



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA

Portafolio de experiencia clínica en los servicios de Ginecología, Pediatría,
Medicina interna y Cirugía, en el Hospital Nacional Dos de Mayo y el Centro
Materno Infantil Lurín, junio 2021-Febrero 2022

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR

Sandoval Massari, David Alonso (ORCID: 0000-0002-4277-2207)

ASESOR

Luis Estremadoyro Stagnaro (ORCID: 0000-0002-8901-7014)

Lima, 28 de febrero del 2022

DEDICATORIA

[A mis padres por su apoyo incondicional; a mis profesores, y todos los profesionales de la salud que he conocido a lo largo de la carrera, pues sin todos ellos no habría aprendido tanto sobre el basto campo de la medicina.]

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi institución, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, que me dio las herramientas para poder crecer profesionalmente y formarme como médico; a mis padres nuevamente ya que sin su esfuerzo y apoyo no habría llegado hasta aquí; y a todos aquellos profesionales de salud que a lo largo de la carrera han influido en pequeña o gran parte a mi formación como médico.

RESUMEN

El siguiente trabajo es sobre las experiencias y casos clínicos que han marcado mi trayectoria a lo largo del internado y de las que obtuve los mayores aprendizajes significativos. Más allá de que algunos sean casos complejos o no los casos clínicos que se encontraran aquí tratan principalmente del manejo no solo del paciente como paciente, sino como una persona; y no solo como el individuo, sino como un todo. Así como también se incluye a los familiares en algunos casos, o la ausencia de ellos, y la forma en la que estas situaciones fueron manejadas ya sea por mi persona o por el personal del centro de salud en el que me encontraba en aquel momento. Algunos de los casos incluyen evoluciones extensas, así como también algunos que no pudieron seguir siendo evaluados ya sea por la gravedad del paciente y referencia de este, o por cambio de servicio. Estos aprendizajes son principalmente el manejo de pacientes en primer nivel de atención, el cómo y cuándo saber referir a un paciente a un establecimiento de mayor complejidad, como manejar una defunción o un paciente que llega en estado cadavérico, y más importante, la capacidad de reconocer a que pacientes puedo tratar y a quienes es mejor derivarlos con prontitud.

Palabras clave: Internado médico, *atención primaria; experiencia clínica*

Professional Competence Portfolio for applying to a Medical Degree

ABSTRACT

The following work is about the experiences and clinical cases that have marked my journey throughout medical internship. Moreover than the complexity or not of these cases, you will find here how patients were managed not only as patients but a people, and not only as an individual but as a whole. In some of the clinical cases, it is also included the interactions with the family of the patients, or the absence of them, and the way the personnel of the health centre I was at the time, or myself handled this situations. Some of these cases also include extensive medical history and follow up, as well as some that could not be as thorough due to the severity of the patient and their transfer, or due to a change of service. In other words, the next work of professional competence is a way to put on paper those experiences and livings that have made me a better physician, and to understand medicine a little more.

Keywords: Medical internship, primary care, clinical experience

1 OBJETIVO

El siguiente trabajo tiene como objetivo describir y analizar de forma crítica los casos clínicos a los que me encontré expuesto como interno de medicina, los cuales contribuyeron con aprendizajes significativos a mi formación como médico y persona.

2 METODOLOGÍA

Este es un trabajo descriptivo y analítico de la experiencia clínica obtenida durante el internado médico en el Centro Materno Infantil Lurín y el Hospital Nacional Dos de Mayo.

Se describirá cada caso clínico con anamnesis, antecedentes, examen físico, análisis de laboratorio (en caso tuviera), tratamiento, seguimiento del paciente y autoevaluación. La última describe las experiencias positivas o las complicaciones enfrentadas en cada caso clínico, así como también como me ayudaron en mi formación médica.

3 CASOS CLÍNICOS

3.1 Caso clínico 1

3.1.1 Anamnesis

Iniciales: AASB

Edad: 23 años

Género: Masculino

Estado Civil: Soltero

Grado de instrucción: Superior

Ocupación actual: administración en municipalidad

Antecedentes

- Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH) sin Terapia Anti-Retroviral de Gran Actividad (TARGA) (Diagnosticado 22/06/2021)
- Asma
- Niega contacto con tuberculosis

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 4 meses

Forma de inicio: insidioso

Curso de la enfermedad: Progresivo

Síntomas principales: Tos productiva, hiporexia, baja de peso, diaforesis nocturna

Relato cronológico de la enfermedad:

Refiere que desde hace 4 meses presentó tos productiva y diaforesis nocturna. Luego se asocia hiporexia junto con una baja de peso marcada. Tres semanas previas a la consulta, evidencia placas blanquecinas en paladar blando, duro y lengua, por lo que decide acudir al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, donde es diagnosticado de VIH por prueba ELISA. En los días subsiguientes se le realiza una TEM, la cual es informada como probable caso de neumocistosis vs tuberculosis miliar, asociada a candidiasis oral. Con estos diagnósticos se realiza una broncofibroscopía para lavado bronquial la cual tiene como hallazgo *Pseudomona aeruginosa* (posible contaminación). Recibe tratamiento para candidiasis (fluconazol 150mg VO c/24h x 7 días). Es referido a nuestro centro de salud para recibir el esquema tuberculosis Pulmonar + VIH.

Presión Arterial (PA): 130/90 mmHg frecuencia cardiaca (FC): 107 lpm frecuencia respiratoria (FR): 19 rpm temperatura (T): 37 C Peso: 54 kg Talla: 1,75 m saturación de oxígeno (Sat): 97%

Examen General

Aparente buen estado general (ABEG), aparente mal estado nutricional (AMEN), Aparente buen estado de hidratación (ABEH), lucido, orientado en tiempo espacio y persona (LOTEP), hemodinámicamente estable, afebril.

Examen por Sistemas (dirigido):

Tórax y Pulmones (TyP): Murmullo Vesicular (MV) pasa bien por ambos campos pulmonares (ACP), no ruidos agregados

Cardiovascular (CV): ruidos cardiacos rítmicos (RCR) de buena intensidad (BI), no soplos

Sistema nervioso central (SNC): Alerta, despierto, escala de Glasgow (EG): 15/15

3.1.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- tuberculosis pulmonar A16.9
Descartar tuberculosis miliar
- Confección tuberculosis pulmonar/VIH B20.0
- Descartar neumocistosis

3.1.3 Exámenes auxiliares

Hb: 9.5 g/dL, leucocitos: 5 600, plaquetas: 340 000, segmentados: 78%,
Abastionados 0%, linfocitos 20%.

Cultivo de Hongos en esputo: Aislado *Candida albicans* sensible

Cultivo broncoscopía: Pseudomona aeruginosa resistente a cefazolina y
trimetoprim/sulfametoxazol

BK: Negativos en 2 oportunidades

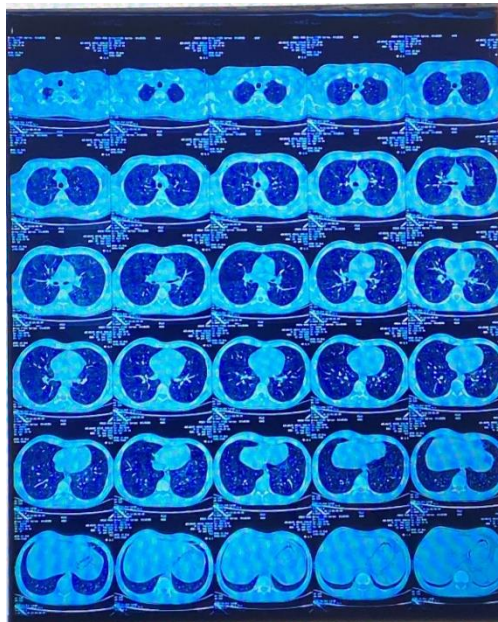
PCR de lavado bronquial: Negativo para *Mycobacterium tuberculosis*

Radiografía de Tórax



Se evidencia patrón intersticial difuso en ambos campos pulmonares (ACP).

Tomografía



Engrosamiento intersticial centrolobulillar asociado con opacidades en vidrio esmerilado de distribución difusa en ambos pulmones, con compromiso del 90% del parénquima pulmonar. Resto sin alteración aparente.

3.1.4 Diagnósticos

- Tuberculosis pulmonar
- Anemia moderada microcítica hipocrómica

3.1.5 Tratamiento

Se inicia consejería en tuberculosis y VIH, coordina con servicio de psicología citas periódicas para el paciente, se coordina también con infectología del Hospital Auxiliar María Auxiliadora para manejo VIH post manejo tuberculosis. Se inicia tratamiento tuberculosis sensible con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol₁ y se conversa con el paciente la importancia de continuar y terminar la primera parte del tratamiento antes de iniciar TARGA.

3.1.6 Seguimiento

Previa consejería y gracias al sistema actual de detección, clasificación y manejo de tuberculosis, se mantiene comunicación diaria con el paciente ya sea presencial o vía telefónica. Se explican signos de alarma y posibles efectos secundarios que podrían aparecer por la toma de medicamentos anti tuberculosis, siendo el más común (primero en aparecer y en llamar la atención) el cambio de coloración en la orina. Además se explican los posibles efectos adversos a la toma de estos medicamentos como hipoacusia, mareos, vómitos, diarrea, alteración visual, daño hepático y renal, y demás.

26/07/2021 10:50 am

Paciente refiere hiporexia, náuseas, vómitos, y diarrea, desde hace 3 días aproximadamente (se receta metoclopramida 10mg por vía oral (v.o) condicional a las náuseas). Se sospecha de reacción adversa a medicamentos (RAM) vs parasitosis, por lo que se pide estudio parasitológico, hepático, y hemograma. Paciente ha perdido 2 kilogramos (Kg) desde la semana anterior. CD4 = 3 células/uL.

No se pudo continuar más con el seguimiento del paciente por cambio de servicio.

3.1.7 Autoevaluación

El caso de este paciente llama la atención principalmente por los distintos diagnósticos presuntivos dados inicialmente, que, a pesar de tener exámenes de laboratorio y de imágenes, no hay evidencia del diagnóstico de tuberculosis. En la placa radiográfica se evidencia un patrón intersticial difuso en ambos pulmones el cual podría concordar con tuberculosis pulmonar bilateral más que con una TB miliar. Así mismo, en la TEM se evidencian lesiones de vidrio deslustrado, por parches, que cubren casi un 90% del pulmón la cual acerca el diagnóstico de neumocistosis por *Pneumocystis carinii*. Pero, al hacer la broncofibroscopía no se encontró al germen. El paciente ha iniciado tratamiento tuberculosis sensible por el riesgo de tener tuberculosis y que este haga enfermedad al iniciar TARGA. Otro de los

puntos importantes aquí es que al no poder tomar una prueba de sensibilidad solo queda esperar que el bacilo por el que se está tratando al paciente no sea mono, poli o multidrogaresistente.

Este caso es llamativo pero no muy extraño en pacientes con VIH ya que la inmunosupresión al llegar al estadio de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es tan severa que se vuelven muy vulnerables. El paciente es una persona joven que tomaba de forma seria y responsable su enfermedad pero a la vez se mantenía carismático en las consultas y era muy cómodo conversar con él. No era en nada parecido al estigma que se tiene de una persona con VIH, era estudioso, trabajador, y con muchas ganas de salir adelante. Algo que me llamo un poco la atención (de buena manera) fue que luego de meses de haber cambiado de servicio le encontré caminando un día por la calle, conversamos, seguía siendo la misma persona que llego al consultorio anteriormente, esta vez con mejor semblante, seguía trabajando (virtualmente) y hacia su vida cotidiana de casi la misma forma que antes. Decidí poner a este paciente como primer caso y explayarme lo que se pudo pues marco mucho el inicio mi inicio de internado pues a pesar de tener los diagnósticos más estigmatizados (y de tratamiento largo y tedioso) tenía siempre la certeza de que eventualmente todo iba a mejorar (algo que personalmente trate de apoyar en todo momento).

3.2 Caso clínico 2

3.2.1 Anamnesis

Iniciales: TAE

Edad: 37

Género: Femenino

Estado Civil: soltera

Grado de instrucción: técnico completo

Ocupación actual: Costura

Antecedentes

Niega

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 1 Año 4 meses

Forma de inicio: Insidioso

Curso de la enfermedad: Progresivo

Síntomas principales: dolor a la palpación

Relato cronológico de la enfermedad:

Cuadro inicia con tumoración en mama izquierda al mes, la cual se ulcera 4 meses después de que la paciente es consciente del tumor, por lo que acude a este nosocomio con exámenes previos particulares. En los exámenes presentados, posee una reacción en cadena polimerasa positiva para *Mycobacterium tuberculosis* por lo que acude al CMI Lurín, para recibir tratamiento esquema sensible.

PA: 100/72 mmHg FC: 85 lpm FR: 21 rpm T: 36.6 C Peso: 58 kg Talla: 1,50 m Sat: 99%

Examen General

ABEG, ABEN, ABEH, LOTEPE, Hemodinámicamente estable, afebril.

Examen por sistemas (dirigido):

Piel: Región para-areolar superior medial de mama izquierda eritematosa, ulcerada, con secreción seropurulenta, no dolorosa a la palpación.

Linfoide: No se palpan ganglios.

TyP: MV pasa bien por ACP

CV: Ruidos rítmicos, de buena intensidad no S3, S4

SNC: alerta, despierta, EG 15/15

Resto sin alteraciones.

3.2.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Celulitis Abscedada Mamaria
 - Descartar tuberculosis mamaria
 - Descartar *Staphylococcus aureus*

3.2.3 Diagnósticos

- Tuberculosis Mamaria

3.2.4 Tratamiento

Se reinicia consejería en tuberculosis para reiniciar tratamiento tuberculosis sensible con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol y se conversa con el paciente la importancia de continuar y terminar dicho tratamiento para detener el avance de la afectación que la aqueja.³

3.2.5 Seguimiento

Paciente se encuentra en tratamiento para tuberculosis mamaria por más de un año y no se evidencia una mejoría significativa; PPD negativo indicaría que no ha sido expuesta al bacilo, a pesar de esto, la PCR da positivo para *Mycobacterium tuberculosis* razón por la cual se dio el tratamiento inicialmente. Actualmente la paciente es reacia a continuar el tratamiento diario lo cual empeora su condición y aumenta el riesgo de generar resistencia a los fármacos de primera línea. Se espera evidenciar cambios con las nuevas pruebas que se están pidiendo (mamografía, biopsia percutánea).⁴

No se pudo continuar más con el seguimiento del paciente por cambio de servicio.

3.2.6 Autoevaluación

El caso de esta paciente es contrario al del paciente anterior en sentido que ella es reacia a continuar tratamiento y no tiene la disposición de mejorar. Aparentemente siente que el sistema de salud y los medicamentos recetados no pueden hacer nada por ella por lo que se resignó a seguir con su dolencia hasta donde aguante. Cabe resaltar también que a pesar de la negligencia de ignorar el tratamiento por un año y las presiones del personal de salud para que regrese y continúe, la paciente regresa para probar nuevamente el tratamiento. Personalmente siento que a pesar de ser ella la paciente y no velar por su salud, es responsabilidad del centro captarla nuevamente lo más rápido posible pues es un riesgo

sumamente alto para el contagio de tuberculosis, peor aún si en esta época de pandemia ella fuera expuesta al SARSCOV2 e hiciera enfermedad, puesto que es muy probable que desarrolle covid 19 y tuberculosis pulmonar al mismo tiempo, además de la dolencia que ya padece.

3.3 Caso clínico 3

3.3.1 Anamnesis

Iniciales: FP

Edad: 20-25 años aproximadamente

Género: Femenino

Estado Civil: -

Grado de instrucción: -

Ocupación actual: -

Antecedentes

No evaluable

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 1 Hora

Forma de inicio: brusco

Curso de la enfermedad: Hiperagudo

Síntomas principales: confusión, lumbalgia.

Relato cronológico de la enfermedad:

Paciente es traída por serenazgo y policía luego de un accidente de tránsito, en donde testigos refieren fue embestida por una "combi" mientras libaba en la pista. Pierde la consciencia por pocos segundos, y necesita la ayuda de dichos testigos para incorporarse.

PA: 120/100 mmHg FC: 85 lpm FR: 16 rpm T: 36.6 Peso: 70 kg Talla: 1,53 m Sat: 90%

Examen General

Aparente mal estado general (AMEG), aparente regular estado de hidratación (AREH), aparente regular estado de nutrición (AREN), habla incoherencias, no orientada en tiempo, espacio o persona, hemodinámicamente estable, afebril.

Examen por sistemas (dirigido):

Piel: morena, tibia, se evidencian escoriaciones en codo y rodilla izquierda. No se observan hematomas o equimosis.

TyP: al iniciar la evaluación la paciente se torna agresiva. (No evaluable)

CV: al iniciar la evaluación la paciente se torna agresiva. (No evaluable)

SNC: reflejos conservados, pupilas poco reactivas, no ubicada en tiempo, espacio y persona, incoherente.

3.3.2 Diagnósticos inicialmente planteados

Politraumatismo

Traumatismo encéfalo craneano
Descartar trauma abdominal
Descartar trauma torácico

3.3.3 Exámenes auxiliares

Sin capacidad de adquirirlos

3.3.4 Diagnósticos

- Politraumatismo

3.3.5 Tratamiento

La paciente es referida de emergencia al Hospital María Auxiliadora por requerir un manejo más especializado y posterior hospitalización.

3.3.6 Seguimiento

No se pudo continuar más con el seguimiento del paciente por referencia.

3.3.7 Autoevaluación

La obtención de información en pacientes en este estado es extremadamente complicada. Luego de diferentes estrategias y preguntas se pudo obtener un nombre y apellido aunque no se confirmó si era de la paciente o un familiar. No portaba celular, billetera o algún documento que la pueda identificar. Es incluso probable que los mismos “testigos” fueran los culpables del accidente, pues quienes trajeron a la paciente fueron serenazgo y la policía. La mejor decisión que se pudo hacer en ese momento fue estabilizar a la paciente como se pudo y referirla al hospital más cercano, pues la necesidad de un manejo de emergencia con imágenes en este caso era muy necesario (sobretudo Radiografía y ecografía).^{5, 6}

3.4 Caso clínico 4

3.4.1 Anamnesis

Iniciales: ESSR

Edad: 6a

Género: masculino

Estado Civil: soltero

Grado de instrucción: primaria incompleta

Ocupación actual: estudiante

Antecedentes

No refiere

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 30 min

Forma de inicio: brusco

Curso de la enfermedad: Hiperagudo

Síntomas principales: Dolor en mano izquierda

Relato cronológico de la enfermedad:

Madre refiere que hace aproximadamente 30 minutos niño fue mordido en mano izquierda por un perro "conocido" mientras jugaba, por lo que acude inmediatamente al centro de salud.

PA: 120/80 mmHg FC: 89 lpm FR: 18 rpm T: 36.8 Peso: 19 kg Talla: 86 cm Sat: 98%

Examen General

En ABEG, ABEN, ABEH, LOTEP, afebril, hemodinámicamente estable

Examen por Sistemas (dirigido):

Piel: Se evidencian múltiples laceraciones en mano izquierda de aproximadamente 1 cm de largo, 0.5cm de ancho, 0.3cm de profundidad, sangrantes, sucias.

3.4.2 Diagnósticos inicialmente planteados

Heridas múltiples en mano izquierda
Mordedura canina

3.4.3 Exámenes auxiliares

No requeridos

3.4.4 Diagnósticos

Heridas múltiples en mano izquierda
Mordedura canina

3.4.5 Tratamiento

Se limpian y desinfectan las lesiones con iodopovidona en espuma y solución salina, luego, siguiendo medidas de asepsia, se afrontan las requeridas con seda negra 0/3, y se inicia antibioticoterapia con amoxicilina/ácido clavulánico 250mg/62.5mg VO cada 12horas x 7 días y Paracetamol 120mg/ml 15ml condicional a dolor. Luego de explicar signos de alarma es transferido a la posta de San Bartolo donde continuara los controles de la herida y se hará el retiro de las suturas a los 10 días. De igual manera se hace la notificación de mordedura canina y se emite receta para vacunación antirrábica, aunque a pesar de explicar los riesgos, la madre prefirió no iniciar vacunación en el paciente. 7

3.4.6 Seguimiento

No se pudo continuar más con el seguimiento del paciente por referencia.

3.4.7 Autoevaluación

La complejidad de este caso se encontró principalmente en la edad del paciente. Ya que luego de haber pasado por una escena traumática como la mordedura de perro, tenía que recibir suturas. Fue complicado como se dijo previamente, pero se logró gracias a una buena

comunicación y disposición de la madre en apoyar al personal de salud, además de distintas técnicas para calmarlo y evitar que sintiera el dolor de la colocación de lidocaína. 8

3.5 Caso clínico 5

3.5.1 Anamnesis

Iniciales: MGW

Edad: 60 años

Género: Masculino

Estado Civil: Soltero

Grado de instrucción: 3ro secundaria

Ocupación actual: Chofer

Antecedentes

- COVID 19 en 04/2021
- consumo esporádico de alcohol, niega drogas-tabaco
- Niega Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión arterial, infección por virus hepatitis B, tuberculosis previa

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 2 meses

Forma de inicio: insidioso

Curso de la enfermedad: progresivo

Síntomas principales: sintomático respiratorio, diaforesis nocturna, disnea, hemoptisis

Relato cronológico de la enfermedad:

Refiere tos productiva expectorante, con flema escasa, a la cual luego de 15 días se le agregan rastros sanguinolentos; razón por la cual acude a este nosocomio al servicio de medicina y luego es referido a Prevención y Control de Tuberculosis.

PA: 120/80 mmHg FC: 120 lpm FR: 25 rpm T: 36.5 C Peso: 57kg Talla: 1.54 m Sat: 86%

Examen General

AREG, AREH, AREN, LOTEP, afebril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico

Piel: Tersa, hidratada, elástica (T/H/E), llenado capilar menor a 2 segundos.

TyP: MV pasa disminuido en ambos hemitorax, no ruidos agregados

3.5.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Tuberculosis pulmonar
 - Neumonía bacteriana
- Descartar neumococo

3.5.3 Exámenes auxiliares

Laboratorio

Se piden los exámenes necesarios para iniciar tratamiento esquema sensible (pruebas de sensibilidad, glucosa en ayunas, urea, creatinina, transaminasa glutámico pirúvica, transaminasa glutámico oxalacética, bilirrubina total, ELISA VIH, radiografía tórax).

En los resultados se evidencia una marcada elevación de la glucosa, por lo que se decide repetir el examen semanas luego. En el segundo examen los valores se encuentran en rangos normales (paciente refiere no haber comido antes de ningún examen). Al siguiente mes se vuelve a pedir Glucosa transaminasa glutámico pirúvica, transaminasa glutámico oxalacética. La glucosa sale nuevamente alterada por lo que se decide pedir nuevamente esta vez junto con hemoglobina glicada. Ambos resultados se encuentran alterados, compatibles con diabetes mellitus tipo 2. 9

3.5.4 Diagnósticos

- Tuberculosis pulmonar
- Diabetes mellitus 2

3.5.5 Tratamiento

Luego de consultoría sobre ambas patologías diagnosticadas, se inicia tratamiento tuberculosis esquema sensible con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Además, se da tratamiento con Metformina 850mg mañana y noche, y se prepara referencia para endocrinología en el Hospital de Emergencias de Villa el Salvador.

3.5.6 Seguimiento

No se pudo continuar más con el seguimiento del paciente por referencia.

3.5.7 Autoevaluación

El paciente aparentemente es colaborador y con ganas de mejorar y recibir tratamiento para tuberculosis, el cual ya va 2 meses recibiendo, pero lo que llama la atención es que en la consulta al hacer referencia a otras enfermedades, como diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión arterial, se altera tratando de "convencer" al médico que él se encuentra sano y sin problemas. Luego de 2 tomas de glucosa en ayunas con 2 días de diferencia entre ellos (resultados de 155 y 165) y una Hb glicosilada en 7.2% se puede concluir que el paciente si tiene diabetes mellitus tipo 2. Resaltar también que durante la consulta se explicó la razón para los exámenes y se citó al paciente el 20/08/2021, pero este solo se acercó a dejar los exámenes a pesar de que reiteradas veces se le dijo que se quede a pasar consulta.

Es probable que el paciente sea consciente del diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 pero no lo quiere aceptar ni recibir tratamiento, de igual manera es citado para el día 23/08/2021, para la referencia con endocrinología y seguimiento por parte de PCT. 10

3.6 Caso clínico 6

3.6.1 Anamnesis

Iniciales: MJD

Edad: 19

Género: Femenino

Estado Civil: Soltera

Grado de instrucción: Secundaria completa

Ocupación actual: ninguna

Antecedentes

- Pareja con diagnóstico de tuberculosis Pulmonar hace 3 días
- G.P 11001

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 20 d

Forma de inicio: insidioso

Curso de la enfermedad: progresivo

Síntomas principales: dolor torácico, disnea moderada.

Relato cronológico de la enfermedad:

Refiere que desde hace 20 días inicio con un dolor torácico esporádico, lancinante, 4/10, limitado a 1/3 inferior de hemitorax derecho. Dolor que fue aumentando progresivamente con el pasar de los días, así mismo refiere falta de aire significativa que la limitaba en sus quehaceres diarios, por lo que acude a consultorio PCT en el CMI Lurín.

PA: 120/70 mmHg FC: 86 lpm FR: 22 rpm T: 36.8 Peso: 52 kg Talla: 1.57 m Sat: 92 %

Examen General

ABEG, AREH, AREN, LOTEP, afebril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico

Piel: T/H/E, llenado capilar menor a 2 segundos, no se evidencian lesiones

TyP: MV pasa muy disminuido en 1/3 inferior de hemitorax derecho, matidez a la percusión.

3.6.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Derrame pleural
 - Descartar tuberculosis pleural
 - Descartar Neumonía bacteriana con derrame pleural

3.6.3 Exámenes auxiliares

Luego de hemograma patológico (leucocitosis con desviación izquierda), Hb: 10.1, Hto: 31.3 y radiografía de tórax, se define el derrame pleural previamente planteado. Se realiza posteriormente prueba PPD, la cual es medida a las 48h y da como resultado positiva. Debido a esto, se intenta toracocentesis diagnóstica en la paciente, sin éxito. De igual manera se coordina el mismo procedimiento con el hospital de referencia del servicio (HAMA), pidiendo LDH, proteínas (en líquido pleural y sangre), ADA, glucosa.¹¹

3.6.4 Diagnósticos

- Tuberculosis Pleural

3.6.5 Tratamiento

Luego de consultoría sobre patología diagnosticada, se inicia tratamiento tuberculosis esquema sensible con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.

3.6.6 Seguimiento

No se pudo continuar más con el seguimiento del paciente por cambio de servicio.

3.6.7 Autoevaluación

La paciente comprende la gravedad de su enfermedad, la forma de contagio, y el hecho de que al solo ser tuberculosis pleural ella tiene un riesgo muy bajo de contagiar (que es lo que más le preocupaba por su pequeña niña). Por otro lado, la pareja de la paciente parece desentendida del asunto y a pesar que el también se encuentra en tratamiento, y culpa a la paciente del contagio. Esto afecta de muy mala manera a la paciente por lo que también se realiza interconsulta a psicología para ayudarla a lidiar un poco con estos problemas. 12

3.7 Caso clínico 7

3.7.1 Anamnesis

Iniciales: NMMJ

Edad: 47

Género: Femenino

Estado Civil: Soltera

Grado de instrucción: Ninguno

Ocupación actual: Ninguno

Antecedentes

- Retraso mental congénito
- Asma

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 2 años

Forma de inicio: insidioso

Curso de la enfermedad: crónico progresivo

Síntomas principales: Tos productiva, dolor torácico, disnea moderada.

Relato cronológico de la enfermedad:

Paciente acude acompañada de familiar y enfermera privada, presentando tos productiva asociada a dolor de pecho 4/10. La paciente sufre de asma hace ya muchos años, pero hace un par refiere que síntomas se agravaron; ella estuvo viviendo sola por lo que no seguía tratamiento adecuado además de descuidar su nutrición. Estuvo 2 meses hospitalizada en USA hace 3 meses por la desnutrición severa que presentaba (23kg). Acude a consulta en el nosocomio para evaluación, manejo y tratamiento.

PA: 110/70 mmHg FC: 85 lpm FR: 18 rpm T: 36.7 Peso: 26.7 kg Talla: 1,46 m Sat: 92%

Exámen General

AREG, MEN, REH, LOTP, retraso mental, afebril, hemodinámicamente estable.

Piel: T/H/E, llenado capilar menor a 2 segundos

TCSC: regular distribución, escaso, no edemas.

TyP: MV pasa por ACP, sibilantes espiratorios en ACP.

CV: RCR de BI, no soplos, no s3 s4.

SNC: Alerta, despierta, no orientada en espacio.

3.7.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Descartar Asma moderado +EPOC
- Neumonía adquirida en la comunidad
- Desnutrición severa
- Retraso mental

3.7.3 Exámenes auxiliares

Paciente acude con radiografía de tórax patológica, la cual mostraba atrapamiento aéreo, pero no se evidenciaba consolidado o algún signo radiográfico de neumonía.

3.7.4 Diagnósticos

- Crisis de asma moderada
- Desnutrición severa
- Retraso mental

3.7.5 Tratamiento

Luego de consultoría sobre Asma y desnutrición a familiares y enfermera, se inicia tratamiento con Salbutamol 100microgramos a 4 puff c/20min con aerocámara hasta controlar la crisis (un máximo de 4 veces), además se asocian corticoides inhalados fluticasona, para manejo continuo de la enfermedad. ¹³

3.7.6 Seguimiento

No se pudo continuar más con el seguimiento del paciente pues no regreso al servicio durante mi estancia.

3.7.7 Autoevaluación

Lo que llama la atención de esta paciente y lo que vuelve algo complicado su manejo es el poco apoyo familiar que posee, ya que la severidad del RM que posee impide su autosuficiencia, por ende es necesario que tenga apoyo de alguien constantemente. Conversando con la familiar que la trajo y la enfermera se pudo inferir que el apoyo actual que recibía la paciente era solo temporal pues les daba “pena” a la familiar que casi muera por inanición sola en USA, por lo que la trajo a lima. Fue una situación la que yo como médico en formación tuve un golpe de realidad, en el que el dinero o el tener acceso a salud no aseguran tener salud ni la posibilidad de seguir indicaciones o tratamiento que ayuden a mejorar esta. ¹⁴

3.8 Caso clínico 8

3.8.1 Anamnesis

Iniciales: JKCS

Edad: 71

Género: Femenino
Estado Civil: Soltera
Grado de instrucción: secundaria incompleta
Ocupación actual: ambulante
Antecedentes

- No refiere

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 7 días
Forma de inicio: insidioso
Curso de la enfermedad: subagudo
Síntomas principales: dolor en pie izquierdo, sensación de alza térmica

Relato cronológico de la enfermedad:

Refiere dolor urente en dorso de pie izquierdo 7/10, continuo, que no cede, y que empeora con la movilización del mismo. En los días subsiguientes, este pie comienza a aumentar de tamaño, y la piel cambia de color a un amarillo verdoso. 3 días antes del ingreso refiere sensación de alza térmica, no medida pero asociada a escalofríos. El aumento de volumen del pie continúa y este llega hasta el 1/3 medio de la pierna razón por la cual acude al establecimiento por emergencias.

PA: 130/70 mmHg FC: 82 lpm FR: 18rpm T: 38.9 Peso: 63 kg Talla: 1.60 m Sat: 97%

Examen General

Paciente con AREG, AREH y AREN, LOTEP, febril, hemodinámicamente estable.

Ex. físico:

Piel: T/H/E llenado capilar <2 segundos, empeine izquierdo de color amarillo verdoso, con bordes eritematosos, piel seca y con descamaciones.

TCSC: edema de pie y 1/3 inferior de pierna izquierda ++/+++

SNC: Alerta, despierta, EG 15/15

3.8.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Celulitis de pie izquierdo
- Trombosis venosa
- Descartar Diabetes mellitus 2
Descartar pie diabético

3.8.3 Exámenes auxiliares

Se solicita hemograma, urea, creatinina, PCR, y posterior a toma de muestra se pide también un test de tolerancia a la glucosa. Hemograma se muestra patológico, con leucocitosis en

13420 con desviación izquierda, además reactantes de fase aguda, Hb: 10.2 anemia leve microcítica hipocrómica, PCR en 24.8, y test de tolerancia a la glucosa en rangos normales.¹⁵

3.8.4 Diagnósticos

- Celulitis de pie izquierdo
- Anemia leve microcítica hipocrómica

3.8.5 Tratamiento

Luego de consultoría sobre celulitis, se inicia esquema antibiótico con ceftriaxona EV c/24h x 7 d, paracetamol 500mg c/8h via oral condicional a dolor, además se saca cita con medicina externa para poder hacer la referencia a consultorio de cirugía en Hospital de Emergencias de Villa El Salvador y dar manejo específico.

3.8.6 Seguimiento

Paciente acude diariamente para tratamiento sin evolución favorable, se evalúa adicionar clindamicina al tratamiento pero se descubre que el retraso en la mejoría es principalmente debido a que la paciente no permanece en reposo por ser ambulante y esto agrava la inflamación.¹⁶

3.8.7 Autoevaluación

En este caso a pesar de dar tratamiento antibiótico correcto, es difícil decirle a una paciente que prácticamente es el soporte de su familia que debe dejar de trabajar una semana; alguien que consigue dinero para subsistir el día a día. Se conversó con ella la posibilidad de hospitalización y se negó rotundamente pues si no trabajaba no había ingreso en su hogar y no podrían comer. Como interno, aprendí que hay que buscar distintas estrategias para manejar la misma patología, es decir acomodar la forma del tratamiento al paciente y no al solo al manejo de la enfermedad.

3.9 Caso clínico 9

3.9.1 Anamnesis

Iniciales: CDGT

Edad: 41

Género: femenino

Estado Civil: Soltera

Grado de instrucción: secundaria completa

Ocupación actual: vendedora en mercado

Antecedentes

- Obesidad, cesárea (2008), gastritis (sin tratamiento)

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 1 día

Forma de inicio: brusco

Curso de la enfermedad: agudo

Síntomas principales: epigastralgia, malestar general

Relato cronológico de la enfermedad:

Refiere que luego de comida copiosa a la hora siente dolor tipo cólico 8/10 en epigastrio, irradiado a espalda que no cede con medicamentos como "Buscapina". Refiere también ardor al miccionar. A las horas el dolor empeora y se irradia a todos el abdomen por lo que decide acudir al día siguiente al servicio de emergencias del establecimiento.

PA: 110/60 mmHg FC: 75 lpm FR: 18 rpm T: 37 Peso: 86 kg Talla: 1.52 m Sat: 99 %

Examen General

Paciente con AREG, AREH y AMEN, LOTEP, afebril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico:

Piel: T/H/E, llenado capilar menor a 2 segundos

CV: RCR de BI no soplos.

ABD: Blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio, RHA aumentados. Murphy (-).

GU: PPL (+)

3.9.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Cólico vesicular
- DESCARTAR ITU
- DESCARTAR Apendicitis

3.9.3 Exámenes auxiliares

Se solicita hemograma y examen de orina, y se da tratamiento para cólico vesicular, mientras se esperan los resultados, con hioscina 20mg EV. Resultados de hemograma muestran leucocitosis y desviación a la izquierda, examen de orina muestra ligera presencia de células epiteliales en orina 5-7 xc y bacterias 1+, por lo que se decide enviar a la paciente para examen ecográfico abdominal. Los resultados ecográficos no muestran alteraciones en vesícula, por lo que se inicia tratamiento para ITU, y se sugiere control por el servicio de medicina. 17

3.9.4 Diagnósticos

- Infección del tracto urinario

3.9.5 Tratamiento

Cefalexina 500mg c/8h x 7d junto con Paracetamol 500mg c/8h x 5d para analgesia.

3.9.6 Seguimiento

No se pudo hacer posterior seguimiento a la paciente por encontrarme en el servicio de emergencia.

3.9.7 Autoevaluación

A pesar de ser un caso que tenía muchos signos clínicos de un cólico vesicular agudo, luego de investigar detenidamente el caso nos damos cuenta que o puede que la paciente no supo muy bien cómo expresar su malestar, o la presentación de esta infección de tracto urinario en adulto fue poco común. Lo resaltante es que se pudo llegar al diagnóstico y así ayudar a la paciente con la molestia. 18

3.10 Caso clínico 10

3.10.1 Anamnesis

Iniciales: dICSER

Edad: 40

Género: Masculino

Estado Civil: Casado

Grado de instrucción: Técnico

Ocupación actual: Mecánico

Antecedentes:

- Obesidad
- Hipertensión arterial (losartán, amlodipino, nevíbolol)
- diabetes mellitus tipo 2 (Metformina)

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 30min

Forma de inicio: brusco

Curso de la enfermedad: Hiperagudo

Síntomas principales: dolor en cabeza

Relato cronológico de la enfermedad:

Refiere estar comprando medicinas para su perro cuando una desconocida le ataca con una tabla de madera por la espalda, lanzado improperios y posteriormente tirándole piedras. Dicho altercado ocasiona herida en cabeza, sangrante. Paciente es traído a emergencias por uno de los trabajadores del local donde se encontraba. Niega pérdida de conciencia.

PA: 160/110 mmHg FC: 105 lpm FR: 24rpm T: 37 Peso: 96 kg Talla: 1.72 m Sat: 98%

Examen General

Paciente con ABEG, ABEH y AMEN, LOTEPE, afebril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico:

Piel: Solución de continuidad en cuero cabelludo en zona parieto occipital media de 6x1x0.5 cm, sangrante.

CV: RCR de BI, no soplos, no s3 s4.

TyP: MV pasa bien x ACP. No ruidos agregados.

SNC: Alerta, despierto, pupilas isocóricas reactivas, EG: 15/15

3.10.2 Exámenes auxiliares

No se realizaron exámenes auxiliares.

3.10.3 Diagnósticos

- Herida en cráneo
- urgencia hipertensiva

3.10.4 Tratamiento

El primer manejo fue con captopril 25mg sublingual para controlar presión elevada. Previa AA, se afrontan bordes de lesión con seda negra 4-0, y se indica tratamiento antibiótico y analgésico con dicloxacilina 500mg 1 tableta c/6h x 7días, Paracetamol 500mg 1tab c/8h x 3 días. Además se sugiere acudir al servicio de medicina para evaluación posterior y a emergencias para retiro de puntos en 7 días; y al servicio de Cardiología para control de hipertensión. ¹⁹

3.10.5 Seguimiento

No se pudo hacer posterior seguimiento a la paciente.

3.10.6 Autoevaluación

El mayor riesgo en este paciente no fue la lesión, más bien el pico de presión arterial llevándolo a una urgencia hipertensiva con riesgo de accidente cerebro vascular. La pronta detección de esta función vital ayudo al rápido manejo del paciente. Esto demuestra la importancia de las funciones vitales dentro de la emergencia y por qué siempre deben ser tomadas. ²⁰

3.11 Caso clínico 11

3.11.1 Anamnesis

Iniciales: AFCM

Edad: 3a

Género: Femenino

Estado Civil: Soltero

Grado de instrucción: Ninguno

Ocupación actual: infante

Antecedentes:

- Niega

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 20min

Forma de inicio: brusco

Curso de la enfermedad: Hiperagudo

Síntomas principales: Fiebre, Convulsión tónico clónica.

Relato cronológico de la enfermedad:

Madre refiere que niña inicia convulsiones tónico clónicas, relajando esfínteres, con una duración de 20 segundos aproximadamente, por lo que inmediatamente la trae al servicio de emergencia.

PA: 120/70 mmHg FC: 115 lpm FR: 18 rpm T: 39 Peso: 12 kg Talla: 52 cm Sat: 98%

Examen General

Paciente con ABEG, ABEH y ABEN, LOTEPE, Febril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico:

Piel: T/H/E llenado capilar menor 2 segundos

CV: RCR de BI, no soplos, no s3 s4.

TyP: MV pasa bien x ACP. No ruidos agregados.

SNC: Glasgow 13/15, somnolienta, reflejos conservados.

3.11.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Convulsión febril

3.11.3 Exámenes auxiliares

No realizados

3.11.4 Diagnósticos

- Convulsión febril

3.11.5 Tratamiento

Metamizol 360mg (0.7ml) IM STAT y observación x 1h

3.11.6 Seguimiento

Posterior tratamiento de emergencia se receta Paracetamol 120mg/5ml dando 6ml c/8h x3d y se sugiere control por consultorio para tratar causa de fiebre. ²¹

3.11.7 Autoevaluación

Siendo la convulsión febril una patología no tan extraña, es muy llamativa y aparatosa por lo que los padres de los pacientes, con justa razón, se encuentran muy asustados y nerviosos. Lo primero que aprendí en el internado en estos casos es a actuar calmado y transmitir esa calma a los padres una vez ya se haya dado el manejo de emergencia al paciente. Así como también explicar la causa de esta convulsión y los signos de alarma que tienen que tener en cuenta una vez el paciente sea dado de alta. ²²

3.12 Caso clínico 12

3.12.1 Anamnesis

Iniciales: NHLR

Edad: 17

Género: Femenino

Estado Civil: Soltera

Grado de instrucción: Sec. Incompleta

Ocupación actual: Ninguna

Antecedentes

- Niega

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 30min

Forma de inicio: brusco

Curso de la enfermedad: Hiperagudo

Síntomas principales: Vómitos, Convulsión

Relato cronológico de la enfermedad:

Gestante 26ss, con 4 CPN, acude a emergencias por presentar pérdida de conciencia hace aproximadamente 30 min. Acompañante refiere encontrarla en el piso del baño luego de haber vomitado, despierta pero no responde al llamado, desorientada mojada, por lo que la traen a emergencias del CMI Lurín. Familiar refiere que previamente la paciente tuvo un intento de suicidio con medicamentos, no recuerda nombre pero fue una ingesta de aproximadamente 13 tabletas.

PA: 130/60 mmHg FC: 125 lpm FR: 18rpm T: 37 Peso: 54 kg Talla: 1.52 m Sat: 98%

Examen General

Paciente con AREG, ABEH y AREN, desorientada en espacio, afebril, hemodinámicamente estable. G.P: 1 0

Exámen Físico:

Piel: T/H/E llenado capilar menor 2 segundos

CV: RCR de BI, no soplos, no s3 s4.

TyP: MV pasa bien x ACP. No ruidos agregados.

Abd: Blando, depresible, no doloroso. Útero grávido.

SNC: Glasgow 14/15, somnolienta, reflejos conservados, desorientada.

TV: Cérvix cerrado, no evidencias de sangrado.

3.12.2 Diagnósticos inicialmente planteados.

- Sd. Convulsivo

- Intoxicación por medicamentos
- Sepsis punto de partida urinario.

3.12.3 Exámenes auxiliares

Doppler uterino: LCF no se encuentran. (Descifrando lo poco que responde la paciente se puede decir que hace 3 días no percibe movimientos fetales).

3.12.4 Diagnósticos

- Óbito fetal

3.12.5 Tratamiento

Se coordina referencia con Hospital de Emergencias de Villa El Salvador para hospitalización y manejo de la paciente ²³

3.12.6 Seguimiento

Paciente inicia convulsión tónico clónica en la ambulancia y recibe diazepam 1ml EV STAT, por vía previamente colocada.

3.12.7 Autoevaluación

La primera sospecha diagnostica incremento el tiempo de diagnóstico, pero al continuar indagando más y gracias a tener el equipo de ecografía doppler a disposición se pudo hacer la referencia oportuna de la paciente a un centro de salud con mayor capacidad de resolución para el manejo inmediato de este caso. ²⁴

3.13 Caso clínico 13

3.13.1 Anamnesis

Iniciales: RLA

Edad: 5a

Género: Masculino

Estado Civil: Soltero

Grado de instrucción: Ninguno

Ocupación actual: infante

Antecedentes:

- RM
- PCA resuelto

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 30min

Forma de inicio: brusco

Curso de la enfermedad: Hiperagudo

Síntomas principales: No funciones vitales

Relato cronológico de la enfermedad:

Madre ingresa violentamente a la emergencia pidiendo auxilio. Refiere que el paciente cayó en su piscina (no sabe cuánto tiempo estuvo allí), y trabajadora del hogar le encuentra y logra sacarlo mientras llamaba a la madre a gritos. Lo notan “azul” e intentan “maniobras de resucitación” (madre hace mímicas de maniobra de Heimlich) frustras, mientras esperaban a serenazgo. Serenazgo acude al llamado y traslada inmediatamente a madre, acompañante y paciente a emergencias del CMI Lurín. Al ingreso se evidencia rastros de vomito en el paciente.

PA: 0mmHg FC: 0 lpm FR: 0rpm T: Peso: Talla: Sat: 0

Examen General

Paciente sin signos vitales

Examen Físico:

Piel: Fría, cianosis central y distal, no se evidencian lesiones.

Ojos: vidriosos, no reflejo pupilar.

Boca: Lengua cianótica, protruida, labios cianóticos.

CV: No se auscultan ruidos cardiacos

TyP: MV no audible

Abd: Blando, depresible.

SNC: Glasgow 0/15. Ausencia de reflejo corneal

3.13.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Cadáver

3.13.3 Exámenes auxiliares

No requeridos

3.13.4 Diagnósticos

- Cadáver
- Muerte por ahogamiento

3.13.5 Tratamiento

Al ingreso del paciente al establecimiento se inicia masaje cardiaco mientras se toman funciones y evalúan reflejos, luego de confirmar ausencia de reflejos y de funciones vitales se declara que el paciente ingresa cadáver al cmi. 25

3.13.6 Seguimiento

Al tratar de completar la historia con la madre, más la evaluación física del paciente, se pudo deducir que llevaba al menos 20-30 minutos ahogado. Se llama a la comisaria de Lurín para constatar el fallecimiento y que el fiscal realice el levantamiento de cadáver. El occiso es

cubierto y llevado a una zona segura cerrada con llave hasta que el fiscal se encuentre en el centro de salud.

3.13.7 Autoevaluación

Este caso es uno de los más llamativos durante mi internado ya que aquí el manejo no es con el paciente sino con el familiar, y el cuidado que se tiene que tener cuando se conversa con ellos sobre el caso, al obtener la historia clínica, y sobre lo que ocurrirá luego. Es algo que ocurrirá (tal vez en diferente manera) a todo medico al menos una vez en la vida y la capacidad de manejar estos casos necesaria dentro de la carrera. ²⁶

3.14 Caso clínico 14

3.14.1 Anamnesis

Iniciales: TMT

Edad: 1a

Género: masculino

Estado Civil: Soltero

Grado de instrucción: Ninguno

Ocupación actual: infante

Antecedentes:

- Nacido por cesárea, EG 40ss, PAN: 3.410, Talla 48.
- Inmunizaciones casi completas, falta antiamarilica
- Hospitalizado previamente a las 6m por escabiosis durante 8 días en HNMD

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 3 días

Forma de inicio: Insidioso

Curso de la enfermedad: Progresivo

Síntomas principales: prurito, sensación de alza térmica, dolor lumbosacro

Relato cronológico de la enfermedad:

Madre refiere un tiempo de enfermedad de 3 días, caracterizado por aumento de volumen de región lumbosacra derecha, pruriginoso, que con el transcurso de los días continua aumentando de tamaño. Se asocia también sensación de alza térmica no cuantificada al tercer día de enfermedad, razón por la cual acude a emergencias de pediatría del HNMD. Luego de ser estabilizado en emergencias es hospitalizado en pediatría.

PA: 120/70 mmHg FC: 115 lpm FR: 24 rpm T: 38.6 Peso: 9 kg Talla: 56cm Sat: 98%

Examen General

Paciente con ABEG, ABEH y ABEN, LOTEP, Febril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico:

Piel: T/H/E llenado capilar menor 2 segundos, palidez +/+++ , se evidencia masa palpable de 6 x5 cm, dura, con signos de flogosis, en región lumbosacra derecha. Masa de 2x2cm en región lumbosacra izquierda con signos de flogosis, dolorosa a la palpación.

CV: RCR de BI, no soplos, no s3 s4.

TyP: MV pasa bien x ACP. No ruidos agregados.

SNC: Glasgow 15/15, alerta, irritable, responde a estímulos.

3.14.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Celulitis abscedada lumbosacra derecha
- Celulitis abscedada lumbosacra izquierda

3.14.3 Exámenes auxiliares

Hemograma: Leucocitos: 18080 Abastionados: 0 Segmentados 12493 Linfocitos: 4140
Pcr 18.8 Hb: 10.1 Vcm: 82.5 Hcm 27.7 Plaquetas 79000

3.14.4 Diagnósticos

- Celulitis abscedada lumbosacra derecha
- Celulitis abscedada lumbosacra izquierda
- Anemia leve normocitica normocromica

3.14.5 Tratamiento

1.- DC+ LAV

2. - Oxacilina 375mg Ev c/6h x 7d

3.- Clindamicina 135mg Ev c/8h x 7d

4.- Clorfenamia 3cc VO c/8h x 7 d

5.- Acido Fusidico aplicar ungüento mañana y noche en zona de lesión

3.14.6 Seguimiento

Paciente con evolución estacionaria los primeros 4 días con lesiones sin cambios, al 5to día lesión izquierda disminuye de tamaño y se encuentra mucho más blanda. Al 6to día la lesión derecha disminuye ligeramente de tamaño y se vuelve un poco más renitente, además se evidencia una disminución del eritema. Se realiza interconsulta con cirugía pediátrica para colocación de drenaje. Al día siguiente madre no cumple el NPO del paciente y se pospone la colocación para el día siguiente. En la evolución matutina, se evidencia una gran disminución de volumen de la lesión derecha y una práctica desaparición de la lesión izquierda por lo que se decide no continuar con el drenaje. 27

3.14.7 Autoevaluación

El manejo inmediato y de hospitalización fue desde un inicio el adecuado pero el paciente demora en responder. Gracias al error de la madre al violar el NPO, la lesión continuó mejorando hasta el punto de no necesitar drenaje quirúrgico, algo que causaba mucho miedo en la madre. Se determinó luego que una vez terminado el tratamiento antibiótico el paciente sería dado de alta. 28

3.15 Caso clínico 15

3.15.1 Anamnesis

Iniciales: LMI

Edad: 1a

Género: masculino

Estado Civil: Soltero

Grado de instrucción: Ninguno

Ocupación actual: infante

Crianza de animales: Niega aunque refiere vecino tiene 15 gatos

Antecedentes:

- Nacido por parto eutócico, EG 40ss, PAN: 3.530, Talla 49.
- Inmunizaciones completas

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 2 días

Forma de inicio: Insidioso

Curso de la enfermedad: Progresivo

Síntomas principales: prurito, sensación de alza térmica, dolor lumbosacro

Relato cronológico de la enfermedad:

Madre refiere que hace aproximadamente 2 días, paciente se encontraba jugando y se golpea en región inguinal izquierda. Refiere dolor y observar enrojecimiento de la zona. Al día siguiente evidencia un aumento de volumen marcado como también sensación de alza térmica. Debido a persistencia de sintomatología acude a emergencias del HNDM. En emergencias es estabilizado y transferido a hospitalización de pediatría.

PA: 110/60 mmHg FC: 108 lpm FR: 22 rpm T: 36.6 Peso: 15 kg Talla: 79cm Sat: 98%

Examen General

Paciente con ABEG, ABEH y ABEN, LOTEP, afebril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico:

Piel: T/H/E llenado capilar menor 2 segundos, palidez +/+++ , se evidencia masa palpable de 5 x 4 cm, blanda, con signos de flogosis, en región inguinal izquierda.

CV: RCR de BI, no soplos, no s3 s4.

TyP: MV pasa bien x ACP. No ruidos agregados.

SNC: Glasgow 15/15, alerta, irritable, responde a estímulos.

3.15.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Adenitis inguinal abscedada izquierda
- Descartar enfermedad por arañazo de gato

- Descartar tuberculosis ganglionar

3.15.3 Exámenes auxiliares

Hemograma: Leucocitos: 17260 Abastionados: 0 Segmentados 10800 Linfocitos: 3490
Pcr 24.8 Hb: 9.5 Vcm: 75.3 Hcm 21.7 Plaquetas 224000

PPD negativo IgM IgG *Bartonella henselae*: Negativo

Eco. De partes blandas: Pequeña colección con hematoma residual en el plano profundo del tejido celular subcutáneo de la región inguinopubica izquierda, asociada a edema severo de tejido celular subcutáneo peri adyacente.

3.15.4 Diagnósticos

- Adenitis inguinal abscedada izquierda
- Anemia leve microcítica hipocrómica

3.15.5 Tratamiento

- 1.- DC+ LAV
- 2.- Oxacilina 525mg Ev c/6h x 7d
- 3.- Clindamicina 225mg Ev c/8h x 7d
- 4.- Aplicar compresas de agua tibia mañana y tarde en zona de lesión

3.15.6 Seguimiento

Paciente con evolución estacionaria los primeros 4 días con lesiones sin cambios, al 5to día lesión inicia a disminuir de tamaño así como también disminuyen signos de flogosis. 29

3.15.7 Autoevaluación

Manejo adecuado del paciente así como también se pudo evidenciar una celulitis por trauma algo que era nuevo para mí y me llamo mucho la atención de que reciba el mismo manejo que de cualquier celulitis.³⁰

3.16 Caso clínico 16

3.16.1 Anamnesis

Iniciales: CLAM

Edad: 5m

Género: Femenino

Estado Civil: Soltero

Grado de instrucción: Ninguno

Ocupación actual: infante

Antecedentes:

- Nacido por parto eutócico, EG 39ss, Peso al nacer: 3.210 kg, Talla 48 cm.
- Inmunizaciones completas

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 7 días

Forma de inicio: Insidioso

Curso de la enfermedad: Progresivo

Síntomas principales: Fiebre, tos productiva, congestión nasal, dificultad respiratoria.

Relato cronológico de la enfermedad:

Madre refiere que cuadro inicia con tos seca, poco exigente. A los 2 días acude a centro de salud “Espíritu santo” donde recibe cetirizina, prednisona, clenbuterol/ambroxol, no precisa diagnóstico. 3 días previos al ingreso nota tos productiva asociada a congestión nasal, y decide continuar con el tratamiento previamente dado sin ver mejoría de síntomas. El día del ingreso presenta alza térmica cuantificada en 38.7, por lo que decide acudir a emergencias del HNDM. Una vez estabilizada en hospitalizada en Pediatría del HNDM.

PA: 100/70 mmHg FC: 118 lpm FR: 34 rpm T: 38.6 Peso: 12 kg Talla: 69 cm Sat: 98%

Examen General

Paciente con ABEG, ABEH y ABEN, LOTEP, Febril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico:

Piel: T/H/E llenado capilar menor 2 segundos.

CV: RCR de BI, no soplos, no s3 s4.

TyP: MV pasa bien x ACP. Leve subcrepitos en base de hemitorax derecho.

SNC: Glasgow 15/15, alerta, irritable, responde a estímulos.

3.16.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Neumonía adquirida en la comunidad.

3.16.3 Exámenes auxiliares

Hemograma: Leucocitos: 15380 Abastionados: 0 Segmentados 11493 Linfocitos: 3040

Pcr 62.8 Hb: 13.1 Vcm: 84.5 Hcm 30.2 Plaquetas 325000

Radiografía de tórax: muestra consolidado circular paracardiáco derecho.

3.16.4 Diagnósticos

- Neumonía adquirida en la comunidad

3.16.5 Tratamiento

1.- DC+ LAV

2.- Ceftriaxona 600mg Ev c/6h x 7d

3.16.6 Seguimiento

Paciente con evolución favorable presenta mejoría desde el día 2 de hospitalización. Se continúa con tratamiento 3 días más. Y se da el alta con tratamiento antibiótico para la casa.³¹

3.16.7 Autoevaluación

Pese a que las neumonías más comunes en niños menores de 1 año son las virales, en este caso por clínica y placa radiográfica se podría deducir que esta fue una infección bacteriana; cuyo manejo oportuno llevo a una pronta mejoría de la paciente. 32

3.17 Caso clínico 17

3.17.1 Anamnesis

Iniciales: LIGN

Edad: 12a

Género: Femenino

Estado Civil: Soltera

Grado de instrucción: Ninguno

Ocupación actual: Estudiante

Antecedentes:

- Niega antecedentes de importancia

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 5 días

Forma de inicio: Insidioso

Curso de la enfermedad: Progresivo

Síntomas principales: Eritema, sensación de alza térmica, dolor facial

Relato cronológico de la enfermedad:

Refiere que hace aproximadamente 5 días presenta forúnculo en labio superior que causaba dolor a la palpación, y se encontraba con rubor y tumefacto. 3 días antes del ingreso dolor y tumefacción aumentan así como el volumen de la lesión por lo que utiliza una “aguja de coser” manipulando la lesión hasta q libera un líquido purulento. 2dias previos al ingreso el eritema cubre mayor área y además evidencia un mayor aumento de volumen de la zona que esta vez involucra parte de la región nasogeniana. I día antes del ingreso presenta sensación de alza térmica no cuantificada la cual trata con paracetamol 500mg controlando la fiebre. El día del ingreso, evidencia compromiso de 1/3 de la hemicara izquierda, por lo que decide acudir al HNDM. En emergencias de pediatría es hospitalizada y recibe tratamiento endovenoso con oxacilina y clindamicina por diagnóstico de celulitis fácil; luego es trasladada a hospitalización de pediatría.

PA: 120/70 mmHg FC: 86 lpm FR: 17 rpm T: 37.6 Peso: 50 kg Talla: 151cm Sat: 98%

Examen General

Paciente con ABEG, ABEH y ABEN, LOTEP, afebril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico:

Piel: T/H/E llenado capilar menor 2 segundos. Eritema, tumefacción, y aumento de temperatura en hemicara izquierda que cubre desde la región infraorbitaria de ojo izquierdo hasta labio superior.

CV: RCR de BI, no soplos, no s3 s4.

TyP: MV pasa bien x ACP. No ruidos agregados.

SNC: Glasgow 15/15, alerta, despierta.

3.17.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Celulitis facial izquierda

3.17.3 Exámenes auxiliares

Hemograma: Leucocitos: 19000 Abastionados: 0 Segmentados 14000 Linfocitos: 3000

Pcr 68.8 Hb: 12.1 Vcm: 84.5 Hcm 29.6 Plaquetas 279000

3.17.4 Diagnósticos

- Celulitis Facial

3.17.5 Tratamiento

1.- DC+ LAV

2. - Ceftriaxona 1.5g Ev c/12h x 7d

3.- Clindamicina 600mg Ev c/8h x 7d

3.17.6 Seguimiento

Paciente con evolución favorable que inicia drenaje espontaneo de lesión al 3er día de tratamiento. Al 4to día eritema y edema disminuyen de área y tamaño. ³³

3.17.7 Autoevaluación

Manejo de paciente fue como cualquier otra celulitis, pero se explica a la paciente la gravedad de manipular forúnculos en zona nasogeniana o labio superior por el riesgo de hacer émbolos sépticos a cerebro. ³⁴

3.18 Caso clínico 18

3.18.1 Anamnesis

Iniciales: MMM

Edad: 6m

Género: Femenino

Estado Civil: Soltero

Grado de instrucción: Ninguno

Ocupación actual: infante

Antecedentes:

- Prenatales: CPN: 6, infección de tracto urinario en la segunda mitad del embarazo. Pruebas serológicas negativas.

- Natales: Nace en HNDM, parto eutócico, a término EG: 37ss, el 10/08/21 a las 10:58 horas. Con APGAR: 09
- puntos al minuto, 09 puntos a los 5 minutos. Peso al nacer: 3078g, talla 47 cm, perímetro cefálico: 32.5 cm,
- perímetro torácico: 31 cm. Líquido amniótico claro.
- Postnatales: Hospitalizada desde el nacimiento. Ingres a UCI neonatología por hipoglicemia sintomática,
- sepsis neonatal probable.

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 6m

Forma de inicio: Insidioso

Curso de la enfermedad: Progresivo

Síntomas principales:

Relato cronológico de la enfermedad:

Paciente proveniente de UCI neonatología con los diagnósticos de lactante con síndrome de Down, sepsis intrahospitalaria por endocarditis, PO 65 ileostomía + fistula entero cutánea, con Cardiopatía congénita: CIV+ PCA y HTP, hipotiroidismo congénito, síndrome de abstinencia por opiáceos y desnutrición crónica pasa a UCIP para continuar manejo de soporte ventilatorio, antibioticoterapia, y de síndrome de abstinencia.

FC: 135 lpm FR: 50 rpm T: 36.6 Peso: 4.032 kg Talla: 57 cm Sat: 98%

Examen General

Paciente con AMEG, AREH y AMEN, Febril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico:

Piel: palidez +/-, hidratada, llenado capilar < 3".

TCSC disminuido.

Tórax: Flujo aéreo pasa en AHT, no ruidos agregados, tiraje subcostal

CV: Ruidos cardíacos rítmicos, soplo II/VI. Pulsos periféricos presentes, simétricos.

Abdomen: RHA disminuido, poco depresible, hemiabdomen derecho ileostomía con bolsa de colostomía con contenido de heces amarillentas pastosas. Fístula enterocutánea cubierta con apósito sin aparente secreción.

GU: femenino, no edema ni lesiones.

SNC: Despierta, reactiva a los estímulos táctiles y dolorosos, Tono axial y apendicular disminuido, apertura ocular espontánea, pupilas isocóricas fotorreactivas, moviliza extremidades de forma espontánea, fontanela anterior normotensa.

3.18.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Lactante 4m Sd. Down
- Sepsis intrahospitalaria

- Endocarditis probable
- Po39 de ileostomía a doble boca más liberación de adherencias por perforación Ciego
- Po47 Estenosis de colon sigmoides + perforación cecal e ileal + Síndrome adherencial severo
- Fistula Enterocutánea resuelta

3.18.3 Exámenes auxiliares

Hemograma: Leucocitos: 18080 Abastionados: 0 Segmentados 12493 Linfocitos: 4140
Pcr 18.8 Hb: 10.1 Vcm: 82.5 Hcm 27.7 Plaquetas 79000

3.18.4 Diagnósticos

- Lactante 4m Sd. Down
- Sepsis intrahospitalaria
- Endocarditis probable
- Po39 de ileostomía a doble boca más liberación de adherencias por perforación Ciego
- Po47 estenosis de colon sigmoides + perforación cecal e ileal + síndrome adherencial severo ³⁵
- Fistula Enterocutánea resuelta
- Hipotiroidismo congénito en tratamiento ³⁶
- Síndrome de abstinencia a opiáceos en tratamiento ³⁷
- Desnutrición crónica.

3.18.5 Tratamiento

Furosemida, espironolactona, captopril, ceftazidima, metronidazol, sulfato de zinc, loperamida, levotiroxina, paracetamol.

3.18.6 Seguimiento

Ingresa con los diagnósticos planteados por UCINEO, Cultivos: urocultivo, coprocultivo y punta de catéter CVC negativos del día 3-1-22. El 8 de enero es evaluado por cirugía pediátrica e indica que paciente está de alta por su servicio ya que después de 4 meses de la última cirugía volverá a ser reintervenida.

Endocrinología acude a ver paciente con últimos controles de hormonas tiroideas que estaban dentro de rangos normal indica que continúe con levotiroxina y control en 6 meses. Se realiza control nutricional diagnosticándose desnutrición severa tipo marasmatica y se inicia vitamina A, óxido de zinc, ácido fólico y multivitamínico.

3.18.7 Autoevaluación

El presente caso fue extremadamente complicado y fue evaluado por los asistentes de cada especialidad requerida debido a la alta demanda de cuidados específicos que requería la paciente.

3.19 Caso clínico 19

3.19.1 Anamnesis

Iniciales: TRON

Edad: 69a
Género: Masculino
Estado Civil: Conviviente
Grado de instrucción: Técnico
Ocupación actual:
Antecedentes:

Paciente refiere que hace 12 años inicio cuadro clínico con debilidad en MMII, asociado a caídas recurrentes, además de zumbido bilateral a predominio izquierdo. Hace 10 años, se añade cefaleas que comienzan a nivel temporal izquierda que se extiende a parieto-temporo-occipital tipo opresivo de intensidad 4/10, acompañado de fotopsias y escotomas, de aproximadamente 1 hora, además mareos y vértigo, sensación de rotación al contraer el cuerpo se dirige de adelante hacia atrás de manera brusca durante 1 minuto que cedía al reposo. Hace 9 años debido a la persistencia de la sintomatología anterior acude a neurología del Hospital ESSALUD de Ica, al examen físico se asocia disminución de la fuerza en ambos MMII a predominio izquierdo, donde se plantea posibilidad de esclerosis múltiple, por lo que se le solicita radiografía, TEM de cerebro y columna, electromiografía (normal), audiometría (hipoacusia leve del oído izquierdo). A los 6 meses presenta por primera vez episodio de descargas eléctricas que iban desde la cabeza hacia la región lumbosacra precedido de cefalea, acentuando la disminución de la fuerza muscular requiriendo ayuda para caminar. En sus controles de neurología se solicita RMN (Inflamación de discos L3-L4, angioma venoso de hemisferio izquierdo). Para lo cual inicia tratamiento con tiamina, gabapentina y ácido valproico; medicación que ayudaba levemente la cefalea (tratamiento que lleva por 2 meses y medio). Motivo por el que inicia terapia física 3 veces a la semana, durante 3 meses (no refiere mejoría). Posterior a ello se suspende tratamiento y a los 6 meses, posterior a levantar peso (por su trabajo) tiene dolor tipo hincada en la columna, motivo por el cual acude a médico que indica TEM de columna donde se encuentra nuevamente discos inflamados (se le da tratamiento sistemático). Hace 4 años, presenta episodios de descarga eléctrica, cefalea intensa y disminución de fuerza muscular, dolor en región lumbar, por lo cual estuvo hospitalizado durante una semana con diagnóstico de lumbalgia. Hace 3 años durante conflicto familiar, presenta episodio de cefalea intensa, vértigo y pérdida de la conciencia, hospitalizado durante 10 días. Los siguientes 3 años ha presentado crisis episódicas con dolor lumbar y disminución de fuerza muscular que cesan con tramadol (07/07 y 30/07).

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 7 días
Forma de inicio: Insidioso
Curso de la enfermedad: Progresivo
Síntomas principales: Fiebre, tos productiva, congestión nasal, dificultad respiratoria.

Relato cronológico de la enfermedad:

Recibe 1 era y 2 da dosis de vacuna contra covid 19, posterior a esto presenta cefalea, fiebre, escalofríos, sudor y vértigos. Cefalea se incrementa a 8/10 de intensidad, acompañado de vértigo, disminución de fuerza muscular y dolor en región lateral izquierdo del cuello. Un día antes del ingreso, nota aumento de volumen del cuello y se intensifican los síntomas, por lo que decide venir por emergencia del hospital 2 de Mayo.

PA: 130/70 mmHg FC: 85 lpm FR: 18 rpm T: 36.6 Peso: 62 kg Talla: 1.69 cm Sat: 98%

Examen General

Paciente con ABEG, ABEH y ABEN, LOTEPE, afebril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico:

Piel: T/H/E llenado capilar menor 2 segundos.

CV: RCR de BI, no soplos, no s3 s4.

TyP: MV pasa bien x ACP. Leve subcrepitos en base de hemitorax derecho.

SNC: Glasgow 15/15, alerta, responde a estímulos.

3.19.2 Diagnósticos inicialmente planteados

1.- Sd Mononucleosico

1.1.- Descartar mononucleosis infecciosa

2.- Tetraparesia con nivel sensitivo en T9: primera neurona medular VS segunda neurona raíces anteriores.

2.1.- Compresivo: Malformación arterio venoso medular.

2.2.- Neuropatía desmielinizante o degeneración combinada subaguda por deficiencia de vitamina B12.

2.3.- Descartar Esclerosis Múltiple.

2.4.- Descartar Mielitis Transversa

3.19.3 Exámenes auxiliares

Hemograma: Leucocitos: 12800 Abastonados: 0 Segmentados 9568 Linfocitos: 2453

Pcr 42.8 Hb: 14.1 Vcm: 84.5 Hcm 30.2 Plaquetas 246000

3.19.4 Diagnósticos

1.- Sd Mononucleosico

1.1.- Descartar mononucleosis infecciosa

2.- Tetraparesia con nivel sensitivo en T9: primera neurona medular VS segunda neurona raíces anteriores.

2.1.- Compresivo: Malformación arterio venoso medular.

2.2.- Neuropatía desmielinizante o degeneración combinada subaguda por deficiencia de vitamina B12. 38

2.3.- Descartar Esclerosis Múltiple.

2.4.- Descartar Mielitis Transversa

3.19.5 Tratamiento

Se transfiere a medicina interna para manejo y tratamiento

3.19.6 Seguimiento

No evaluable por transferencia de servicio

3.19.7 Autoevaluación

Caso extremadamente complicado manejado por asistentes del servicio y posteriormente transferido a medicina interna para manejo y tratamiento.

3.20 Caso clínico 20

3.20.1 Anamnesis

Iniciales: SGM

Edad: 39

Género: femenino

Estado Civil: Soltero

Grado de instrucción: Secundaria incompleta

Ocupación actual: Ama de casa

Antecedentes

- Niega antecedentes de importancia

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 20 min

Forma de inicio: brusco

Curso de la enfermedad: Hiperagudo

Síntomas principales: Dolor en muslo, brazo y hemitorso derechos

Relato cronológico de la enfermedad:

Refiere estar hirviendo agua cuando su menor hijo se acerca y jala la olla, a lo que ella por reacción cubre a su hijo y es quemada por el agua en brazo, hemitorso y muslo derechos, por lo que decide acudir inmediatamente al cmi Lurín.

PA: 120/80 mmHg FC: 120 lpm FR: 22 rpm T: 36.5 C Peso: 67kg Talla: 1.54 m Sat: 98%

Examen General

AREG, AREH, AREN, LOTEP, afebril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico

Piel: T/H/E, llenado capilar menor a 2 segundos, quemaduras de segundo grado en cara posterior de brazo derecho, en 1/3 inferior de hemitorso y en cara posterior del 1/3 superior de muslo derecho.

CV: RCR de BI no soplos

TyP: MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados
SNC: Alerta, despierta, EG: 15/15

3.20.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Quemaduras de segundo grado

3.20.3 Exámenes auxiliares

No requeridos.

3.20.4 Diagnósticos

- Quemaduras de Segundo grado

3.20.5 Tratamiento

Previa limpieza con abundante agua se coloca sulfadiazina de plata en toda el área afectada y se instruye a la paciente que tiene que repetir el proceso 2 veces (c/12h) al día por 5 días. Se receta Dicloxacilina 500mg 1tab vo c/6h x7d para evitar infecciones cutáneas y se recomienda control en 7 días por consultorio.³⁹

3.20.6 Seguimiento

No se pudo continuar con el seguimiento de la paciente pues no regreso al cmi.

3.20.7 Autoevaluación

Manejo adecuado de quemaduras de segundo grado, no hubo necesidad de referir a la paciente. Además de la consejería dada sobre la patología se conversa con la paciente sobre las secuelas que pueda dejar la quemadura y se plantean distintas formas de manejarlas.⁴⁰

3.21 Caso clínico 21

3.21.1 Anamnesis

Iniciales: FGR

Edad: 5a

Género: femenino

Estado Civil: Soltero

Grado de instrucción: inicial

Ocupación actual: infante

Antecedentes

- Infección de tracto urinario recurrente
- Masa abdominal

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 5 a
Forma de inicio: insidioso
Curso de la enfermedad: progresivo
Síntomas principales: Masa abdominal

Relato cronológico de la enfermedad:

Paciente mujer de 5 años, acude con su madre a consultorio de medicina general, madre refiere que desde el nacimiento presenta masa que ocupa casi toda la cavidad abdominal de aproximadamente 12 cm de diámetro que se origina a la altura de la cicatriz umbilical. Madre acude con resultado de biopsia cuyos resultados evidencia contenido intestinal, donde especialista realiza diagnóstico de onfalocele. 41

Examen Físico:

PA: 130/70 FC:80 FR:20 T: 36.5 Sat: 98%

Paciente en buen estado general, buen esta de hidratación, buen estado de nutrición, orientado en tiempo espacio y persona.

Piel: T/H/E, llenado capilar menor a 2 segundos.

T y P: MV pasa bien en ACP. No se encuentran ruidos agregados.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos, sin ruidos agregados ni alteraciones.

Abd: B/D RHA (+) masa abdominal que nace a la altura de cicatriz umbilical de aproximadamente 12 cm, semiblanda, indolora, sin signos de flogosis.

SNC: LOTEPEG 15/15 No focaliza.

3.21.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Descartar Onfalocele.
- Descartar Gastrosquisis.
- Descartar Tumor Wilms.
- Descartar Quiste hepático

3.21.3 Exámenes auxiliares

No pedidos por el servivio.

3.21.4 Diagnósticos

- Descartar Onfalocele.
- Descartar Gastrosquisis.
- Descartar Tumor Wilms.
- Descartar Quiste hepático

3.21.5 Tratamiento

Paciente es referida a Cirugía pediátrica para manejo y tratamiento de la patología.

3.21.6 Seguimiento

No se pudo continuar con el seguimiento de la paciente por transferencia de servicio.

3.21.7 Autoevaluación

Masa abdominal llama mucho la atención y esto genera molestias tanto para la madre como para la paciente (fuera de los riesgos médicos que esta conlleva), por lo que se conversa con la madre las posibles soluciones que el servicio de cirugía pediátrica puede dar a la paciente, pero que en cualquiera de los casos la madre tiene que ser el principal apoyo de la paciente para así evitar daños psicológicos en la paciente.⁴²

3.22 Caso clínico 22

3.22.1 Anamnesis

Iniciales: PRTI

Edad: 73a

Género: femenino

Estado Civil: Viuda

Grado de instrucción: Secundaria incompleta

Ocupación actual: Ama de casa

Antecedentes

- Niega antecedentes de importancia

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 2 días

Forma de inicio: insidioso

Curso de la enfermedad: progresivo

Síntomas principales: Dolor abdominal, sensación de alza térmica, hiporexia

Relato cronológico de la enfermedad:

Cuadro inicia con dolor abdominal intermitente 7/10 tipo cólico en epigastrio que se irradia a la espalda el cual no calma con analgésicos. Al día siguiente síntomas persisten por lo que decide acudir a consultorio privado donde se toma ecografía y se diagnostica cólico vesicular. Médico que atendió a paciente sugiere que sea operada inmediatamente de emergencia. Familiar de paciente acude a emergencia del CMI Lurín, refiriendo necesitar una referencia de emergencia hacia un hospital por que la paciente necesita ser operada de urgencia de la vesícula.

PA: 110/80 mmHg FC: 90 lpm FR: 16 rpm T: 36.5 C Peso: 47kg Talla: 1.59 m Sat: 99%

Examen General

AREG, AREH, AREN, LOTEP, afebril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico

Piel: T/H/E, llenado capilar menor a 2 segundos, no ictericia

CV: RCR de BI no soplos

TyP: MV pasa bien por ACP, no ruidos agregados

Abd; B/D, doloroso a palpación profunda en epigastrio, RHA presentes

GU: PPL (+) PRU(+)

SNC: Alerta, despierta, EG: 15/15

3.22.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Cólico vesicular
- Descartar infección de tracto urinario

3.22.3 Exámenes auxiliares

La ecografía abdominal de la paciente refería cálculos de pequeño diámetro incapaces de causar la sintomatología q ella refería. Además tenía paredes delgadas y si signo de edema.

Se solicita ex. De orina el cual da resultado patológico

3.22.4 Diagnósticos

- Infección de tracto urinario

3.22.5 Tratamiento

Previa consejería, se inicia tratamiento con cefalexina 500mg 1 tableta c/8h x 7d.⁴³

3.22.6 Seguimiento

No se pudo continuar con el seguimiento de la paciente pues no regreso al cmi.

3.22.7 Autoevaluación

Pese a tener diagnóstico previo se decidió examinar nueva y completamente a la paciente para determinar el origen de su patología, y al ser adulto mayor, la clínica de infección urinaria no es tan específica, pero se llegó al diagnóstico requerido y se dio tratamiento.⁴⁴

3.23 Caso clínico 23

3.23.1 Anamnesis

Iniciales: MRFS

Edad: 16a

Género: masculino

Estado Civil: soltero

Grado de instrucción: Secundaria incompleta

Ocupación actual: estudiante

Antecedentes

- Niega antecedentes de importancia

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 10 días

Forma de inicio: insidioso

Curso de la enfermedad: progresivo

Síntomas principales: Malestar inguinal, testículo aumentado de volumen

Relato cronológico de la enfermedad:

Cuadro inicia con ligero aumento de volumen en testículo izquierdo hace 10d que no duele pero molesta. En los días subsiguientes continúa el aumento de volumen. Paciente niega fiebre, baja de peso dolor.

PA: 110/80 mmHg FC: 80 lpm FR: 16 rpm T: 36.5 C Peso: 67kg Talla: 1.69 m Sat: 99%

Examen General

AREG, AREH, AREN, LOTEP, afebril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico

Piel: T/H/E llenado capilar menor a 2 segundos.

Cv: RCR de BI m, no soplos

TyP: MV pasa bien por ACP, no RA

Abd: B/d no doloroso no VCM RHA (+)

GU: masa palpable en testículo izquierdo de 7x6cm indolora, translucencia intraluminal,

SNC: Alerta despierto LOTEP

3.23.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Hidrocele

3.23.3 Exámenes auxiliares

Eco de testículo: Marcada colección de líquido alrededor de testículo izquierdo compatible con hidrocele.⁴⁶

3.23.4 Diagnósticos

- Hidrocele

3.23.5 Tratamiento

Referencia a urología en Hospital de Emergencias de Villa El Salvador para manejo y tratamiento en caso no remita solo el caso.

3.23.6 Seguimiento

No se pudo realizar seguimiento por referencia a otro establecimiento

3.23.7 Autoevaluación

Cuadro llamativo pero transitorio por el que, por miedo a diagnóstico, pacientes no acuden a consultorio. Generalmente resuelve solo pero en caso de este paciente se decide referir a urología por tiempo de enfermedad.⁴⁷

3.24 Caso clínico 24

3.24.1 Anamnesis

Iniciales: TEUF

Edad: 7a

Género: masculino

Estado Civil: soltero

Grado de instrucción: primaria incompleta

Ocupación actual: estudiante

Antecedentes

- Niega antecedentes de importancia

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 15min

Forma de inicio: brusco

Curso de la enfermedad: Hiperagudo

Síntomas principales: Diaforesis, miosis, pálido

Relato cronológico de la enfermedad:

Madre de paciente acude a emergencias del cmi Lurín refiriendo ingesta de órgano fosforado por parte de paciente, no refiere cantidad, solo que encontró a paciente con sobre de raticida abierto. Por lo que acude al centro. Niega vómitos.

PA: 110/80 mmHg FC: 115 lpm FR: 24 rpm T: 36.5 C Peso: 37 kg Talla: 1.09 m Sat: 99%

Examen General

AREG, AREH, AREN, LOtep, afebril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico

Piel: T/H/E, llenado capilar menor a 2 segundos, diaforesis, fría.

Ojos: pupilas mióticas poco reactivas

CV.: RCR de BI, no soplos

TyP: MV pasa bien por ACP, no RA

Abd: B/d, no doloroso, no vcm, RHA aumentados

SNC: despierto, responde a estímulos, activo

3.24.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Intoxicación por órganos fosforados

3.24.3 Exámenes auxiliares

No requeridos

3.24.4 Diagnósticos

- Intoxicación por órganos fosforados

3.24.5 Tratamiento

Se inicia tratamiento con bolo de atropina junto con infusión de NaCl 0.9% 1000cc con 2 ampollas de atropina a pasar 500cc a chorro y resto a 60 gotas minuto. Con evaluación clínica continua del paciente.⁴⁷

3.24.6 Seguimiento

A los 10 min posterior al bolo clínica de paciente comienza a mejorar, pupilas disminuyen miosis progresivamente. Se revalúa a los 30 min paciente se encuentra más estable, pupilas reactivas piel tibia. Paciente en observación hasta terminar la infusión. 3h 30 min se revalúa nuevamente a paciente que muestra una completa mejoría clínica.⁴⁸

3.24.7 Autoevaluación

Este es un caso común a las afueras de las ciudades, principalmente en zonas agrícolas por lo que poder ser parte del manejo de esta patología fue una experiencia necesaria en mi formación como médico. Cabe resaltar que el paciente no se encontraba con una deshidratación que amerite 1000cc de NaCl pero aprendí también que esta es una manera de tener una vía de acceso al paciente permeable y además en caso de ser necesario poder indicar 1 o 2 ampollas más en la infusión así como también bolos directos en caso clínica no evolucione de forma favorable.

3.25 Caso clínico 25

3.25.1 Anamnesis

Iniciales: FDCG

Edad: 3a

Género: masculino

Estado Civil: soltero

Grado de instrucción: -

Ocupación actual: -

Antecedentes

- Niega antecedentes de importancia

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 10min

Forma de inicio: brusco
Curso de la enfermedad: Hiperagudo
Síntomas principales: Dolor en mentón

Relato cronológico de la enfermedad:

Madre refiere que paciente se encontraba jugando y tropieza golpeándose el mentón en el borde de la vereda de la pista. Esto produce una herida abierta sangrante por lo que lo trae a emergencias del cmi Lurín. Niega pérdida de consciencia.

PA: 110/80 mmHg FC: 105 lpm FR: 24 rpm T: 36.5 C Peso: 15 kg Talla: 82 m Sat: 99%

Examen General

AREG, AREH, AREN, afebril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico

Piel: T/H/E, llenado capilar menor a 2 segundos, solución de continuidad de 3x1cm en mentón, sangrante, dolorosa, sucia.

CV: RCR de BI no soplos

TyP: MV pasa bien por ACP no RA

Abd: B/d no doloroso RHA presentes

SNC: alerta, despierto, responde a estímulos

3.25.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Herida en cara

3.25.3 Exámenes auxiliares

No requeridos

3.25.4 Diagnósticos

- Herida en cara

3.25.5 Tratamiento

Luego de AA, se afrontan bordes con nylon 5-0. Se inicia antibiótico terapia con amoxicilina 250/5ml 3cc c/8h x7d junto con paracetamol 120mg/5ml 10cc c/8h por 4d condicional a dolor. Se explican también signos de alarma a la madre, y retiro de puntos en 7 días. 49

3.25.6 Seguimiento

Paciente regresa en 7 días para retiro de puntos, a la evaluación de la herida no se evidencian signos de flogosis ni dehiscencia.

3.25.7 Autoevaluación

La madre apoyo al momento de sostener al paciente para las suturas, pero aun así era complicado colocar los puntos o la anestesia mientras este se movía. Eventualmente se pudo realizar la sutura sin tener que envolver al paciente y de forma que se creó mayor confianza con la madre.⁵⁰

3.26 Caso clínico 26

3.26.1 Anamnesis

Iniciales: TYBG

Edad: 14a

Género: masculino

Estado Civil: soltero

Grado de instrucción: secundaria incompleta

Ocupación actual: estudiante

Antecedentes

- Niega antecedentes de importancia

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 30min

Forma de inicio: brusco

Curso de la enfermedad: Hiperagudo

Síntomas principales: Dolor torácico

Relato cronológico de la enfermedad:

Madre acude con paciente por dolor torácico opresivo que refiere se irradia a brazo izquierdo y mandíbula. Refiere que cuadro inicia durante partido de football con amigos del paciente. Acuden inmediatamente a emergencias del cmi Lurín pues refiere estar asustados pues “se está infartando”.

PA: 120/60 mmHg FC: 125 lpm FR: 26 rpm T: 36.5 C Peso: 65 kg Talla: 162 m Sat: 99%

Examen General

AREG, AREH, AREN, afebril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico

Piel: T/H/E llenado capilar menor a 2 segundos

Ojos: pupilas isocóricas

CV: Ruidos Cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, no s3, s4

TyP: MV pasa bien por ACP, no RA

Abd: B/d, no doloroso, RHA presentes

SNC: alerta, despierto, agitado, tembloroso.

3.26.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Ingesta de drogas ilegales
- Crisis de ansiedad

3.26.3 Exámenes auxiliares

Hemograma: leucocitos 7465 segmentados 4257 linfocitos: 1437
Hb: 14.2 hto: 42.8

3.26.4 Diagnósticos

- Crisis de ansiedad

3.26.5 Tratamiento

Se conversa con el paciente y se tiene en observación mientras signos vitales se estabilizan. Se hidrata con NaCl 0.9% 100cc a chorro.

3.26.6 Seguimiento

Paciente refiere mejoría de cuadro a los 20 minutos y desvanecimiento de “sensación molesta”, por lo que es dado de alta previa consejería y cita por psicología.⁵¹

3.26.7 Autoevaluación

Este fue uno de muchos casos experimentados durante el internado, manejado sin necesidad de benzodiacepinas para controlar la crisis. Llama la atención que este no tenía un evento gatillo o estresante que llevara al cuadro.⁵²

3.27 Caso clínico 27

3.27.1 Anamnesis

Iniciales: VDSM

Edad: 2a

Género: femenino

Estado Civil: soltero

Grado de instrucción: Primaria incompleta

Ocupación actual: estudiante

Antecedentes

- Niega antecedentes de importancia

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 4 días

Forma de inicio: Insidioso

Curso de la enfermedad: Progresivo

Síntomas principales: Dolor abdominal, sensación de alza térmica, tos seca

Relato cronológico de la enfermedad:

Madre acude con paciente por presentar desde hace 4 días rinorrea, tos se a poco exigente, dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio y heces líquidas 2-3 cámaras por día sin moco ni sangre. Cuadro se mantuvo continuo hasta el día del ingreso que presenta sensación de alza térmica no cuantificada por lo que acude a emergencias de pediatría del HNDM.

Refiere que paciente tiene carnet de vacunación completo.

PA: 120/70 mmHg FC: 117 lpm FR: 22 rpm T: 36.5 C Peso: 12 kg Talla: 67cm Sat: 99%

Examen General

AREG, AREH, AREN, afebril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico

Piel: T/H/E, llenado capilar menor a 2 segundos

Boca: húmeda, orofaringe: levemente eritematosa.

CV: RCR de BI no soplos

TyP: MV pasa bien por ACP. No RA

Abd: B/d, no doloroso, no vcm, RHA aumentados.

GU: genitales femeninos, PPL (-)

SNC: alerta, despierta, responde a estímulos.

3.27.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Enfermedad diarreica aguda
- Descartar infección bacteriana
- Rinofaringitis
- Infección de tracto urinario

3.27.3 Exámenes auxiliares

Se solicita hemograma, examen de orina, reacción inflamatoria en heces.

Hemograma: leucocitos: 18320 segmentados: 13300 abastados: 0 linfocitos: 3200

Reacción inflamatoria en heces: no patológico

Ex. De orina: 10-20 leucos xc nitritos positivo

Hematíes 1-2xc

3.27.4 Diagnósticos

- Enfermedad diarreica aguda
- Descartar infección bacteriana
- Rinofaringitis
- Infección de tracto urinario

3.27.5 Tratamiento

Se inicia tratamiento con Cefalexina 250mg/5ml 2.5 cc VO c/8h x 7d junto con paracetamol 120mg/5ml 7.5ml c/8h x 4d condicional a t mayor de 38 c. Re hidratación con SRO. Se explica signos de alarma.⁵³

3.27.6 Seguimiento

Paciente no regresa a emergencia por lo que no se pudo hacer seguimiento.

3.27.7 Autoevaluación

Uno de los que para mí ha sido el aprendizaje más importante del internado es que la sintomatología de la infección de tracto urinario en niños pequeños puede casi no apuntar a esta. Es decir, pacientes solo tienen dolor abdominal y eventualmente fiebre, muy pocas veces se va a encontrar sintomatología de vías urinarias. Por ende en pacientes con riesgo de hacer infección de tracto urinario y febriles, lo mejor sería también hacer un examen de orina (cabe resaltar que dicho examen se pide por sospecha de infección de tracto urinario y no como screening).⁵⁴

3.28 Caso clínico 28

3.28.1 Anamnesis

Iniciales: CMME

Edad: 28

Género: masculino

Estado Civil: soltero

Grado de instrucción: técnico

Ocupación actual: mecánica

Antecedentes

- Niega antecedentes de importancia

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 20min

Forma de inicio: brusco

Curso de la enfermedad: Hiperagudo

Síntomas principales: Dolor en brazo derecho

Relato cronológico de la enfermedad:

Paciente refiere estar trabajando cuando al mover un rollo de planchas de metal es cortado por la plancha en antebrazo derecho. Inicia con dolor y sangrado profuso por lo que acude al cmi Lurín.

PA: 110/60 mmHg FC: 90 lpm FR: 18 rpm T: 36.5 C Peso: 75 kg Talla: 174 m Sat: 99%

Examen General

AREG, AREH, AREN, afebril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico

Piel: T/H/E llenado capilar menor a 2 segundos, solución de continuidad en cara anterior de antebrazo derecho de 10x2 cm sangrante, sucia.

CV: Ruidos Cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, no s3, s4

TyP: MV pasa bien por ACP, no RA

Abd: B/d, no doloroso, RHA presentes

SNC: alerta, despierto, tembloroso.

3.28.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Herida en brazo

3.28.3 Exámenes auxiliares

Hemograma: leucocitos 8510 segmentados: 3146 linfocitos: 1567

Hb: 13.2 hto: 40.7

3.28.4 Diagnósticos

- Herida en antebrazo

3.28.5 Tratamiento

Luego de AA, se afrontan bordes de herida con nylon 4-0, se prescribe también dicloxacilina 500mg 1 tableta c/6h x 7d, y naproxeno de 550mg 1 tableta c/8h x4 días condicional a dolor. Además se receta cobertura con vacunación antitetánica (dT). Retiro de puntos en 7 días

3.28.6 Seguimiento

Paciente acude para retiro de puntos con herida casi cerrada, con signos de manipulación, y 2 puntos dehiscentes. Paciente refiere haber tratado de curar herida con cremas recomendadas por familiar y durante la curación soltar dos de los puntos.

3.28.7 Autoevaluación

Cuadro común en la zona por el tipo de trabajo de algunos pacientes, además la dehiscencia de puntos también es común a pesar de las indicaciones dadas pues las creencias en medicina naturista también se encuentran muy arraigada en el país. Se conversa nuevamente con el paciente y logra entender la necesidad de no poner cremas o plantas en la herida mientras esta cicatrizando por riesgo de abrirla.

3.29 Caso clínico 29

3.29.1 Anamnesis

Iniciales: GDMS

Edad: 19a

Género: Femenino

Estado Civil: Conviviente

Grado de instrucción: secundaria incompleta

Ocupación actual: ama de casa

Antecedentes

- Gestante 41ss, sin CPN.

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 30min

Forma de inicio: brusco

Curso de la enfermedad: Hiperagudo

Síntomas principales: dolor pélvico y abdominal

Relato cronológico de la enfermedad:

Paciente acude en periodo expulsivo de trabajo de parto sin controles prenatales.

PA: 120/60 mmHg FC: 120 lpm FR: 27 rpm T: 36.5 C Peso: 75 kg Talla: 158 m Sat: 99%

Examen General

AREG, AREH, AREN, afebril, hemodinámicamente estable, periodo expulsivo de trabajo de parto.

Examen Físico

Piel: T/H/E llenado capilar menor a 2 segundos

CV: Ruidos Cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, no s3, s4

TyP: MV pasa bien por ACP, no RA

Abd: B/d, no doloroso, RHA presentes

Útero: grávido, feto: LCD, LCF: 145

GU: trabajo de parto expulsivo, sangrado vaginal, rpm hace aproximadamente 8h, liquido claro.

SNC: alerta, despierto, LOTEPE

3.29.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Gestante 41ss

3.29.3 Exámenes auxiliares

Hemograma: leucocitos 10465 segmentados 7257 linfocitos: 2437

Hb: 10.2 hto: 34.6

Eco. Doppler: Latidos fetales presentes (145 lpm)

3.29.4 Diagnósticos

- Gestante 41ss

3.29.5 Tratamiento

Termino del embarazo por parto eutócico.

Tratamiento con Gentamicina para infección de tracto urinario

3.29.6 Seguimiento

Puérpera inmediata en alojamiento conjunto con producto, ambos con funciones vitales estables.

3.29.7 Autoevaluación

Gestantes en expulsivo y sin controles prenatales es algo que ocurría con frecuencia en el cmi Lurín, a pesar de tener el centro de salud cerca. Esto se daba principalmente por las creencias mágico religiosas de los familiares y pacientes, donde ellos “cuidaban y trataban” a las gestantes. Gracias al internado en el CMI Lurín aprendí que en cualquier momento uno tiene que estar preparado para este tipo de casos y saber actuar y evaluar inmediatamente la forma en la que se tiene que recibir al paciente y esperar que no nazca asfixiado o con meconio aspirado.⁵⁵

3.30 Caso clínico 30

3.30.1 Anamnesis

Iniciales: RCSE

Edad: 1 día

Género: Femenino

Estado Civil: soltero

Grado de instrucción: -

Ocupación actual: -

Antecedentes

-

ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de enfermedad: 1 día

Forma de inicio: insidioso

Curso de la enfermedad: progresivo

Síntomas principales: ictericia

Relato cronológico de la enfermedad:

RNAT 38ss, nacido de parto eutócico, AEG, en alojamiento conjunto con madre, inicia cuadro con ictericia que va desde cara a muslos.

FC: 145 lpm FR: 36 rpm T: 36.5 C Peso: 3.420 kg Talla: 48 m Sat: 99%

Examen General

AREG, AREH, AREN, afebril, hemodinámicamente estable.

Examen Físico

Piel: T/H/E llenado capilar menor a 2 segundos, ictericia de muslos a cara

Ojos: pupilas isocóricas

CV: Ruidos Cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos, no s3, s4

TyP: MV pasa bien por ACP, no RA

Abd: B/d, no doloroso, RHA presentes

SNC: alerta, despierta, responde a estímulos, moro +, babinski +, prehension +, succión +, fontanelas normotensas.

3.30.2 Diagnósticos inicialmente planteados

- Ictericia neonata
Descartar incompatibilidad sanguínea

3.30.3 Exámenes auxiliares

Hemograma: leucocitos 10475 segmentados 8257 linfocitos: 2437

Hb: 19.2 hto: 59.8 GyF:A+ GyF de madre: O+

Test de Coombs Directo: (+)

Bilirrubina total: 14 BD: 13.2, BI: 0.8

3.30.4 Diagnósticos

- Incompatibilidad sanguínea
- Ictericia neonatal en rangos seguros

3.30.5 Tratamiento

Se inicia tratamiento con inmunoglobulinas y se explica a la madre la razón de la ictericia del paciente.⁵⁶

3.30.6 Seguimiento

Paciente con mejoría de ictericia (BT: 7.5), y en condiciones de alta. No puede ser dado de alta pues madre es menor de edad, no tiene ningún familiar que la apoye y además parece ser que la gestación es producto de un suceso de agresión hacia ella.⁵⁷

3.30.7 Autoevaluación

Casos como estos son comunes en los nosocomios del país debido a la poca seguridad que existe para las mujeres. Es un caso que nos hace ver la realidad de nuestro país, y que por más que se trate de mejorar la atención en salud física y mental siempre tendremos casos como este. En el que una adolescente o niña es víctima de violencia y tiene que llevar sola una gestación y luego cuidar de un recién nacido sin ningún apoyo. Como médico aprendí que lo mejor que se puede hacer es apoyar a la paciente mientras se pueda, sobretodo emocionalmente (y reportar el caso a asistencia social para que la ayuden de mejor manera).

4 CONCLUSIONES

Luego de los 30 casos expuestos podemos concluir que el internado es una experiencia necesaria para el desarrollo de cada médico, principalmente porque genera confianza y afianza los conocimientos de este. Así mismo, tendría que resaltar que los aprendizajes más significativos y más importantes dentro de los 30 casos expuestos, serían, el aprender a manejar casos comunes de primer nivel de manera eficaz y rápida, siempre manteniendo la integridad y los derechos de cada paciente. También, el saber cómo y cuándo referir a un paciente a un establecimiento de mayor complejidad para que le den un mejor manejo, el saber hasta dónde llegan mis capacidades de médico cirujano, y cuándo es necesario pedir ayuda de un colega especialista. Aprender a discernir que exámenes son los de mayor necesidad para el paciente, teniendo en cuenta su situación económica y la gravedad de su patología. El de confirmar siempre los diagnósticos que se dan a un paciente junto con la clínica que demuestra, y revisar que tan fiables son los exámenes pasados que ellos muestran. Y por último, algo a lo que uno no podría estar preparado sin experimentarlo al menos una o dos veces, el saber cómo manejar una situación que involucra a un paciente que llega como cadáver o que fallece en el camino hacia el centro de salud (así como también si es que falleciera dentro del centro).

Agregar también que la oportunidad de poder rotar en un establecimiento I-4 como el CMI Lurín y un hospital como el Hospital Nacional Dos de Mayo da una variada diversidad de casos y una forma de afrontarlos distinta. Personalmente siento que es mejor para un médico en formación ser capaz de aprender de ambas realidades y acomodarse a las distintas situaciones que pueden aparecer.

5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Norma Técnica De Salud Para La Atención Integral De Las Personas Afectadas Por Tuberculosis 2013. Pág. 33-37. [Internet].
<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>

- 2.- Norma Técnica De Salud Para La Atención Integral De Las Personas Afectadas Por Tuberculosis 2013 pág.74-75 [Internet].
<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>
- 3.- Janet, Campos Siccha, Gerardo, Ramírez Gutiérrez, Raulins. Características clínicas de la tuberculosis mamaria en pacientes atendidas en un servicio de ginecoobstetricia, 2002-2011. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2013 [cited 2022 Mar 10];59(2):107–14. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000200005#:~:text=La%20tuberculosis%20\(TBC\)%20mamaria%20es,la%20extirpaci%C3%B3n%20de%20la%20mama.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000200005#:~:text=La%20tuberculosis%20(TBC)%20mamaria%20es,la%20extirpaci%C3%B3n%20de%20la%20mama.)
- 4.- Ramirez C. Características histopatológicas de la tbc en mastitis granulomatosa confirmada por reacción en cadena de la polimerasa Clínica Internacional 2017-2019. Usmp [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 10]; Available from:
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5053>
5. - Wilberger JE, Mao G. Traumatismo encefalocraneano (TEC) [Internet].Manuales MSD; 2019 [cited 2022 Mar 10]. Available from:
<https://www.msmanuals.com/es/professional/lesiones-y-envenenamientos/traumatismos-de-cr%C3%A1neo-tc/traumatismo-encefalocraneano-tec>
6. - ATLS Advanced Trauma Life Support, Student course manual, 2018 edition, Chapter 1 Initial assessment and management [cited 2022 Mar 10].
7. - Piñeiro Pérez R, Carabaño Aguado I. Animal bites in Spain: pediatric guideline for Primary Care. Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2015 Sep [cited 2022 Mar 10]; 17(67):263–70. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000400018
- 8.- Norma técnica de salud para la vigilancia, prevención y control de la rabia humana en el Perú 2017. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>
- 9.- Reyes Sanamé FA, Pérez Álvarez ML, Alfonso Figueredo E, Ramírez Estupiñan M, Jiménez Rizo Y. Tratamiento actual de la diabetes mellitus tipo 2. Correo científico médico. 2016 Mar;20(1):98-121.
- 10.- Lado. Neumonía adquirida en la comunidad. Anales de Medicina Interna [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 10];19(12):9–11.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992002001200001#:~:text=La%20neumon%C3%ADa%20adquirida%20en%20la,varia ble%20e%20infiltrados%20radiol%C3%B3gicos%20pulmonares.
11. Ramírez-Lapausa M, Menéndez-Saldaña A, Noguero-Asensio A. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. Revista Española de Sanidad Penitenciaria [Internet]. 2015 Jun [cited 2022 Mar 10];17(1):3–11.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202015000100002
- 12.- Light RW. Derrame pleural [Internet].Manuales MSD; 2021 [cited 2022 Mar 10].
<https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-pulmonares/trastornos-mediast%C3%ADnicos-y-pleurales/derrame-pleural>

- 13.- Based On The Global Strategy For Asthma Management And Prevention, Pocket Guide For Asthma Management And Prevention (for Adults and Children Older than 5 Years) [Internet]. 2021. Available from: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2021/05/GINA-Pocket-Guide-2021-V2-WMS.pdf>
- 14.- Guía Española Para El Manejo Del Asma Cap. 1 Pág. 39-41[Internet]. https://www.semg.es/images/documentos/GEMA_5.0.pdf
- 15.- Alberto Fica C. Celulitis y erisipela: Manejo en atención primaria. Rev Chil Infect (2003); 20 (2): 104-110 [Internet]. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v20n2/art04.pdf>
- 16.- Valderrama-Beltrán S, Cortés JA, Caro MA, Cely-Andrado L, Osorio-Pinzón JV, Gualtero SM, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de las infecciones de piel y tejidos blandos en Colombia. [Internet]. 2019 Sep 9;23(4):318. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-93922019000400318
- 17.- Guzmán Calderón, E; Aranzabar Durand, S; Cruzalegui Gómez, R; Vargas Blácido, D; Guía De Práctica Clínica Para El Diagnóstico Y Manejo De La Colelitiasis, Colectitis Aguda Y Coledocolitiasis [Internet]. 2018. http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Colelitiasis_Version_Extensa.pdf
- 18.- María José LQ, Juan Manuel MM, José Clímaco CV. Perfil de sensibilidad a antimicrobianos como principal criterio para la selección del tratamiento de infecciones del tracto urinario. Revisión Sistemática. Revista Kasmera. 2021
- 19.- Bernardo C, Martínez Pérez, Josefa, Miguel L, Antonio J, Antonio J, Orozco M. Crisis Hipertensivas. Revista Clínica de Medicina de Familia [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 10];2(5):236–43. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300007
- 20.- Delgado Martín, AE, Sánchez López, J, Muñoz Beltrán, HJ. Manejo de las crisis hipertensivas. Medicina Integral [Internet]. 2003 Feb [cited 2022 Mar 10];41(2):61–9. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-manejo-crisis-hipertensivas-13045397>
- 21.- Padilla Esteban M, García Rebollar C, Foullerat Cañada S. Convulsión febril [Internet]. https://cdn.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2015/xix09/03/n9-600-608_MarisaPadilla.pdf
- 22.- Elizabeth S. Hodgson, MD, Presidente Gordon B. Glade, MD Norman “Chip” Harbaugh, Jr, MD Thomas K. McInerney, MD Marlene R. Miller, MD Convulsiones febriles: guía de práctica clínica del tratamiento a largo plazo del niño con convulsiones febriles simples. Pediatrics [Internet]. 2008 Jun [cited 2022 Mar 10];65(6):331–6. <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-articulo-convulsiones-febriles-guia-practica-clinica-13125158>
- 23.- Durán-Graeff L. Enfrentamiento ambulatorio de las infecciones del tracto urinario en adultos, una mirada infectológica. Revista Médica Clínica Las Condes. 2021.
- 24.- Friel LA. Convulsiones en el embarazo [Internet]. Manuales MSD; 2021 [cited 2022 Mar 10]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/convulsiones-en-el-embarazo>

- 25.- Morales S. Lesiones por inmersión. Protocolos Diagnósticos Y Terapéuticos En Urgencias De Pediatría [Internet].
https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/22_Inmersion.pdf
- 26.- Szpilman D, Bierens JJLM, Handley AJ, Orłowski JP. Drowning. *New England Journal of Medicine*. 2012 May 31;366(22):2102–10.
- 27.- Garcia IC, Clark RA, Chung DH, Gaines N. Pediatric Subcutaneous Abscess: Still a Clinical Exam-Based Diagnosis and Treatment. *Children*. 2021 May 14;8(5):392.
- 28.- Moyanoc M, Peuchota A, Giachettid A, Morenoa R, Cancellara A , et.al., Infecciones de piel y partes blandas en pediatría: consenso sobre diagnóstico y tratamiento. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2014 Feb 15;112(2).
- 29.- García Aguado J. Estudio del paciente con adenopatías periféricas. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p.31-42.
- 30.- Mathison D, Evaluation of inguinal swelling in children, May 21, 2021,
- 31.- Karla Moëne B. Neumonías adquiridas en la comunidad en niños: diagnóstico por imágenes. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2013 Jan [cited 2022 Mar 12];24(1):27–35. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-neumonias-adquiridas-comunidad-ninos-diagnostico-S0716864013701263>
- 32.- Barson W. Pneumonia in children: Inpatient treatment. Apr 13, 2021.
- 33.- Spelman D, Baddour L. Cellulitis and skin abscess: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis. Jul 26, 2021
- 34.- Dennis L. Stevens, Alan L. Bisno, Henry F. Chambers, E. Patchen Dellinger, Ellie J. C. Goldstein. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Skin and Soft Tissue Infections: 2014 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, Volume 59, Issue 2, 15 July 2014, Pages e10–e52. 15 July 2014
- 35.- Boushey R, Management of anastomotic complications of colorectal surgery Nov 02, 2021
- 36.- LaFranchi, S Clinical features and detection of congenital hypothyroidism Mar 01, 2022.
- 37.- Jansson L, Neonatal abstinence syndrome Sep 02, 2021.
- 38.- Robert T Means, Kathleen M Fairfield, Causes and pathophysiology of vitamin B12 and folate deficiencies Jun 16, 2021.
- 39.- Arek Wiktor, David Richards, Treatment of minor thermal burns Nov 03, 2021
- 40.- Phillip L Rice, Dennis P Orgill, Assessment and classification of burn injury Feb 25, 2021.
- 41.- Julio Nazer, Lucía Cifuentes, Alfredo Aguilar. Defectos de la pared abdominal: Estudio comparativo entre onfalocele y Gastrosquisis. *rev chil pediatr* 2013; 84 (4): 403-408

- 42.- Valeria Smith, Murali Chintagumpala, Presentation, diagnosis, and staging of Wilms tumor. Jun 14, 2021
- 43.- Gómez Ayala A. Infección urinaria en el anciano. Vol.23 num. 4 páginas 40-45 (Julio 2009)
- 44.- Echevarría-Zarate Juan, Sarmiento Aguilar Elsa, Osoreo-Plenge Fernando. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta méd. peruana [Internet]. 2006 Ene [citado 2022 Mar 11]; 23(1): 26-31.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000100006&lng=es.
- 45.- Robert C Eyre, Non-acute scrotal conditions in adults, Oct 28, 2021.
- 46.- Joel S Brenner, Aderonke Ojo, Evaluation of nontraumatic scrotal pain or swelling in children and adolescents Nov 29, 2021
- 47.- André M, Loza V. Current treatment of cholinesterase inhibitors poisoning: misconceptions and need for updated Peruvian guidelines. 2015.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v76n4/a15v76n4.pdf>
- 48.- Steven Bird, Organophosphate and carbamate poisoning Sep 23, 2021.
- 49.- Judd E Hollander, Assessment and management of facial lacerations, May 25, 2021.
- 50.- David M deLemos, Skin laceration repair with sutures, Mar 29, 2021.
- 51.- Shannon Bennett, John T Walkup, Anxiety disorders in children and adolescents: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and course Mar 16, 2019
- 52.- Shannon Bennett, John T Walkup, Anxiety disorders in children and adolescents: Assessment and diagnosis Mar 16, 2019
- 53.- Jason B Harris, Mark Pietroni, Approach to the child with acute diarrhea in resource-limited countries, Nov 11, 2021
- 54.- Nader Shaikh, Alejandro Hoberman, Urinary tract infections in infants older than one month and young children: Acute management, imaging, and prognosis May 05, 2021.
- 55.- Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna, MINSA, 24/12/2013. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
- 56.- Ronald J Wong, Vinod K Bhutani, Unconjugated hyperbilirubinemia in the newborn: Pathogenesis and etiology Dec 02, 2021.
- 57.- Melanie S Kennedy, Kenneth J Moise, Management of non-RhD red blood cell alloantibodies during pregnancy, Jan 07, 2022.

