



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA

Experiencias del Internado Médico en el periodo junio 2021 a febrero 2022 en los establecimientos de salud Gustavo Lanatta Luján y Hospital Nacional Dos de Mayo en los servicios de medicina, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTORA

Cabrera Valdivia, Sofia Alexandra (ORCID: 0000-0002-1786-4724)

ASESOR

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

Lima, 22 de marzo del 2022

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a todos aquellos profesores que contribuyeron en mi formación y a mis padres por su apoyo y comprensión.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a mi institución, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC), al Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján y al Hospital Nacional Dos de Mayo, que me dio la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos. Además, agradecer a mis padres, quienes con su trabajo y sacrificio me han ayudado a alcanzar mis sueños y metas.

RESUMEN

Objetivo: describir y hacer un análisis crítico de 30 casos clínicos a los que tuve acceso como interno de medicina y que contribuyeron a mi formación y aprendizajes.

Metodología: se realizó el estudio observacional, descriptivo y analítico de 30 casos de pacientes del Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján y el Hospital Nacional Dos de Mayo. Participantes: Pacientes atendidos en el centro de salud Gustavo Lanatta Luján y Hospital Nacional Dos de Mayo.

Resultados principales o hallazgos: se describieron 30 casos clínicos, de los cuales se obtuvieron como aprendizajes significativos conocer las causas de consulta médica más frecuente en los centros de salud de primer nivel y un hospital nacional, realizar un seguimiento más cercano a los pacientes con enfermedades crónicas, participar en actividades de promoción de salud.

Conclusiones: el internado de la carrera de medicina tiene una importancia indispensable en los alumnos que están por egresar, ya que ayuda a integrar y consolidar conocimientos que se adquirieron durante la carrera.

Durante este proceso se conoció la atención integral del paciente con otros servicios, las medidas de prevención y promoción de salud, el manejo de los diferentes programas de enfermedades, vacunas, crecimiento y desarrollo (CRED), control de gestantes. También, se desarrolló la habilidad de comunicación asertiva con el paciente y la familia.

Finalmente, se obtuvo como aprendizaje personal el apoyo y manejo conjunto de la enfermedad con el paciente y la familia, mejorando la empatía y la relación médico paciente.

Palabras clave: casos clínicos, internado, centro de salud, hospital.

Experiences of the Medical Internship in the period June 2021 to February 2022 in the health establishments Gustavo Lanatta Luján and Hospital Nacional Dos de Mayo in the services of medicine, general surgery, gynecology-obstetrics and pediatrics

ABSTRACT

Objective: to describe and make a critical analysis of 30 clinical cases to which I had access as a medical intern, and which contributed to my training and learning.

Methodology: an observational, descriptive, and analytical study of 30 cases of patients from the Gustavo Lanatta Lujan and Hospital Nacional Dos de Mayo National was carried out. Participants: Patients treated at the Gustavo Lanatta Lujan and Hospital Nacional Dos de Mayo.

Main results or findings: 30 clinical cases were described, with descriptive tools. Significant learning was obtained to know the causes of the most frequent medical consultation in first-level health centers, to carry out a closer follow-up of patients with chronic diseases, and to participate in health promotion activities.

Conclusions: the internship of the medicine career has an indispensable importance in the students who are about to graduate, since it helps to integrate and consolidate knowledge that was acquired during the career.

During this process, comprehensive patient care with other services, prevention and health promotion measures, management of the different disease programs, vaccines, growth and development (CRED), control of pregnant women were learned. Also, the ability of assertive communication with the patient and the family was developed.

Finally, the support and joint management of the disease with the patient and family was obtained as personal learning, improving empathy and the doctor-patient relationship.

Keywords: clinical cases, boarding school, health center, hospital.

TABLA DE CONTENIDOS

1	ÍNDICE DE TABLAS	7
2	ÍNDICE DE FIGURAS	8
3	INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	9
4	METODOLOGÍA.....	10
5	RESULTADOS - CASOS CLÍNICOS.....	11
5.1	CASO CLÍNICO 1	11
5.2	CASO CLÍNICO 2.....	12
5.3	CASO CLÍNICO 3.....	14
5.4	CASO CLÍNICO 4.....	16
5.5	CASO CLÍNICO 5.....	17
5.6	CASO CLÍNICO 6.....	18
5.7	CASO CLÍNICO 7.....	19
5.8	CASO CLÍNICO 8.....	21
5.9	CASO CLÍNICO 9.....	22
5.10	CASO CLÍNICO 10.....	24
5.11	CASO CLÍNICO 11.....	25
5.12	CASO CLÍNICO 12.....	27
5.13	CASO CLÍNICO 13.....	28
5.14	CASO CLÍNICO 14.....	29
5.15	CASO CLÍNICO 15.....	31
5.16	CASO CLÍNICO 16.....	32
5.17	CASO CLÍNICO 17.....	34
5.18	CASO CLÍNICO 18.....	36
5.19	CASO CLÍNICO 19.....	37
5.20	CASO CLÍNICO 20.....	38
5.21	CASO CLÍNICO 21.....	40
5.22	CASO CLÍNICO 22.....	41
5.23	CASO CLÍNICO 23.....	42
5.24	CASO CLÍNICO 24.....	43
5.25	CASO CLÍNICO 25.....	45

5.26	CASO CLÍNICO 26.....	46
5.27	CASO CLÍNICO 27.....	48
5.28	CASO CLÍNICO 28.....	49
5.29	CASO CLÍNICO 29.....	51
5.30	CASO CLÍNICO 30.....	52
6	CONCLUSIONES	54
7	REFERENCIAS	55
8	ANEXOS	59

1 ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Perfil hepático.....	61
Tabla 2: Citoquímico líquido cefalorraquídeo.....	61

2 ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Radiografía de pelvis con presencia de DIU.....	59
Figura 2: Radiografía de fémur – fractura de fémur.....	59
Figura 3: Ecografía transvaginal - poliquistosis ovárica bilateral	60
Figura 4: Úlcera varicosa.....	60

3 INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El internado médico forma parte del plan curricular de estudios para alumnos del último año de la carrera de medicina, teniendo una importancia preponderante e indispensable a fin de que los alumnos que están a puertas de egresar, puedan integrar y consolidar los conocimientos que adquirieron en las aulas y en los ciclos previos.

Dentro de la actividad como interno de medicina, se han realizado funciones de procedimientos médicos quirúrgicos, de apoyo al diagnóstico, apoyo en la realización de historias y casos clínicos, etc. En el cual se ha puesto de manifiesto la teoría y los conocimientos adquiridos, contrastándolo con la realidad, siendo un factor importante en nuestra práctica.

Durante el periodo comprendido entre los años 2020 al 2022, el desarrollo del internado se ha visto afectado por la pandemia del COVID 19, ya que se restringieron las actividades académicas en muchos hospitales. Sin embargo, se implementaron centros de salud de primer nivel como sede académica, lo que permitió adquirir nuevas experiencias, y destrezas, así como conocer las enfermedades de consulta más frecuentes, participar en actividades de promoción y prevención de salud y llevar un seguimiento más cercano con el paciente y su familia.

El propósito de este trabajo es describir y hacer un análisis crítico de 30 casos clínicos al que estuve expuesto como interno de medicina y que contribuyeron a mi formación con aprendizajes significativos.

4 METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y analítico de corte transversal donde se analizaron 30 casos clínicos de pacientes atendidos en el Centro de Salud Gustavo Lanatta Luján y el Hospital Nacional Dos de Mayo, entre los meses de junio 2021 y febrero 2022.

Se eligieron casos de enfermedades comunes o problemas de salud pública. Las imágenes recopiladas fueron con el consentimiento del paciente y se mantiene la confidencialidad del mismo.

5 RESULTADOS - CASOS CLÍNICOS

5.1 CASO CLÍNICO 1

5.1.1 Anamnesis:

Paciente femenino de 32 años, con un tiempo de enfermedad de 4 horas de inicio brusco y curso progresivo. Acude para inicio de tratamiento al programa de prevención y control de tuberculosis (PCT) por diagnóstico de tuberculosis pulmonar. El día de hoy recibió la primera dosis del tratamiento para esquema sensible por la mañana, y el mismo día por la tarde presentó erupción cutánea facial y corporal, el cual disminuyó "tomando cetirizina", niega otros signos y síntomas, niega sensación de alza térmica. Motivo por el cual se decide suspender el tratamiento antituberculosis. Reacción adversa a medicamentos (RAM): tramadol.

Examen físico:

PA: 110/70 mmHg, FC: 65 lpm, FR: 18 rpm, SatO₂: 99%

Piel: se evidencia erupción en cara y cuerpo. Resto del examen sin alteraciones.

5.1.2 Diagnóstico diferencial:

RAM dérmico por fármacos antituberculosis, síndrome de reacción con sensibilidad a medicamentos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS).

Plan de trabajo: se solicitó hemograma completo, perfil hepático y se realizó interconsulta con la especialidad de neumología.

5.1.3 Resultados de pruebas diagnósticas: dentro de los exámenes solicitados, no se encontraron alteraciones (tabla 1).

5.1.4 Diagnóstico: se confirmó RAM dérmico por fármacos antituberculosos.

5.1.5 Tratamiento:

Se suspendió tratamiento antituberculoso, se recomendó dieta hipoalérgica y como tratamiento farmacológico se indicó prednisona 20 mg por 3 días y clorfenamina 4 mg por 3 a 5 días hasta ser reevaluada por el especialista.

5.1.6 Plan de seguimiento:

Se realizó la interconsulta con la especialidad de neumología quien indicó retos de fármacos antituberculosos. Se deben incluir los medicamentos antituberculosis de manera progresiva y vigilar cuál de ellos es el causante de la reacción alérgica cutánea.

5.1.7 Evaluación crítica:

Las reacciones adversas cutáneas a fármacos anti tuberculosis (RACFA) ocupan en promedio el cuarto lugar en frecuencia después de las reacciones hepáticas y gastroenterológicas.¹ La gran mayoría de las RACFA no son graves, responden de manera adecuada al tratamiento sintomático y no presentan complicaciones. Sin embargo, estas reacciones pueden llegar a tener un impacto negativo en la calidad de vida del paciente afectando la adherencia al tratamiento, ya que los esquemas alternativos pueden requerir mayor tiempo de tratamiento o pueden ser menos efectivos.² Como resultado, el riesgo de falla terapéutica, recaída y abandono del tratamiento es mayor.

Es importante conocer los efectos adversos de los fármacos para la tuberculosis, ya que es una enfermedad muy común en nuestro país. Muchos de los pacientes en tratamiento generan un efecto adverso y se debe saber cómo actuar ante esta situación, son casos que se verán frecuentemente en nuestra vida profesional.

5.2 CASO CLÍNICO 2

5.2.1 Anamnesis:

Neonato masculino de 17 días de vida, producto de parto vaginal con APGAR 9 al 1 minuto y 9 a los 5 minutos, peso 3396 gr, talla 50 cm, incompatibilidad de grupo OB e ictericia neonatal. Madre de paciente refiere que no ha notado disminución de coloración amarillenta desde el nacimiento hasta la fecha, motivo por el cual acude a emergencia. Madre refiere que la alimentación de su menor hijo se basa en lactancia materna exclusiva, pero le da de lactar cada 4 a 5 horas. 2 días antes de su ingreso refiere que le da de lactar cada hora y media, debido a que acudió a consultorio de lactancia materna.

Examen físico:

FC: 124 lpm, FR: 28 rpm, T: 36.5°C

Paciente afebril, hidratado, ventilando espontáneamente. Presencia de ictericia hasta muslos.

5.2.2 Diagnóstico diferencial: ictericia neonatal por lactancia materna, ictericia neonatal por incompatibilidad de grupo OB.

Plan de trabajo: se solicitó hemograma completo, reticulocitos, bilirrubina total, bilirrubina directa e indirecta, LDH, sodio, cloro, PCR y prueba directa de Coombs.

5.2.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Dentro de los exámenes solicitados se evidencia aumento de bilirrubina (BT: 6.44 mg/dl) a predominio de bilirrubina indirecta, aumento de reticulocitos (4.08) y prueba de Coombs negativo.

5.2.4 Diagnóstico: se confirmó el diagnóstico de ictericia neonatal por lactancia materna, debido a la falta de aporte por los intervalos largos entre las horas de lactancia.

5.2.5 Tratamiento:

Se brindó consejería sobre los pasos para una buena lactancia materna exclusiva, se recomendó continuar con la lactancia materna cada 2 horas o a demanda y reevaluar al paciente en 2 días.

5.2.6 Plan de seguimiento:

Se indicó continuar con la lactancia materna exclusiva con el fin de reevaluar al paciente en 2 días para ver mejorías en cuanto a sus análisis de laboratorio y mejoría clínica. En caso el paciente continúe icterico y con valores de bilirrubinas alterados pasaría a ser hospitalizado para recibir fototerapia.

5.2.7 Evaluación crítica:

La ictericia se define como la coloración amarillenta de piel y mucosas por depósito de bilirrubinas, se considera fisiológica en la mayor parte de recién nacidos. El ayuno, la insuficiente alimentación proporciona una inadecuada ingesta de líquidos y de calorías que genera una eliminación lenta de la bilirrubina y aumenta la circulación enterohepática³. Es por esto, que se debe apoyar la alimentación natural, el apego precoz, el alojamiento conjunto, el amamantamiento a libre demanda y exclusivo, no uso de soluciones suplementarias, el fortalecimiento de los lactarios para enseñarles a las madres la forma de extracción de la leche y cómo conservarla para utilizarla en caso de separación madre – hijo⁴. Estas medidas ayudan a prevenir el apareamiento de ictericia temprana asociada a la lactancia materna.

Todas las madres deben recibir consejería sobre la lactancia materna exclusiva durante su alojamiento conjunto, además el personal de salud les debe brindar apoyo para que tengan una buena técnica de lactancia y se eviten complicaciones. La lactancia materna exclusiva genera muchos beneficios tanto para la madre como para el recién nacido, por ese motivo se debe hacer énfasis en todas las medidas de promoción. Se aconsejó a la paciente continuar con las citas en consultorio de lactancia materna y acudir a los controles de crecimiento y desarrollo de su menor hijo.

5.3 CASO CLÍNICO 3

5.3.1 Anamnesis:

Paciente masculino de 6 años acude a emergencia debido a que 2 semanas antes de su ingreso madre notó tumoración en axila izquierda de pequeño tamaño, con leve dolor. Madre de paciente refiere que tumoración fue aumentando de tamaño, había limitación en la movilización debido al dolor y fiebre 2 días (temperatura máxima de 39°C). Además, madre refiere que crían 4 gatos. Niega antecedentes de importancia.

Examen físico:

FC: 78 lpm, FR: 21 rpm, T: 36.3° C

Paciente afebril, se evidencia tumoración de 2 x 2 cm en zona axilar izquierda dolorosa a la palpación, no cambios de coloración. Además, se puede observar lesión tipo excoriación en antebrazo por arañazo de gato.

- 5.3.2 Diagnóstico diferencial: adenitis axilar a descartar tuberculosis ganglionar y enfermedad por arañazo de gato.

Plan de trabajo: se solicitó hemograma completo, PCR, procalcitonina, prueba de baciloscopia (BK) de esputo, orina, heces, IgG e IgM para *Bartonella henselae*.

- 5.3.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Dentro de los exámenes solicitados los reactantes de fase aguda tuvieron valores elevados indicando un cuadro infeccioso, se descartó tuberculosis ganglionar debido a que las pruebas de BK fueron negativas y la pruebas de IgG e IgM para *Bartonella henselae* fueron positivas.

- 5.3.4 Diagnóstico: se confirmó enfermedad por arañazo de gato debido a la presencia de inmunoglobulinas positivas.

- 5.3.5 Tratamiento: se decidió hospitalizar al paciente, se indicó dieta completa y tratamiento farmacológico con clindamicina 600 mg por 7 días, azitromicina 500 mg por 7 días y metamizol 1 gr condicional a temperatura mayor a 38°C.

- 5.3.6 Plan de seguimiento: durante los días de hospitalización se medía diariamente el tamaño de la adenopatía, la cual fue disminuyendo de tamaño y se volvió indolora. El paciente no presentó otras interurrencias.

- 5.3.7 Evaluación crítica:

La enfermedad por arañazo de gato es una zoonosis provocada por *Bartonella henselae* que afecta más a los niños y adultos jóvenes, la transmisión se da a través de un arañazo o mordedura de gato⁵. Esta enfermedad se caracteriza típicamente por linfadenopatía regional autolimitada, un pequeño porcentaje presentan enfermedad sistémica (atípica) que puede incluir fiebre prolongada, síntomas constitucionales, compromiso óseo, muscular, ocular, hepatoesplénico y otras manifestaciones menos frecuentes como encefalitis, neumonitis, endocarditis, púrpura trombocitopénica y eritema nudoso⁶.

Esta zoonosis es un problema de importancia en salud pública, se necesitan estrategias en su prevención y control. Se informó a los familiares del paciente que las maneras de reducir las posibilidades de contraer esta enfermedad son mediante el lavado de manos después de manipular los gatos, en caso haya presentado un arañazo lavar el sitio de lesión con agua y jabón y tratar a los gatos si es que presentan pulgas.

5.4 CASO CLÍNICO 4

5.4.1 Anamnesis:

Paciente mujer de 11 años acude a centro de salud acompañada de su madre para realizarse un chequeo completo y completar esquema de vacunación. Al momento de revisar esquema de vacunación en el sistema, se evidenció que no contaba con vacuna contra el virus del papiloma humana (VPH). Al informar a la madre, ella no tenía conocimiento sobre esta vacuna. Niega antecedentes de importancia.

Examen físico: paciente estable, examen físico sin alteraciones.

5.4.2 Diagnóstico: paciente con esquema de vacunación incompleto.

Plan de trabajo: se solicitó hemograma completo, urea, creatinina, glucosa, perfil hepático, perfil lipídico.

5.4.3 Resultado de pruebas diagnósticas: no se encontraron alteraciones en los exámenes solicitados.

5.4.4 Diagnóstico: paciente clínicamente sana con esquema de vacunación incompleto.

5.4.5 Tratamiento: se brindó consejería a la madre y a la paciente sobre la importancia de la vacuna contra el virus del papiloma humano y se procedió a completar esquema de vacunación.

5.4.6 Plan de seguimiento: se citó a la paciente 6 meses después para su segunda dosis y así poder completar esquema de vacunación.

5.4.7 Evaluación crítica:

Las estrategias de intervención para el cáncer de cuello uterino están basadas en la prevención primaria con vacunas y la prevención secundaria con diagnóstico y tratamiento oportuno. La introducción de la vacuna del VPH fue en el año 2006, dentro del esquema de vacunación del MINSA se encuentra la vacuna del VPH contra 4 serotipos (16, 18, 11, 6) que se aplica a niñas de 9 años hasta los 13 años 11 meses 29 días⁷. Esta vacuna es eficaz para prevenir lesiones intraepiteliales cervicales y al adenocarcinoma in situ⁸. Por ese motivo, es necesario la implementación de campañas informativas y charlas en colegios para garantizar que la población tenga conocimientos sobre la importancia de la vacunación y la prevención de enfermedades. En este caso, se realizó una pequeña charla dirigida a la paciente y su madre en área de vacunación, para que pueda completar esquema.

5.5 CASO CLÍNICO 5

5.5.1 Anamnesis:

Paciente mujer de 36 años, gestante de 36 semanas por Ecografía del I trimestre, acude a emergencia referida de su centro de salud debido a que presenta prurito en todo el cuerpo, predominantemente en las noches. Tiene como antecedente colelitiasis, antecedente obstétrico G1P0000.

Examen físico:

PA: 120/70 mmHg, FC: 67 lpm, FR: 17 rpm

Paciente estable, hidratada, ventilando espontáneamente, no se observan lesiones cutáneas primarias.

5.5.2 Diagnóstico diferencial:

Primigesta de 36 semanas por ecografía del I trimestre, a descartar colestasis intrahepática gestacional.

Plan de trabajo: se solicita hemograma, urea, creatinina, glucosa, ácidos biliares, perfil hepático, ecografía obstétrica, test no estresante.

5.5.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

En los exámenes solicitados se evidencia aumento de los ácidos biliares (16 umol/l), aumento leve de enzimas hepáticas (TGO:32, TGP: 34), resto de exámenes dentro de los parámetros normales.

5.5.4 Diagnóstico: se confirma colestasis intrahepática gestacional debido al aumento de ácidos biliares.

5.5.5 Tratamiento: se indicó ácido ursodesoxicólico 300 mg dos veces al día.

5.5.6 Plan de seguimiento:

Se decidió observar a la paciente debido a que los valores de ácidos biliares no estaban muy aumentados y las pruebas de bienestar fetal fueron adecuadas. Se indicó tratamiento médico, se explicó signos de alarma como sangrado vaginal, pérdida de líquido, cefalea intensa, tinitus o escotomas. En caso paciente acuda nuevamente a emergencia por severidad de síntomas se procederá a culminar la gestación.

5.5.7 Evaluación crítica:

La colestasis intrahepática del embarazo se caracteriza por prurito en la segunda mitad del embarazo a predominio de palmas y plantas y se agrava en las noches⁹. Se debe hacer seguimiento a estas pacientes debido a que los ácidos biliares atraviesan la placenta y pueden generar efectos negativos en el feto como óbito fetal, tinción de líquido amniótico con meconio, parto prematuro, síndrome de dificultad respiratoria neonatal¹⁰. Los síntomas y valores de laboratorio mejoran al culminar la gestación, además haber presentado esta enfermedad no es contraindicación de la lactancia materna exclusiva¹¹.

Se debe conocer los síntomas y complicaciones que genera esta enfermedad para que se pueda hacer un diagnóstico temprano y realizar un tratamiento adecuado que no genere daños en la madre ni en el feto.

5.6 CASO CLÍNICO 6

5.6.1 Anamnesis:

Paciente mujer de 23 años sexualmente activa, acude por presentar flujo vaginal blanquecino hace 4 días y dolor en hipogastrio de intensidad 6/10, niega sensación de alza térmica. Refiere usar preservativo de manera esporádica y no cuenta con pareja estable, inicio de relaciones sexuales a los 13 años, ha tenido 8 parejas sexuales. Niega antecedentes de importancia.

Examen físico:

Al tacto vaginal presenta dolor a la movilización del cérvix, a la especuloscopia se evidencia leucorrea con mal olor y cervicitis leve.

5.6.2 Diagnóstico diferencial: se planteó síndrome de dolor abdominal a descartar enfermedad inflamatoria pélvica y vulvovaginitis.

Plan de trabajo: se solicitó hemograma completo, PCR, ecografía transvaginal.

5.6.3 Resultados de pruebas diagnósticas: no se encontraron alteraciones en los exámenes solicitados. Ecografía transvaginal, anexos sin alteraciones, presencia de dolor a la ecopulsión.

5.6.4 Diagnóstico: síndrome doloroso abdominal por enfermedad inflamatoria pélvica.

5.6.5 Tratamiento:

Se indicó doxiciclina 100 mg cada 12 horas vía oral, metronidazol 500 mg cada 12 horas vía oral durante 14 días y ceftriaxona 250 mg intramuscular dosis única. Se recomendó evitar relaciones sexuales durante tratamiento y se realizó consejería sobre la salud sexual y reproductiva.

5.6.6 Plan de seguimiento:

Se citó a la paciente 2 semanas después de culminar tratamiento para que se realice la prueba de Papanicolaou, debido a que no contaba con chequeos ginecológicos y es una paciente con factores de riesgo, también se solicitaron pruebas de VIH y sífilis.

5.6.7 Evaluación crítica:

La enfermedad inflamatoria pélvica es una infección polimicrobiana ascendente causada principalmente por clamidia y gonorrea en mujeres sexualmente activas¹². La recurrencia de esta infección puede traer consecuencias negativas a largo plazo como dolor pélvico crónico, infertilidad o embarazo ectópico debido al daño tubárico ocasionado¹³. Por este motivo, se brindó consejería sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y sobre prácticas futuras de sexo seguro mediante el uso de preservativo para evitar infecciones vaginales recurrentes u otros tipos de infección de transmisión sexual.

5.7 CASO CLÍNICO 7

5.7.1 Anamnesis:

Paciente mujer de 37 años acude por emergencia por sangrado vaginal relacionado al coito, refiere mal olor de zona genital. Nunca se ha realizado Papanicolaou ni test de virus del papiloma humano (VPH).

Examen físico:

PA: 120/80 mmHg, FC: 69 lpm, FR: 20 rpm

Paciente estable, al tacto vaginal se encuentra cuello pético, indurado. Por especuloscopia se evidencia lesiones necróticas en endocérvix, cérvix acortado menor de 1 cm, sangrado con mal olor. Tacto rectal: parametrios pétreos, indurado, de bordes irregulares, aumentado de tamaño.

5.7.2 Diagnóstico diferencial: se planteó hemorragia uterina anormal a descartar cáncer de cuello uterino, pólipo cervical.

Plan de trabajo: se solicitó hemograma completo, urea, creatinina, colposcopia más biopsia, ecografía transvaginal, ecografía de riñones y vías urinarias.

5.7.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Se evidencia falla renal debido al aumento de urea (180 mg/dl) y creatinina (7 mg/dl), resto de exámenes de laboratorio sin alteraciones. El resultado de la biopsia fue adenocarcinoma epidermoide y en la ecografía de riñones y vías urinarias se evidencia hidronefrosis.

5.7.4 Diagnóstico: cáncer de cuello uterino estadio IIIB por compromiso renal.

5.7.5 Tratamiento: se realiza manejo por oncología médica para radioterapia y urología para colocación de sonda vesical.

5.7.6 Plan de seguimiento: paciente continúa tratamiento por oncología médica quienes le harán el seguimiento oportuno.

5.7.7 Evaluación crítica:

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud a nivel mundial. Se dispone como prueba de tamizaje el Papanicolaou, la cual es costo – efectiva y tiene una sensibilidad del 50% aproximadamente¹⁴. La realización continua de la prueba del Papanicolaou logró que disminuyera el número de casos nuevos y muertes¹⁵. Es por esto, que se deben implementar estrategias que informen a la población sobre el cáncer de cuello uterino, el virus del papiloma humano y las pruebas de tamizaje para una detección temprana de la enfermedad y así puedan tener un tratamiento adecuado. Además de las estrategias informativas, se deben incluir programas de despistaje de cáncer cervical basados en la citología vaginal. A toda paciente sexualmente activa se le debe preguntar si se ha realizado la prueba del Papanicolaou, en caso no lo haya hecho se debe aconsejar que acuda por consultorio para su chequeo ginecológico, ya que muchas mujeres no le toman la importancia adecuada por miedo, vergüenza o desinformación.

5.8 CASO CLÍNICO 8

5.8.1 Anamnesis:

Paciente mujer de 37 años acude por consultorio debido a que hace 3 meses notó la presencia de tumoración a nivel de areola en mama derecha que ha ido creciendo rápidamente, no presenta dolor. Antecedente familiar de cáncer de mama.

Examen físico:

Se encuentra tumor en mama derecha en radio 11 de aproximadamente 5 x 4 cm, móvil, bilobulado. No se evidencian cambios en la piel ni secreciones a través del pezón. Resto del examen sin alteraciones.

5.8.2 Diagnóstico diferencial: tumor benigno de mama a descartar cáncer de mama.

Plan de trabajo: se solicita hemograma completo y ecografía de mama.

5.8.3 Resultados de pruebas diagnósticas: no se evidenciaron alteraciones en los resultados del hemograma, en la ecografía se pudo apreciar tumor de aproximadamente 58 x 43 mm en mama derecha, no calcificaciones.

5.8.4 Diagnóstico: fibroadenoma de mama.

5.8.5 Tratamiento: se realizó tumorectomía en mama derecha, muestra fue enviada a anatomía patológica.

5.8.6 Plan de seguimiento: los resultados de anatomía patológica informan presencia de tumor filoides

5.8.7 Evaluación crítica:

El tumor filoides es un tumor fibroepitelial de mama que presenta una alta actividad mitótica, son de crecimiento rápido. En su forma menos agresiva se comportan como fibroadenomas de mama¹⁶. Estos tumores pueden ser benignos, borderline o malignos, el crecimiento excesivo se asocia más con un comportamiento agresivo y pueden recurrir localmente¹⁷. Después de la extirpación quirúrgica es importante seguir un control cada 6 meses al menos por 2 años, posteriormente continuar con controles anuales debido a las tasas de recurrencia.

Cuando se presenta una tumoración única en mama, se debe tener en cuenta al tumor filoides como diagnóstico diferencial. Sin embargo, este tumor presenta distintos tipos de comportamiento, por lo que se debe descartar la presencia de malignidad cuando el crecimiento es rápido. Es importante que el médico conozca el comportamiento y clínica de este tumor para poder hacer un buen diagnóstico. Además, se explicó a la paciente los pasos para realizarse un adecuado autoexamen de mama y los hallazgos anormales que deberían hacer que acuda de inmediato a su chequeo ginecológico.

5.9 CASO CLÍNICO 9

5.9.1 Anamnesis:

Paciente mujer de 37 años presenta sangrado vaginal abundante asociado a coágulos y dolor pélvico, hace 2 meses sangrado incrementa en volumen y duración. El día de hoy paciente presenta disnea, cansancio y palidez, motivo por el cual acude a emergencia. Paciente con deseo reproductivo. Antecedente obstétrico: G0P0000, fecha de última regla hace 1 mes, régimen catamenial 6 – 9/irregular, inicio de relaciones sexuales a los 14 años.

Examen físico:

PA: 110/90 mmHg, FC: 83 lpm, FR: 20 rpm

Paciente estable, luce pálida e hidratada. A la especuloscopia se evidencia sangrado de moderada cantidad asociado a coágulos.

5.9.2 Diagnóstico diferencial: se plantea hemorragia uterina anormal, etiología a determinar.

Plan de trabajo: se solicita beta HCG, hemoglobina, hematocrito, grupo y factor, ecografía transvaginal

5.9.3 Resultados de pruebas diagnósticas: se descarta la presencia de aborto debido a valores negativos de la beta HCG, la paciente presenta anemia moderada (hemoglobina: 9 g/dl), en la ecografía transvaginal se encuentra útero antroverso de 20 x 14 x 13 cm de forma irregular, densidad heterogénea, con endometrio de 23 mm con imagen isoecogénica sugerente de mioma submucoso, anexos sin alteraciones. Además, se observa imagen isoecogénica en cara anterior de 85 x 80 mm y cara posterior de 90 x 82 mm.

5.9.4 Diagnóstico: miomatosis uterina múltiple

5.9.5 Tratamiento: se hospitaliza a paciente y se indican hematóticos vía oral ya que cuenta con hemoglobina más de 7. Se realiza histeroscopia quirúrgica para resección de mioma submucoso.

5.9.6 Plan de seguimiento: se realiza interconsulta con reproducción humana, se evalúa posibilidad de miomectomía abierta, indicando a la paciente que sus posibilidades de gestación serían de alto riesgo.

5.9.7 Evaluación crítica:

Los miomas uterinos son tumores de células de músculo liso y fibroblastos del endometrio, aparecen en mujeres en edad reproductiva, pueden ser asintomáticos o generar síntomas de sangrado uterino anormal, dolor pélvico, síntomas de presión¹⁸. Además, existe una asociación entre la presencia de miomas y problemas de fertilidad y abortos espontáneos¹⁹. El tratamiento está dirigido a resolver o reducir los síntomas y se debe tener en cuenta los deseos reproductivos de las pacientes para un abordaje óptimo.

Existen diferentes tipos de miomas, es importante diferenciar la clínica que genera cada tipo y las asociaciones con la deformidad de la cavidad uterina, las cuales van a generar problemas en la vida reproductiva de las pacientes. Se debe hacer seguimiento continuo y tener presente las indicaciones para un tratamiento quirúrgico.

5.10 CASO CLÍNICO 10

5.10.1 Anamnesis:

Paciente varón de 64 años con diagnóstico de diabetes mellitus hace 4 años en tratamiento con insulina llega a emergencia inconsciente. familiar refiere que se encontraba caminando cuando empezó “a temblar” y se desmayó.

Examen físico:

PA: 120/70 mmHg, FC: 72 lpm, FR: 18 rpm, SatO₂: 99%

Paciente se encuentra despierto, escala de Glasgow 15/15, orientado en tiempo, espacio y persona.

5.10.2 Diagnóstico diferencial: se planteó hipoglicemia y crisis convulsiva.

Plan de trabajo: se solicitó hemograma, hemoglucotest, urea, creatinina.

5.10.3 Resultado de pruebas diagnósticas: se encuentra hipoglicemia (glucosa 57 mg/dl), resto de exámenes dentro de los parámetros normales.

5.10.4 Diagnóstico: hipoglicemia

5.10.5 Tratamiento: se administró dextrosa al 33% y se realizó interconsulta con especialidad de endocrinología para que evalúen dosis de insulina.

5.10.6 Plan de seguimiento:

Se realizó interconsulta con endocrinología donde indican que la dosis de insulina es la adecuada, se le explicó al paciente que debe comer antes de aplicarlo debido a que genera hipoglicemia. Y debe estar pendiente de los signos de hipoglicemia como son la sudoración, mareos, cefalea, visión borrosa.

5.10.7 Evaluación crítica:

La hipoglicemia es un factor limitante en el control de la glucosa en pacientes con diabetes tipo 1 y en diabetes tipo 2 que usan sulfonilureas, metiglinida o insulina, genera una hipoglicemia iatrogénica. Se caracteriza por síntomas neurogénicos como temblor, palpitaciones, ansiedad, sudoración, parestesias y síntomas neuroglucopénicos como mareos, debilidad, somnolencia, delirio²⁰. En pacientes que presentan diabetes mellitus tipo 2 se debe dar tratamiento con insulina al inicio de la enfermedad si hay pérdida de peso, cetonuria intensa o síntomas cardinales de diabetes, especialmente con hemoglobina glicosilada >9%²¹. Para mantener un adecuado autocontrol se debe enseñar al paciente y a sus familiares a ajustar la dosis de los medicamentos, planes de alimentación y ejercicio en función a los patrones de glucosa, se debe monitorizar sus niveles de glucosa durante el día y deben saber cuáles son los síntomas que genera la hipoglicemia.

La diabetes mellitus es una enfermedad común en la población, sin embargo, no todos los pacientes llevan un control adecuado de la glucosa, lo cual genera a largo plazo complicaciones. Es importante saber manejar a los pacientes diabéticos con fármacos orales o insulina dependiendo de sus necesidades, llevar un control de la glucosa para saber si el tratamiento es el adecuado o se debe cambiar la dosis. Se educó al paciente sobre el uso de la insulina y se explicó los riesgos de la enfermedad y de los medicamentos si no se usan de manera adecuada.

5.11 CASO CLÍNICO 11

5.11.1 Anamnesis:

Paciente varón de 35 años, acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 2 semanas de inicio insidioso, curso progresivo. Paciente refiere presentar cefalea tipo punzada a nivel global de intensidad 8/10 que calma con analgésicos. Niega fiebre, náuseas, vómitos, convulsiones. Antecedente de VIH hace 5 años sin tratamiento actual.

Examen físico:

PA: 110/60 mmHg, FC: 60 lpm, FR: 22 rpm

Paciente orientado en tiempo, espacio y persona, escala de Glasgow 15/15, no presenta signos meníngeos, pupilas isocóricas y reactivas, pares craneales conservados.

5.11.2 Diagnóstico diferencial: se planteó cefalea persistente en inmunosuprimidos a descartar meningoencefalitis por tuberculosis, criptococo o viral.

Plan de trabajo: se solicitó hemograma, urea, creatinina, glucosa, VDRL, tinta china y citología de líquido cefalorraquídeo (LCR) (tabla 2).

5.11.3 Resultado de pruebas diagnósticas: prueba de sífilis negativa, en citología de LCR se evidenció glucorraquia (glucosa 9 mg/dl), y presencia de células a predominio de linfomononucleares, (LMN 1000%), en la coloración de Gram se hallaron levaduras y el examen de tinta china salió positivo para *Criptococo neoformans*.

5.11.4 Diagnóstico: paciente VIH positivo con neurocriptococosis.

5.11.5 Tratamiento: se inició terapia para *Criptococo* con anfotericina B 0.7 mg/kg/día endovenoso y fluconazol 800 mg/día vía oral durante 2 semanas. Mantener cabecera 30°

5.11.6 Plan de seguimiento: se continuó con el tratamiento por 2 semanas, posteriormente el paciente fue dado de alta con un tratamiento de mantenimiento e inició terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). Paciente debe pasar por consultorio de infectología para chequeos posteriores de control de carga viral y CD4.

5.11.7 Evaluación crítica:

El *Criptococo neoformans* es un patógeno oportunista que se presenta en pacientes con SIDA y que tengan un recuento de CD4 < 100 células/microlitro. La meningitis es la manifestación más frecuente en personas con inmunosupresión²². En pacientes que no se encuentran en tratamiento antirretroviral, se sugiere el inicio de la terapia entre 2 y 10 semanas después de haber iniciado la terapia antimicótica, ya que se puede generar el síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria (SIRI), la cual generaría un deterioro clínico o una nueva presentación de la enfermedad criptocócica²³.

La infección por *Criptococo neoformans* suele afectar a pacientes con inmunosupresión, de ahí radica la importancia de recibir tratamiento antirretroviral constante en pacientes con VIH. Es importante tener en cuenta cuándo iniciar la terapia con antirretrovirales, ya que si se empieza durante la infección podría generar SIRS y empeorar la clínica.

5.12 CASO CLÍNICO 12

5.12.1 Anamnesis:

Paciente mujer de 22 años acude a consultorio por presentar desde hace 2 meses parestesia en hemicuerpo derecho de inicio insidioso y curso progresivo, estos episodios duran 10 minutos aproximadamente. Las parestesias iniciaron en zona facial y en los siguientes episodios comprometía más partes del cuerpo. Además, refiere que algunos de estos episodios han ido acompañados de náuseas y cefalea. Antecedente de infección por COVID 19 hace 3 meses.

Examen físico:

PA: 110/70 mmHg, FC: 62 lpm, FR: 19 rpm

Paciente alerta, lúcida, fuerza muscular conservada, reflejos osteotendinosos conservados.

5.12.2 Diagnóstico diferencial: accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio.

Plan de trabajo: se solicitó glucosa, perfil lipídico, tiempo de coagulación, tiempo de sangría y se hizo referencia al servicio de neurología de un hospital de mayor complejidad.

5.12.3 Resultado de pruebas diagnósticas: dentro de las pruebas solicitadas, no se evidenciaron alteraciones.

5.12.4 Diagnóstico: se necesitan más estudios para poder confirmar el diagnóstico.

5.12.5 Tratamiento: se brindó tratamiento sintomático para disminuir las náuseas y la cefalea con dimenhidrinato y naproxeno

5.12.6 Plan de seguimiento: el seguimiento será realizado por el servicio de neurología.

5.12.7 Evaluación crítica:

Paciente joven previamente sana comienza a presentar parestesias de corta duración al mes de presentar COVID 19, es importante pensar en que el antecedente de COVID puede estar asociado a este cuadro, debido a que los accidentes cerebrovasculares y otros eventos trombóticos se han notificado previamente en asociación con el síndrome respiratorio agudo severo debido a la hipercoagulabilidad²⁴. Además, se debe hacer un diagnóstico oportuno, ya que presentar accidentes isquémicos transitorios es factor de riesgo para generar accidente cerebro vascular isquémico²⁵.

5.13 CASO CLÍNICO 13

5.13.1 Anamnesis:

Paciente mujer de 36 años acude a consulta debido a que hace 6 meses presenta dolor abdominal, pirosis y reflujo gastroesofágico, estuvo tomando omeprazol de vez en cuando. Además, refiere náuseas e hinchazón abdominal por lo que se alimenta con sopas y a veces se induce el vómito para calmar la sensación nauseosa. Niega antecedentes de importancia.

Examen físico:

Peso 102 kg, talla 1.55 cm. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen superior, ruidos hidroaéreos presentes.

5.13.2 Diagnóstico diferencial:

Síndrome de dolor abdominal, descartar gastritis, pancreatitis aguda, colelitiasis. Obesidad grado III, descartar dislipidemia.

Plan de trabajo: se solicitó hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, perfil lipídico, perfil hepático, amilasa, lipasa, prueba serológica para H. pylori, ecografía abdominal y se envió interconsulta a nutrición.

5.13.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Dentro de las pruebas solicitadas se encontró aumento de colesterol (250 mg/dl) y triglicéridos (198 mg/dl), en la ecografía abdominal se evidenció aumento del diámetro del anillo gástrico (7 mm) lo cual nos indica inflamación de la pared de la mucosa gástrica. Resto de exámenes dentro de los parámetros normales.

5.13.4 Diagnóstico: paciente con obesidad grado III, síndrome de dolor abdominal: Gastritis, dislipidemia.

5.13.5 Tratamiento:

Se realizó interconsulta con nutrición quienes indicaron dieta hipograsa, realizar actividad física progresiva. Como tratamiento médico se indicó omeprazol 20 mg cada 12 horas, hidróxido de aluminio 1 hora después de cada comida y atorvastatina 20 mg cada 24 horas por 3 meses.

5.13.6 Plan de seguimiento:

Se recomendó a la paciente continuar tratamiento médico por 3 meses y luego ser reevaluada para un nuevo control lipídico. Además, la paciente continuará en seguimiento por nutrición.

5.13.7 Evaluación crítica:

Paciente con obesidad grado III despreocupada por su salud, no sigue el tratamiento ni las dietas que se le indica. Es importante dar a conocer a los pacientes que la obesidad es una enfermedad crónica, recurrente y progresiva²⁶. Además, es un factor de riesgo para desarrollar enfermedades no transmisibles como enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, diabetes mellitus, reflujo gastroesofágico, etc. Esta patología se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad²⁷. Por este motivo el manejo es multidisciplinario, se debe llevar un tratamiento integral para disminuir su peso, tratar de llevar una alimentación balanceada y así evitar complicaciones posteriores. En este caso se realizó interconsulta con nutrición y se explicó las complicaciones de la enfermedad para que paciente tome consciencia y sea constante con el tratamiento indicado.

5.14 CASO CLÍNICO 14

5.14.1 Anamnesis:

Paciente mujer de 37 años ingresa por emergencia con un cuadro clínico de dolor abdominal tipo cólico en fosa iliaca derecha asociado a náuseas y vómitos en 5 oportunidades, niega sensación de alza térmica. Antecedentes obstétricos G2 P2002, G1 parto vaginal 2009, G2 parto vaginal 2017. Fecha de última regla: 30/08/21, método anticonceptivo: implante subdérmico. Niega otros antecedentes de importancia.

Examen físico:

PA: 110/70 mmHg, FC: 71 lpm, FR: 17 rpm, SatO2: 98%

Paciente hemodinámicamente estable, presenta dolor abdominal a la palpación superficial en fosa iliaca derecha, rebote (+). Tacto vaginal: útero antroverso de 8 cm aproximadamente, se palpa masa en anexo derecho de aproximadamente 8 x 7 cm, no sangrado vaginal.

5.14.2 Diagnóstico diferencial: síndrome doloroso abdominal a descartar patología anexial, apendicitis.

Plan de trabajo: se solicitó hemograma, urea, creatinina, glucosa, VSG, PCR, beta HCG, ecografía transvaginal.

5.14.3 Resultado de pruebas diagnósticas: exámenes de laboratorio sin alteraciones. En la ecografía transvaginal se evidencia quiste simple de ovario derecho a descartar pedículo torcido

5.14.4 Diagnóstico: quiste simple de ovario.

5.14.5 Tratamiento: se realiza quistectomía derecha por laparotomía exploratoria

5.14.6 Plan de seguimiento: el diagnóstico postoperatorio fue quiste anexial derecho a pedículo torcido tres vueltas

5.14.7 Evaluación crítica:

La torsión de ovario se refiere a la rotación completa o parcial del ovario sobre el ligamento de soporte ocasionando una disminución del flujo sanguíneo, los factores de riesgo incluyen la presencia de una masa ovárica y tener antecedente de torsión de ovario previo²⁸. Esta patología se da, generalmente, en mujeres en edad reproductiva y es una causa frecuente de emergencia quirúrgica²⁹.

Esta patología es causa de abdomen quirúrgico, se presenta de manera súbita y puede ocasionar una pérdida significativa de la funcionalidad del ovario en cuanto a la duración de la torsión, por esta razón se debe llegar a un diagnóstico rápido para el manejo oportuno y evitar que el compromiso sea mayor.

5.15 CASO CLÍNICO 15

5.15.1 Anamnesis:

Paciente mujer de 20 años acude por sangrado vaginal de 3 días de evolución, dolor pélvico, náuseas, vómitos en 2 oportunidades y sensación de alza térmica.

Antecedentes obstétricos: G1 P0010.

Examen físico:

PA: 120/80 mmHg, FC: 73 lpm, FR: 18 rpm, T: 38.5°C, SatO₂: 98%

Paciente hemodinámicamente estable, febril, a la especuloscopia se evidencia sangrado escaso con mal olor, orificio cervical externo abierto.

5.15.2 Diagnóstico diferencial: se plantea síndrome febril a descartar aborto incompleto, aborto séptico.

Plan de trabajo: se solicita beta HCG, hemograma completo, urea, creatinina, glucosa, grupo y factor, electrocardiograma, ecografía transvaginal.

5.15.3 Resultado de pruebas diagnósticas: el hemograma presenta leucocitosis (11450 mm³) sin desviación a la izquierda, en la ecografía se puede apreciar útero anterversoflexo 82 x 39 mm, endometrio heterogéneo de 25 mm.

5.15.4 Diagnóstico: se confirma aborto séptico.

5.15.5 Tratamiento: se hospitalizó a paciente, se administraron antibióticos: amikacina 1 g cada 24 horas, ceftriaxona 2 g cada 24 horas, clindamicina 600 mg cada 8 horas y se procedió a realizar legrado uterino.

5.15.6 Plan de seguimiento: en los hallazgos operatorios se encontraron restos coriorresiduales de 50 cc aproximadamente con mal olor. Paciente acude a planificación familiar para consejería de métodos anticonceptivos.

5.15.7 Evaluación crítica:

Se define como aborto séptico a la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación (I trimestre) que se complica con una infección uterina. A nivel mundial, la mayoría ocurre como resultado de un aborto inseguro³⁰. Los microorganismos más frecuentemente asociados son de la flora vaginal de rutina o anaerobios, estos acceden a cavidad uterina y pueden invadir la placenta, endometrio, miometrio. El diagnóstico del aborto séptico es clínico, se debe sospechar en toda paciente que presenta signos y síntomas de infección uterina como dolor pélvico, fiebre y sangrado vaginal³¹. La sepsis puede progresar rápidamente, puede ser letal y generar el síndrome de Mondor, este cuadro clínico se caracteriza por la presencia de hemólisis severa, trastornos de coagulación intravascular diseminada, acidosis metabólica e insuficiencia renal aguda³². En pacientes que se encuentran hemodinámicamente estables, el tratamiento se basa en la restauración de la perfusión con fluidos endovenosos, inicio de terapia antibiótica de amplio espectro y la evacuación quirúrgica del útero³¹.

Se debe conocer los síntomas y signos característicos de esta patología, ya que la infección puede progresar de manera rápida y puede comprometer otros órganos y la vida de la paciente.

5.16 CASO CLÍNICO 16

5.16.1 Anamnesis:

Paciente varón de 9 años es traído a emergencia de pediatría por su madre debido a que presentó aumento de volumen de rodilla izquierda tras una caída, manifiesta limitación a la movilización. Madre de paciente refiere antecedente de hemofilia tipo A sin tratamiento actual.

Examen físico:

FC: 78 lpm, FR: 19 rpm

Paciente despierto, activo, ventilando espontáneamente, con dificultad para mantenerse de pie. Rodilla izquierda con aumento de volumen, no eritematosa, con limitación a la extensión y flexión, leve dolor a la movilización.

5.16.2 Diagnóstico diferencial: se plantea artritis séptica y hemartrosis.

Plan de trabajo: se solicita hemograma completo, PCR, VSG, tiempo de sangría, tiempo de protrombina, factor VIII, radiografía de rodilla izquierda, ecografía de rodilla izquierda.

5.16.3 Resultado de pruebas diagnósticas: el hemograma y los reactantes de fase aguda no revelan alteraciones, tiempo de sangría y tiempo de protrombina dentro de los valores normales. Se evidencia niveles del factor VIII por debajo del 1%. La ecografía muestra aumento de partes blandas secundario a sangrado articular. La radiografía muestra leve aumento del espacio articular.

5.16.4 Diagnóstico: se confirma hemartrosis por hemofilia tipo A

5.16.5 Tratamiento: se decide hospitalizar al paciente para reponer factor VIII 500 UI.

5.16.6 Plan de seguimiento: se realiza interconsulta con especialidad de hematología para programar siguientes citas para la administración de factor VIII.

5.16.7 Evaluación crítica:

La hemofilia A es una enfermedad hereditaria ligada al cromosoma X donde se encuentran alterado el factor de coagulación VIII. Esta patología se presenta en hombres, las mujeres son portadoras³³. Se puede clasificar dependiendo de la actividad residual del factor en leve (5 a 40%), moderado (1 – 5%) y severo (<1%)³⁴. Las manifestaciones clínicas se relacionan con hemorragia, los pacientes con hemofilia más grave tienen mayor probabilidad de presentar sangrados espontáneos. El sitio más común de sangrado es la hemartrosis, la cual es dolorosa y puede ser físicamente debilitante, la hemartrosis repetitiva puede generar secuelas en la articulación denominada artropatía hemofílica, las secuelas incluyen atrofia y contracción muscular, pérdida de densidad ósea con aumento de riesgo de fractura, dolor crónico, necesidad de reemplazo articular³⁵. Por esta razón, el objetivo del tratamiento se basa en evitar el daño articular a largo plazo, mejorar la calidad de vida del paciente, prevenir y tratar hemorragias con la reposición del factor de coagulación deficiente³³.

La hemofilia es una enfermedad que causa sangrados frecuentemente, un tratamiento precoz disminuye el dolor y daños en las articulaciones, músculos y órganos. Además, las personas que padecen de esta enfermedad pueden llevar una vida normal y saludable con tratamiento adecuado. Por esa razón, se conversó con los padres de familia para que no descuiden el tratamiento de su menor hijo.

5.17 CASO CLÍNICO 17

5.17.1 Anamnesis:

Paciente mujer de 26 años, gestante de 30 semanas 1/7 por ecografía del I trimestre, acude por percibir contracciones uterinas 3 horas antes del ingreso, acude con hoja de referencia de su centro de salud con diagnóstico de parto pretérmino y defecto del tubo neural. Percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, niega signos premonitorios. Antecedentes obstétricos G3 P1011, G1 parto vaginal en el 2011, G2 aborto en el 2017, G3 actual.

Examen físico:

PA: 100/70 mmHg, FC: 81 lpm, FR: 17 rpm, SatO₂: 99%

Paciente hemodinámicamente estable, altura uterina: 36 cm, dinámica uterina: 1/10 min cada 20 segundos, intensidad (+), situación: longitudinal, presentación: cefálico, posición: izquierdo, latidos cardiacos fetales: 136 lpm. Genitales externos no se evidencian pérdida de sangrado ni pérdida de líquido. Tacto vaginal: dilatación: dehiscente 1 dedo, incorporado: 50%, altura de presentación: - 4.

5.17.2 Diagnóstico diferencial: multigesta de 30 semanas 1/7 por ecografía del I trimestre, amenaza de parto pretérmino, defecto del tubo neural.

Plan de trabajo: se solicita glucosa, urea, creatinina, glucosa, grupo y factor, electrocardiograma, ecografía obstétrica, test no estresante.

5.17.3 Resultado de pruebas diagnósticas: exámenes de laboratorio sin alteraciones, en ecografía obstétrica se observa encefalocele occipital, polihidramnios. Paciente presenta alto riesgo de parto pretérmino por cervicometría (14 mm). Test no estresante: se evidencia estado fetal no tranquilizador.

- 5.17.4 Diagnóstico: multigesta de 30 semanas 1/7, amenaza de parto pretérmino, defecto del tubo neural (encefalocele), polihidramnios.
- 5.17.5 Tratamiento: paciente se hospitaliza para recibir maduración pulmonar con betametasona 12 mg intramuscular, se administra nifedipino 10 mg vía oral, se decide realizar cesárea de emergencia.
- 5.17.6 Plan de seguimiento: paciente presentó atonía uterina la cual fue resuelta en sala de operaciones con uterotónicos (oxitocina, ergotrate, misoprostol 600 microgramos sublingual y 400 microgramos transrectal). Recién nacido tuvo un peso de 1186 gr, APGAR 2 al minuto y 2 a los 5 minutos.
- 5.17.7 Evaluación crítica:

Los defectos del tubo neural son las malformaciones congénitas más graves del sistema nervioso central, son la segunda anomalía congénita mayor después de las malformaciones cardíacas³⁶. Se desarrolla cuando una parte del tubo neural no se cierra durante la tercera y cuarta semana de gestación, las causas son multifactoriales, sin embargo, el consumo de ácido fólico ayuda a disminuir el riesgo de presentar estas anomalías³⁷. Esta vitamina ayuda a la síntesis de ácidos nucleicos y proteínas, las cuales están elevadas durante las primeras semanas del embarazo, motivo por el cual los requerimientos de folatos aumentan³⁸. Se recomienda iniciar suplementación con ácido fólico al menos un mes antes de la concepción 400 microgramos una vez al día y en pacientes que presentan alto riesgo de descendencia con defectos de tubo neural se recomienda consumir dosis más altas de 1 a 4 mg, iniciar de uno a tres meses antes de la concepción, mantener la dosis las primeras 12 semanas y posteriormente reducirla a 400 microgramos³⁹.

Una estrategia de prevención sería aconsejar a todas las mujeres en edad fértil que consuman suplementos de ácido fólico desde el momento que planifiquen un embarazo. Sin embargo, muchas mujeres no planifican su embarazo, en este caso es fundamental las campañas educativas desde los centros de planificación familiar y los centros de salud. Durante el post parto, paciente pasó por planificación familiar y se recomendó que debe iniciar suplementación con ácido fólico cuando desee planificar un embarazo, también se le indicó que debe acudir a todos sus controles prenatales.

5.18 CASO CLÍNICO 18

5.18.1 Anamnesis:

Paciente varón de 8 años acude a consultorio debido a que presenta prurito intenso a predominio nocturno y lesiones tipo pápulas eritematosas en manos y brazo izquierdo, madre refiere que ella y su hijo menor también presentan los mismos síntomas. Madre refiere haber usado una colcha que tenía guardada todo el invierno y no había lavado.

Examen físico: se evidencia lesiones tipo pápulas eritematosas en manos y brazo izquierdo.

5.18.2 Diagnóstico diferencial: se planteó escabiosis y micosis.

Plan de trabajo: se solicitó raspado de piel.

5.18.3 Resultado de pruebas diagnósticas: raspado de piel negativo para hongos.

5.18.4 Diagnóstico: escabiosis

5.18.5 Tratamiento: se indicó dieta hipoalérgica, enseñar medidas generales de limpieza para evitar contagio de escabiosis. Como tratamiento farmacológico se indicó permetrina 5% aplicación única después del baño del cuello hacia abajo, no aplicar en rostro ni en cuero cabelludo y clorfenamina 4 mg vía oral para disminuir el prurito

5.18.6 Plan de seguimiento: se cita a paciente en 2 semanas para control

5.18.7 Evaluación crítica:

La escabiosis o sarna es una parasitosis causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*, que se transmite a través de contacto directo y prolongado de piel a piel, puede ocurrir entre miembros de familia⁴⁰. Esta patología se caracteriza por erupciones papulares pruriginosas en dedos, muñecas, axilas, areolas, cintura, genitales, nalgas. Estas lesiones pueden complicarse con infecciones secundarias por estafilococo o estreptococo generando impétigo, ectima y forunculitis⁴¹.

El tratamiento incluye medidas higiénico dietéticas como el lavado de la ropa a altas temperaturas y el tratamiento farmacológico de primera línea es la aplicación de permetrina tópica al 5%, la administración oral de 2 dosis de ivermectina de 200 ug/kg separadas por una semana o benzoato de bencilo tópico⁴². Los contactos cercanos pueden tener sarna activa sin presencia de síntomas, por ese motivo es importante llevar un tratamiento simultáneo con los convivientes para evitar el ciclo de transmisión y reinfestación⁴¹.

5.19 CASO CLÍNICO 19

5.19.1 Anamnesis:

Paciente mujer de 24 años, gestante de 37 semanas 2/7 por ecografía del I trimestre, acude a emergencia por presentar desde hace 3 horas dolor abdominal tipo contracción y cefalea. Niega pérdida de líquido, niega pérdida de sangre. Antecedente obstétrico G2 P1001, G1 cesárea por preeclampsia 2018, G2 actual.

Examen físico:

PA: 160/100 mmHg, FC: 70 lpm, FR: 20 rpm

Paciente con presencia de edemas en miembros inferiores. Altura uterina: 35 cm, dinámica uterina: 1/10 minutos, situación: longitudinal, presentación: cefálico, posición: izquierdo, latidos cardiacos fetales: 137 lpm. Al tacto vaginal: dilatación: dehiscente 1 dedo, incorporado: 40%, altura de presentación: -4.

5.19.2 Diagnóstico diferencial: secundigesta de 37 semanas 2/7 por ecografía del I trimestre en trabajo de parto fase latente, enfermedad hipertensiva del embarazo: descartar preeclampsia con criterios de severidad.

Plan de trabajo: se solicita hemograma, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático, fibrinógeno, LDH, proteínas en orina de 24 horas, grupo y factor, ecografía obstétrica.

5.19.3 Resultado de pruebas diagnósticas: en los exámenes solicitados se encontró proteinuria (508 mg/dl), fibrinógeno aumentado (798 mg/dl), resto de exámenes dentro de los parámetros normales.

5.19.4 Diagnóstico: se confirma enfermedad hipertensiva del embarazo: preeclampsia con criterios de severidad.

5.19.5 Tratamiento: paciente pasa a centro obstétrico para cesárea de emergencia.

5.19.6 Plan de seguimiento: después de la cesárea paciente pasa a sala de recuperación donde se le administra nifedipino 10 mg vía oral y sulfato de magnesio como neuroprotección. Se monitorea presión arterial, frecuencia respiratoria, diuresis y reflejos osteotendinosos.

5.19.7 Evaluación crítica:

La preeclampsia es un trastorno multisistémico caracterizada por hipertensión $>140/90$ mmHg asociada a proteinuria >300 mg en orina de 24 horas en la segunda mitad del embarazo⁴³. Las pacientes con mayor riesgo de presentar esta enfermedad son las que tienen antecedente de preeclampsia, gestación múltiple, diabetes mellitus, hipertensión arterial crónica, enfermedad renal crónica o enfermedad autoinmune⁴⁴. Se define preeclampsia con criterios de severidad cuando la presión arterial es $>160/110$ mmHg, hay presencia de fotopsias, escotomas, cefalea, elevación de transaminasas >2 veces el límite superior, trombocitopenia (plaquetas < 100 mil), alteración de la función renal (creatinina > 1.1 mg/dl) o edema pulmonar. La mayoría de estas pacientes se programan para culminar la gestación debido a las complicaciones maternas y fetales que se pueden generar. Dentro de las complicaciones maternas se encuentra el edema pulmonar, encefalopatía hipertensiva, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, eclampsia, infarto de miocardio y las complicaciones fetales incluyen restricción del crecimiento u óbito fetal⁴⁵. Es importante educar a la paciente con preeclampsia, deben conocer los signos y síntomas de alarma y deben monitorear los movimientos fetales diariamente. Además, deben tener un seguimiento continuo de la presión arterial, exámenes de laboratorio y se debe monitorizar el bienestar fetal⁴⁶.

5.20 CASO CLÍNICO 20

5.20.1 Anamnesis:

Paciente femenina de 2 años y 6 meses acude a centro de salud con su madre, quien refiere que su hija ha perdido peso, ha disminuido su apetito, presenta dolor abdominal difuso y refiere que duerme más de lo normal. Paciente se encuentra en su cuarto mes de tratamiento para anemia y no logra normalizar sus valores de hemoglobina a pesar de ser constante en su tratamiento. Actualmente en tratamiento con hierro polimaltosado 50 mg. Niega otros antecedentes de importancia.

Examen físico:

FC: 90 lpm, FR: 16 rpm, T: 36.5°C

Paciente hemodinámicamente estable, afebril, abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos presentes.

5.20.2 Diagnóstico diferencial: descartar parasitosis intestinal.

Plan de trabajo: se solicita hemoglobina control, examen parasitológico seriado, test de Graham.

5.20.3 Resultado de pruebas diagnósticas: paciente con hemoglobina de 10.6 mg/dl, examen parasitológico: quistes de Giardia lamblia.

5.20.4 Diagnóstico: se confirma parasitosis intestinal

5.20.5 Tratamiento: se suspende tratamiento con hierro polimaltosado, se inicia metronidazol 250 mg tomar 1.5 ml cada 8 horas vía oral por 10 días. Se realiza interconsulta con nutrición.

5.20.6 Plan de seguimiento: tratamiento con hierro polimaltosado se debe retomar al terminar tratamiento para giardiasis, paciente continúa seguimiento en nutrición y se brinda consejería integral sobre lavado de manos y limpieza de alimentos.

5.20.7 Evaluación crítica:

La parasitosis es un problema de salud pública frecuente en niños, está relacionado a la pobreza, a la inadecuada higiene personal y de alimentos, a la falta de servicios sanitarios, falta de agua potable y contaminación fecal del ambiente⁴⁷. La infección por *Giardia lamblia* es una parasitosis frecuente, los quistes se excretan en las heces y pueden sobrevivir en ambientes húmedos durante periodos prolongados, éste parásito puede generar diarrea o infección asintomática, pero los niños infectados pueden tener problemas de crecimiento y desarrollo⁴⁸. La educación sanitaria con padres de familia en las sesiones educativas permitió el aprendizaje de prácticas higiénicas y hábitos saludables en la comunidad escolar y así la reducción de infecciones parasitarias⁴⁷. En este caso se recomendó tener prácticas adecuadas de lavado de manos, buen lavado y cocción de alimentos y no consumir agua contaminada.

5.21 CASO CLÍNICO 21

5.21.1 Anamnesis:

Paciente mujer de 47 años acude a servicio por dolor sacro intenso, que limita la movilización. Paciente se realiza radiografía pélvica donde se evidencia presencia de dispositivo intrauterino (DIU), refiere que a los 30 años se colocó el DIU de cobre y que hace 4 años se lo habían sacado. Sin embargo, en la radiografía se puede evidenciar que aún estaba presente (figura 1).

Examen físico: paciente estable con dolor a nivel sacro a la palpación. Resto del examen sin alteraciones.

5.21.2 Diagnóstico diferencial: paciente con falta de conocimiento en planificación familiar.

Plan de trabajo: se realiza interconsulta con obstetricia.

5.21.3 Resultado de pruebas diagnósticas: no se requirieron pruebas adicionales.

5.21.4 Diagnóstico: falta de conocimientos en métodos de planificación familiar

5.21.5 Tratamiento: se realizó interconsulta con obstetricia para retiro de DIU

5.21.6 Plan de seguimiento: servicio de obstetricia realiza seguimiento a la paciente para que acuda a sus chequeos ginecológicos anuales. Servicio de medicina le recetó tratamiento antiinflamatorio (naproxeno 550 mg cada 8 horas), debido a que no hubo alteraciones en su radiografía de pelvis.

5.21.7 Evaluación crítica:

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo reversible de acción prolongada que presenta una alta eficacia y seguridad. Existen dos tipos de DIU, de cobre y de levonorgestrel. El DIU de cobre puede ser usado 10 años, sin embargo, va a depender de la edad de la paciente. En mujeres menores de 25 años se recomienda reemplazarlo después de 10 años debido a que la fertilidad es mayor, en mujeres de 25 a 34 años se puede dejar hasta 12 años y en mujeres mayores de 35 años se puede dejar hasta la menopausia si la paciente lo desea⁴⁹. La mayoría de mujeres puede usar este método de manera segura, pero pueden tener efectos secundarios como sangrado irregular, dolor pélvico e infecciones vaginales⁵⁰.

Es importante brindar consejería personalizada a las pacientes para que puedan conocer las diferentes opciones de métodos anticonceptivos, conozcan las ventajas y desventajas de cada uno y sus formas de uso. No todos los métodos anticonceptivos son adecuados para todas las personas, cada cuerpo genera distintas reacciones, por eso se debe elegir un método en base a las necesidades de cada persona. Se explicó a la paciente los métodos anticonceptivos existentes, sus riesgos y beneficios, además se recomendó acudir a planificación familiar para complementar la información brindada y elegir el método de su preferencia.

5.22 CASO CLÍNICO 22

5.22.1 Anamnesis:

Paciente de 26 años, gestante de 25 semanas, acude por disuria, tenesmo y aumento en la frecuencia de micción, niega sensación de alza térmica. Antecedente obstétrico G1 P0000.

Examen físico:

PA: 110/70 mmHg, FC: 65 lpm, FR: 18 rpm, T: 36.5°C

Paciente afebril, puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-).

5.22.2 Diagnóstico: infección del tracto urinario.

Plan de trabajo: se solicita examen de orina completo, urocultivo.

5.22.3 Resultado de pruebas diagnósticas: en el examen de orina se evidencia leucocitos 20 – 30 por campo, nitritos 1+, gérmenes abundantes

5.22.4 Diagnóstico: infección del tracto urinario

5.22.5 Tratamiento: se indicó nitrofurantoína 100 mg vía oral cada 8 horas por 7 días, paracetamol 500 mg vía oral cada 8 horas por 4 días.

5.22.6 Plan de seguimiento: reevaluación en 7 días y acudir a controles pre natales

5.22.7 Evaluación crítica:

La infección del tracto urinario es una de las complicaciones obstétricas más frecuentes, causado generalmente por E. Coli⁵¹. Es una patología que se debe tratar adecuadamente en gestantes, debido a que se relaciona con shock séptico, complicaciones perinatales y obstétricas. Dentro de las complicaciones obstétricas se asocia a ruptura prematura de membranas, restricción de crecimiento uterino, anemia, aborto, preeclampsia y muerte materno-fetal. Dentro de las complicaciones perinatales se encuentra el bajo peso al nacer, distrés respiratorio, sepsis y muerte fetal⁵². Por ello, es primordial brindar una atención integral en la atención prenatal para que se permita identificar tempranamente aquellas pacientes en riesgo de desarrollar ITU.

5.23 CASO CLÍNICO 23

5.23.1 Anamnesis:

Paciente de 6 años edad procedente de Pucallpa, acude a consulta con su madre debido que hace 2 meses se tropezó con un escalón y se fracturó el fémur, acudieron a un hospital de su región donde le indicaron que no podía ser operada.

Examen físico:

FC: 77 lpm, FR: 20 rpm

Paciente presenta deformidad de pierna derecha y necesita terapia de rehabilitación.

5.23.2 Diagnóstico: fractura de fémur.

Plan de trabajo: se solicita radiografía de muslo izquierdo

5.23.3 Resultado de pruebas diagnósticas: se evidencia fractura marcada, desplazada de fémur (figura 2)

5.23.4 Diagnóstico: se confirma fractura de fémur

5.23.5 Tratamiento: se envía referencia al instituto nacional de rehabilitación para que paciente pueda tener sesiones de terapia física.

5.23.6 Plan de seguimiento: especialidad de terapia física y rehabilitación continuarán con el seguimiento de la paciente

5.23.7 Evaluación crítica:

Las fracturas de la diáfisis del fémur se encuentran dentro de las fracturas diafisiarias más frecuentes en los niños, las caídas desde una altura baja o al correr pueden generar este tipo de lesión⁵³. El tratamiento inicial se basa en la estabilización del paciente evaluando la afectación vascular mediante pulsos periféricos, analgesia e inmovilización. Posteriormente, se decidirá el cuidado definitivo, el cual puede variar desde la inmovilización con férula hasta tratamiento quirúrgico abierto dependiendo de la edad del paciente⁵⁴. A lo largo del proceso de consolidación, se presentan complicaciones tardías como hipercrecimiento de la pierna afectada, desviaciones axiales, deformidad rotacional, refractura, pseudoartrosis y lesión del nervio ciático⁵⁵. Todos los pacientes con fracturas de fémur tienen limitaciones tempranas en la movilidad, por eso se requiere de terapia física en pacientes que tienen edad para moverse con muletas o andadores⁵³.

Es fundamental conocer y realizar las medidas iniciales ante un paciente politraumatizado o que presenta una fractura reciente, se administrará fluidos, analgésicos y se inmovilizará miembro afectado. Además, se debe evaluar si hay presencia de lesiones neurovasculares y descartar complicaciones precoces. Es un caso que podría llegar a la emergencia y como médicos debemos saber cómo manejarlo inicialmente.

5.24 CASO CLÍNICO 24

5.24.1 Anamnesis:

Paciente mujer de 72 años acude a emergencia por cefalea súbita de intensidad 10/10, vómito en una ocasión y alteración en el habla. Antecedente de hipertensión arterial en tratamiento irregular con enalapril, consumo de tabaco más de 10 años 2 a 3 cigarrillos al día.

Examen físico:

PA 220/110 mmHg, FC: 110 lpm, FR: 23 rpm

Paciente despierta, desorientada, no obedece órdenes, escala de Glasgow: 11/15 (apertura ocular: 4, respuesta verbal: 2, respuesta motora: 5), pupilas puntiformes reactivas, rigidez de nuca ++/+++.

5.24.2 Diagnóstico diferencial: accidente cerebrovascular hemorrágico, descartar hemorragia subaracnoidea.

Plan de trabajo: se solicita tomografía cerebral sin contraste.

5.24.3 Resultado de pruebas diagnósticas: en la tomografía cerebral se evidencia hemorragia subaracnoidea escala de Fisher IV por aneurisma roto.

5.24.4 Diagnóstico: hemorragia subaracnoidea por aneurisma roto.

5.24.5 Tratamiento: se hospitaliza a paciente en unidad de cuidados intensivos (UCI) donde recibe manitol, nimodipino 60 mg cada 4 horas, metoclopramida 10 mg endovenoso cada 8 horas, fenitoína 100 mg endovenoso cada 8 horas, diazepam 10 mg endovenoso condicional a convulsiones, metamizol 1 gr condicional a $T > 38^{\circ}$, cabecera 30°

5.24.6 Plan de seguimiento: paciente evaluada por neurología quienes indican que no es tributaria de manejo neuroquirúrgico por alto riesgo de mortalidad. Se brinda soporte ventilatorio expectante y neuro monitoreo.

5.24.7 Evaluación crítica:

La hemorragia subaracnoidea es un pequeño porcentaje de todos los eventos cerebrovasculares, sin embargo, es una patología con alta mortalidad por el sangrado originado y por sus complicaciones. La mayoría de ellos se debe a la ruptura de aneurisma espontánea⁵⁶. Se caracteriza por cefalea intensa de inicio súbito, puede tener síntomas asociados como pérdida de la consciencia, vómitos, dolor o rigidez de cuello y el estándar de oro diagnóstico es la tomografía sin contraste⁵⁷. Los factores que tienen mayor riesgo para la formación de aneurismas son la hipertensión arterial, el tabaquismo y tener antecedentes familiares de hemorragia subaracnoidea⁵⁸. Los pacientes con hemorragia subaracnoidea por aneurisma deben ingresar a unidad de cuidados intensivos para un control estricto hemodinámico, cardíaco y neurológico, ya que se asocia a una alta tasa de mortalidad temprana relacionada al sangrado inicial, el resangrado, el vasoespasmo, hidrocefalia, aumento de la presión intracraneal, convulsiones y complicaciones cardíacas⁵⁹.

El cuadro inicial de cefalea puede ser catalogado erróneamente como una crisis migrañosa o cefalea crónica, esto conlleva a un retraso en el diagnóstico y aumenta la mortalidad y las secuelas. Por tal motivo, es de suma importancia conocer la clínica de hemorragia subaracnoidea y conocer los factores de riesgo para llegar a un diagnóstico a tiempo.

5.25 CASO CLÍNICO 25

5.25.1 Anamnesis:

Paciente mujer de 24 años acude a consulta con un tiempo de enfermedad de 5 meses caracterizado por irregularidades en el ciclo menstrual (régimen catamenial 4 – 6/ irregular), dismenorrea, acné de moderada intensidad. Niega antecedentes patológicos de importancia.

Examen físico:

Se evidencia hirsutismo, acné en zona de frente, mejillas y mentón, obesidad tipo central.

5.25.2 Diagnóstico: se plantea síndrome de ovario poliquístico.

Plan de trabajo: se solicitó perfil tiroideo y ecografía transvaginal

5.25.3 Resultado de pruebas diagnósticas: perfil tiroideo sin alteraciones, la ecografía transvaginal informa poliquistosis ovárica bilateral: ovario derecho de 30 x 21 mm, ovario izquierdo de 27 x 20 mm (figura 3).

5.25.4 Diagnóstico: síndrome de ovario poliquístico

5.25.5 Tratamiento: se indican AINES condicional a la dismenorrea y anticonceptivos orales combinados por 3 meses.

5.25.6 Plan de seguimiento: se realizó interconsulta con nutrición quienes indican inicio de actividad física de manera progresiva, dieta hipograsa.

5.25.7 Evaluación crítica:

El síndrome de ovario poliquístico es una endocrinopatía común en mujeres en edad reproductiva. Se caracteriza por alteración menstrual oligomenorrea o amenorrea, disfunción ovulatoria que resulta en infertilidad, hiperandrogenismo que se expresa con hirsutismo, acné, alopecia y el aspecto poliquístico en los ovarios en la ecografía transvaginal⁶⁰. La elección del tratamiento se basa en las prioridades de la paciente, principalmente es el cambio en el estilo de vida realizando actividad física y dieta hipocalórica, la cual reduce el riesgo cardiovascular, se deben someter a pruebas de tamizaje de diabetes mellitus debido al alto riesgo de desarrollar la enfermedad, también deben realizar pruebas de cribado de enfermedad cardiovascular mediante el control del IMC y perfil lipídico. En pacientes sin deseos de embarazo el tratamiento de primera línea son los anticonceptivos orales, estos van a disminuir la disponibilidad de andrógenos, y en mujeres con deseo de embarazo el tratamiento de primera línea es el citrato de clomifeno, el cual genera inducción de la ovulación⁶¹.

Este síndrome afecta la calidad de vida de las pacientes que lo padecen, generan alteraciones en el ciclo menstrual y pueden afectar la fertilidad. El diagnóstico temprano puede disminuir la incidencia de enfermedades que se presentan de forma secundaria a las alteraciones metabólicas y se debe hacer énfasis en la alimentación adecuada y la actividad física, estos también forman parte del tratamiento de primera línea.

5.26 CASO CLÍNICO 26

5.26.1 Anamnesis:

Paciente mujer de 30 años, gestante de 38 semanas por ecografía del I trimestre. Refiere contracciones uterinas esporádicas y pérdida de líquido claro hace 12 horas. Percibe movimientos fetales, niega pérdida de sangre. Antecedentes obstétricos G3 P1011.

Examen físico:

Paciente afebril, altura uterina: 35 cm, dinámica uterina: esporádico, situación: longitudinal, presentación: cefálico, posición: derecho, latidos cardíacos fetales: 145 lpm. Se evidencia pérdida de líquido a través de genitales externos. Tacto vaginal: dilatación: dehiscente 1 dedo, incorporado: 60%, altura de presentación: -3.

5.26.2 Diagnóstico diferencial: tercigesta de 38 semanas, pródromos de trabajo de parto, ruptura prematura de membranas.

Plan de trabajo: se solicitó hemograma completo, urea, creatinina, glucosa, perfil hepático, perfil de coagulación, grupo y factor, electrocardiograma, ecografía obstétrica.

5.26.3 Resultados de pruebas diagnósticas: exámenes de laboratorio sin alteraciones, ecografía obstétrica muestra oligohidramnios.

5.26.4 Diagnóstico: se confirma ruptura prematura de membranas prolongado

5.26.5 Tratamiento: paciente pasa a centro obstétrico para manejo donde se da terapia antibiótica con cefazolina 1gr endovenoso.

5.26.6 Plan de seguimiento: paciente tuvo parto vaginal sin complicaciones, recién nacido con APGAR de 9 al minuto y 9 a los 5 minutos.

5.26.7 Evaluación crítica:

La ruptura prematura de membranas (RPM) se refiere a la rotura de membranas antes del inicio de las contracciones uterinas. Presenta como factores de riesgo el tener RPM en un embarazo anterior, infecciones cervicovaginales, infecciones del tracto genital, anemia durante la gestación. Se manifiesta con la pérdida repentina de líquido transparente o amarillo pálido de la vagina, en la ecografía pueden presentar oligohidramnios⁶². El recién nacido tiene mayor riesgo de morbi-mortalidad que la madre, el feto se relaciona con parto prematuro, oligohidramnios que puede generar hipoplasia pulmonar, anomalías faciales u ortopédicas. En la madre se puede desarrollar corioamnionitis, endometritis o septicemia, la frecuencia de infección es mayor a menor edad gestacional⁶³. En gestantes a término se sugiere la pronta inducción del trabajo de parto, la cual reduce la infección materna y neonatal⁶⁴.

La pérdida de líquido es un signo de alarma para que la paciente acuda por emergencia, se debe tener en cuenta las horas que la paciente va perdiendo líquido, debido a que mientras más horas transcurran hay un mayor riesgo de infección y mayor riesgo de morbi-mortalidad para la madre y para el feto. Por ese motivo, se explica signos de alarma a toda gestante que acude a sus controles prenatales.

5.27 CASO CLÍNICO 27

5.27.1 Anamnesis:

Paciente varón de 58 años, con antecedente de úlcera por varices grado IV, acude a emergencia por presentar sensación de alza térmica, malestar general y lesión en miembro inferior izquierdo. Refiere episodio similar hace 1 año.

Examen físico:

Paciente en mal estado general, se evidencia aumento de volumen en miembro inferior izquierdo asociado a tejido necrótico en 1/3 inferior interno, no se evidencia sangrado ni tejido de granulación. Resto dentro de los límites normales.

5.27.2 Diagnóstico: úlcera varicosa infectada,

Plan de trabajo: se solicita hemograma, PCR, procalcitonina, análisis de gases arteriales (AGA).

5.27.3 Resultado de pruebas diagnósticas: el hemograma evidenció leucocitosis (14 000 mm³) sin desviación izquierda, PCR: 25 y procalcitonina: < 0.5, el AGA no mostró alteraciones.

5.27.4 Diagnóstico: úlcera varicosa infectada

5.27.5 Tratamiento: se procede a limpiar herida y retirar tejido necrótico, hasta encontrar tejido vitalizado (figura 4), se indica cobertura antibiótica de amplio espectro y curaciones diarias cada 12 horas, además de evaluación por cirugía cardiovascular para exámenes complementarios y sugerencias.

5.27.6 Plan de seguimiento: se continuó con curaciones diarias y terapia antibiótica, con mejora significativa tanto clínica como laboratorial, se programó para ecografía doppler y control por consultorio externo por especialidad de cirugía cardiovascular.

5.27.7 Evaluación crítica:

La insuficiencia venosa crónica es una alteración funcional del retorno venoso debido a la incompetencia valvular venosa⁶⁵. Los factores de riesgo para presentar esta patología incluyen edad avanzada, antecedentes familiares de enfermedad venosa, estar de pie por tiempo prolongado, índice de masa corporal alto, tabaquismo, traumatismo en extremidades inferiores, trombosis venosa previa, estados de hiperestrogenismo, embarazo⁶⁶. Los síntomas comunes en estos pacientes incluyen pesadez o dolor de piernas, dolor punzante o ardiente, picazón e hinchazón de las extremidades, estos síntomas empeoran cuando se está de pie por periodos prolongados y mejora con la elevación de las extremidades y la marcha. Además, esta enfermedad causa comúnmente úlceras en las extremidades inferiores, generalmente, se ubican en la parte media del tobillo sobre una vena perforante o cerca del maléolo lateral, o a lo largo del curso de las venas safenas mayor o menor. Las úlceras pueden ser múltiples o únicas y son muy dolorosas cuando están infectadas, son superficiales, exudativas y tienen una base de granulación⁶⁷. Para los pacientes con síntomas venosos crónicos se sugiere la elevación de las piernas, ejercicios de piernas, medias de compresión, la ulceración venosa se trata con desbridamiento de la herida según sea necesario, curaciones, apósitos en torno de la herida⁶⁸.

Se recomienda hacer énfasis en la prevención de la aparición de úlceras varicosas, ya que estas generan un impacto negativo en la calidad de vida del paciente porque son de lenta recuperación, tienen altas posibilidades de infección, genera limitación en la movilidad y dolor. Paciente acude de manera interdiaria a realizarse curaciones, ver que la herida presenta mejorías le brinda ánimos para continuar tratamiento. Durante la realización de las limpiezas se conversa con el paciente para que comprenda que el cierre de la herida toma tiempo y no debe descuidarse.

5.28 CASO CLÍNICO 28

5.28.1 Anamnesis:

Paciente masculino de 2 años, es traído por madre, la cual refiere que hace 2 días, presento hiporexia y rinorrea profusa, hace 4 horas madre refiere que menor presentó, aumento de temperatura (39° C) rigidez y movimientos involuntarios, asociado a pérdida de conciencia que duró 2 minutos aproximadamente y remitió de manera espontánea. Niega otros episodios similares, niega otros antecedentes de importancia.

Examen físico:

Paciente despierto, activo y reactivo a estímulos, ventilando espontáneamente, tono y fuerza muscular conservado, al momento de la evaluación presenta una temperatura de 38.1 °C, orofaringe levemente eritematosa sin presencia de placas. Resto del examen no significativo.

5.28.2 Diagnóstico diferencial: se plantea rinofaringitis, crisis convulsiva: descartar convulsión febril.

Plan de trabajo: se solicita hemograma, electrolitos, glucosa.

5.28.3 Resultado de pruebas diagnósticas: exámenes de laboratorio sin alteraciones.

5.28.4 Diagnóstico: rinofaringitis, convulsión febril

5.28.5 Tratamiento: se indica paracetamol horario y medios físicos.

5.28.6 Plan de seguimiento: se mantuvo en observación por 6 horas, sin evidencia de nuevo episodio de convulsión, se explica a madre signos de alarma.

5.28.7 Evaluación crítica:

Las convulsiones febriles son trastornos convulsivos benignos y autolimitados, frecuentes en niños menores de 5 años. Son eventos que coinciden con procesos febriles sin infección del sistema nervioso central, trastornos metabólicos, ni anomalías neurológicas previas⁶⁹. Se clasifica en convulsiones febriles simples, las cuales son más frecuentes, duran menos de 15 minutos y no se repiten durante un periodo de 24 horas, y en convulsiones complejas que duran más de 15 minutos y ocurre más de una vez en 24 horas⁷⁰. En niños con convulsiones activas por más de 5 minutos se recomienda la administración de benzodiacepinas intravenosas (diazepam 0.1 a 0.2 mg/kg). Sin embargo, la mayoría de convulsiones febriles han terminado de manera espontánea en el momento en el que se evalúa al paciente, la mayoría no requiere hospitalización y pueden ser dados de alta una vez recuperados de la convulsión⁷¹.

Las convulsiones son motivos frecuentes de emergencia, se debe saber cómo actuar inicialmente para detener la convulsión, aunque estas son autolimitadas, y posteriormente evaluar al paciente adecuadamente. También, se debe promover la educación a los padres para que puedan manejar la fiebre en casa. Se enseñó a los padres a bajar la fiebre con paracetamol y medios físicos y, también la manera de actuar en caso su menor hijo presente una convulsión febril.

5.29 CASO CLÍNICO 29

5.29.1 Anamnesis:

Paciente masculino de 19 años acude a Centro de salud por presentar hace 20 minutos sangrado profuso por una fosa nasal, niega haber tenido golpe en esa región, niega otros signos y síntomas. Niega antecedentes de importancia.

Examen físico:

Se evidencia sangrado nasal profuso por narina derecha, resto de examen sin alteración.

5.29.2 Diagnóstico: epistaxis anterior.

Plan de trabajo: se procede a realizar taponamiento nasal anterior

5.29.3 Resultado de pruebas de trabajo: no se requirió solicitar exámenes auxiliares.

5.29.4 Diagnóstico: epistaxis anterior.

5.29.5 Tratamiento: se realiza taponamiento anterior con gasas estériles, hasta parar sangrado.

5.29.6 Plan de seguimiento: se reevalúa al paciente dentro de 48 horas sin nuevo episodio de sangrado.

5.29.7 Evaluación crítica:

La epistaxis se define como el sangrado de fosas nasales, es una patología muy frecuente en los servicios de emergencia, por lo cual es importante saber el abordaje de esta condición⁷². La epistaxis anterior es la más frecuente y es causada por traumatismos o irritación de la mucosa, ocurre en el plexo de Kiesselbach⁷³. El manejo inmediato inicia con la valoración de la vía aérea, respiración y circulación, se recomienda al paciente que se incline hacia adelante manteniendo la boca en posición de olfateo y se debe comprimir el tercio distal de la nariz durante 15 minutos o más. Se debe examinar la cavidad nasal, si se evidencia sangrado se debe cauterizar con nitrato de plata o cauterización eléctrica. Para los pacientes que continúan con sangrado, a pesar de la cauterización se debe realizar taponamiento nasal, el cual puede permanecer de 48 a 72 horas⁷².

La epistaxis es una emergencia común, por ese motivo es de suma importancia saber cómo actuar inicialmente, ya que un sangrado profuso puede llegar a comprometer la vida del paciente. Se debe realizar una valoración enfocada en la estabilidad hemodinámica, el compromiso de la vía aérea y medidas compresivas para generar hemostasia.

5.30 CASO CLÍNICO 30

5.30.1 Anamnesis:

Paciente masculino de 27 años acude a centro de salud, por presentar hace 1 día deposiciones líquidas sin moco, sin sangre y un episodio de vómito, niega otros signos y síntomas, como antecedente refiere consumo de alimentos en puesto de la calle.

Examen físico:

Paciente estable, llenado capilar menor a 2 segundos, mucosas húmedas, no signos de deshidratación, actualmente tolerando bien vía oral. Resto sin alteraciones.

5.30.2 Diagnóstico: se plantea intoxicación alimentaria.

Plan de trabajo: se solicita hemograma completo.

5.30.3 Resultado de pruebas diagnósticas: el hemograma no evidencia alteraciones

5.30.4 Diagnóstico: intoxicación alimentaria.

5.30.5 Tratamiento: se indica suero de rehidratación oral a tolerancia con reposición volumen a volumen, dieta blanda baja en fibra, dieta hipograsa, se receta dimenhidrinato 50 mg condicional a náuseas y vómitos.

5.30.6 Plan de seguimiento: se reevalúa al paciente en 72 horas. Paciente refiere remisión de todos los síntomas.

5.30.7 Evaluación crítica:

Las enfermedades transmitidas por alimentos son la principal causa de enfermedad y muerte asociadas a una carga socioeconómica, el 70% de las diarreas son originan por la ingestión de alimentos contaminados con microorganismos o toxinas⁷⁴. La mayoría de las enfermedades transmitidas por alimentos son de etiología infecciosa y son autolimitadas, las manifestaciones típicas son la diarrea, náuseas, vómitos y molestias abdominales⁷⁵. Para prevenir estas enfermedades es importante verificar que los productos que se van a consumir sean frescos, estén lavados adecuadamente, las personas que manipulan los alimentos deben tener buenos hábitos de higiene personal, los equipos de trabajo y los espacios físicos deben estar limpios y desinfectados⁷⁴.

6 CONCLUSIONES

El internado médico consiste en las prácticas pre profesionales durante el último año de la carrera de medicina y tiene una importancia indispensable en los alumnos que están por egresar, ya que ayuda a integrar y consolidar conocimientos que se adquirieron durante la etapa de formación.

Durante este proceso, se tuvo como aprendizaje la atención completa del paciente y su entorno, se fortalecieron relaciones interpersonales con otros servicios para llegar a un manejo íntegro del paciente en base a sus necesidades, a pesar de las limitaciones en el sistema de salud. Estas limitaciones nos retan a buscar alternativas en tratamientos, procedimientos o la búsqueda de centros de mayor complejidad donde el paciente pueda ser atendido de manera adecuada.

Además, se pudo conocer las medidas de promoción y prevención de salud, el manejo de los programas de enfermedades de transmisión sexual, programa de tuberculosis, programa de vacunación y crecimiento y desarrollo (CRED), planificación familiar y control de gestantes. Estas medidas son de suma importancia, ya que se tendrán que manejar en el servicio rural y urbano marginal de salud (SERUMS).

También, se afrontaron problemas de comunicación con los pacientes y familiares, los cuales favorecieron en el desarrollo de la habilidad de comunicación asertiva brindando información breve, concisa y general sobre la enfermedad, tratamiento y posibles complicaciones.

Finalmente, el aprendizaje personal que se obtuvo fue el manejo conjunto de la enfermedad con el paciente y la familia, el seguimiento continuo, las charlas motivacionales para que no abandonen el tratamiento, el apoyo a la familia durante el proceso del cuidado del paciente enfermo. Estas situaciones ayudaron a desarrollar empatía, mejorar la relación médico-paciente, y contribuyeron en el crecimiento personal y profesional.

7 REFERENCIAS

1. Yengle M. Reacciones adversas cutáneas a fármacos antituberculosos. *Dermatol Peru* 2015; 25 (2): 72-78.
2. Vera O, Calderón TE, Granado MR, Moreno NE, Romañuk C. Reacción adversa causada por fármacos antituberculosos en un paciente con tuberculosis pulmonar y meningea. *Rev. OFIL·ILAPHAR*. 2020;30(2): 147-149.
3. Gonzales M, Raynero M, Caballero S. Ictericia neonatal. *Pediatr Integral*. 2019.
4. Munn AC, Newman SD, Mueller M, et al. The Impact in the United States of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Early Infant Health and Breastfeeding Outcomes. *Breastfeed Med*. 2016; 11:222.
5. Cedillo M, Pesantez A, Díaz R, Sandoval P F, Sandoval V F. Enfermedad por arañazo de gato: revisión bibliográfica: a propósito de un caso. *Odontoinvestigación*. 2020; 6(2).
6. Zangwill KM. Cat Scratch Disease and Bartonellaceae: The Known, the Unknown and the Curious. *Pediatr Infect Dis J*. 2021; 40.
7. Galdos O. Vacunas contra el virus del papiloma humano. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2018.
8. Arbyn M, Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch PP. Prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent cervical cancer and its precursors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 5.
9. Murillo M, Jiménez S, Kagi M. Colestasis intrahepática del embarazo. *Revista médica sinergia*. 2020; 5 (11).
10. Ovadia C, Seed PT, Sklavounos A, et al. Association of adverse perinatal outcomes of intrahepatic cholestasis of pregnancy with biochemical markers: results of aggregate and individual patient data meta-analyses. *Lancet* 2019; 393:899.
11. Ye Ng M, Vargas G, Baralis P, Bonilla G, Rojas E. Colestasis intrahepática del embarazo. *Rev ciencias de la salud*. 2020; 3.
12. Brunham RC, Gottlieb SL, Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med* 2015.
13. Soper DE. Pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol*. 2010; 116:419.
14. Bendezú-Quispe G, Soriano-Moreno A, Urrunaga-Pastor D, Venegar-Rodríguez G, Benites-Zapata V. Asociación entre conocimientos acerca del cancer de cuello uterino y realizarse una prueba de papanicolaou en mujeres peruanas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020; 37(1).
15. Aldave-Zamora, Apolaya-Segura. Factores asociados al incumplimiento del despistaje oportuno con papanicolaou en la detección temprana del cancer de cervix en un centro poblado rural. *Acta Med Perú*. 2019; 36(4).
16. Antich-Barrientos MK, Miranda-Solis F, Acurio-Zarate D, Ramírez-Chacon Y. Tumor gigante de mama – tumor filoides. *Rev Sal And*. 2018; 1(1): 23-6.
17. Corso D, Contreras D, Javier A, Guzman L, Díaz A, García O, et al. Tumor filoides. Estado del arte. *Rev Colomb Cancerol*. 2016; 20(2): 79-86.
18. Stewart EA. Clinical practice. Uterine fibroids. *N Engl J Med*. 2015; 372.
19. Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, et al. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can*. 2015; 37.

20. International Hypoglycaemia Study Group. Minimizing Hypoglycemia in Diabetes. *Diabetes Care* 2015; 38:1583.
21. Girbés J Escalada J, Mata M, Gomez-Peralta F, Artola S, et al. Consenso sobre tratamiento con insulina en la diabetes tipo 2. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2018;65(S1):1-8.
22. Rajasingham R, Smith RM, Park BJ, et al. Global burden of disease of HIV-associated cryptococcal meningitis: an updated analysis. *Lancet Infect Dis.* 2017; 17:873.
23. Boulware DR, Meya DB, Muzoora C, et al. Timing of antiretroviral therapy after diagnosis of cryptococcal meningitis. *N Engl J Med* 2014; 370:2487.
24. Mantero V, Basilico P, Costantino G, Pozzetti H, Rigamonti A, et al. Recurrent transient ischemic attack in a Young patient with COVID 19. *J Clin Neurol.* 2020.
25. Arauz A, Coral J, Leyva A. Isquemia cerebral transitoria. *Arch Neurocién.* 2005.
26. Calderín R. Generalidades sobre las consecuencias del sobrepeso corporal y de la obesidad en la salud. *Rev Cubana Endocrinol.* 2020.
27. GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med* 2017; 377:13.
28. Carrasco A, Cañete P. Gisbert A, Balanzá R. Torsión anexial: presentación clínica y manejo en una serie retrospectiva de 17 años. *Rev peru ginecol obstet.* 2015; 61(4).
29. Dasgupta R, Renaud E, Goldin AB, et al. Ovarian torsion in pediatric and adolescent patients: A systematic review. *J Pediatr Surg* 2018; 53.
30. Eschenbach D. Tratamiento del aborto séptico espontáneo e inducido. *Obstet Gynecol.* 2015; 125:1042-8.
31. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito-2013: 1ª edición. Dirección Nacional de Normatización. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
32. Badía P, Patrocinio M, Pertusa V, Laforga J, Ruiz N, Reyes M. Aborto séptico por *Clostridium perfringens* complicado con shock séptico. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015; 80(6): 481-485.
33. Martínez-Sánchez L, Álvarez-Hernández L, Ruiz-Mejía C, Jaramillo-Jaramillo L, Builes-Restrepo L, Villegas-Álzate J. Hemofilia: Abordaje diagnóstico y terapéutico. Revisión bibliográfica. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2018; 36(2): 85-93.
34. Santiago-Pacheco V, Vizcaíno-Carruyo J. Hemofilia A: una enfermedad huérfana. *Medicina y laboratorio.* 2021; 25(3).
35. Gualtierotti R, Solimeno LP, Peyvandi F. Hemophilic arthropathy: Current knowledge and future perspectives. *J Thromb Haemost.* 2021; 19:2112.
36. Flores G. Defectos del tubo neural: Factores de riesgo etiológico. *Revista clínica de la Escuela de Medicina.* 2018; 9(1): 65-71.
37. Copp AJ, Stanier P, Greene ND. Neural tube defects: recent advances, unsolved questions, and controversies. *Lancet Neurol.* 2013; 12:799.
38. Manivel R. Fولاتos: Metabolismo y defectos del tubo neural. *Revista de educación bioquímica.* 2021; 40(2): 41-47.
39. Hernández F, Martínez G, Rodríguez Y, Hernández D, Pérez A, Almeida S. Ácido fólico y embarazo, ¿beneficio o riesgo? *Rev med electron.* 2019; 41(1).
40. Simao A, Ortiz A. Escabiosis o sarañ: cuándo la debemos sospechar, y cómo tratarla. *Med fam Andal.* 2019; 20(2).
41. Johnstone P, Strong M. Sarna. *BMJ ClinEvid* 2014; 2014.

42. Morgado-Carrasco D, Piquero-Casals J, Podlipnik S. Tratamiento de la escabiosis. Atención primaria. 2022; 53(3).
43. Herrera K. Preeclampsia. Revista sinergia. 2018; 3(3): 8-12.
44. Bartsch E, Medcalf KE, Park AL, et al. Clinical risk factors for pre-eclampsia determined in early pregnancy: systematic review and meta-analysis of large cohort studies. BMJ 2016.
45. van Oostwaard MF, van Eerden L, de Laat MW, et al. Maternal and neonatal outcomes in women with severe early onset pre-eclampsia before 26 weeks of gestation, a case series. BJOG 2017; 124:1440.
46. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. Obstet Gynecol. 2020.
47. Zuta N, Rojas A, Mori M, Cajas V. Impacto de la educación sanitaria escolar, hacinamiento y parasitosis intestinal en niños preescolares. Revista de investigación en comunicación y desarrollo. 2018; 10(1): 47-56.
48. Donowitz JR, Alam M, Kabir M, et al. A Prospective Longitudinal Cohort to Investigate the Effects of Early Life Giardiasis on Growth and All Cause Diarrhea. Clin Infect Dis. 2016; 63:792.
49. Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: A literature review and recommendations for clinical practice. Contraception. 2014; 89:495.
50. Aoun J, Dines VA, Stovall DW, et al. Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. Obstet Gynecol. 2014; 123:585.
51. Sanín-Ramírez D, Calle-Meneses C, Jaramillo-Mesa C, Nieto-Restrepo A, Marín-Pineda D, Campo-Campo M. Prevalencia etiológica de infección del tracto urinario en gestantes asintomáticas, en un hospital de alta complejidad de Medellín, Colombia, 2013-2015. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2019; 70(4): 243-252.
52. Víquez M, Chacón C, Rivera S. Infecciones del tracto urinario en mujeres embarazadas. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(5).
53. Galano GJ, Vitale MA, Kessler MW, et al. The most frequent traumatic orthopaedic injuries from a national pediatric inpatient population. J Pediatr Orthop 2005; 25:39.
54. Committee on pediatric emergency medicine, council on injury, violence, and poison prevention, section critical care, section on orthopedics, section on surgery, section on transport medicine, pediatric trauma society, and society of trauma nurses pediatric committee. Management of Pediatric Trauma. Pediatrics 2016; 138.
55. González- Herranz P, Rodríguez M, Castro M. Fracturas diafisarias del fémur en el niño: actualización en el tratamiento. Rev esp ortop traumatol. 2011.
56. Brenes M, Romero A, Jiménez M. Abordaje de hemorragia subaracnoidea. Revista Médica Sinergia. 2020; 5(10).
57. Perry JJ, Stiell IG, Sivilotti ML, et al. Clinical decision rules to rule out subarachnoid hemorrhage for acute headache. JAMA 2013; 310:1248.
58. Müller TB, Vik A, Romundstad PR, Sandvei MS. Risk Factors for Unruptured Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Hemorrhage in a Prospective Population-Based Study. Stroke. 2019; 50:2952.
59. Abulhasan YB, Alabdulraheem N, Simoneau G, et al. Mortality after Spontaneous Subarachnoid Hemorrhage: Causality and Validation of a Prediction Model. World Neurosurg. 2018.

60. Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA, et al. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98:4565.
61. Orias M. Actualización del síndrome de ovario poliquístico. *Revista Médica Sinergia*. 2021; 6(2).
62. Meléndez-Saravia N, Barja-Oré J. Factores de riesgo asociados con la ruptura prematura de membranas pretérmino en pacientes de un hospital del Callao, Perú. *Ginecol-Ostet Mex*. 2020; 88(1):23-28
63. Pergialiotis V, Bellos I, Fanaki M, et al. The impact of residual oligohydramnios following preterm premature rupture of membranes on adverse pregnancy outcomes: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2020; 222:628.
64. Middleton P, Shepherd E, Flenady V, et al. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 1.
65. Faringthon L, Sosa O. Insuficiencia venosa crónica y los cambios estructurales en las paredes de las venas. *Revista Médica Sinergia*. 2019; 4(2): 3-20.
66. Fukaya E, Flores AM, Lindholm D, et al. Clinical and Genetic Determinants of Varicose Veins. *Circulation*. 2018; 138.
67. Wrona M, Jöckel KH, Pannier F, et al. Association of Venous Disorders with Leg Symptoms: Results from the Bonn Vein Study 1. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2015; 50:360.
68. Nicolaidis A, Kakkos S, Baekgaard N, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. Part I. *Int Angiol* 2018; 37:181.
69. Cerna M, Lóez G, Contreras L, Calix I, Zelaya S. Crisis convulsivas febriles: Revisión integral. *Acta Pediátrica Hondureña*. 2018; 8(2).
70. Rojas L, Montiel E, Sostoa G, Aldana A, Lezcano M. Convulsión febril. *Pediatr (Asunción)*. 2011; 38(1).
71. McTague A, Martland T, Appleton R. Drug management for acute tonic-clonic convulsions including convulsive status epilepticus in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 1.
72. Medina N, Fung M, Quesada C. Epistaxis: Abordaje inicial en el servicio de emergencias. 2020; 5(5).
73. Grupo de Trabajo de Otorrinolaringología Pediátrica. Consenso de epistaxis en pediatría: causas, clínica y tratamiento. *Arch Argent Pediatr*. 2021;119(1):S48-S53.
74. Zúñiga I, Caro J. Enfermedades transmitidas por los alimentos: Una mirada puntual para el personal de salud. *Enf Inf Microbiol*. 2017.
75. Pinillos M, Góme J, Elizalde J, Dueñas A. Intoxicación por alimentos, plantas, setas. *Anales Sis San Navarra*. 2003; 26 (1).

8 ANEXOS

Figura 1: Radiografía de pelvis con presencia de DIU



Figura 2: Radiografía de fémur – fractura de fémur



Figura 3: Ecografía transvaginal - poliquistosis ovárica bilateral

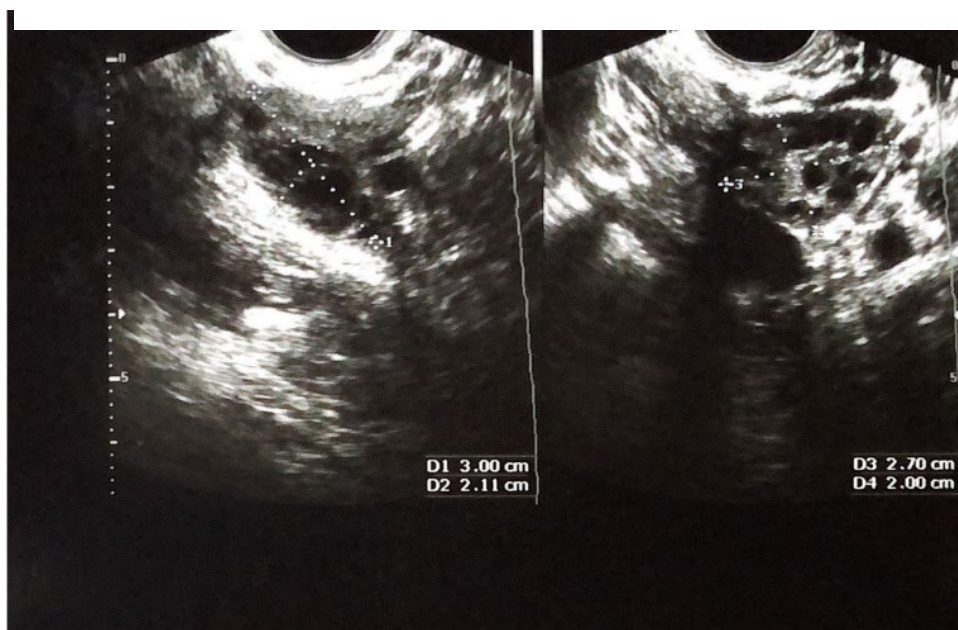


Figura 4: Úlcera varicosa



Tabla 1: Perfil hepático

PRUEBAS HEPÁTICAS	
Bilirrubina total	0.88 mg/dL
Bilirrubina directa	0.27 mg/dL
Bilirrubina indirecta	0.61 mg/dL
Proteínas totales	7.37 g/dL
Albúmina	4.59 g/dL
Globulina	2.78 g/dL
Relación albúmina/globulina	2.78 g/dL
Transaminasa pirúvica	14 U/L
Transaminasa oxalacética	17 U/L
Fosfatasa alcalina	23 U/L
GGTP	8.9 U/L

Tabla 2: Citoquímico líquido cefalorraquídeo

CITOQUÍMICO LCR	
Color	Cristal de roca
Aspecto	Ligeramente turbio
Glucosa	9 mg/dL
Proteínas totales	0.2 mg/dL
Recuento celular	10%
Hematíes	10%
Linfocitos	LMN 100%
Polimorfonucleares	PMN 0%
Otros	Albúmina 0.1
