación académica que luego se verá reflejada en la práctica como médicos, lo que se ha pasado ha permitido acercarnos y aprender sobre temas más humanos como trabajar en equipo, la muerte, vivir el día a día. A pesar de lo difícil que se tornó esta situación, considero que se ha intentado extraer y aprovechar cada oportunidad de conocimiento que brindó esta crisis sanitaria.
2. Este año ha permitido darnos cuenta que se tiene la fuerza y la resiliencia para seguir adelante tanto como seres humanos y como futuros médicos. El sufrimiento, la nostalgia o alegría que te causo ver a ese paciente partir o recuperarse, irse de alta, cogerle de la mano o cuando te dio las gracias, quizá también cuando hiciste lo que podías para aliviar su dolor, son sensaciones gratificantes, únicas que te hace sentir que todo tu trabajo y sufrimiento vale la pena. La verdad eso es todo para nosotros, se olvida todo lo malo y nos sentimos agradecidos.
3. Se tiene que tener bien clara cada patología en cuanto a su clínica, el diagnóstico y el manejo y así ir actualizándose cada vez.

4. Aprovechar al máximo todas las enseñanzas de los doctores de cada hospital y de cada especialidad y ponerlo en práctica cuando se presente en el futuro como médicos generales.

## RECOMENDACIONES

- El incremento de la demanda de atención en el sector salud morbilidad y mortalidad como resultado de la crisis sanitaria provocada por el covid-19, determinan la necesidad de reorganizar los servicios de salud. Se debe de mejorar la capacidad resolutive para garantizar una respuesta adecuada frente a otra crisis que se presente. Además de asegurar el acceso a servicios de salud según las necesidades específicas de cada población.
- El aislamiento de casos y distanciamiento social, es motivo para fomentar estrategias que brinden apoyo psicosocial, psicológico a los pacientes, sobre todo para personas mayores, personas que tienen adicciones, personas que sufren de violencia, enfermedades terminales, oncológicas en tratamiento personas con condiciones preexistentes y agudas de salud mental.
- Ya que el hospital es el espacio ideal para avanzar en la formación, es el sitio en donde se encontró gran parte del aprendizaje y el apoyo de médicos con experiencia y conocimientos que a faltan. Debido a ello no solo se debe instruir y preparar al interno, sino además a los propios docentes, con el fin de perfeccionar su enseñanza y aprendizaje, más proactiva y menos destructiva.

- El interno de medicina tiene un papel muy importante en hospital donde labora, por lo que no se le debe pasar por alto, ya que requiere de enseñanzas y experiencias como futuro profesional de la salud. Se le tiene que apoyar para que así en un futuro sea un buen médico general.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2020 [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Instituto\\_Nacional\\_de\\_Enfermedades\\_Neopl%C3%A1sicas&oldid=131264330](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Instituto_Nacional_de_Enfermedades_Neopl%C3%A1sicas&oldid=131264330)
2. Misión y Visión Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/mision-vision/>
3. P Ministerio de Salud, Perú, Dirección General de Salud de las Personas. Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive: guía técnica. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas; 2007.
4. Guía de Práctica Clínica Para El Diagnóstico y Tratamiento de enfermedad Diarreica aguda en la niña y el niño [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666\\_RM\\_N\\_C2\\_B0\\_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/189174/188666_RM_N_C2_B0_755-2017-MINSA.pdf20180823-24725-llg4ky.pdf)
5. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis neonatal, [Internet] [ citado 15 de abril de 2021]. Disponible

en:<https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cnsp/unagesp/publicaciones/gpc/GPS%20SEPSIS%20NEONATAL%20version%20extensa%20enero%202020.pdf>

6. Clinical features, evaluation, and diagnosis of sepsis in term and late preterm infants - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-evaluation-and-diagnosis-of-sepsis-in-term-and-late-preterm-infants?search=sepsis%20neonatal&source=search\\_result&selectedTitle=1~107&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-evaluation-and-diagnosis-of-sepsis-in-term-and-late-preterm-infants?search=sepsis%20neonatal&source=search_result&selectedTitle=1~107&usage_type=default&display_rank=1)
7. Guías de Prácticas clínicas para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/302\\_DGSP87.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/302_DGSP87.pdf)
8. F. Álvarez González, J.M. Sánchez Lastres, Faringoamigdalitis aguda [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=96590>
9. Guía de práctica clínica para la atención de las patologías más frecuentes y cuidados esenciales del niño y la niña [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2087-1.pdf>
10. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DE CÁNCER DE COLON [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas\\_tecnicas/2013/08072014\\_GU%C3%8DAS\\_DE\\_PR%C3%81CTICA\\_CL%C3%8DNICA\\_A\\_DE\\_C%C3%81NCER\\_DE\\_COLON.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/08072014_GU%C3%8DAS_DE_PR%C3%81CTICA_CL%C3%8DNICA_A_DE_C%C3%81NCER_DE_COLON.pdf)
11. Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis->



and-staging-of-colorectal-cancer?search=cancer%20de%20colon&usage\_type=default&source=search\_result&selectedTitle=1~150&display\_rank=1

12. Clinical manifestations, diagnosis, and staging of testicular germ cell tumors - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-staging-of-testicular-germ-cell-tumors?search=Testicular%20cancer&source=search\\_result&selectedTitle=1~131&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-staging-of-testicular-germ-cell-tumors?search=Testicular%20cancer&source=search_result&selectedTitle=1~131&usage_type=default&display_rank=1)
- 13.. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=appendicitis%20adult&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H1](https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-adults-clinical-manifestations-and-differential-diagnosis?search=appendicitis%20adult&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1)
14. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=COLECISTITIS%20AGUDA&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H2](https://www.uptodate.com/contents/acute-calculous-cholecystitis-clinical-features-and-diagnosis?search=COLECISTITIS%20AGUDA&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2)
15. de Lima C. Guía de Práctica Clínica y de procedimientos en obstetricia y perinatología - Versión extensa [citado 13 de abril de 2021] disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf?fbclid=IwAR0hfsCGCyF0LXKaYnO74Q5SVZ7-UhvDUq5-oWtjxckHd2\\_2jiSVI\\_inoxg](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf?fbclid=IwAR0hfsCGCyF0LXKaYnO74Q5SVZ7-UhvDUq5-oWtjxckHd2_2jiSVI_inoxg)
16. Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia - Versión extensa [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en:

<https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20del%202018.pdf>

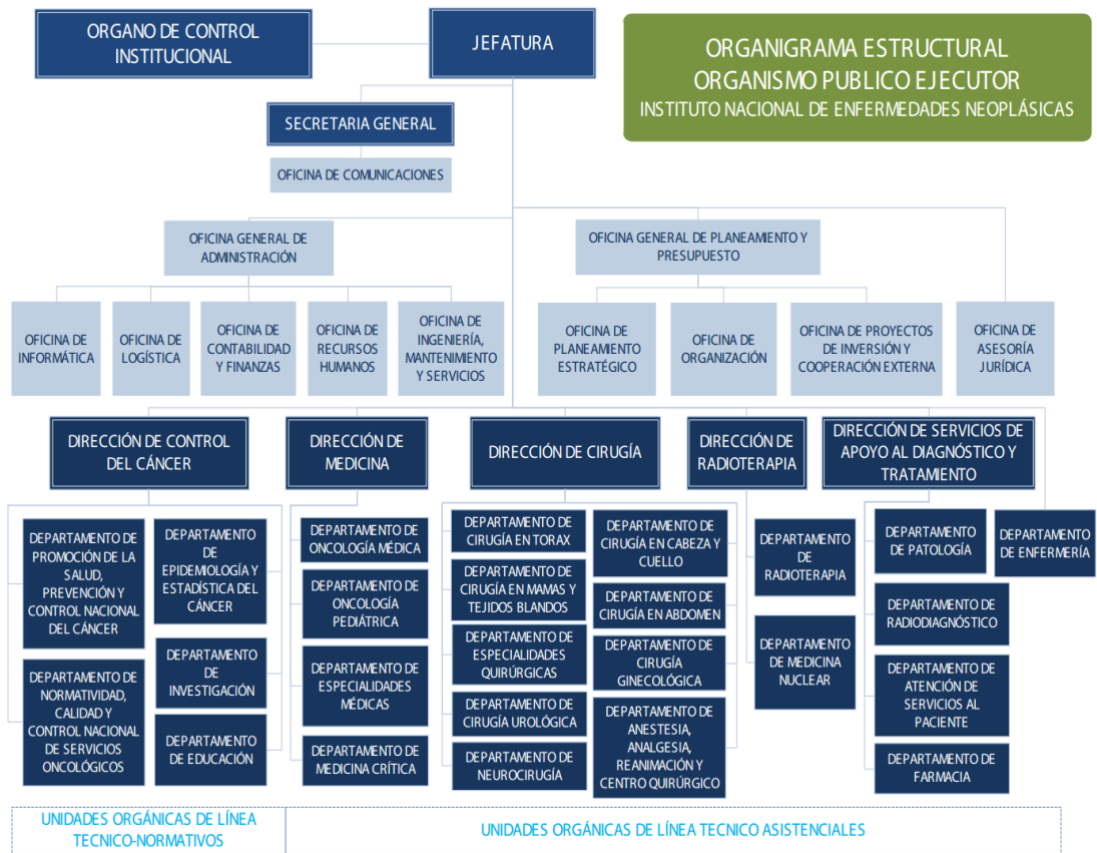
17. Ecografía obstétrica. En: Wikipedia, la enciclopedia libre [Internet]. 2021 [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ecograf%C3%ADa\\_obst%C3%A9trica&oldid=132957605](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Ecograf%C3%ADa_obst%C3%A9trica&oldid=132957605)
18. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of Pneumocystis pneumonia in HIV-uninfected patients - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-pneumocystis-pneumonia-in-hiv-uninfected-patients?search=neumonia%20por%20neumocistis%20jiroveci&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H1792944961](https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-pneumocystis-pneumonia-in-hiv-uninfected-patients?search=neumonia%20por%20neumocistis%20jiroveci&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1792944961)
19. Treatment and prevention of Pneumocystis pneumonia in HIV-uninfected patients [Internet]. Uptodate.com. [citado 13 de Abril de 2021]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-pneumocystis-pneumonia-in-hiv-uninfected-patients?search=pneumonia%20por%20neumocistis%20jirovecii&topicRef=1406&source=related\\_link](https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-pneumocystis-pneumonia-in-hiv-uninfected-patients?search=pneumonia%20por%20neumocistis%20jirovecii&topicRef=1406&source=related_link)
20. Leucemia mieloide crónica (LMC) - Hematología y oncología [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 15 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/hematolog%C3%ADa-y-oncolog%C3%ADa/leucemias/leucemia-mieloide-cr%C3%B3nica-lmc>
21. Muñoz G, R F. Insuficiencia respiratoria aguda. Acta Médica Peruana. octubre de 2010;27(4):286-97.

22. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of herpes simplex virus type 1 infection - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-herpes-simplex-virus-type-1-infection?search=herpes%20labial%20en%20inmunosuprimidos&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H4079688460](https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-herpes-simplex-virus-type-1-infection?search=herpes%20labial%20en%20inmunosuprimidos&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H4079688460)
23. Treatment and prevention of herpes simplex virus type 1 in immunocompetent adolescents and adults - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-herpes-simplex-virus-type-1-in-immunocompetent-adolescents-and-adults?search=herpes%20labialis%20tratamiento&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prevention-of-herpes-simplex-virus-type-1-in-immunocompetent-adolescents-and-adults?search=herpes%20labialis%20tratamiento&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
24. Etiology of pericardial disease - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/etiology-of-pericardial-disease?search=reframe%20pericardial&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/etiology-of-pericardial-disease?search=reframe%20pericardial&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
25. Diagnosis and treatment of pericardial effusion - UpToDate [Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-treatment-of-pericardial-effusion?search=reframe%20pericardial&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H23112237](https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-treatment-of-pericardial-effusion?search=reframe%20pericardial&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H23112237)
26. 03072014\_GUÍA\_DE\_PRÁCTICA\_CLÍNICA\_DE\_LEUCEMIA\_MIELOIDE\_AGUDA.[Internet]. [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas\\_tecnicas/2013/](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2013/)

03072014\_GU%C3%8DA\_DE\_PR%C3%81CTICA\_CL%C3%8DNIC  
A\_DE\_LEUCEMIA\_MIELOIDE\_AGUDA.pdf

## **ANEXOS**

# ANEXO N°1



## ANEXO N<sup>o</sup>2

| <b>SISTEMA DE ESTADIAJE AJCC - TNM 2009 (7ma edición)</b> |   |
|---|---|
| <b>Tumor Primario (T)</b>                                 |   |
| TX  | Tumor primario no se puede evaluar.   |
| T0  | No hay evidencia de tumor primario.   |
| Tis   | Carcinoma in situ: células neoplásicas intraepiteliales o que invaden la lámina propia.   |
| T1  | Tumor invade la submucosa.  |
| T2  | Tumor invade la muscular propia.  |
| T3  | Tumor invade a través de la muscular propia los tejido pericorectales.  |
| T4a   | Tumor penetra hasta la superficie del peritoneo visceral.   |
| T4b   | Tumor invade directamente o se encuentra adherido a otros órganos o estructuras.  |
| <b>Ganglios Linfáticos Regionales (N)</b>                 |   |
| NX  | Ganglios linfáticos regionales no se pueden evaluar.  |
| N0  | No hay metástasis de ganglios linfáticos regionales   |
| N1  | Metástasis en 1-3 ganglios regionales   |
| N1a   | Metástasis en 1 ganglio regional  |
| N1b   | Metástasis en 2-3 <b>ganglios</b> regionales<br>Depósito tumoral en la subserosa, mesenterio o tejidos perirectales o pericólicos no cubierto por peritoneo sin metástasis ganglionar regional. |
| N1c   | Metástasis en 2-3 <b>ganglios</b> regionales<br>Depósito tumoral en la subserosa, mesenterio o tejidos perirectales o pericólicos no cubierto por peritoneo sin metástasis ganglionar regional. |
| N2  | Metástasis en 4 o más ganglios regionales   |
| N2a   | Metástasis en 4-6 ganglios regionales   |
| N2b   | Metástasis en $\geq 7$ ganglios regionales  |
| <b>Metástasis Distante (M)</b>                            |   |
| M0  | Metástasis distante   |
| M1  | No hay metástasis distante  |
| M1a   | Metástasis confinada a un órgano o localización (ej.: pulmón, hígado, ovario, ganglio no regional)  |
| M1b   | Metástasis en más de un órgano/localización o en el peritoneo.  |
| <b>GRADO HISTOLÓGICO</b>                                  |   |
| GX:   | El grado no puede ser evaluado  |
| G1:   | Tumor bien diferenciado   |
| G2:   | Tumor moderadamente diferenciado  |
| G3:   | Tumor pobremente diferenciado   |
| G4:   | Indiferenciado  |

Fuente: guía clínica para el cancer de color-INEN

ANEXO N<sup>o</sup>3

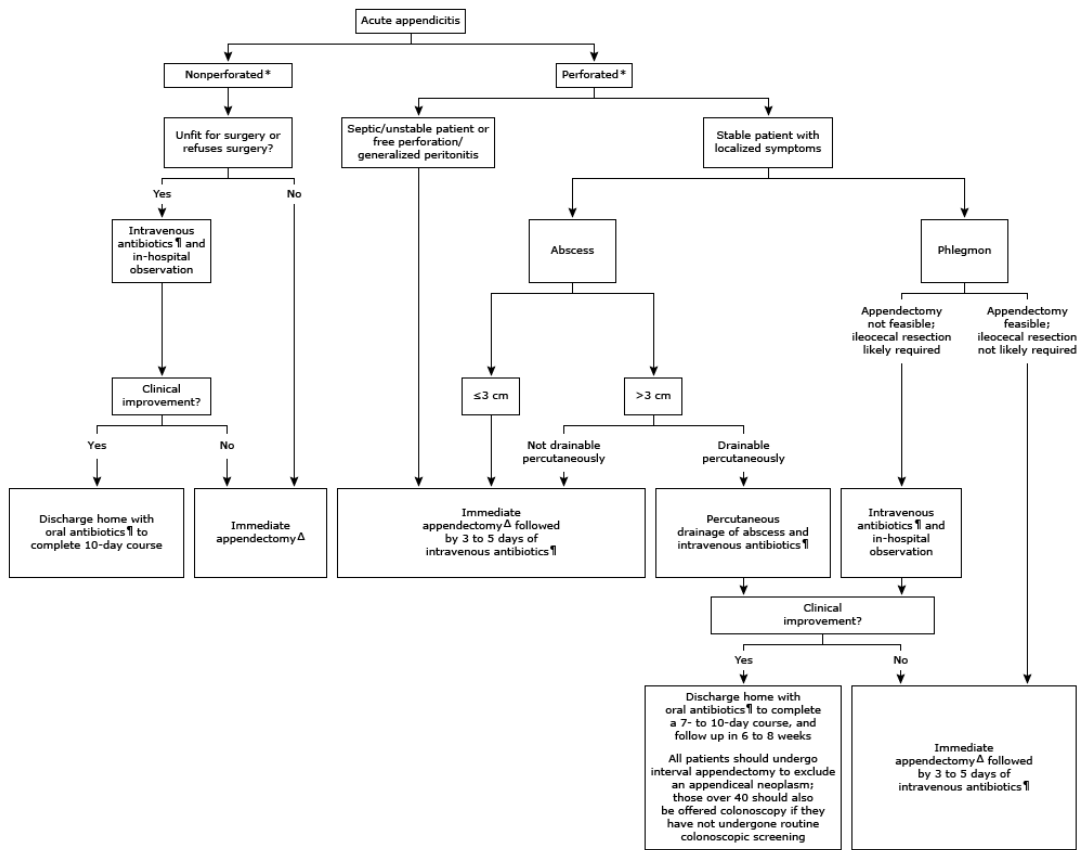
*Criterios de la escala diagnóstica de Alvarado*

| Criterios de evaluación de la escala diagnóstica de Alvarado |         |
|--|---------|
| Criterio   | Valor   |
| Dolor en cuadrante inferior derecho                          | 2       |
| Signo de Blumberg positivo                                   | 1       |
| Migración del dolor  | 1       |
| Náuseas o vómito   | 1       |
| Anorexia   | 1       |
| Temperatura oral superior a 37,2 °C                          | 1       |
| Recuento de leucocitos mayor de 10.000 por mm <sup>3</sup>   | 2       |
| Neutrofilia mayor de 70 %                                    | 1       |
| Criterios de decisión de la escala diagnóstica de Alvarado   |         |
| Decisión   | Puntaje |
| Negativo para apendicitis                                    | 0-4     |
| Posible apendicitis  | 5-6     |
| Probable apendicitis   | 7-8     |
| Apendicitis  | 9-10    |

*Fuente: Beltrán M, Villar R, Tapia TF. Score diagnóstico de apendicitis: Estudio prospectivo, doble ciego, no aleatorio. Revista Chilena de Cirugía. 2004;56:550-7.*



# ANEXO N<sup>o</sup>4



Fuente: Uptodate

ANEXO N<sup>o</sup>5

| • Medicamento | Dosis                | Vía   | Día |
|---------------|----------------------|-------|-----|
| Idarrubicina  | 12 mg/m <sup>2</sup> | EV    | 1-3 |
| Citarabina    | 2g/m <sup>2</sup>    | c/12h | 1-6 |
|               | 3g/m <sup>2</sup>    |       | 1-4 |

| Medicamento    | Dosis                  | Vía    | Día |
|----------------|------------------------|--------|-----|
| Daunorrubicina | 45-60mg/m <sup>2</sup> | EV     | 1-3 |
| Citarabina     | 2g/m <sup>2</sup>      | C/ 12h | 1-6 |
|                | 3g/m <sup>2</sup>      |        | 1-4 |