



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA

Portafolio de la experiencia durante el Internado Médico en el periodo abril 2023 a enero 2024 en el Hospital María Auxiliadora y el Centro de Salud Jesús Poderoso del distrito de San Juan de Miraflores.

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR(ES)

Céspedes Castro Cristina Valeria

0000-0001-9365-1782

ASESOR(ES)

Estremadoyro Stagnaro, Luis Oscar

0000-0002-8901-7014

Lima, 12 de abril de 2024

DEDICATORIA

A mis mamitas Norma y Lucila, mi Tata y papá Dimas quienes son mi guía celestial, los llevo siempre en mi corazón. Lo logramos papitos.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, mis padres, hermanos y padrinos tío Lito, tía Lu y Male, por haberme brindado su apoyo y amor, los cuales fueron factores contributivos muy importantes en mi vida. A los médicos que conocí en estos años de carrera, por contribuir con mi aprendizaje diario tanto en el nivel profesional como personal. A mis amigos de siempre y cointernos, por sus palabras de aliento, cariño y permanente apoyo.

RESUMEN

El último año de la carrera de Medicina, también denominado internado médico, hace referencia a las prácticas pre profesionales que todo estudiante debe realizar antes de ejercer su profesión. En esta etapa se demuestran los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos durante los 6 años de vida universitaria y es aquel periodo en donde tenemos la oportunidad de adquirir nuevas habilidades para brindar en un futuro próximo, un adecuado servicio a favor de la salud de la población. En el presente trabajo, se presenta el manejo de diversos casos clínicos, así como reflexiones sobre la experiencia vivida en cada uno de ellos durante mi internado en el Hospital María Auxiliadora y el Centro de Salud Jesús Poderoso.

Objetivo: describir y realizar un juicio crítico sobre mi participación en 30 casos clínicos como interna de medicina.

Metodología: estudio descriptivo y analítico de los 30 casos clínicos de los que considero obtuve los aprendizajes más significativos en dos establecimientos del Ministerio de Salud durante el internado médico.

Resultados: descripción del plan de trabajo y reflexión significativa de los 30 casos clínicos observados en el Hospital María Auxiliadora y el Centro de Salud Jesús Poderoso.

Conclusiones: realizar mi internado médico en los establecimientos del MINSA me ha permitido aprender habilidades de comunicación, pensamiento crítico, escucha, adaptabilidad y creatividad; así como conocer la realidad de nuestro sistema de salud y la opinión de la población que se genera a raíz de estas deficiencias, motivo por el cual se valora muy poco el trabajo del personal de salud.

Palabras clave: casos clínicos; análisis crítico; interna de medicina; aprendizaje

Portfolio of the experience during the Medical Internship in the period from April 2023 to January 2024 at the Maria Auxiliadora Hospital and the Jesus Poderoso Health Center located in the district of San Juan de Miraflores

ABSTRACT

The last year of the Human Medicine degree, also called medical internship, refers to the pre-professional practices that every student must complete before practicing their profession. In this phase, the theoretical and practical knowledge learned during the last 6 years of university is demonstrated and it is that stage where we have the opportunity to acquire new skills to provide, in the near future, an adequate service in favor of the health of the population. In this work, the management of several clinical cases is presented as well as reflections on the experience lived in each of them during my internship at the María Auxiliadora Hospital and the Jesús Poderoso Health Center.

Objective: Describe and make a critical judgment about my participation in 30 clinical cases as a medical intern.

Methodology: Descriptive and analytical study of the most relevant clinical cases in two establishments of the Ministry of Health during the medical internship.

Results: Description of the work plan and significant reflection of 30 clinical cases observed at the María Auxiliadora Hospital and the Jesús Poderoso Health Center.

Conclusions: Carrying out my medical internship in MINSA establishments has allowed me to learn communication skills, critical thinking, listening, adaptability and creativity; as well as knowing the reality of our health system and the opinion of the population that is generated as a result of these deficiencies, which can explain why the work of health providers is underrated.

Keywords: clinical cases; critical analysis; medical intern; learning

u201410214_ Portafolio de la experiencia durante el Internado Médico en el periodo abril 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

18%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorioacademico.upc.edu.pe

Fuente de Internet

10%

2

upc.aws.openrepository.com

Fuente de Internet

4%

3

repositorio.usmp.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

hdl.handle.net

Fuente de Internet

<1%

5

Submitted to Universidad de San Martín de Porres

Trabajo del estudiante

<1%

6

ri.uaemex.mx

Fuente de Internet

<1%

7

repositorio.uwiener.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

8

doku.pub

Fuente de Internet

<1%

TABLA DE CONTENIDOS

1 INTRODUCCIÓN	12
2 METODOLOGÍA	14
3 RESULTADOS - CASOS CLÍNICOS	15
3.1 Caso clínico 1: miomatosis uterina	15
3.2 Caso clínico 2: macrosomía fetal	18
3.3 Caso clínico 3: infección de tracto urinario en población pediátrica	21
3.4 Caso clínico 4: cefalea en población pediátrica	24
3.5 Caso clínico 5: preeclampsia con signos de severidad	27
3.6 Caso clínico 6: hiperplasia prostática benigna	31
3.7 Caso clínico 7: crup	33
3.8 Caso clínico 8: tumoración abdominal en población pediátrica	36
3.9 Caso clínico 9: ruptura prematura de membranas	39
3.10 Caso clínico 10: colestasis en paciente gestante	42
3.11 Caso clínico 11: pielonefritis en paciente gestante	45
3.12 Caso clínico 12: tuberculosis pleural	48
3.13 Caso clínico 13: escabiosis en paciente pediátrico	51
3.14 Caso clínico 14: infección del tracto urinario complicado	54
3.15 Caso clínico 15: osteomielitis en paciente pediátrico	58
3.16 Caso clínico 16: pie diabético	62
3.17 Caso clínico 17: pancreatitis	65
3.18 Caso clínico 18: celulitis en miembro inferior	68
3.19 Caso clínico 19: neumonía viral en paciente pediátrico	71
3.20 Caso clínico 20: encefalopatía hepática	74
3.21 Caso clínico 21: infección por <i>Helicobacter pylori</i>	76
3.22 Caso clínico 22: diabetes mellitus debut	79
3.23 Caso clínico 23: infección de sitio operatorio	83
3.24 Caso clínico 24: cetoacidosis diabética en paciente pediátrico	86
3.25 Caso clínico 25: dolícomegacolon	88
3.26 Caso clínico 26: apendicitis aguda	91
3.27 Caso clínico 27: enfermedad renal crónica	95
3.28 Caso clínico 28: gonartrosis	98
3.29 Caso clínico 29: herpes zoster	101
3.30 Caso clínico 30: tiña capitis	104
4 CONCLUSIONES	107
5 REFERENCIAS	110
6 ANEXOS	116
7 TABLAS	142
8 FIGURAS	144

ABREVIATURAS

- ABEG: aparente buen estado general
- ABEH: aparente buen estado de hidratación
- ABEN: aparente buen estado de nutrición
- ACP: ambos campos pulmonares
- ACO: anticonceptivos combinados orales
- AGA: análisis de gases arteriales
- AP: altura, presentación
- APGAR: aspecto, pulso, gestos, actividad y respiración del recién nacido
- AREG: aparente regular estado general
- AREN: aparente regular estado de nutrición
- AREH: aparente regular estado de hidratación
- Atb: antibióticos
- AU: altura uterina
- AVF: anteversoflexión
- BHE: balance hidro electrolítico
- BI: buena intensidad
- BK: prueba, generalmente de esputo, realizada para descartar o confirmar la presencia del bacilo de Koch
- B/D: blando, depresible
- CFV: control de funciones vitales
- CID: cuadrante inferior derecho
- CIRLA: céntricas, isocóricas, reactivas a la luz y la acomodación
- CMI: Centro Materno Infantil
- CPN: controles prenatales
- CRMN: colangiografía magnética
- C.S.J.P: Centro de Salud Jesús Poderoso
- Cr: creatinina
- C.S: centro de salud
- CV: cardiovascular
- CVC: catéter venoso central
- °C: grados centígrados
- c/: cada
- cm: centímetros
- ClNa: cloruro de sodio
- DC: dieta completa
- DIU: dispositivo intrauterino
- DM2: diabetes mellitus tipo 2
- DU: dinámica uterina
- D/C, d/c: descartar
- EC: estadio clínico
- EG: escala de Glasgow

- EKG: electrocardiograma
- EMG: emergencia
- ERC: enfermedad renal crónica
- EV: endovenoso
- FC: frecuencia cardíaca
- FID: fosa ilíaca derecha
- FISSAL: Fondo Intangible Solidario de Salud
- FPP: fecha probable de parto
- FR: frecuencia respiratoria
- FUR: fecha de última regla
- GE: genitales externos
- g: gramos
- G: glucosa
- GECA: gastroenterocolitis aguda
- GGTP: gamma glutamil transpeptidasa
- GO: Gineco Obstetricia
- GU: genitourinario
- GyF: grupo y factor
- Hb: hemoglobina
- HBP: hiperplasia prostática benigna
- HCL: historia clínica
- HGT: hemoglucotest
- Hmg: hemograma
- H.M.A: Hospital María Auxiliadora
- HO: herida operatoria
- HTA: hipertensión arterial
- hrs: horas
- IC: interconsulta
- IM: intramuscular
- IMA: infarto agudo de miocardio
- IMC: índice de masa corporal
- INH: inhalaciones
- INSN: Instituto Nacional de Salud del Niño
- IRS: inicio de relaciones sexuales
- ISO: infección de sitio operatorio
- ITU: infección del tracto urinario
- Kg: kilogramos
- L: litros
- LAM: líquido amniótico meconial
- LAV: líquidos a voluntad
- lat: latidos
- LC: longitud cervical
- LCF: latidos cardíacos fetales

- LDL: low density lipoprotein, colesterol malo
- LME: lactancia materna exclusiva
- LOTEPE: lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona
- MAC: métodos anticonceptivos
- MEC: meningoencefalitis
- MF: movimientos fetales
- MINSA: Ministerio de Salud
- MM.FF.RR: Medicina Física y Rehabilitación
- MMII: miembros inferiores
- MMSS: miembros superiores
- MV: murmullo vesicular
- mg: miligramos
- min: minutos
- mL: mililitros
- mmHG: milímetros de mercurio
- msnm: metros sobre el nivel del mar
- NBZ: nebulizaciones
- NLP: no labor de parto
- NPO: nada por vía oral
- NPS: número de parejas sexuales
- OH: alcohol
- OMA: otitis media aguda
- OSA: observación de signos de alarma
- O2: oxígeno
- PA: presión arterial
- PAP: pánico
- PCR: proteína C reactiva
- PPD: prueba cutánea para detección del bacilo Mycobacterium tuberculosis
- PPL: puño percusión lumbar
- PO: post operado
- PRN: pro re nata (a demanda)
- PRU: puño renoureteral
- PSA: prueba de antígeno prostático específico
- PTH: paratohormona
- RAM: reacción adversa a medicamentos
- Resp: respiraciones
- RCR: ruidos cardíacos rítmicos
- RIC: régimen catamenial
- RHA: ruidos hidroaéreos
- RMN: resonancia magnética
- RN: recién nacido
- RPM: ruptura prematura de membranas
- RPR: reagin plasmática rápida, prueba realizada para detección de sífilis

- Rx: radiografía de tórax
- SAT: sensación de alza térmica
- SFA: sufrimiento fetal agudo
- SatO2: saturación de oxígeno
- SC: subcutáneo
- SIS: Seguro Integral de Salud
- SJM: San Juan de Miraflores
- SNC: sistema nervioso central
- SPP: situación, posición, presentación del feto
- SOMA: sistema osteomuscular
- SOP: sala de operaciones
- SS: se solicita
- STAT: de administración inmediata
- seg: segundos
- ss: semanas
- T°: temperatura
- TBC: tuberculosis
- TEA: trastorno del espectro autista
- TG: triglicéridos
- THE: trastorno hidroelectrolítico
- T/H/E: tibia, hidratada y elástica
- TyP: tórax y pulmones
- tab: tableta o pastilla
- U: urea
- UI: unidades internacionales
- VCM: velocidad corpuscular media
- VIH: prueba de virus de inmunodeficiencia humana
- VO: vía oral
- VSG: velocidad de sedimentación globular
- W: peso
- x: por

ÍNDICE DE TABLAS

- 1. Tabla 1:** cuadro estadístico de casos clínicos, vista general
- 2. Tabla 2:** características sociodemográficas de los participantes

ÍNDICE DE FIGURAS

1. **Figura 1:** clasificación por sexo
2. **Figura 2:** clasificación por grupo etario
3. **Figura 3:** clasificación por lugar de procedencia
4. **Figura 4:** clasificación por tipo de vivienda

1 INTRODUCCIÓN

La etapa de internado médico es el último peldaño y tiene un carácter esencial en la formación de todo profesional de la salud y conforma el séptimo año de la carrera de Medicina Humana en la que podemos demostrar e integrar todos los conocimientos adquiridos en los años previos. Asimismo, se busca la adquisición de nuevas destrezas y capacidades no solo a nivel intelectual sino también habilidades blandas como la tolerancia, escucha activa y ética laboral que nos permitirá en un futuro próximo proporcionar a la población una atención integral, de calidad y con calidez.

La experiencia de haber realizado mis prácticas preprofesionales en un establecimiento de tercer nivel de atención como en uno de primer nivel, me ha permitido conocer de primera fuente, el funcionamiento de nuestro sistema de salud, así como las deficiencias que causan el rechazo de la ciudadanía ya que, tratándose de un servicio básico, el Estado no llega a satisfacer las necesidades de la población. Sin embargo, es importante recordar que los problemas administrativos no son responsabilidad de los profesionales de la salud y muchas veces se tiene que trabajar con el escaso abastecimiento de personal y de medicamentos, altas cargas laborales con bajos salarios y en ocasiones con malas condiciones de trabajo que ponen en riesgo la vida del personal y los pacientes.

Por otro lado, la oportunidad de rotar en establecimientos de diferentes niveles de atención, me permitió conocer las formas de atención y tratamiento en consultorio externo, observando patologías crónicas y su manejo, y participando de campañas de prevención y promoción de salud, así como también de pasar por los 4 grandes servicios como son Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna y otras especialidades, que me han brindado la oportunidad de ser partícipe de patologías de mayor complejidad, desarrollo de habilidades prácticas y experiencia en procedimientos quirúrgicos ambulatorios, electivos, programados y de emergencia, preparándome para afrontar situaciones adversas con una rápida adaptación y capacidad de respuesta inmediata.

El propósito de este trabajo es dar a conocer el manejo de 30 casos clínicos realizados durante 10 meses de internado médico en establecimientos del Ministerio de Salud; así como internalizar una reflexión sobre la experiencia vivida en cada uno de ellos, destacando las buenas prácticas, brindando otro punto de vista sobre la base de las lecciones aprendidas y esperando aportar nuevos conocimientos a los futuros profesionales de la salud.

2 METODOLOGÍA

- 2.1 Diseño de estudio:** el presente trabajo es un estudio observacional de tipo descriptivo de casos clínicos de pacientes que fueron atendidos en el Hospital María Auxiliadora y el Centro de Salud Jesús Poderoso del distrito de San Juan de Miraflores - Lima, en el periodo abril 2023 a enero del 2024.
- 2.2 Muestra y población:** se realizó un muestreo no probabilístico, en el que se seleccionaron 30 casos que brindaron un aprendizaje significativo durante el internado médico en el Hospital María Auxiliadora y el Centro de Salud Jesús Poderoso del distrito de San Juan de Miraflores en el periodo abril 2023 a enero del 2024. La población está compuesta por los pacientes que recibieron atención médica en los servicios de Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna en el Hospital María Auxiliadora y el servicio de Consultorio Externo de Medicina General en el Centro de Salud Jesús Poderoso.
- 2.3 Aspectos éticos:** el presente informe respeta la confidencialidad de todos los participantes, no representa ningún riesgo para los pacientes ni para los profesionales de salud ya que mantiene su anonimato. Asimismo, en este protocolo no existe ningún tipo de riesgo y se declara que no hay ningún conflicto de intereses.

3 RESULTADOS - CASOS CLÍNICOS

3.1 Caso clínico 1: miomatosis uterina

3.1.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente femenina de 52 años, ingresa por consultorio externo de Ginecología con tiempo de enfermedad de aproximadamente 4 años caracterizado por sangrado uterino anormal abundante durante periodos menstruales y dolor abdominal. Ingresa con los diagnósticos de miomatosis uterina, pólipo en cuello uterino y sangrado uterino anormal para programación de cirugía electiva. Actualmente asintomática.

Antecedentes:

Ginecológicos

Menarquia: 12 años RIC: 5/regular FUR: 01/06/23
PAP: 2023 (-) NPS: 2 IRS: 20 años
G1P1001: cesárea 2003 x RPM + SFA x LAM, W: 3300 g

Personales:

- Vivienda noble, cuenta con servicios básicos, no mascotas
- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Hospitalizaciones: niega
- RAM: niega
- Familiares: niega

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 100/70 mmHg FC: 70 lat x min FR: 18 resp x min
SatO2: 99% T°: 36,3°C

Examen general

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, no cianosis
- TyP: MV pasa bien ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR, BI, no soplos
- Abdomen: B/D, no doloroso a la palpación

- Tacto vaginal: cérvix cerrado posterior, útero AVF +/- 10 cm
- GE: no sangrado
- SNC: despierto, LOTEPE, EG:15/15

3.1.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Miomatosis uterina
- Pólipo cervical

PLAN DE TRABAJO

- CFV
- Prequirúrgicos completos (Hmg, perfil de coagulación, grupo y factor, uroanálisis, RPR, VIH, riesgo cardiológico)
- Preparación para cirugía electiva: implica limpieza y depilación de la zona genital, antibioticoterapia

3.1.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Hemoglobina en 9.2 en mujer no gestante mayor de 15 años, según la Norma Técnica de MINSA, se diagnostica como anemia moderada. Ya que el valor de Hb corpuscular media está por debajo de los valores normales, la anemia se cataloga como hipocrómica y podría deberse a la pérdida de sangre crónica a causa de sus diagnósticos. Sin embargo, no es contraindicación para cirugía, no se requiere de transfusión de paquete globular.
- No hay presencia de leucocitosis, resto de hemograma normal.
- Resto de prequirúrgicos normales, incluido evaluación por anestesiología, se aprueba pase a sala de operaciones.

3.1.4 Diagnóstico

- Miomatosis uterina
- Pólipo cervical
- Anemia moderada

3.1.5 Tratamiento

Se realiza cirugía programada: histerectomía abdominal total + salpingooforectomía bilateral

NO FARMACOLÓGICO

- NPO x 2 horas y luego dieta completa + LAV
- CFV + OSA
- Retiro de sonda Foley
- Solicitar hemograma control
- Deambulación

FARMACOLÓGICO

- Metamizol 1g EV c/8 hrs
- Metoclopramida 10 mg EV c/8 hrs
- Tramadol 100 mg SC PRN dolor intenso

3.1.6 Plan de seguimiento

- Cuidados post operatorios (limpieza de herida operatoria, administración de antibiótico, control de diuresis, tolerancia oral progresiva, deambulación)
- Control por consultorio externo de Ginecología y Obstetricia, 7 días posterior al alta para control y retiro de puntos
- Correcta limpieza de herida operatoria
- En caso la paciente tenga anemia, además del consumo de sulfato ferroso, aconsejarle una alimentación rica en hierro (sangrecita, verduras verdes)
- Alimentación rica en proteínas para mejor cicatrización de herida operatoria
- Deambulación continua para evitar complicaciones post cirugía
- Explicación de signos de alarma: presencia de fiebre, signos de inflamación en sitio operatorio, dolor intenso

3.1.7 Reflexión significativa

- Es importante establecer el diagnóstico de las patologías que causan sangrado uterino anormal. Para ello podemos usar la mnemotecnica PALM-COEIN, donde la P hace referencia pólipos y la L a leiomiomas o miomas los cuales son bastante frecuentes, y pueden aparecer en aproximadamente 60% de las mujeres menores de 40 años, y 80% en menores 50 años¹. Entre sus síntomas, además del sangrado uterino

abundante, significa una causa importante de infertilidad (2-3%), dolor pélvico y dispareunia, así como anemia, partos pretérmino, etc^{1,2}.

- Me parece importante poder informar a las pacientes sobre las múltiples causas de sangrado uterino anormal, su identificación, factores de riesgo y clínica ya que, en muchas oportunidades y como fue el caso de nuestra paciente ella no sospechaba de anomalías pues pensaba que se trataba de su menopausia. Considero que desde la adolescencia se deben brindar charlas sobre este tema y de esta manera al notar alguna irregularidad puedan acudir con confianza a un ginecólogo para recibir asesoría y detección temprana.

3.2 Caso clínico 2: macrosomía fetal

3.2.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente femenina de 36 años, gestante de 39 ss, ingresa por emergencia con tiempo de enfermedad de aproximadamente 3 horas refiriendo contracciones uterinas asociado a pérdida de tapón mucoso, niega pérdida de líquido, percibe movimientos fetales.

Antecedentes:

Ginecológicos:

- Menarquia: 14 años RIC: 3/irregular FUR: no recuerda
- IRS: 17 años NPS: 7 MAC: ampolla mensual
- PAP: no realizada
- G3P1011:
 - G1: 2018, aborto
 - G2: 2019, cesárea por preeclampsia, inducción fallida, 39 ss, EsSalud
 - G3: 2023, actual

Personales:

- Lugar de procedencia: SJM
- Grado de instrucción: secundaria completa
- Vivienda: noble, cuenta con servicios básicos, sí mascotas
- Hábitos nocivos: OH ocasional

Patológicos:

- Enfermedades: niega

- Quirúrgicos: cesárea anterior 1 vez
- Hospitalizaciones: 1 vez por cesárea
- RAM: sulfonilureas
- Familiares: madre con HTA y DM2, enfermedad cardíaca

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 120/70 mmHg FC: 93 lat x min FR: 20 resp x min
 SatO2: 99% T°: 36,5°C

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg
- TyP: MV pasa bien ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR, BI, no soplos
- Abdomen: grávido, AU: 34 cm / LCF: 132 / MF: ++ / DU: esporádica / SPP: LC
- Tacto vaginal: cérvix posterior corto, cerrado, AP: -3 / Pelvis ginecoide
- GE: no sangrado
- SNC: despierto, LOTEPE, EG:15 puntos

3.2.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Gestante de 39 ss
- Cesareada anterior 1 vez
- Paridad satisfecha

PLAN DE TRABAJO

- Control de funciones vitales
- Prequirúrgicos completos (Hmg, perfil de coagulación, G y F, uroanálisis, COVID)
- Ecografía obstétrica
- Monitoreo materno fetal

3.2.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Hb en 9.5 en mujer gestante, mayor de 15 años, según la Norma Técnica de MINSA, se diagnostica como anemia moderada.
- No hay presencia de leucocitosis, resto normal

- Se determinó en la ecografía obstétrica un peso fetal de 4,400 g por lo que se agrega el diagnóstico de macrosomía fetal
- Monitoreo materno fetal: frecuencia cardiaca del feto hasta 182 latidos por minuto

3.2.4 Diagnóstico

- Gestante de 39 ss
- Fase latente de labor de parto
- Macrosomía fetal
- SFA: taquicardia fetal
- Anemia moderada

3.2.5 Tratamiento

Se decide por cesárea de EMG: iterativa + bloqueo tubárico bilateral

NO FARMACOLÓGICO

- NPO x 2 horas, luego dieta completa + LAV
- CFV + OSA
- Retiro de sonda Foley
- Solicitar Hmg control, sobre todo de glucosa (24-72 horas después)
- Deambulación

FARMACOLÓGICO

- Hidratación
- Metamizol 1g EV c/8hrs
- Tramadol 100mg SC PRN dolor intenso
- Ranitidina 5 mg EV c/8h x 3 dosis
- Metoclopramida 1 g EV c/8hrs x 3 dosis

3.2.6 Plan de seguimiento

Posterior al alta de la paciente

- Control por consultorio externo de Obstetricia, 7 días posterior al alta para control
- Correcta limpieza de herida operatoria
- En caso la paciente tenga anemia, además del consumo de sulfato ferroso, aconsejarle una alimentación rica en hierro (sangrecita, verduras verdes)
- Alimentación rica en proteínas para mejor cicatrización de herida operatoria
- Deambulación continua para evitar complicaciones post cirugía

- Control de glucosa 4 - 12 semanas después y luego cada 3 años

3.2.7 Reflexión significativa

- La macrosomía fetal es el término que se usa cuando se hace referencia a un feto grande. No se ha determinado un peso exacto, algunas literaturas mencionan un peso mayor a 4 kg, otros a 4100g y otros incluso a mayor de 4500 g^{3,4}. Existen diversos factores de riesgo como son: el IMC previo a la gestación, DM materna, multiparidad, embarazo prolongado y antecedente de hijos macrosómicos, etc⁵.
- Considero que es importante haber realizado correctamente la historia clínica de la paciente ya que, pudimos conocer que su madre padece de diabetes mellitus, lo cual significa un gran riesgo para la paciente para desarrollar la misma patología sobre todo considerando que tuvo un bebé con macrosomía, que es un factor más para tener DM2. Por ello, realizar un seguimiento a largo plazo es de suma importancia, así como aconsejarle una correcta alimentación y ejercicio físico a la madre y al menor.

3.3 Caso clínico 3: infección de tracto urinario en población pediátrica

3.3.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Familiar de paciente femenina de 1 año y 6 meses, que ingresa por EMG con tiempo de enfermedad de aproximadamente 13 días caracterizado por deposiciones líquidas que duran 2 días por lo que la lleva a su puesto de salud donde le realizan prueba de reacción inflamatoria en heces y da positivo para parásitos recibiendo tratamiento con sulfametoxazol-trimetoprima. 4 días después presenta pico febril (38°C), va nuevamente a su posta donde le recetan ergotamina y sales hidratantes, sin embargo, la fiebre persiste por 4 días, la madre le administra Repriman (metamizol sódico) y la lleva al C.S. Ollantay donde llega con 39,2°C, recibe una ampolla de metamizol y la refieren al H.M.A.

Antecedentes:

Generales

- Prenatales: CPN: >6 / complicaciones durante embarazo: sangrado a los 7 meses por desgarro
- Natales: edad gestacional: 37 ss / tipo de parto: eutócico / peso al nacer: 3400 g / APGAR: llanto

- Post natales: LME: si / inmunizaciones: completas para la edad

Patológicos

- Hospitalizaciones: niega
- Enfermedades: TEA probable (falta estadiaje)
- Quirúrgicos: niega
- NBZ: niega
- RAM: niega

Sociales:

- Vivienda: prefabricada, no cuenta con servicios básicos de luz agua ni desagüe
- Familiares: madre y padre aparentemente sanos

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

FC: 140 lat x min FR: 26 resp x min SatO2: 98%
 T°: 38°C Peso: 12 kg

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, tibia, no cianosis, no palidez
- Oídos: membrana timpánica derecha eritematosa
- TyP: MV pasa bien ACP, no ruidos agregados, no tirajes
- CV: RCR, BI, no soplos
- Abdomen: B/D, RHA (+), no doloroso a la palpación
- SNC: despierto, quejumbrosa, no signos meníngeos, ni focalización

3.3.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Síndrome febril: d/c ITU
- OMA
- TEA probable por HCL

PLAN DE TRABAJO

- Control de funciones vitales
- Examen de orina primero con bolsa y en caso de positivo luego realizar el mismo examen con sonda

- Exámenes de laboratorio: Hmg, G, Cr, U
- Urocultivo

3.3.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Leucocitosis con desviación izquierda: se puede evidenciar que hay proceso infeccioso.
- Hb en 9.4 en una niña entre 6 meses y 5 años cumplidos, según la Norma Técnica de MINSA, se diagnostica como anemia moderada (7 - 9.9 g/dL). Ya que el valor de Volumen corpuscular medio y Hb corpuscular media se encuentran menor al valor normal la anemia será de tipo microcítica hipocrómica. La causa más frecuente es una anemia ferropénica nutricional.
- Examen de orina positivo: con bolsa los leucocitos más de 100 por campo nos indican que existe una infección de tracto urinario y con sonda confirma la ITU, asimismo por la presencia de hematuria. Con la clínica de la paciente (fiebre persistente) podemos decir que se trata de una ITU alta o pielonefritis.

3.3.4 Diagnóstico

- Pielonefritis aguda
- OMA derecha
- Anemia moderada
- TEA probable por HCL

3.3.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- Control de funciones vitales + observación de signos de alarma
- Hospitalización
- Dieta blanda

FARMACOLÓGICO

- Ceftriaxona 1g EV c/24h (80 mg/kg/día)
- Paracetamol 180 mg VO si $T^{\circ} > 38^{\circ}C$
- Metamizol 300 mg EV PRN $T^{\circ} > 39^{\circ}$ si no tolera paracetamol

3.3.6 Plan de seguimiento

Posterior al alta de la paciente

- Control por consultorio externo de Pediatría, Otorrinolaringología
- Dieta completa: rica en frutas y verduras, rica en hierro, abundante líquido
- Medicación: continuar con atb (cefuroxima 500 1 tab c/12 hrs VO x 5 días), paracetamol condicionar a fiebre
- Completar esquema de vacunación
- Explicar signos de alarma: fiebre, irritación

3.3.7 Reflexión significativa

- Las infecciones del tracto urinario son las infecciones bacterianas más frecuentes en niños y adolescentes, y tienen una especial importancia en los menores de 3 meses⁶. A partir del primer año, es más frecuente en el sexo femenino y el agente causante más común es *Escherichia coli* con una prevalencia hasta del 80%^{6,7}.
- Con este caso pude conocer la clínica para poder sospechar esta patología en el ambiente pediátrico ya que, no fue un diagnóstico que pensé en un primer momento. Además, aprendí que para establecer el diagnóstico y sobre todo enfocar el antibiótico, se debe tomar una muestra de orina tanto en bolsa como con sonda ya que se trata de menores de edad que no pueden colaborar con la muestra de orina⁸. Asimismo, se debe tomar en cuenta criterios para la hospitalización y antibioticoterapia parenteral, así como la realización de otros estudios como una ecografía en caso se sospeche de complicaciones (daño renal) o si se trata de una ITU recurrente.

3.4 Caso clínico 4: cefalea en población pediátrica

3.4.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Familiar de paciente varón de 8 años, que ingresa por EMG con tiempo de enfermedad de aproximadamente 1 año caracterizado por cefaleas de tipo opresivas asociado a fotofobia y que calman con 1 tableta de paracetamol. Un mes antes de su ingreso cursa nuevamente con cefaleas de las mismas características, en esta oportunidad asociado a tos productiva, razón por la cual acude a su posta y es diagnosticado con asma por lo que recibe tratamiento con salbutamol y azitromicina. Familiar refiere que síntomas disminuyen, pero no resuelven por lo que 1 semana antes de su ingreso lo lleva a posta donde lo nebulizan y va a casa con

indicación de salbutamol, budesonida y ácido clavulánico por 5 días. Acude a EMG refiriendo cefalea opresiva en región parieto occipital asociado a debilidad y fiebre.

Antecedentes:

Generales

- Prenatales: CPN: >6 / complicaciones durante embarazo: niega
- Natales: edad gestacional: 38 ss / tipo de parto: cesárea por RPM / peso al nacer: 3500 g / APGAR: llanto al nacer
- Post natales: LME: si / inmunizaciones: completas

Patológicos

- Hospitalizaciones: a los 4 años por bronquiolitis con tratamiento NBZ / 1 semana por GECA por baja de peso y deshidratación
- Quirúrgicos: niega
- NBZ: 4 años y 8 años
- RAM: niega

Sociales:

- Vivienda de madera, cuenta con servicios básicos, no mascotas
- Mala relación con su madre, vive con su abuela materna
- Familiares: madre con hipotiroidismo y trastorno de ansiedad / padre: desconocido

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

FC: 132 lat x min FR: 22 resp x min SatO2: 98%
T°: 39°C Peso: 47.5 kg

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, no cianosis, no palidez
- Oídos: membrana timpánica izquierda opaca
- Orofaringe: pústulas en pared posterior
- TyP: MV pasa bien ACP, no ruidos agregados, no tirajes
- CV: RCR, BI, no soplos
- Abdomen: B/D, RHA (+), no doloroso a la palpación
- SNC: LOTEPE, EG: 15 puntos, pupilas CIRLA, fotofobia (+), no signos meníngeos, no focalización

3.4.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Síndrome febril: D/C MEC, ITU
- OMA
- IC a Neurología pediátrica

PLAN DE TRABAJO

- Control de funciones vitales
- Examen de orina
- Exámenes de laboratorio (Hmg, PCR, G, U, Cr)
- Tomografía cerebral

3.4.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Leucocitosis con desviación izquierda: se puede evidenciar que hay proceso infeccioso
- Examen de orina negativo: descarta que el punto de origen de la fiebre se deba a una infección de tracto urinario
- Tomografía cerebral: no se realiza por decisión de familiar
- IC Neurología pediátrica: establece el diagnóstico de migraña

3.4.4 Diagnóstico

- Cefalea: D/C migraña
- OMA

3.4.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- CFV + OSA
- Hospitalización
- Dieta blanda
- IC a psicología

FARMACOLÓGICO

- Ceftriaxona 2 g EV
- Ketorolaco 30 mg EV PRN a dolor intenso
- Metamizol 500 mg EV PRN $T^{\circ} > 39^{\circ}$

- Paracetamol 500 mg (1 tab) condicional a $T^{\circ} > 38^{\circ}C$

3.4.6 Plan de seguimiento

Posterior al alta de la paciente

- Control por consultorio externo de Pediatría, Neurología y Otorrinolaringología
- Dieta completa: rica en frutas y verduras, rica en hierro, abundante líquido
- Medicación: continuar con atb (cefuroxima 500 1 tab c/12 hrs VO x 5 días) y paracetamol condicionar a fiebre
- aconsejar sobre asistencia a sesiones de psicología

3.4.7 Reflexión significativa

- La cefalea es uno de los principales síntomas de consulta neurológica en la infancia y adolescencia, con una prevalencia de 42-60% el cual se incrementa con la edad llegando a presentarse hasta en un 82% a los 15 años⁹. Es importante que sepamos clasificarla de acuerdo a su etiología como primarias o secundarias. Siendo la patología de mayor interés, la migraña y la cefalea tensional¹⁰.
- El presente caso fue mi primer paciente en el servicio de Pediatría, cuando conocí al menor, mientras realizaba la historia clínica noté que la familiar evitaba mencionar a los padres en frente de su nieto, por ello realicé las preguntas en privado y me comentó que su hija había abandonado al pequeño desde hacía 2 meses y el menor continuaba haciendo preguntas y cuando no le presta atención o está triste, a las horas refiere dolor de cabeza. Aprendí que es importante considerar eventos estresantes que pueden desencadenar episodios de dolor, y que se debe abarcar toda la historia de cada paciente para poder brindarles la atención adecuada.

3.5 Caso clínico 5: preeclampsia con signos de severidad

3.5.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente mujer de 26 años, gestante de 30 semanas. Llega al servicio de urgencias por presentar desde hace 4 horas cefalea frontal de alta intensidad, visión borrosa y náuseas. Además, refiere edema de miembros inferiores y sensación de quemazón en epigastrio.

Antecedentes:

Personales:

- Nivel socioeconómico bajo
- Niega antecedentes patológicos
- Quirúrgicos: cesárea hace 2 años
- Hospitalizaciones: 1 vez x cesárea
- RAM: niega
- Familiares: padre y abuelo materno HTA, hermano DM2

Ginecoobstétricos:

- FUR: inicios de enero 2023
- G3 P2002
- Primer control: analítica de primer trimestre, peso y presión arterial normales / ecografía: gestación intrauterina acorde con la edad gestacional
- Segundo control: realizado, pero no tiene cartilla, refiere como normal

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 170/90 mmHg (1era toma)

PA: 175/90 (2da toma)

FC: 101 lat x min

FR: 35 resp x min

SatO2: 99%

T°: 36,5°C

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, edema de miembros inferiores
- TyP: MV pasa bien ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR, BI, no soplos
- Abdomen: grávido, AU: 30 cm / LCF: 145 / MF: ++ / DU: 0 / no doloroso a la palpación, no genitorragia ni salida de líquido amniótico
- GU: útero aumentado de tamaño, no doloroso a la palpación
- SNC: despierta, LOTEPE, EG:15/15

3.5.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Gestante de 34 ss
- Cesareada anterior 1 vez
- Preeclampsia con signos de severidad
- Síndrome de HELLP

PLAN DE TRABAJO

- CFV
- Ecografía obstétrica
- Monitoreo materno fetal
- Exámenes de laboratorio: Hmg, prueba de orina, proteínas, metanefrinas, creatinina, perfil hepático (transaminasas)

3.5.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Hemograma: negativo para anemia, transaminasas normales, plaquetas dentro de valores normales, nos alejan la posibilidad de que se esté desarrollando un síndrome de HELLP
- Proteinuria 3 cruces junto con las dos tomas de presión arterial con valores mayor a 140/90 mmHg confirman el diagnóstico de preeclampsia
- Creatinina >1.1 es un signo de severidad que puede sugerir falla de órgano
- La presencia de cefalea y epigastralgia, son signos premonitorios de severidad
- Ecografía normal

3.5.4 Diagnóstico

- Gestante de 30 ss por ecografía obstétrica
- Preeclampsia con signos de severidad
- Cesareada anterior 1 vez

3.5.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- Hospitalizar y controlar funciones vitales
- Control del bienestar fetal: se solicitó eco Doppler, valorar viabilidad fetal
- Control de analíticos cada 24 horas
- Control de sulfato de magnesio para prevención de intoxicación

FARMACOLÓGICO

- Activación de clave azul
- Iniciar tratamiento controlando la presión con labetalol a 20 mg EV
- Sulfato de magnesio a dosis de 1g por cada 10 mL
- Misoprostol vaginal 100 mg cada 6h hasta 8 dosis
- Maduración pulmonar con betametasona 12 mg cada 24 horas por dos días

3.5.6 Plan de seguimiento

- Ante el empeoramiento de la paciente y alteración de los perfiles ecográficos fetales se decide finalizar la gestación
- Parto se produce al día siguiente: nace varón de 1360 g fallecido
- Control de funciones vitales durante hospitalización y control de PA por una semana después del alta
- Aplicación de cabergolina 0.5 mg y vendaje ajustado de mamas
- IC a Psiquiatría
- Al alta: además de indicaciones generales, aconsejar sobre continuación de sesiones por psicología y hablar con los familiares para que estén atentos a su estado de ánimo para darle el apoyo necesario si hay signos de depresión

3.5.7 Reflexión significativa

- Los trastornos hipertensivos del embarazo representan la segunda causa de muerte materna directa en nuestro país. Es de gran importancia, tener un seguimiento de la toma de presión arterial después de la semana 20 de forma regular, para detectar en cualquier momento un alza de la misma¹¹. Asimismo, control de peso, hábitos nocivos como no fumar, evitar estrés y llevar dieta adecuada¹².
- En este caso comprendí la importancia de saber reconocer los signos premonitorios y signos de severidad del alza de presión para saber cuándo es imprescindible activar la clave azul. Obtuve como nuevo conocimiento que se puede administrar en mujeres con alto riesgo, ácido acetilsalicílico en dosis de 100-150 mg/día desde las 12-16 semanas de gestación, así como suplemento de calcio entre 1.5-2 mg/día como un método preventivo¹³. Me pareció importante, además, que se realizara la interconsulta a Psiquiatría por la pérdida que sufrió la paciente, sin embargo, no estuve de acuerdo que la colocaran junto con pacientes que tenía a sus hijos recién nacidos, por lo que solicité un cambio de habitación y permiso para pase de su familiar.

3.6 Caso clínico 6: hiperplasia prostática benigna

3.6.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente varón de 65 años acude a consultorio de medicina general refiriendo aumento en la frecuencia de micción durante las noches, asociado a dolor óseo en miembros superiores e inferiores. Asimismo, refiere pérdida de peso desde hace 3 meses.

Antecedentes:

Personales:

- Vivienda: noble, 3 cuartos, 4 habitantes, servicios básicos completos
- Ocupación: independiente
- Grado de instrucción: secundaria completa
- Inmunizaciones: completas

Patológicos:

- Cirugías: apendicectomía laparoscópica (2015)
- Hospitalizaciones: apendicitis aguda (2015)
- RAM: niega
- No exámenes previos de próstata
- Familiares: hermano menor con diagnóstico de hiperplasia prostática benigna grado IV (2022)

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 110/70 mmHg	FC: 72 lat x min	FR: 15 resp x min
SatO2: 98%	T°: 37 °C	Peso: 70 kg

Examen general:

- AREG, AREN, AREH
- Piel: tibia, hidratada, llenado capilar <2 segundos
- TyP: MV pasa bien en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- CV: ruidos cardiacos rítmicos, no soplos cardíacos audibles
- Abdomen: B/D, RHA (+), no doloroso a la palpación
- GU: PPL (-)
- Tacto rectal: no realizado

3.6.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- HBP
- Diabetes mellitus tipo 2
- Síndrome consuntivo

PLAN DE TRABAJO

- Hmg, G, U, Cr, perfil lipídico
- Prueba de Thevenon
- Examen de orina
- PSA total
- Ecografía vesico-prostática

3.6.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Hemograma: dentro de valores normales, no hay evidencia de anemia o proceso infeccioso
- Perfil lipídico, bioquímica y examen de orina normal, se descarta diabetes, dislipidemia, falla renal o infección urinaria
- PSA positivo, por lo que se solicitó PSA en centro particular y da como resultado valor >10 ng, lo que significa un factor de mal pronóstico para cáncer de próstata
- Thevenon en heces negativo, indica que no hay sangre oculta en heces por lo que se debilita el diagnóstico de cáncer de colon
- Ecografía vesico-prostática: evidencia de HBP en grado II

3.6.4 Diagnóstico

- HBP por ecografía
- D/C cáncer de próstata

3.6.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- IC a Urología en centro de mayor complejidad
- SS PSA libre, densidad de PSA y velocidad PSA
- SS gammagrafía ósea para descarte de metástasis osteoclástica

FARMACOLÓGICO

- Paracetamol 500 mg 2 tab cada 8 horas o condicional a dolor
- Tamsulosina 0.4 mg 1 tab diaria por un mes

3.6.6 Plan de seguimiento

- Urgente seguimiento de interconsulta con Urología para realización de biopsia con ecografía dirigida
- Buena alimentación
- IC a Psicología

3.6.7 Reflexión significativa

- El cáncer de próstata tiene una alta prevalencia a nivel mundial en la población masculina, siendo la segunda causa de muerte^{14,15} y presentándose hasta en un 70% en mayores de 80 años¹⁵. En nuestro país se estimó que esta patología significó casi el 4% de los años de vida perdidos por muerte prematura a causa de neoplasias malignas en el año 2018¹⁶.
- Considero que es imprescindible que en los Centros de Salud se realicen campañas de detección de cáncer, como lo es el de próstata en los varones con la medición de PSA e incentivarlos para la realización de tacto rectal a partir de los 50 años y desde los 40 si presentan factores de riesgo como fue el caso de este paciente, así como educarlos sobre los signos y síntomas que podrían presentar para sospecha de HBP. No estuve conforme con la no realización del tacto rectal ya que, hubiera servido para poder conocer el estado de la próstata y determinar si existe mayor riesgo de cáncer.

3.7 Caso clínico 7: crup

3.7.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente femenina P.H.D.A de 5 años, acude acompañada de su madre por emergencias pediátricas refiriendo que 5 días antes del ingreso tuvo un pico febril de 38°C, al día siguiente se asocia tos seca y otro pico febril (38.5°C). Un día después, la tos se intensifica en frecuencia, la madre refiere que es “tipo perro” y posteriormente nota que el pecho “roncaba”. Finalmente la lleva a EMG porque la menor presentó un vómito de contenido alimentario.

Antecedentes:

Generales

- Prenatales: CPN: >6 / complicaciones durante embarazo: niega
- Natales: edad gestacional: 37 ss / tipo de parto: eutócico / peso al nacer: 2800 g / APGAR: llanto al nacer

Patológicos

- Cirugías: atresia esofágica a los 13 días de nacida
- Hospitalizaciones previas:
 - RN: 20 días por atresia esofágica
 - <1 año: 2 dilataciones esofágicas
 - 2022: 2 veces por crup + neumonía
- NBZ/INH: 1 vez antes de cumplir 1 año, 2 veces a los 4 años / 2-3 veces al año con salbutamol

Sociales:

- Vivienda: noble, 4 habitantes, 3 habitaciones, cuenta con servicios básicos
- Familiares: padres aparentemente sanos

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

FC: 132 lat x min

FR: 44 resp x min

T: 36.7°C

SatO2: 94-96%

Peso: 22 kg

Examen general:

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar < 2 seg, no cianosis.
- TyP: MV pasa ligeramente disminuido en ACP, no impresiona ruidos agregados, leve tiraje subcostal
- CV: RCR, BI, no soplos audibles
- Abdomen: B/D, RHA presentes, no doloroso a la palpación
- SNC: despierto, reactiva a estímulos externos

3.7.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Crup moderada
- Antecedente de fístula traqueo esofágica III – al nacer

PLAN DE TRABAJO

- CNa 0.9% 880 cc pasar en 4 horas
- NBZ con 4 amp de adrenalina cada 3 horas
- Dexametasona 8 mg IM STAT
- O2 por CBN (1-4 Lts) si SatO2 <92%
- SS Hmg, G, U, Cr
- SS Rx cervical y de tórax

3.7.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Hmg: parámetros dentro de los valores normales
- Rx tórax: evidencia reforzamiento de la trama broncovascular, cisuritis en hemitórax izquierdo y atelectasia paracardiaca derecha probable
- Rx cervical: impresiona imagen en punta de lápiz

3.7.4 Diagnóstico

- Crup moderado
- Antecedente de fístula traqueo esofágica III – al nacer
- Atelectasia paracardiaca derecha

3.7.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- DB + LAV
- O2 x CBN (1-4L) si SatO2 <92%
- Cabecera 30°
- CFV+OSA
- IC a Neumología pediátrica

FARMACOLÓGICO

- Dexametasona 8 mg EV c/24h (0.4 mg/kg/día)
- NBZ con adrenalina 4mg c/3 horas
- Paracetamol 330 mg VO PRN T>38°

3.7.6 Plan de seguimiento

- Lavado de manos diario
- Control por consultorio externo de pediatría y neumología pediátrica una semana después del alta
- Explicar signos de alarma: dificultad respiratoria, hundimiento de costillas, agitación, respiración rápida, vómitos, diarreas

3.7.7 Reflexión significativa

- El crup también llamado laringotraqueítis aguda o viral o más comúnmente conocido como “tos de perro”¹⁷ es una patología benigna frecuente en la población pediátrica principalmente en lactantes (3-6%)¹⁸, siendo el pico máximo a los 2 años^{18,19} y cuya etiología es el virus parainfluenza tipo 1 el más común¹⁹.
- En este caso pude reconocer el tipo de tos patognomónica de esta enfermedad, así como el signo de punta de lápiz en la radiografía cervical y me pareció importante poder conocer los antecedentes de la paciente que sugieren que tiene vulnerabilidad para infecciones respiratorias. Asimismo, considero que es de suma importancia educar a los padres para que establezcan un ambiente que no propicie enfermedades respiratorias.

3.8 Caso clínico 8: tumoración abdominal en población pediátrica

3.8.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente mujer B.N.C.G de 4 años y 6 meses, traída por su madre quien refiere que desde hace 1 mes su menor hija presenta dolor abdominal y de garganta, recibiendo paracetamol. Una semana antes del ingreso, el dolor abdominal se intensifica y se asocia distensión por lo que acude a su centro de salud donde le recetan simeticona en 2 oportunidades. El día previo a su ingreso se asocia 1 episodio de vómito con dolor abdominal, y es llevada a EMG por la persistencia de síntomas y evidencia de un “bulto” en región abdominal.

Antecedentes:

Personales:

- Lugar de procedencia: VMT
- Vivienda: noble, cuenta con servicios básicos, niega mascotas

Prenatales:

- Controles prenatales: < 5
- Curso del embarazo: sin complicaciones

Natales:

- Tipo de parto: eutócico
- Edad gestacional: 38 semanas
- Peso al nacer: 3400 g

Patológicos:

- Hospitalizaciones: niega
- NBZ/INH: si (1 año y 6 meses)
- Quirúrgicos: niega
- Vacunas: incompletas (4 años)
- Enfermedades: niega
- No cuenta con actualización de SIS
- Familiares: padres aparentemente sanos

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

FC: 126 x' FR: 21 x' T°: 36 °C SatO2: 99%

Peso: 19 kg Talla: 105 cm

Examen general:

- Estado General: AREG, AREH, AREN
- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, palidez ++/+++
- TyP: MV pasa bien en ACP
- CVC: RCR, BI, no soplos
- Abdomen: se palpa tumoración de +/- 20 cm de diámetro de consistencia dura en CSD que llega hasta flanco izquierdo e hipogastrio
- SNC: despierta, reactiva

3.8.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Síndrome doloroso abdominal
- Tumoración abdominal EAD

PLAN DE TRABAJO

- TEM abdominal
- IC a Cirugía pediátrica
- Rx de abdomen de pie
- Ecografía abdominal
- SS Hmg, G, U, Cr, electrolitos séricos, perfil hepático, perfil de coagulación, G y F, DHL, amilasa y lipasa
- IC a Servicio Social

3.8.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Laboratorio: anemia entre grado leve y moderado, resto de hemograma y bioquímica en valores normales
- Rx abdomen: evidencia de abundantes heces
- Ecografía abdominal: confirma la presencia de una masa quística y sugiere descarte de hidatidosis hepática
- TEM abdominal: evidencia de masa de contenido quístico

3.8.4 Diagnóstico

- Tumoración abdominal EAD
- Riesgo social

3.8.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- DC + LAV
- CFV + OSA
- Seguimiento de interconsultas
- Activación del SIS

FARMACOLÓGICO

- Paracetamol 290 mg VO PRN T>38°
- Enema evacuante 100cc IR STAT
- Polietilenglicol 17 g VO c/24 horas

3.8.6 Plan de seguimiento

- Mantener dieta a tolerancia, rica en fibra
- Control de funciones vitales
- Insistencia con servicio social para activación del seguro
- Seguimiento de interconsulta con cirugía pediátrica para valoración

3.8.7 Reflexión significativa

- Las masas intraabdominales en la población pediátrica pueden presentarse hasta en un 20%, aproximadamente un 57% pueden ser a causa del agrandamiento anormal de órganos abdominales²⁰ y solo un 2% podría tratarse de un tumor maligno²¹.
- Ser partícipe de este caso me ayudó mucho a entender la realidad en la que viven muchas personas en situación de pobreza en nuestro país. La activación del seguro de la menor demoró alrededor de 1 semana, por lo que la madre para poder obtener la tomografía necesaria tuvo que realizar colectas ya que este examen era de suma importancia. Asimismo, pude notar algunos comportamientos de la madre que no beneficiaban a la mejora de la paciente, por lo que además de llamar a servicio social y psicología, me permitió desarrollar habilidades de comunicación para poder explicarle a la familia el estado de salud de su hija.

3.9 Caso clínico 9: ruptura prematura de membranas

3.9.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Gestante de 29 ss, R.V.L.E. de 30 años, procedente de Ica, con secundaria completa, conviviente. Acude al tópico de EMG de Gineco Obstetricia el día 12/05 a las 16:21 pm referida del Hospital San Juan de Dios Pisco, con los diagnósticos de: Gestante de 29 ss, Oligohidramnios severo, RPM de 48 horas. En su establecimiento de salud recibe antibioticoterapia (clindamicina-gentamicina) y 3 / 4 dosis de maduración pulmonar (dexametasona). En la EMG, la paciente percibe movimientos fetales, refiere pérdida de líquido amniótico, niega sangrado, niega dinámica uterina. Se decide hospitalización en el piso de Ginecoobstetricia para manejo expectante.

Antecedentes

Ginecológicos:

- FUR: 09/10/22 FPP: 16/07/23 RC: 7/28
- IRS: 16 años NPS: 3 MAC: preservativo
- G2P1001
 - G1: 2014, cesárea x SFA
 - G2: 29 ss 5/7

Personales:

- Vivienda: noble, cuenta con servicios básicos, no mascotas
- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: cesárea 2014
- Hospitalizaciones: post cesárea
- RAMS: niega
- Familiares: niega

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 110/70 mmHg FC: 78 lat x min FR: 18 resp x min
 SatO2: 98% T°: 36,3°C

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, palidez (-), edema (-)
- TyP: MV pasa bien ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR, BI, no soplos
- Abdomen: AU: 30 cm / LCF: 138 x' / SPP: LC / DU: ausente / MF: +
- Tacto vaginal: cérvix cerrado posterior, no sangrado, pérdida de líquido amniótico claro
- SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15

3.9.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Secundigesta 29 ss x ecografía de I trimestre
- NLP
- RPM prolongado
- Cesareada anterior 1 vez

PLAN DE TRABAJO

- Antibioticoterapia
- Continuar maduración pulmonar: ante la eventualidad de tener que terminar la gestación, considerando que el RN tiene 30 ss
- Solicitar laboratorio control (Hmg, PCR, VSG)
- Reposo absoluto: evitar esfuerzo que puede causar mayor pérdida de líquido
- IC a Neonatología: para solicitar disponibilidad de cama en UCI neonatal ante la posibilidad de finalizar el embarazo con un RN de 30 ss

3.9.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- PCR aumentado y leucocitosis, nos sugieren presencia de una infección
- Hemoglobina en 10.6, indica diagnóstico de anemia leve
- Resto de valores se encuentran dentro de los límites normales

3.9.4 Diagnóstico

- Gestante de 29 ss por ecografía de I trimestre
- Ruptura prematura de membranas (RPM) prolongado
- Anemia gestacional
- No labor de parto
- Cesareada anterior 1 vez

3.9.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- Control de funciones vitales y observación de signos de alarma
- Monitoreo materno fetal
- Dieta hiperproteica alta en fibra
- Paño tutor
- Reposo absoluto

FARMACOLÓGICO

- Hidratación: ClNa 0.9% 1000 cc
- Antibioticoterapia: ampicilina 2g IV cada 6 horas - eritromicina 500 mg VO cada 8 horas
- Maduración sistémica: dexametasona 6g IM cada 12 horas (2 dosis)

3.9.6 Plan de seguimiento

Debido a que se decide manejo expectante, durante su hospitalización el seguimiento es el siguiente:

- CFV + OSA: principalmente T°, FC y otros signos o síntomas que pueden sugerir infección intraamniótica
- Reposo absoluto: importante que la gestante no haga esfuerzos que pueden generar mayor pérdida de líquido
- Antibioticoterapia
- Control de hemograma, PCR, VSG, procalcitonina cada 48 horas
- Prueba de bienestar fetal cada 72 horas
- Ecografía obstétrica cada 72 horas

3.9.7 Reflexión significativa

- La ruptura prematura de membranas es una complicación frecuente del embarazo, corresponde al 8% de las gestaciones a término²². Tiene diversos factores de riesgo, desde infecciones durante el embarazo como las infecciones del tracto urinario o vaginitis hasta el bajo nivel socioeconómico ya que, ello repercute en una nutrición adecuada de la paciente²³. La elección del manejo va a depender de la edad gestacional, por lo que es muy importante que se realice una correcta evaluación e identificación del cuadro²⁴.
- Personalmente considero que se pudo evitar el riesgo y el desarrollo de corioamnionitis puesto que se hizo mención del constante dolor de la paciente. Fue un caso importante durante mi rotación en Ginecoobstetricia porque pude estar presente desde el ingreso, el nacimiento de su hija hasta el alta de la paciente. Además de aprender sobre qué decisión tomar ante los diferentes escenarios dependiendo de la edad gestacional, me alegró realizarle también seguimiento a la RN para que la madre estuviera más tranquila y su recuperación sea favorable.

3.10 Caso clínico 10: colestasis en paciente gestante

3.10.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Gestante de 35 ss, O.R.E. de 25 años, procedente de SJM, con secundaria completa, conviviente. Acude al tópico de EMG de Ginecoobstetricia el día 11/05 con un tiempo de enfermedad de 2 días, refiriendo aparición de pápulas eritematosas asociado a prurito localizado en abdomen, miembros superiores e inferiores. Niega sangrado, niega pérdida de líquido, niega dinámica uterina, percibe movimientos fetales. Se decide hospitalización en el piso de Ginecoobstetricia para manejo expectante.

Antecedentes:

Ginecológicos

- FUR: 02/10/22 FPP: 14/06/23 RC: 5/28
- IRS: 17 años NPS: 2 MAC: ampolla mensual
- G1P000 Edad gestacional: 35 ss

Personales:

- Vivienda: noble, cuenta con servicios básicos, no mascotas
- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Hospitalizaciones: niega
- RAM: niega
- Familiares: niega

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 120/70 mmHg FC: 93 lat x min FR: 20 resp x min
SatO2: 99% T°: 36,5°C

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, palidez (-), edema (-), pápulas pruriginosas en abdomen y miembros superior e inferior
- TyP: MV pasa bien ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR, BI, no soplos
- Abdomen: AU: 34 cm / LCF: 145 x' / SPP: LC / DU: ausente / MF: ++
- Tacto vaginal: cérvix cerrado posterior, no sangrado, no pérdida de líquido amniótico
- SNC: LOTEPE, EG 15/15

3.10.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Gestante de 35 ss x ecografía de I Trimestre
- NLP
- D/C colestasis gestacional
- Escabiosis

PLAN DE TRABAJO

- Dieta hipoalergénica: disminuir la exposición a alimentos
- Monitoreo materno fetal
- Clorfenamina
- Solicitar hemograma y perfil hepático
- Solicitar ácidos biliares

3.10.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Fosfatasa alcalina en valores aumentados que sugieren patología en vías biliares, pero también podría encontrarse elevada en otras entidades, sería de mayor utilidad y más específico solicitar GGTP
- Ácidos biliares por encima de los valores normales con lo que se puede diagnosticar la colestasis gestacional

3.10.4 Diagnóstico

- Gestante de 35 ss x ecografía de I trimestre
- Colestasis gestacional
- No labor de parto

3.10.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- CFV + OSA
- Monitoreo materno fetal
- Dieta hipoalergénica

FARMACOLÓGICO

- Hidratación: ClNa 0.9% 1000 cc

- Clorfenamina 1 tableta VO cada 12 horas

3.10.6 Plan de seguimiento

Debido a que se decide manejo expectante, durante su hospitalización el seguimiento es el siguiente

- Monitoreo constante de la gestación
- Dieta hipoalergénica
- Control de hemograma
- Antihistamínico

3.10.7 Reflexión significativa

- La colestasis intrahepática del embarazo, según Arriaga et al. “es la hepatopatía que se presenta con mayor frecuencia en la gestación, se produce por una alteración en la homeostasis de los ácidos biliares a nivel del hepatocito, lo que provoca una acumulación de los mismos”²⁵. Dicha acumulación produce la clínica de comezón intensa en la piel a predominio nocturno hasta en un 80%²⁶.
- Este caso me pareció muy interesante ya que, es un diagnóstico poco común para sospechar en las gestantes, cuando la paciente llegó a emergencias al observar las lesiones en la piel y el intenso prurito se sugirió que se podría tratar de la presencia de ácaros y se consideró enviar a la paciente a su casa con tratamiento, sin embargo un médico solicitó exámenes de laboratorio donde se pudo observar el aumento de fosfatasa alcalina surgiendo como posibilidad diagnóstica la colestasis gestacional.

3.11 Caso clínico 11: pielonefritis en paciente gestante

3.11.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Gestante de 29 ss, B.H.C.J. de 29 años, procedente de SJM, con secundaria completa, conviviente. Acude al tópico de EMG de Ginecoobstetricia el día 11/05 referida del CMI: Manuel Barreto refiriendo un tiempo de enfermedad de 2 días, caracterizado por dolor pélvico y en zona lumbar bilateral asociado a SAT. Niega sangrado, niega pérdida de líquido, niega dinámica uterina, percibe movimientos fetales. Se decide hospitalización en el piso de Ginecoobstetricia para manejo expectante.

Antecedentes:

Ginecológicos:

- FUR: 13/10/22 FPP: 12/08/23 RC: 4/30
- IRS: 20 años NPS: 2 MAC: ampolla x 3
- G1P000 Edad gestacional: 29 ss

Personales:

- Vivienda: noble, cuenta con servicios básicos, no mascotas
- Patológicos: ITU a repetición con tratamiento
- Quirúrgicos: niega
- Hospitalizaciones: niega
- RAM: niega
- Familiares: niega

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 110/80 mmHg FC: 86 lat x min FR: 20 resp x min
SatO2: 98% T°: 36,8 °C

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, palidez (-), edema (-)
- TyP: MV pasa bien ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR, BI, no soplos
- Abdomen: AU: 30 cm / LCF: 137 x' / SPP: LC / DU: ausente / MF: ++
- Tacto vaginal: cérvix cerrado posterior, no sangrado, no pérdida de líquido
- GU: PPL (+)
- SNC: LOTEPE, EG 15/15

3.11.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Gestante de 29 ss x ecografía de I Trimestre
- NLP

- D/C pielonefritis aguda

PLAN DE TRABAJO

- Monitoreo materno fetal
- Antibioticoterapia empírica para tratar la infección
- Solicitar Hmg, G, U, Cr
- Solicitar examen de orina y urocultivo

3.11.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Se obtiene un hemograma con leucocitosis que indica presencia de un proceso inflamatorio en curso
- Examen de orina con más de 100 leucocitos por campo, asociado a fiebre de 38.6°C durante la hospitalización y persistencia del dolor en zona lumbar que da positivo para el signo de puño percusión lumbar bilateral. Con estos parámetros se puede realizar el diagnóstico de pielonefritis aguda.

3.11.4 Diagnóstico

- Gestante de 29 ss x ecografía de I trimestre
- Pielonefritis aguda
- No labor de parto

3.11.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- CFV + OSA
- Monitoreo materno fetal
- Adecuada higiene
- DC + LAV

FARMACOLÓGICO

- Hidratación: ClNa 0.9% 1000 cc
- Antibioticoterapia: amoxicilina 500 mg VO cada 8 horas
- Paracetamol 500 mg VO PRN a dolor intenso

3.11.6 Plan de seguimiento

Debido a que se decide manejo expectante, durante su hospitalización el seguimiento es el siguiente

- Control de Hemograma
- Antibioticoterapia
- Pendiente resultados de urocultivo
- Control por consultorio externo 7 días posterior al alta
- Explicación de signos de alarma: disuria, fiebre, dolor lumbar, vómitos

3.11.7 Reflexión significativa

- Las infecciones de las vías urinarias son patologías importantes a identificar durante la gestación. La pielonefritis aguda implica un gran riesgo de diseminación a otros órganos, y representa hasta un 20% de morbilidad²⁷ con riesgo de muerte materna por lo que es relevante reconocer, a tiempo, durante los controles prenatales a aquellas gestantes con factores de riesgo y/o aquellas que cursan con una infección en tracto urinario para poder prevenir su progresión a riñones.
- Considero que este caso fue muy importante para poder diferenciar entre los términos de bacteriuria asintomática y pielonefritis aguda, como establecer su diagnóstico y qué manejo se debe realizar en cada caso, las coberturas antibióticas y en qué situaciones se debe hospitalizar. Durante la hospitalización, surgió un malentendido entre la residente y la paciente que me enseñó a que como profesional de salud uno debe ser ante todo empático y entender la preocupación comprensible en situaciones delicadas como el estado de salud.

3.12 Caso clínico 12: tuberculosis pleural

3.12.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente femenina con siglas R.L.Z.L de 16 años quien acude por consultorio externo de medicina general acompañada por sus padres refiriendo desde hace 4 semanas tos no productiva y pérdida de peso de aproximadamente 3 kg. Una semana antes de la consulta indica dificultad para respirar en varias ocasiones al día que no le permite realizar sus actividades. Niega fiebre, niega sudoración nocturna

Antecedentes:

Personales:

- Grado de instrucción: secundaria en curso
- Ocupación: estudiante
- Estado civil: soltera
- Lugar de procedencia: San Juan de Miraflores
- Vivienda: material noble, 4 habitantes, 3 habitaciones, no mascotas, sí servicios básicos, poca ventilación e iluminación
- Hábitos nocivos: niega
- Alimentación: bajo consumo de lácteos y vegetales, consumo moderado de azúcares simples

Patológicos:

- Enfermedades: niega
- Cirugías: niega
- Hospitalizaciones: niega
- RAM: niega
- Contacto TBC: madre con TBC sensible tratamiento completo hasta septiembre 2022, padre con TBC sensible en tratamiento actual (4to mes)
- Familiares: padres con antecedente de TBC pulmonar sensible, hermano aparentemente sano (24 años)

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 110/60 mmHg

FC: 78 lat x min

FR: 19 resp x min

SatO₂: 99%

T°: 36,5°C

Peso: 62.8 kg

Examen general:

- ABEG, ABEH, ABEN
- Piel: tibia, hidratada, llenado capilar <2 seg, no cianosis, no palidez
- TyP: MV pasa disminuido en hemitórax derecho, no ruidos agregados
- CV: RCR, BI, no soplos audibles
- Abdomen: B/D, RHA (+), no doloroso a la palpación
- SNC: LOTEPE, reactiva

3.12.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICO

- TBC pulmonar
- TBC extrapulmonar

PLAN DE TRABAJO

- BK y cultivo de esputo
- GeneXpert de líquido pleural
- Rx de tórax
- Laboratorio: Hmg, G, U, Cr, perfil hepático
- VIH, RPR
- IC a Neumología pediátrica para Toracocentesis diagnóstica

3.12.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Laboratorio: hemograma y bioquímicos en valores normales, perfil hepático adecuado por lo que se puede iniciar tratamiento antituberculoso
- Baciloscopia: negativo
- GeneXpert: positivo en líquido pleural
- Rx tórax: evidencia de derrame pleural basal en hemitórax derecho

3.12.4 Diagnóstico

- TBC extrapulmonar: TBC pleural

3.12.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- Reforzar consumo de alimentación saludable a toda la familia
- Fortalecer hábito de ambiente ventilado e iluminado
- Fortalecer salud mental

FARMACOLÓGICO

Esquema tuberculosis extrapulmonar: dosis fijas combinadas (4 tab diarias) por 50 dosis

- Isoniazida 75 mg
- Rifampicina 150 mg
- Pirazinamida 400 mg

- Etambutol 275 mg

3.12.6 Plan de seguimiento

- Seguimiento en toma de medicación diaria
- Continuar con apoyo psicológico
- Vigilancia de síntomas en familiares
- PPD en colegio a compañeros de aula y contactos y BK y Rx de tórax a aquellos que presenten síntomas y tengan PPD positivo

3.12.7 Reflexión significativa

- La tuberculosis es un problema de salud mundial, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en el año 2022 se notificaron 10,8 millones de casos²⁸, siendo la extrapulmonar la de mayor prevalencia. Para su diagnóstico se requieren otros estudios además de la baciloscopia ya que esta tiene una sensibilidad del 50%²⁹.
- Con este caso pude aprender que a pesar de realizar los exámenes correspondientes y obtener resultados negativos, la sintomatología y los hallazgos en el examen físico que nos hacen sospechar de alguna entidad debemos indagar con otros exámenes auxiliares que puedan confirmar nuestro diagnóstico, como fue el caso de la paciente quien luego de ser referida al H.M.A, se pudo obtener la muestra de líquido pleural y con la cual se pudo diagnosticar finalmente a la paciente con TBC pleural. Asimismo, este caso me permitió conocer más a fondo, el programa de tuberculosis llevado a cabo en mi centro de salud y me pareció muy interesante que se evalúe todo el entorno del paciente captado, desde visita domiciliaria hasta evaluación por psicología y estudio socioeconómico lo que permite una mejor adherencia al tratamiento y seguimiento.

3.13 Caso clínico 13: escabiosis en paciente pediátrico

3.13.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente varón de 7 meses procedente de VMT, con tiempo de enfermedad de 2 semanas, madre nota aparición de lesiones tipo pápulas por la cual empezó a bañarlo con “jabón especial”, luego de 1 semana nota incremento de las lesiones y le administra “crema” pero tampoco observa mejoría. Un día antes del ingreso hace 1 pico febril de 38°C, las lesiones

se han generalizado y se asocia a intenso prurito por lo que acude por EMG. Se evidencia a madre con las mismas lesiones en brazos y tórax.

Antecedentes:

Personales

- Lugar de nacimiento y procedencia: SJM
- Vivienda: material prefabricado, 1 habitación, 4 habitantes
- Servicios básicos: no cuenta con servicio de agua

Patológicos

- Tiempo de gestación: 36 semanas
- CPN: 3
- Tipo de parto: eutócico
- Peso al nacer: 2700 g
- APGAR: llanto al nacer
- Inmunizaciones: completas para la edad
- RAM: niega
- Antecedentes familiares: niega
- Hospitalizaciones previas: niega

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

FC: 115 lat x min

FR: 35 resp x min

SatO₂: 99%

T°: 38.1°C

Peso: 8.2 kg

Examen general:

- Piel y faneras: T/H/E, llenado capilar <2 seg, lesiones papulares eritematosas en manos, pies y tronco
- TyP: simétrico, MV pasa en ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR, BI, no soplos audibles
- Abdomen: lesiones papulares eritematosas, B/D, RHA audibles, no doloroso
- GU: diferido
- SNC: irritable, reactivo a estímulos

3.13.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Herpangina
- Escabiosis
- Riesgo social

PLAN DE TRABAJO

- Hemograma
- PCR, VSG
- VIH por constantes infecciones para buscar inmunodeficiencia
- IC a Dermatología
- IC al servicio de MAMIS

3.13.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Hemoglobina y VCM bajo, evidencia anemia de tipo ferropénica, según la Norma Técnica del MINSA y de acuerdo a su rango de edad se trata de una anemia leve
- Presencia de leucocitosis que indica presencia de infección activa
- Resto de exámenes dentro de valores normales

3.13.4 Diagnóstico

- Escabiosis
- Anemia leve
- Riesgo social

3.13.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- Hospitalización del paciente
- DC + LME
- CFV
- Sello salino
- Cuidado de lesiones, evitar rascado

FARMACOLÓGICO

- Cefazolina 270 mg EV cada 8 horas
- Cetirizina 2.5 mg VO cada 24 horas

- Terbinafina 45 mg cada 24 horas
- Permetrina 5% aplicar de cuello a pies 1 sola vez

3.13.6 Plan de seguimiento

- Continuar con tratamiento: cefalexina 140 mg VO cada 8 horas por 6 días
- Baño diario
- Lavado de manos diario
- Control por consultorio externo de Pediatría y Dermatología
- Completar esquema de vacunación
- Alimentación rica en proteínas

3.13.7 Reflexión significativa

- La escabiosis constituye un problema de salud pública importante que puede presentarse entre el 0,2 al 24% de la población³⁰ sobre todo en los niños (5-10%)³¹ y que afecta la calidad de vida de la familia que lo padezca por lo que es importante que se realice el diagnóstico temprano. Es de suma importancia la erradicación de los ácaros no sólo con manejo farmacológico, sino que además con una correcta higiene (lavado a altas temperaturas)³².
- De este caso en particular comprendí que como profesionales de la salud, no solo debemos enfocarnos en las manifestaciones o la clínica por la que el paciente acude a consulta, sino que debemos realizar una atención integral, por ejemplo observar su medio social para procurar ayudar o brindar el apoyo que requiere. En este caso, el realizar IC con el servicio de MAMIS, permitió a la madre informarse sobre la enfermedad y las medidas que debe realizar para mantener la higiene de su hogar, así como un seguimiento de la salud del menor por parte del establecimiento para asegurar su bienestar.

3.14 Caso clínico 14: infección del tracto urinario complicado

3.14.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente femenina de 49 años conocida por el servicio, quien ingresa por consultorio externo de medicina general en el C.S.J.P refiriendo nuevamente “dolor lumbar intenso que no le permite realizar sus actividades”, asociado a ardor en genitales y disuria. Presenta el mismo

cuadro clínico desde hace 8 meses y acude con resultados de examen de orina del día previo positivo.

Antecedentes:

Personales

- Grado de instrucción: primaria completa
- Estado civil: soltera
- Ocupación: independiente (venta de ropa en gamarra)
- Lugar de procedencia: SJM

Patológicos

- Enfermedades: niega
- Contacto TBC: niega
- Inmunizaciones: 4 dosis de COVID
- Quirúrgicos: niega
- Hospitalizaciones: niega
- Familiares: padre con TBC y HTA, madre fallecida con DM2
- RAM: niega
- Medicación de uso frecuente: naproxeno 500 mg c/8 horas x 1 semana, diclofenaco 75 mg IM x 1 semana, esquema repetido en más de 10 ocasiones

Ginecológicos

- Menarquia: 16 años FUR: 1-2/irregular
- IRS: 16 años NPS: 1 MAC: niega
- G3P3003

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 120/80 mmHg	FC: 80 lat x min	FR: 15 resp x min
SatO2: 98%	T°: 36°C	
Peso: 91 kg	Talla: 1.58 cm	IMC: 39.56

Examen general:

- Piel y faneras: THE, llenado capilar <2 seg, no cianosis
- TyP: simétrico, MV pasa en ACP, no ruidos agregados

- CV: RCR, BI, no soplos audibles
- Abdomen: B/D, RHA audibles, no doloroso
- GU: PPL (+) bilateral, PRU (-)
- SOMA: dolor a la flexo extensión de la columna en zona lumbar
- SNC: irritable, reactivo a estímulos

3.14.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- ITU recurrente
- Lumbalgia
- Obesidad grado II

PLAN DE TRABAJO

- Hmg, G, U, Cr, Perfil lipídico
- Examen de orina
- Ecografía renal
- Radiografía de columna lumbar

3.14.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Glucosa: elevada, necesitará nueva toma de muestra para realizar diagnóstico de DM2
- Perfil lipídico: colesterol total y triglicéridos elevados
- Creatinina en valores normales
- Ecografía evidencia presencia de cálculos pequeños en ambos riñones
- Exámenes de orina: últimos 4 realizados en el mes de diciembre, que evidencia infección recurrente
- Urocultivo que demuestra la resistencia a múltiples antibióticos pero que ayuda a orientar a la elección del medicamento
- Rx lumbar: demuestra leve desplazamiento entre las vértebras L4-L5, así como acentuación de la lordosis fisiológica en región lumbar lo que explicaría el dolor que refiere la paciente

3.14.4 Diagnóstico

- ITU recurrente
- Microlitiasis renal
- Lumbalgia crónica
- D/C DM2
- Dislipidemia mixta
- Obesidad grado II

3.14.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- IC a Nutrición
- Referencia a Medicina Física y Rehabilitación de H.M.A
- Referencia por EMG a Medicina Interna de H.M.A
- Educación sobre correcta postura y uso de corrector de espalda
- Consejería sobre importancia de bajar de peso

FARMACOLÓGICO

- Diclofenaco 75 mg + orfenadrina 60 mg IM x 3 días
- Ceftriaxona 1g IM STAT

3.14.6 Plan de seguimiento

- Seguimiento de la referencia por MM.FF.RR
- IC a Psicología
- Consejería sobre el uso constante de medicación, así como la importancia de una buena alimentación y ejercicio que permita la baja de peso

3.14.7 Reflexión significativa

- Se define ITU recurrente cuando el paciente presenta más de dos infecciones sintomáticas en 6 meses o más de tres en un año³³. Es importante buscar las posibles causas de la recurrencia como la presencia de cálculos, anomalías anatómicas o quistes³⁴.
- Con este caso aprendí a tener tolerancia y saber responder ante situaciones incómodas ya que, la paciente cuando no recibía los medicamentos que solicitaba subía el tono de su voz y exigía refiriendo que debido a que tenía SIS nosotros debíamos darle lo

que pide. Además, aprendí que no debo juzgar antes de tiempo, esto porque la paciente acudía casi 2 veces por semana a consulta refiriendo dolor intenso aunque su semblante no reflejaba lo mismo y por ello el personal de salud, teniendo antecedente de otro paciente, se pensó que vendía los medicamentos por lo que solo se le daba tratamiento para el dolor y no se trataba de buscar la causa. Sin embargo, luego pude observar que sí se administraba los medicamentos por lo que revisé más a fondo la historia y noté la elevación de glucosa sin seguimiento, presencia de cálculos y los múltiples resultados positivos de ITU, razón por la que sugerí sea enviada por EMG para que se evalúe el origen de sus infecciones a repetición.

3.15 Caso clínico 15: osteomielitis en paciente pediátrico

3.15.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente varón de 5 años con tiempo de enfermedad de 4 días caracterizado por pico febril (39°C) asociado a pérdida de apetito y dolor intenso en miembro inferior izquierdo que limita su deambulación. Dado su antecedente de artritis séptica, la progresión del dolor y disfunción, su madre decide traerlo por EMG.

Antecedentes:

Personales:

- Lugar de nacimiento: Venezuela
- Lugar de procedencia: VMT
- Vivienda: prefabricado, 1 habitación, 3 habitantes, no servicios básicos
- Nivel socioeconómico: bajo
- Familiares: padre con TBC pulmonar / abuela materna: asma, DM2

Prenatales:

- CPN: > 8
- Embarazo: sin complicaciones
- Cesárea x SFA (bradicardia fetal)
- 36 ss, 3400 g, solo vacuna BCG

Patológicos:

- RN: aspiración de meconio con lavado gástrico

- IC a Traumatología
- Ibuprofeno STAT
- BK en esputo (3 muestras)

3.15.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Hmg: sin alteraciones
- PCR: muy superior a valores normales que evidencia proceso de inflamación en curso
- Baciloscopia negativa
- Rx cadera: evidencia de rasgos osteolíticos que podrían atribuirse a un proceso anterior quirúrgico, además se observan cambios óseos
- Ecografía de partes blandas: muestra colecciones en zona de cadera así como inflamación

3.15.4 Diagnóstico

- Osteomielitis crónica de cadera izquierda
- D/C absceso vs artritis séptica de cadera izquierda
- Desnutrición crónica

3.15.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- IC a Servicio social para solicitar apoyo para realizar RMN de cadera solicitada por servicio de traumatología
- IC a Nutrición para elaboración de dieta alta en proteínas
- IC a MM.FF.RR para evitar atrofia de MMII
- IC a Cirugía pediátrica para posibilidad de colocación de CVC a solicitud de la madre por acceso venoso difícil

FARMACOLÓGICO

- Oxacilina 825 mg EV c/8 horas (150 mg/kg/día)
- Clindamicina 165 mg EV c/6 horas (40 mg/kg/día)
- Paracetamol 250 mg VO PRN T°>38°C
- Ibuprofeno 165 mg VO PRN dolor intenso

3.15.6 Plan de seguimiento

- Referencia a Instituto Nacional de Salud del Niño para apoyo de ayuda al diagnóstico
- Control por consultorio de Pediatría, Traumatología y Medicina física y rehabilitación al alta
- Educación sobre importancia de buena nutrición
- Inicio de documentación para cobertura del SIS
- Explicación de signos de alarma para acudir por EMG: fiebre, dolor muscular, disnea, cojera

3.15.7 Reflexión significativa

- Se estima una incidencia de osteomielitis de 2-13 casos por cada 100 mil niños, siendo más común en los varones³⁵. En esta población la presentación clínica puede ser muy variable y dependerá de la edad, es así que los niños mayores presentan limitación funcional además de los signos clásicos de flogosis³⁶.
- Este caso en particular fue uno de los más complicados de manejar y de los que tuvo más repercusión durante mi internado. Me agradó mucho poder investigar más a fondo la historia de la enfermedad del menor y para ello, realicé una línea del tiempo con la madre y los pocos documentos que había traído desde Venezuela, método que luego puse en práctica con mis próximos pacientes. Por otro lado, me apenó mucho la manera en la que concluyó el caso. En primer lugar, Servicio Social descubrió falacias que la madre había dicho para poder obtener el SIS, lo cual solo empeoró la situación del menor y por lo que no se le pudo hacer ni RMN ni referencia al INSN-Breña. Fue muy triste la manera en la que se retiraron del hospital ya que, el pequeño no se encontraba bien pero cada día y servicio que se le daba aumentaba el costo que la madre refería no podía cubrir, y me apenó observar que debido a mala relación entre la madre y la residente, el niño se viera afectado. Tiempo después la madre me contactó y me comunicó que su hijo se encontraba mucho mejor y que estaba recibiendo la ayuda en Ecuador, lo cual me alegró mucho pero me hizo pensar en que esta situación lo pasan muchos pacientes y que ojalá en un futuro próximo esta realidad cambie.

3.16 Caso clínico 16: pie diabético

3.16.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente masculino de 61 años que refiere tiempo de enfermedad de 10 días caracterizado por aumento de volumen en pie derecho y aparición de lesión tipo úlcera en dorso de pie región distal con secreción de material purulento y mal olor. Paciente refiere haber estado recibiendo tratamiento antibiótico (no especifica) por indicación en curaciones del servicio de Unidad de Pie Diabetico.

Antecedentes:

Personales:

- Estado civil: casado
- Grado de instrucción: secundaria
- Procedencia: SJM
- Nocivos: tabaco ocasional
- Vivienda: noble, 3 habitaciones, 2 habitantes

Patológicos:

- HTA: hace 10 años
- DM2: hace 10 años
- Otros: vitiligo, depresión hace 15 años
- Medicamentos: sertralina + risperidona, losartan, insulina NPH 20 UI
- Familiares: padre y madre con DM2

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 130/80 mmHg

FC: 80 lat x min

FR: 19 resp x min

SatO₂: 97%

T°: 36 °C

Peso: 8.82 kg

Examen general:

- AREG, AREN, AREH
- Piel y faneras: llenado capilar <2 seg, no palidez, no edema
- TyP: MV pasa bien en ambos campos, no ruidos agregados

- CV: RCR, BI, no soplos
- Abdomen: B/D, RHA audibles, no doloroso a la palpación
- Extremidades: se palpa latidos arteriales fuertes en pierna izquierda, latidos débiles en pierna derecha
- SNC: despierto, LOTEP

3.16.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- DM2 con complicaciones tardías: pie diabetico
- HTA x HCL
- Trastorno depresivo mayor x HCL

PLAN DE TRABAJO

- CFV
- Hmg, HbA1C, basales (glucosa, urea, creatinina), perfil de coagulación
- Ecografía Doppler arterial MMII derecho y EKG
- IC a UPD

3.16.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Creatinina elevada: realizar estudios para determinar si el paciente se encuentra con falla renal aguda o crónica
- Leucocitosis leve a predominio de abastionados, es decir con desviación izquierda, indica proceso infeccioso
- Hb bajo demuestra anemia leve normocítica-normocrómica, etiología multifactorial
- Unidad de pie diabetico: por las características halladas durante la evaluación se puede determinar que se encuentra en estadio Wagner grado 3 y Texas 3B

3.16.4 Diagnóstico

- DM2 con complicaciones tardías: pie diabetico Wagner 3 Texas 3B
- HTA Grado II EC I
- Anemia leve
- Trastorno depresivo mayor
- Vitiligo

3.16.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- Dieta blanda hipoglucida hiposódica
- Toma de glucosa capilar 30 minutos antes de desayuno, almuerzo y cena
- Control de funciones vitales y balance hídrico
- Cultivo de pie diabetico

FARMACOLÓGICO

- Ceftriaxona 2 g c/24 horas EV
- Clindamicina 600mg cada 8 horas EV
- Insulina NPH 7 UI SC 8 AM
- Tramadol 50 mg PRN dolor SC
- Losartan 50 mg cada 12 horas VO
- Mirtzapina 30 mg noches VO
- Risperidona 2 mg ½ tab noche VO

3.16.6 Plan de seguimiento

- IC a Psiquiatría para ajuste de medicación
- IC al servicio de Unidad de pie diabetico para realización de curaciones e indicaciones
- IC a Cirugía cardiovascular para evaluación con resultados de ecografía Doppler y viabilidad de la extremidad
- Seguimiento de los resultados de cultivo con antibiograma de pie diabetico para actualización de antibioticoterapia
- Control de glucosa diario

3.16.7 Reflexión significativa

- La diabetes mellitus es una de las enfermedades con mayor tasa de morbimortalidad en el mundo. Existen múltiples complicaciones, las cuales pueden dividirse en agudas y crónicas, siendo estas últimas las que conllevan a una mala calidad de vida del paciente. Un 25% de los pacientes con DM2 pueden desarrollar pie diabético, 84% inician con una úlcera crónica y 20% termina en una amputación³⁷. Existen diferentes escalas para la valoración del pie diabético, siendo Wagner la más conocida, sin embargo, actualmente la escala PEDIS podría ser la que abarca más

- Medicación actual: niega
- Cirugías: niega

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 90/60 mmHg FC: 74 lat x min FR: 15 resp x min
 SatO2: 97% T°: 37 °C

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, mucosas deshidratadas
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR, no soplos audibles
- ABD: B/D, RHA +, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio
- GU: PPL (-) PRU (-)
- SNC: despierta, reactiva a estímulos, LOTEP

3.17.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Síndrome doloroso abdominal
- Gastritis
- D/C litiasis vesicular

PLAN DE TRABAJO

- Hemograma
- Ecografía abdominal superior
- Basales: glucosa, urea, creatinina
- Amilasa y lipasa
- Perfil hepático

3.17.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Amilasa elevada en 10 veces, nos indica que hay que sospechar de pancreatitis
- Bilirrubina total a predominio directo y transaminasas elevadas sugiere colestasis
- Deshidrogenasa láctica elevada indica daño tisular
- Lipasa muy por encima de su valor normal, es específica para pancreatitis

- Leucocitosis que indica proceso inflamatorio
- No evidencia de anemia
- Ecografía abdominal: se confirma la inflamación del páncreas asociado a la presencia de cálculos en la vesícula biliar

3.17.4 Diagnóstico

- Pancreatitis aguda
- Colecistitis aguda calculosa

3.17.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- CFV + OSA
- NPO
- Hidratación EV
- Control de glicemia cada 8 horas

FARMACOLÓGICO

- Tramadol 50 mg cada 8 horas EV
- Dimenhidrinato 50 mg cada 8 horas EV
- Metoclopramida 10 mg PRN a náuseas y vómitos

3.17.6 Plan de seguimiento

- Solicitar CRMN
- IC a Gastroenterología para indicaciones de manejo o pase a servicio
- IC a Cirugía general para evaluación y programación de colecistectomía
- Evaluación con nutrición
- Educación sobre evitar consumo de alcohol

3.17.7 Reflexión significativa

- Pancreatitis es una patología muy frecuente que significa una causa importante de morbimortalidad en la población adulta, aumentando un 13,3% la tasa de hospitalizaciones por esta patología³⁹. Se conocen múltiples etiologías, siendo la más prevalente a causa de la presencia de cálculos en la vesícula biliar (38-40%)⁴⁰ que

- PCR elevado indica proceso infeccioso
- Hemoglobina por debajo de lo normal, se añade diagnóstico de anemia moderada, resto de hemograma en valores normales, incluyendo leucocitos.
- Ecografía de partes blandas: confirma la presencia de un proceso inflamatorio

3.18.4 Diagnóstico

- Fascitis necrotizante en MMII izquierdo
- DM2 con complicaciones tardías

3.18.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- Dieta blanda hipograsa, hipoglúcida
- Toma de glucosa capilar 30 minutos antes de desayuno, almuerzo y cena
- Control de funciones vitales y balance hídrico

FARMACOLÓGICO

- Vancomicina 500 mg 2 amp cada 12 horas EV
- Meropenem 500 mg 2 amp cada 8 horas EV
- Tramadol 50 mg + dimenhidrinato 50 mg PRN dolor EV

3.18.6 Plan de seguimiento

- Seguimiento de cultivo de secreción para actualización de antibióticos
- IC a Cirugía plástica para realización de curaciones diarias e indicaciones hasta el alta de la paciente posterior a la limpieza quirúrgica
- Insulina a escala de corrección ante aumento de valores de glucosa
- Seguimiento de indicaciones de oftalmología de acuerdo a evaluación

3.18.7 Reflexión significativa

- La celulitis es una complicación bacteriana cutánea común que requiere de un manejo especializado y pronto para evitar complicaciones como el desarrollo de la necrosis de la zona o incluso fascitis necrotizante⁴² que va a requerir de limpieza quirúrgica, uso de antibióticos de amplio espectro, curaciones diarias y observación constante⁴³. Es muy importante que si un paciente es diabético, se le hospitalice a tiempo ya que, es bien conocido que las infecciones exacerban su glucosa y pueden complicar su estado⁴⁴.

- En particular, este caso me permitió conocer que uno como profesional debe brindar una atención integral, en este caso a la paciente se le realizó una interconsulta a oftalmología para descartar la posibilidad de retinopatía diabética, incluso sin presentar sintomatología, el haber realizado esta consulta nos permitió detectar a tiempo el desarrollo de otras complicaciones causadas por su patología de fondo.

3.19 Caso clínico 19: neumonía viral en paciente pediátrico

3.19.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Madre refiere que 7 días antes del ingreso su hijo de 3 meses inicia con síntomas catarrales acompañado de picos febriles que duraron 8 días, acude a posta de salud 5 días antes del ingreso donde le indican medidas de soporte. Al no notar mejoría, por persistencia de la tos decide acudir con médico particular quien le receta cotrimoxazol, cetirizina, codeína y ambroxol. Madre nota exacerbación de tos en frecuencia e intensidad y además respiración rápida por lo cual decide traerlo por EMG.

Antecedentes:

Personales

- Lugar de procedencia: Chorrillos
- Vivienda: noble, 4 habitantes, 2 habitaciones, cuenta con servicios básicos, 1 perro

Natales

- CPN: 6
- Vacunas durante el embarazo: si
- Enfermedades durante el embarazo: ITU tratada
- Tipo de parto: eutócico
- Edad gestacional: 38 semanas
- Peso al nacer: 3840 g
- APGAR: 8-9
- Lactancia materna: si
- Inmunizaciones: completas para la edad

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

FC: 89 lat x min

FR: 68 resp x min

SatO₂: 98%

T°: 36.3°C

Peso: 7 kg

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg
- TyP: MV pasa disminuido en ACP, subcréptos en bases, sibilancias espiratorias, politiraje
- CV: RCR, no soplos
- Abdomen: blando depresible, RHA +, no doloroso a la palpación
- SNC: despierto, reactivo a estímulos

3.19.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Neumonía viral

PLAN DE TRABAJO

- Radiografía de tórax
- Hemograma

3.19.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Evidencia de anemia leve
- Resto de examen hematológico dentro de valores normales
- Rx tórax: evidencia de atelectasia en zona apical derecha

3.19.4 Diagnóstico

- Neumonía viral
- Atelectasia apical derecha

3.19.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- LME
- CFV + OSA
- Cabecera en 30 grados

FARMACOLÓGICO

- Paracetamol 65mg VO PRN a T>38°C

- Nebulizaciones con CINA 0.9% 5 cc cada 2 horas
- Solución salina instilada en gotas (4) en cada fosa nasal cada 4 horas
- O2 húmedo por cánula binasal (1-4 L) para mantener SatO2 >92%

3.19.6 Plan de seguimiento

- Inhalaciones con salbutamol: 2 puff c/3 horas x 2 días, 2 puff c/4 horas x 3 días, luego 2 puff c/6 horas x 3 días
- Paracetamol 100 mg/1 ml: 21 gotas si hay T>38°C
- Lavado de manos antes de dar de lactar
- Limpieza de fosas nasales en caso de congestión
- Control por consultorio externo de pediatría 7 días después del alta
- Completar el esquema de vacunación según corresponda
- Indicación de signos de alarma: respiración rápida, hundimiento de costillas, cambio de coloración (cianosis)

3.19.7 Reflexión significativa

- La neumonía adquirida en la comunidad es una patología respiratoria muy frecuente en nuestro medio. En el año 2018 se reportaron más de 28 mil casos de neumonía en los menores de 5 años y de ellos más de 10 mil requirieron hospitalización⁴⁴. Los niños son propensos a infecciones respiratorias, por lo que el personal de salud debe incentivar a los padres a seguir el esquema de vacunación ya que en los primeros meses se coloca la vacuna contra el neumococo, principal factor etiológico de la neumonía bacteriana⁴⁵.
- El presente caso me permitió conocer aquellos medicamentos que no deberían ser administrados en los niños, sobre todo menores de 5 años. Cuando el paciente llegó al servicio de EMG y la madre nombró una lista de medicamentos entre ellos antitusígenos, me asombró la manera en que la residente educó a la madre de manera concisa y didáctica el porqué dar estos medicamentos puede ocasionar complicaciones en el menor de edad. Fue importante observar ese momento ya que, me permite en la actualidad brindarle una mejor atención a los niños y también poder educar a las madres.

3.20 Caso clínico 20: encefalopatía hepática

3.20.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente masculino es traído por familiar por presentar cuadro clínico de 3 meses de evolución caracterizado por periodos de desorientación constantes, alteraciones conductuales (salía de la casa sin ropa, comía alimentos crudos, pagaba con objetos que no eran dinero). A dicho cuadro se le agrega temblor en las manos.

Antecedentes:

Personales

- Ocupación: taxista
- Lugar de nacimiento y procedencia: La Victoria
- Vivienda: noble, con servicios básicos, 2 habitaciones, 3 habitantes

Patológicos:

- Enfermedades: HTA y DM2 hace 10 años
- Hábitos nocivos: alcohol desde los 16 años, marihuana y cocaína ocasional hace 30 años
- Cetosis hepática hace 1 año
- Medicación habitual: omeprazol, metformina, losartan, rifaximina (ocasional)

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 140/90 mmHg	FR: 34 resp x min	FC: 60 lpm
T°: 37 °C	SatO2: 95%	Talla: 1.58
Peso: 89 kg	IMC: 35.7	

Examen general:

- Estado general: AREG, ABEN, ABEH
- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, no cianosis, no edema, mucosas húmedas
- TYP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados, no tirajes
- CV: RCR, buen tono, sin soplos ni desdoblamiento
- Abdomen: B/D, RHA +, no doloroso a palpación
- Neurológico: tendencia al sueño, responde parcialmente al interrogatorio

3.20.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Cirrosis hepática descompensada: encefalopatía hepática WH II tipo C
- DM2 y HTA x HCL
- Obesidad grado II

PLAN DE TRABAJO

- Hemograma completo
- AGA y electrolitos
- Bioquímico

3.20.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Evidencia de daño hepático por aumento de bilirrubinas y globulinas, grado leve
- Creatinina elevada que pone en manifiesto daño renal
- No evidencia de leucocitosis, hemoglobina disminuida que evidencia anemia leve, resto de hemograma normal
- AGA: hipercalcemia, resto de electrolitos normales

3.20.4 Diagnóstico

- Trastorno del sensorio metabólicas + encefalopatía hepática
- THE: hipercalcemia (d/c hiperparatiroidismo, d/c malignidad)
- Cirrosis hepática
- DM2 y HTA x HCL

3.20.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- Dieta blanda baja en sal y azúcar
- Control de diuresis y funciones vitales
- Toma de AGA diario
- SS: ecografía de tiroides, PTH

FARMACOLÓGICO

- CIna 0.9% 1000cc EV
- Lactulosa 3.3 gr 30 cc c/8h VO
- Enema evacuante PRN a constipación
- Insulina R a escala de corrección

- HGT c/8h
- Rifaximina 200 mg 2 tab c/8h

3.20.6 Plan de seguimiento

- Cumplimiento de tratamiento
- IC al servicio de Endocrinología y Cirugía de cabeza y cuello para coordinación de posible intervención quirúrgica
- Continuar con citas con Cardiología, Endocrinología y Medicina Interna para control de enfermedades crónicas

3.20.7 Reflexión significativa

- El calcio es un electrolito que puede tener múltiples funciones en el cuerpo humano, desde reacciones enzimáticas hasta su función como cofactor en la coagulación y la contractilidad muscular sobre todo del músculo cardíaco. Su metabolismo depende de hormonas, siendo la principal, la paratohormona (PTH)⁴⁶. Es por ello que cuando hay variación en los valores del calcio el primer examen que se debe realizar es la PTH, ya que el hiperparatiroidismo primario representa el 85% de la etiología^{47,48}.
- Este fue uno de los primeros casos que tuve en mi rotación por el servicio de Medicina Interna, y con el cual me enseñaron que debemos profundizar la historia clínica por lo que ante un paciente con patologías crónicas, debemos solicitar su HCL antigua. En este caso, pudimos encontrar que el paciente tenía un estudio de PTH patológico antiguo, al cual no se le habían realizado estudios. Con ello, pudimos notar que los cambios de conducta que asociamos con su patología de fondo de cirrosis y que nos llevó a que el inicio de tratamiento fuera dirigido a esta entidad, podrían explicarse también con la alteración de este electrolito. Fue reconfortante haber realizado este hallazgo junto con mis cointernos y mi residente.

3.21 Caso clínico 21: infección por *Helicobacter pylori*

3.21.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente femenina con siglas C.H.B de 68 años acude a consultorio externo de medicina general refiriendo dolor de cabeza difuso y mareos asociado a sensación de llenura precoz,

eructos, acidez, quemazón e inflamación abdominal desde hace 1 mes. Además refiere cansancio.

Antecedentes:

Personales:

- Vivienda: noble, 2 habitaciones, 1 habitante, cuenta con servicios básicos, mascotas: 1 perro y 2 gatos
- Hábitos nocivos: niega
- Alimentación: consumo ocasional extra domiciliario
- Ocupación: independiente (vendedora)

Patológicos:

- Enfermedades: DM2 y HTA, gastritis
- Quirúrgicos: niega
- Hospitalizaciones: niega
- Medicación: metformina c/12 hrs, losartan 50 mg y omeprazol 20 mg c/24 hrs

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 100/60 mmHg

FC: 63 lat x min

FR: 14 resp x min

SatO₂: 98%

Peso: 54 kg

Talla: 1.43 cm

IMC: 26,4

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, no cianosis
- TyP: MV pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados
- CV: RCR, B/I, no soplos audibles
- Abdomen: B/D, RHA (+), no doloroso a la palpación
- GU: PPL (-)
- SNC: LOTEPE

3.21.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Dislipidemia
- Infección por *Helicobacter pylori*

- DM2 por HCL
- HTA por HCL

PLAN DE TRABAJO

- Solicitar: Hmg, G, U, Cr, perfil lipídico
- Solicitar test de Helicobacter pylori

3.21.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Hemoglobina por debajo del rango normal nos indica anemia de grado leve, resto de hemograma no patológico
- Glucosa normal, considerar disminuir tomas de metformina
- Perfil lipídico alterado: LDL por encima de límite superior que puede ser manejado con buena nutrición
- Prueba de Helicobacter pylori positiva

3.21.4 Diagnóstico

- Infección por Helicobacter pylori
- Anemia
- Hipercolesterolemia leve
- Sobrepeso
- DM2 y HTA por HCL

3.21.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- IC a Nutrición para régimen de alimentación
- Consejería sobre correcto lavado de alimentos, así como evitar consumo fuera del hogar

FARMACOLÓGICO

- Esquema 1 por 10 días:
 - Omeprazol 20 mg c/12 horas
 - Claritromicina 500 mg c/ 12 horas
 - Amoxicilina 500 mg 2 tab c/12 horas

- Sulfato ferroso 300 mg: 2 tab diarias por un mes luego de acabar tratamiento para Helicobacter Pylori
- Medicación habitual

3.21.6 Plan de seguimiento

- Control de glucosa y presión arterial
- Nuevo examen de Helicobacter pylori, 1 semana posterior a fin de tratamiento para confirmar erradicación

3.21.7 Reflexión significativa

- La infección por Helicobacter pylori es una patología con alta repercusión en la salud pública ya que afecta hasta en un 50% de la población peruana⁴⁹. Es importante conocer las diferentes líneas de tratamiento para su erradicación, así como brindar el tiempo necesario en la consulta para motivar la adherencia⁵⁰.
- Este caso me permitió conocer los diversos síntomas y signos que se presentan en una infección por Helicobacter pylori. Cuando la paciente mencionaba la clínica, no consideré en un primer momento a esta patología ya que, al pasar de un hospital a un centro de salud uno piensa en enfermedades de mayor gravedad por lo que, me sirvió para primero sospechar en afecciones más comunes en la población. Además, y luego de estudiar más a fondo el tema, ahora me siento capaz de poder educar a los pacientes sobre las medidas que deben tomar para evitar una reinfección, conocer la clínica me permitirá prevenir sus complicaciones a largo plazo como son la gastritis, úlceras y posterior desarrollo de adenocarcinoma gástrico⁵¹ que aqueja a muchos peruanos.

3.22 Caso clínico 22: diabetes mellitus debut

3.22.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente femenina de siglas Y.G.R.C de 39 años de edad, acude a consulta externa refiriendo SAT, ardor al orinar y polaquiuria desde hace 2 semanas. Además refiere que desde hace 1 mes, luego de ir de senderismo, sintió que la mochila laceró su piel en la zona axilar e indica que ahora presenta prurito.

- D/C DM2
- Micosis cutánea
- Obesidad grado I

PLAN DE TRABAJO

- SS Hmg, G, U, Cr, perfil lipídico
- SS examen de orina
- SS test de KOH de lesión axilar

3.22.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Glucosa: muy por encima del límite superior normal, indica crisis hiperglucémica
- Perfil lipídico: parámetros normales, excepto LDL que puede ser corregido con buenos hábitos alimenticios
- Examen de orina: presencia de hematíes explicado porque la paciente estaba cursando su periodo menstrual al momento de la toma de la muestra, leucocitos elevados que indican presencia de infección de las vías urinarias.
- Paciente no se realizó examen de KOH

3.22.4 Diagnóstico

- ITU no complicada
- DM2 debut
- Micosis cutánea
- Obesidad grado I

3.22.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- IC a Nutrición
- Ingreso al programa de diabetes del C.S.J.P
- Consejería sobre correcta higiene de las lesiones, lavado y secado adecuado de la zona axilar dos veces al día
- Educación sobre importancia de realizar ejercicio diario o mínimo 150 minutos a la semana

FARMACOLÓGICO

- CINA 0.9% 1000 cc, 300 a chorro y luego a XXX gotas EV
- Metformina 850 mg 1 tab diaria por 15 días
- Atorvastatina 20 mg 1 tab diaria por 1 mes
- Cefalexina 500 mg c/8 horas x 5 días
- Paracetamol 500 mg c/8 horas x 3 días
- Clotrimazol aplicar mañana y noche por 10 días

3.22.6 Plan de seguimiento

- Control de glucemia con hemoglucotest en cada atención médica
- Acudir a nueva consulta 2 días antes del término de medicación para control de glucosa y considerar ajustes de tratamiento
- Acudir a nueva consulta para observar evolución de lesiones axilares

3.22.7 Reflexión significativa

- En nuestro país existiría un 7% de personas mayores de 25 años con DM2, en el año 2012 representó la primera causa de carga de enfermedad en el rango de edad de 45 a 59 años; además esta patología tiene un gran impacto en el presupuesto nacional ya que, se ha calculado un gasto de \$523 por persona con DM2⁵². Es por ello y debido a las múltiples complicaciones que pueden generarse, qué es importante conocer los criterios para realizar las pruebas de cribado y diagnóstico tanto de prediabetes como de DM2⁵³.
- En este caso pude observar que a veces algunos profesionales de la salud se limitan a darle interés solo a la patología que ellos consideran más importante o más evidente, muchas veces a causa de la alta demanda de pacientes. Particularmente, en este caso, el médico no le dio mucha importancia al comentario de la señora sobre su lesión en la región axilar, también debido a que ella solo lo mencionó como una incomodidad leve por lo que, el médico no solicitó observar la zona y comentó que primero trataría la ITU y luego si deseaba podría sacar nueva consulta en otro momento. Sin embargo, a la inspección era evidente la acantosis nigricans y me pareció importante pedirle a la paciente que nos enseñara y comentara si ella tenía antecedentes de DM2, haciendo mención que padeció de DM gestacional y su madre se encuentra en tratamiento. Con esta información solicitamos glucosa y pudimos establecer el diagnóstico de DM2

debut, gracia a ello, ahora la paciente lleva tratamiento y a largo plazo pudimos evitar que debutara con otras complicaciones que hubieran afectado gravemente su salud.

3.23 Caso clínico 23: infección de sitio operatorio

3.23.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente femenina de 35 años, PO 9 de cesárea de EMG, refiere que 4 días después de la operación tuvo sensación de bulto en la zona lateral derecha de la herida operatoria. Conforme pasaban los días, nota progresivo aumento de volumen y se asocia dolor. Acude a consultorio externo para retiro de puntos de donde la envían a EMG y en donde se le realiza apertura de HO y se evidencia salida de +/- 40 cc de contenido hematurpuroso con mal olor. Sube a hospitalización de GO

Antecedentes:

Personales:

- Lugar de procedencia: VMT
- Grado de instrucción: secundaria incompleta
- Ocupación: vendedora
- Vivienda: noble, 3 habitantes, 1 habitación, cuenta con servicios básicos, 1 perro

Ginecológicos:

- Menarquia: 16 años RC: 4/28 FUR: no precisa
- IRS: 18 años NPS: 4 MAC: ACO
- G1P1001

Patológicos:

- Enfermedades: niega
- Quirúrgicos: cesárea x SFA
- Hospitalizaciones: post cesárea
- RAM: niega
- Familiares: padre con IMA / madre con cirrosis hepática

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 100/60 mmHg FC: 89 lat x min FR: 19 resp x min

SatO2: 99%

T°: 36,3°C

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, palidez +/-+++
- TyP: MV pasa bien en ACP
- CV: RCR, BI, no soplos
- Mamas: blandas, secretoras de leche materna
- Abdomen: herida operatoria abierta con evidencia de secreción hematópurulenta con mal olor, zona empastada +/- 5 cm por encima de HO con signos de flogosis
- GE: loquios escasos sin mal olor
- GU: PPL (-)
- SNC: LOTEPE, EG 15 puntos

3.23.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- PO 9 de cesárea x SFA
- ISO

PLAN DE TRABAJO

- SS Hmg, G, U, Cr, perfil hepático
- SS ecografía de partes blandas
- Cultivo de secreción
- Tinción Gram de secreción
- Curaciones diarias
- Inicio de terapia antibiótica EV

3.23.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Leucocitos elevados sin desviación izquierda, evidencia de procesos inflamatorio en curso
- Hb por debajo de valores normales, se hace diagnóstico de anemia leve
- Ecografía de partes blandas: confirma la presencia de un absceso en la región operatoria

3.23.4 Diagnóstico

- PO 9 de cesárea x SFA
- ISO
- Anemia leve

3.23.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- DC + LAV
- CFV + OSA
- Curación de HO c/ 12 horas

FARMACOLÓGICO

- ClNa 0.9% EV a XXX gotas
- Clindamicina 900 mg EV
- Amikacina 500 mg EV
- Tramadol 100 mg SC PRN dolor y previo a curaciones

3.23.6 Plan de seguimiento

- Curaciones diarias
- Continuar con manejo antibiótico
- IC a Nutrición para consejería sobre alimentación rica en proteínas
- Al alta: explicar signos de alarma: fiebre, disnea, signos de flogosis en HO

3.23.7 Reflexión significativa

- Se define ISO a cualquier infección que se da en una herida quirúrgica o cerca dentro de los primeros 30 días de la cirugía o 90 en caso de una prótesis⁵⁴. Existen diversos factores que pueden contribuir a su desarrollo y se pueden clasificar desde los dependientes del paciente, del acto quirúrgico y postoperatorios⁵⁵.
- Con el caso presentado pude comprender, la importancia de brindarles tiempo a los pacientes para aclarar sus dudas, así como explicar correctamente las indicaciones a seguir después del alta y con un lenguaje con el que el paciente nos pueda entender. En este caso, la paciente me comentaba que cuando le dieron el alta, le explicaron muy rápidamente y sin mucho detalle el cuidado de la herida, motivo por el cual, ella

no entendió los términos que el médico usaba por lo que cuando fue a casa supuso que era normal que la herida se vea eritematosa o aumentará de volumen y no se realizó una adecuada limpieza.

3.24 Caso clínico 24: cetoacidosis diabética en paciente pediátrico

3.24.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente varón de 10 años con tiempo de enfermedad de 3 semanas caracterizado por polidipsia. Una semana antes del ingreso, se asocia malestar general, decaimiento y poliuria. Tres días antes del ingreso se asocia dolor abdominal de leve-moderada intensidad que disminuye espontáneamente. Acude a EMG por persistencia de síntomas y disminución de peso en las últimas semanas.

Antecedentes:

Personales

- Lugar de nacimiento: Venezuela
- Lugar de procedencia: SJM
- Vivienda: noble, cuenta con servicios básicos

Patológicos

- Enfermedades: niega
- Quirúrgicos: niega
- RAM: niega
- Familiares: abuela materna con DM2

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

FC: 98 lat x min

FR: 20 resp x min

SatO₂: 98%

Peso: 26 kg

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, no cianosis, no palidez
- TyP: MV pasa en ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR, BI, no soplos audibles

- Abdomen: B/D, no doloroso a la palpación
- SNC: despierto, reactivo a estímulos

3.24.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- D/C DM1
- Complicaciones de diabetes mellitus
- Síndrome consuntivo

PLAN DE TRABAJO

- Hmg, G, U, Cr
- AGA
- Examen de orina

3.24.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Glucosa: valores seis veces más que el límite superior / resto de basales en valores normales
- Potasio: valores altos, indican hiperpotasemia / resto de electrolitos normales
- Hemograma no patológico
- Examen de orina: demuestra presencia de glucosa y cuerpos cetónicos en orina

3.24.4 Diagnóstico

- Cetoacidosis diabética
- DM1 debut

3.24.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- CFV + BHE
- Control de glucemia antes y después de las comidas
- Control de diuresis
- IC a Endocrinología para inicio de tratamiento
- IC a Nutrición para consejería de alimentación hipoglucida
- IC a Servicio social para asesoría sobre activación de SIS
- IC a Psicología para apoyo en proceso de adaptación

FARMACOLÓGICO

- Insulina glargina 12 UI SC c/24 horas, corrección de acuerdo a HGT
- Insulina R cristalina 5-5-3 UI 30 minutos antes y 2 horas después de las comidas, corrección de acuerdo a HGT

3.24.6 Plan de seguimiento

- Control por consultorio externo de pediatría y endocrinología
- Dieta completa asesorada por nutrición
- Sesiones de psicología
- Educar a la madre para técnica de colocación para insulina y toma de HGT
- Explicación de signos de alarma: vómitos, dificultad respiratoria, dolor abdominal, debilidad muscular, desorientación, letargia.

3.24.7 Reflexión significativa

- Una de las complicaciones agudas más graves de la diabetes es la cetoacidosis diabética. En el año 2014, un 11% de las hospitalizaciones por esta entidad fue en menores de 17 años⁵⁶. Además, representa hasta un 1% de la mortalidad de los niños por su complicación más seria, el edema cerebral⁵⁷. Es importante conocer los 4 pilares para su correcto manejo: fluidos, insulina, potasio y acidosis^{56,57}.
- El presente caso me permitió entender la importancia de tomarnos el tiempo para conocer al paciente y darles la confianza para que hagan preguntas y si desean nos cuenten sus preocupaciones. Cuando conocí al menor, era muy tímido, estaba asustado, no entendía lo que pasaba ni lo que los médicos hablaban durante las rondas ya que siempre las conclusiones sobre su tratamiento eran explicadas a la mamá. Conversando con él me di cuenta que no entendía la importancia de las tomas de glucosa ni entendía porque no podía comer como antes y esto era lo que más le costaba, además se encontraba triste porque no conocía a nadie. Luego de explicarle sobre su patología, y solicitarle a la nutricionista que le diera pequeños snacks de azúcar en ciertos momentos de la semana el paciente estaba de mejor humor y más receptivo a colocarse la insulina, el mismo se interesaba y quería aprender para poder ayudar a su mamá.

3.25 Caso clínico 25: dolicomegacolon

3.25.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente varón de 53 años con tiempo de enfermedad de aproximadamente 1 año y 2 meses, refiere dolor abdominal asociado a náuseas y vómitos, hiporexia y constipación, motivo por el cual acude a EMG donde realizan devolvulación. Ahora acude por consultorio externo de cirugía para programación de cirugía.

Antecedentes:

Personales:

- Lugar de procedencia: Ayacucho
- Grado de instrucción: superior incompleta
- Ocupación: operador de maquinaria
- Vivienda: noble, servicios básicos
- Hábitos nocivos: niega

Patológicos

- Enfermedades: niega
- Quirúrgicos: laparotomía exploratoria (devolvulación de sigmoides)
- RAM: niega

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 110/70 mmHg

FC: 70 lat x min

FR: 16 resp x min

SatO₂: 97%

T°: 36,5°C

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, no palidez
- TyP: MV pasa en ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR, BI, no soplos audibles
- Abdomen: no distendido, cicatriz mediana supra infraumbilical de +/- 10 cm, RHA (+), no doloroso a la palpación
- SNC: LOTEPE, EG: 15 puntos

3.25.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Dolicomegacolon

PLAN DE TRABAJO

- Hmg, G, U, Cr, perfil de coagulación
- Examen de orina
- Colonoscopia
- NPO desde noche anterior
- Metronidazol 500 mg + ranitidina 50 mg EV pre SOP
- Enema evacuatorio STAT

3.25.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Prequirúrgicos: valores de hemograma, G, U, Cr dentro de rangos no patológicos
- Perfil de coagulación adecuado para ingresar a SOP
- Examen de orina: no patológico
- Colonoscopia: confirma el diagnóstico de dolicomegacolon

3.25.4 Diagnóstico

- Dolicomegacolon

3.25.5 Tratamiento

Se realiza cirugía programada: laparotomía exploratoria: sigmoidectomía + anastomosis término-lateral (colo-colónica)

NO FARMACOLÓGICO

- NPO
- CFV + BHE
- Curación de herida operatoria
- Reposo absoluto

FARMACOLÓGICO

- Dextrosa 5% 1000 cc + ClNa 20% a XXX gotas
- Ranitidina 50 mg c/8 horas

- Metamizol 2 g c/8 horas
- Tramadol 100 mg + ClNa 100 cc + dimenhidrinato 50 mg EV PRN a dolor

3.25.6 Plan de seguimiento

- IC a Nutrición para establecer dieta adecuada
- Control por consultorio externo de Cirugía general para control y retiro de puntos
- Educación sobre correcto lavado y cuidado de herida operatoria

3.25.7 Reflexión significativa

- El dolico megacolon, también conocido como megacolon andino, es un término que se introdujo en el año 1976 y que hace referencia a una característica adquirida de la población peruana que reside a más de 3000 msnm^{58,59}, se presenta sobre todo en varones, de zonas rurales entre los 40-70 años de edad, que sufren de estreñimiento crónico y cuya principal complicación es el vólvulo de sigmoides, llegando a representar hasta en un 78% de las enfermedades del colon en la región de los andes⁵⁹.
- El presente caso fue uno de los casos más interesantes durante mi rotación en el servicio de cirugía general ya que me permitió estudiar más a fondo el diagnóstico y conocer que este se presenta principalmente en pacientes que viven a grandes alturas. Considero que, durante mi servicio rural, de presentarse una clínica similar, podré tener en cuenta esta patología y así me permitirá realizar un mejor enfoque, así como brindarle una mejor atención a mi paciente.

3.26 Caso clínico 26: apendicitis aguda

3.26.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente varón de 36 años quien ingresa EMG por el servicio de Medicina Interna refiriendo un cuadro de 3 días caracterizado por un dolor tipo opresivo en epigastrio asociado a hiporexia. Acude porque ese día el dolor migra a FID aumentando de intensidad y se agregan náuseas, SAT y malestar general.

Antecedentes:

Personales

- Lugar de procedencia: VMT
- Grado de instrucción: secundaria incompleta
- Ocupación: obrero
- Vivienda: madera, cuenta con servicios básicos
- Hábitos nocivos: alcohol y tabaco ocasional

Patológicos

- Enfermedades: niega
- Quirúrgicos: niega
- RAM: penicilina
- Familiares: padre con DM2 / madre con cáncer de útero

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 120/80 mmHg	FC: 60 lat x min	FR: 20 resp x min
SatO2: 97%	T°: 39°C	
Peso: 82 kg	Talla: 1.71 cm	IMC: 28.1

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, no edemas
- TyP: MV pasa en ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR, BI, no soplos cardíacos audibles
- Abdomen: no distendido, RHA disminuidos en intensidad y frecuencia, poco blando, poco depresible, dolor a la palpación en CID, resistencia muscular (+), rebote (+)
- SNC: despierto, LOTEPE, EG: 15 puntos

3.26.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICO

- Síndrome doloroso abdominal
- D/C apendicitis aguda complicada
- Sobrepeso
- Síndrome febril

PLAN DE TRABAJO

- Hmg, G, U, Cr, G y F
- Examen de orina
- Ecografía de abdomen inferior
- IC a Cirugía general

3.26.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Leucocitos elevados que evidencian proceso inflamatorio en curso y que es un criterio para diagnóstico de apendicitis aguda
- Resto de hemograma y basales en valores normales
- Perfil de coagulación no patológico
- Grupo y factor necesario previo a SOP ante cualquier eventualidad que requiera administración de paquetes globulares
- Ecografía de abdomen inferior: evidencia de signos que inflamación del apéndice, que es considerado un criterio para diagnóstico de apendicitis aguda

3.26.4 Diagnóstico

- Apendicitis aguda complicada
- Sobrepeso

3.26.5 Tratamiento

Previo a cirugía programada

NO FARMACOLÓGICO

- NPO
- CFV
- Colocación de medias antitrombóticas 30 minutos

FARMACOLÓGICO

- CIna 0.9% 1000 cc a 30 gotas
- Ceftriaxona 2 g EV c/24 horas
- Metronidazol 500 mg EV c/8 horas
- Ranitidina 50 mg EV c/8 horas
- Metamizol 2 g EV c/8 horas

3.26.6 Plan de seguimiento

Posterior a cirugía realizada: apendicectomía laparoscópica y de acuerdo a hallazgos

- CFV + BHE
- NPO x 6 horas, luego dieta progresiva
- Cuidados de la herida operatoria
- Continuar con antibioticoterapia
- Administración de analgésicos PRN a dolor
- Deambulación
- Vigilancia de diuresis, eliminación de flatos y deposiciones

3.26.7 Reflexión significativa

- Hasta un 12% de los habitantes a nivel mundial puede llegar a presentar apendicitis aguda, principalmente varones y siendo más frecuente en la segunda década de vida⁶⁰. Es relevante destacar que su diagnóstico se establece con la clínica y se apoya con pruebas de laboratorio e imágenes. Es así que la escala de Alvarado nos es útil para establecer el diagnóstico si no contamos con disponibilidad de imágenes y saber cuál es el próximo paso (observación y sospecha de otra patología, toma de imagen para confirmación o cirugía de EMG)^{60,61}.
- Durante mi rotación en Cirugía general, pude observar muchos casos de apendicitis aguda, sin embargo, este caso en particular fue importante para mí porque me enseñó a presentar correctamente a un paciente. El residente de turno me indicó que podría participar de la cirugía si presentaba el caso adecuadamente, tuve varios intentos ya que, cuando le comentaba sobre el caso, me faltaba algún dato. El médico me asesoró y me explicó la importancia de brindar la información en orden desde datos básicos de la filiación hasta los resultados de laboratorio y los hallazgos en la ecografía, lo cual contribuyó mucho en mi aprendizaje. Asimismo, me enseñó que, aunque yo no me encontrara a cargo de ese paciente porque en ese momento estaba rotando por EMG y no en hospitalización, al haber participado de su cirugía era considerada su doctora y debía saber cómo se encontraba después de salir de sala, no solo físicamente, sino también sus resultados de laboratorio control.

3.27 Caso clínico 27: enfermedad renal crónica

3.27.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente varón de 54 años, ingresó por EMG referido del consultorio externo de nefrología por presentar desde hace aproximadamente 1 mes, leve aumento de volumen en sus pies que fue progresando de forma ascendente a las 4 extremidades. 4-5 días antes del ingreso, presenta náuseas y vómitos de contenido alimentario, constipación, cefalea y escalofríos. Se decide inicio de hemodiálisis, sube a piso de Medicina Interna para continuación de sesiones de hemodiálisis

Antecedentes:

Personales:

- Lugar de procedencia: VMT
- Grado de instrucción: secundaria completa
- Estado civil: casado
- Vivienda: noble, 3 habitantes, 3 habitaciones, cuenta con servicios básicos
- Hábitos nocivos: niega

Patológicos:

- Enfermedades: DM2 desde hace 22 años en tratamiento con insulina (no precisa), HTA reciente en tratamiento con amlodipino, HBP
- Cirugías: niega
- RAM: niega
- Familiares: padre con DM2 y cáncer de próstata / madre con HTA, fibroma de ovario / 2 hijos aparentemente sanos

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 130/75 mmHg	FC: 78 lat x min	FR: 19 resp x min
SatO ₂ : 97%	T°: 36,7°C	Peso: 64 kg

Examen general:

- Piel: T/H/E, mucosas orales hidratadas, llenado capilar <2 seg
- TyP: MV pasa ACP, no ruidos agregados
- CV: RCR, BI, no soplos

- Abdomen: B/D, RHA (+), no doloroso a la palpación
- Extremidades: MMSS y MMII con edema ++/+++
- SNC: LOTEPE, EG: 15 puntos, no focalización

3.27.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- ERC V en hemodiálisis debut
- DM2 x HCL
- HTA x HCL

PLAN DE TRABAJO

- Completar formulario FISSAL para ingreso a programa de diálisis
- Hemodiálisis según programación
- SS Hmg, G, U, Cr, perfil hepático
- IC a Inmunizaciones para colocación de vacunas Hepatitis B
- Rx tórax
- AGA y electrolitos

3.27.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Hemoglobina por debajo de los valores normales, se realiza diagnóstico de anemia moderada, resto de hemograma no patológico
- Creatinina: incrementado en 7 veces el límite superior que demuestra daño de afectación renal crónico
- Glucosa: aumentado, paciente cursando con hiperglucemia
- Proteínas: disminuidas, demuestran daño renal por pérdida de proteínas
- Urea: elevada, paciente con cuadro de hiperuricemia
- Paciente cumple con criterios para hemodiálisis de EMG

3.27.4 Diagnóstico

- ERC V en hemodiálisis debut
- Anemia moderada
- DM2
- HTA

3.27.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- Dieta hipoglúcida e hiposódica
- Control de glucosa con HGT 30 minutos antes de las comidas
- Hemodiálisis según programación
- CFV + BHE

FARMACOLÓGICO

- Dimenhidrinato 50 mg EV PRN a náuseas y vómitos
- EPO 2000 UI SC post hemodiálisis
- Ácido fólico 0.5 mg 2 tab c/24 horas VO
- Nifedipino 30 mg 1 tab c/12 horas VO
- Alfametildopa 500 mg 1 tab c/8 horas VO
- Captopril 25 mg 1 tab VO PRN PA > 180/90 mmHg
- Lactulosa 3.33 g 20 cc c/12 horas VO
- Insulina a escala de corrección

3.27.6 Plan de seguimiento

- IC a Cirugía cardiovascular para realización de fístula arteriovenosa
- IC a Nefrología para ingreso a programa de hemodiálisis
- IC a Nutrición para consejería en alimentación
- IC a Psicología para apoyo emocional
- Control de hemoglobina
- Control de glucosa en casa, educación sobre uso de HGT

3.27.7 Reflexión significativa

- La ERC se presenta en más del 10% de la población mundial y hoy en día es la sexta causa de fallecimiento⁶². Existen múltiples factores de riesgo desde los no modificables como la edad y el sexo masculino hasta los modificables como son las enfermedades crónicas HTA y DM2 cuya prevalencia puede ser de hasta el 40%⁶³. La afectación renal produce el desarrollo de las complicaciones por 3 mecanismos: acumulación de sustancias que debieron ser depuradas, perjuicio de la homeostasis y la inflamación vascular gradual⁶³.

- El caso presentado, me permitió conocer la importancia de escuchar y estar atentos a signos que nos sugieren que el paciente no se encuentra bien emocionalmente durante las consultas. Mientras realizaba la HCL, noté que se encontraba triste y al preguntarle sobre sus patologías de fondo hacía mea culpa en que no era constante, considero que estuvo bien que le preguntara el motivo por el cual no cumplía con sus medicamentos y fue entonces cuando me contó que se sentía como una carga para su familia y que deseaba morir rápido para que ellos ya no se preocuparan. Indagué un poco más con el familiar a cargo, quien era su padre, quien me dijo que ellos lo querían mucho pero no sabían cómo ayudarlo. Realizamos rápidamente la IC a Psicología y luego de conversar, el paciente nos comentó que pondría de su parte porque sabía que había personas que lo querían. Además, pudimos conseguir un permiso para que su hijo ingresara y le diera una sorpresa lo cual contribuyó mucho en su estado de ánimo.

3.28 Caso clínico 28: gonartrosis

3.28.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente varón de 68 años con tiempo de enfermedad de 5 meses caracterizado por dolor difuso en ambas rodillas de intensidad 4/10. Refiere que ha limitado sus actividades diarias y siente que no tiene tanta fuerza como antes.

Antecedentes:

Personales

- Lugar de nacimiento: VMT
- Ocupación: vendedor en bodega
- Vivienda: madera y cemento, cuenta con servicios básicos, 3 perros
- Alimentación: a base de carbohidratos

Patológicos

- Enfermedades: HTA desde hace 20 años en tratamiento con losartan 50 mg c/12 horas
- Quirúrgicos: hernia umbilical hace 15 años
- RAM: niega
- Familiares: padre fallecido de IMA / madre: DM2 / hermanos: DM2, HTA

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 130/70 mmHg	FC: 87 lat x min	FR: 18 resp x min
SatO ₂ : 97%	T°: 36°C	
Peso: 86 kg	Talla: 1.62 cm	IMC: 32.8

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, no palidez, no edemas
- TyP: MV pasa bien en ACP
- CV: RCR, BI, no soplos audibles
- Abdomen: B/D, RHA (+), no doloroso a la palpación
- SOMA: dolor a la flexo extensión de ambas rodillas
- SNC: LOTEPE, EG: 15 puntos

3.28.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Gonartrosis bilateral
- Obesidad grado I

PLAN DE TRABAJO

- Rx de rodilla bilateral
- IC a Nutrición

3.28.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Rx de rodillas: evidencia de disminución del espacio articular que confirma la presencia de artrosis en ambas articulaciones, además se muestra reducción de la densidad ósea por lo que se agrega el diagnóstico de osteopenia

3.28.4 Diagnóstico

- Gonartrosis leve bilateral
- Osteopenia
- Obesidad grado I
- HTA por HCL

3.28.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- Referencia a Geriatria en el H.M.A
- Educación sobre importancia de bajar de peso con ejercicio 30 minutos 5 veces a la semana de leve intensidad
- Consejería sobre importancia de hacer pausas durante el trabajo

FARMACOLÓGICO

- Carbonato de calcio 500 mg 1 tab diaria
- Ácido alendrónico 70 mg 1 tab semanal
- Medicación habitual

3.28.6 Plan de seguimiento

- Seguimiento de peso
- Seguimiento de referencia para actualización de medicación
- Control de PA
- Acudir mensualmente para recibir tratamiento

3.28.7 Reflexión significativa

- La gonartrosis es una degeneración progresiva de la articulación de la rodilla que afecta a los mayores de 40 años llegando a presentarse hasta en un 80% en los mayores de 65 años⁶⁵. En Perú, este diagnóstico se estableció principalmente en el seguro social y representó casi un 15% de las consultas en el sector privado⁶⁶. Los factores de riesgo más prevalentes además de la edad y el sexo femenino fueron la ocupación y el estado de nutrición⁶⁶.
- Con el presente caso pude observar la poca importancia que a veces algunos profesionales médicos les dan a los pacientes de la tercera edad. El paciente nos comentó que antes de acudir a esta consulta, se atendía en otro centro de salud, y que ya había mencionado sus dolores en las rodillas cuando estos eran más leves, sin embargo, se enfocaban más en su patología de fondo o le decían que era por su edad y que debía bajar de peso o caminar menos. El médico incluso antes de escuchar este relato rápidamente solicitó la radiografía de ambas rodillas y le explicó al paciente

cuál era la posibilidad diagnóstica. Considero que esto ayuda mucho en mi formación puesto que, en próximas oportunidades, sabré cómo tratar y qué exámenes solicitar, pero también refuerza la idea de darle la importancia a todos los pacientes, sin importar su género, condición social o en este caso, su edad.

3.29 Caso clínico 29: herpes zoster

3.29.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente femenina de siglas N.J.T.F de 66 años, quien acude a consultorio externo de medicina general refiriendo lesiones pruriginosas por debajo de la mama izquierda asociado a intenso dolor desde hace 1 semana.

Antecedentes:

Personales:

- Lugar de procedencia: SJM
- Grado de instrucción: superior
- Estado civil: soltera
- Ocupación: ama de casa

Patológicos:

- Enfermedades: gastritis
- Quirúrgicos: niega
- RAM: niega
- Familiares: padre con TBC, DM2 y HTA, madre con cáncer de mama y demencia

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

PA: 130/70 mmHg	FC: 76 lat x min	FR: 16 resp x min
SatO ₂ : 98%	T°: 36,5°C	
Peso: 62 kg	Talla: 1.50 cm	IMC: 27.5

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, zona eritematosa con lesiones vesiculares múltiples en reborde costal izquierdo
- TyP: MV pasa bien en ACP, no ruidos agregados

- CV: RCR, BI, no soplos audibles
- Abdomen: B/D, RHA (+), no doloroso a la palpación, no evidencia de lesiones vesiculares
- SNC: angustiada, LOTEP

3.29.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- Herpes zoster
- Sobrepeso
- Gastritis x HCL

PLAN DE TRABAJO

- SS hmg completo
- Basales: G, U, Cr
- Perfil lipídico
- Test de Helicobacter pylori

3.29.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Hemoglobina disminuida, se establece diagnóstico de anemia leve
- Basales: en rangos normales
- Perfil lipídico: elevación de colesterol total, LDL y TG que puede disminuir con buena alimentación, resto normal

3.29.4 Diagnóstico

- Herpes zoster
- Anemia leve
- Sobrepeso
- Gastritis crónica

3.29.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- IC a Nutrición para consejería sobre alimentación saludable
- IC a Psicología para apoyo emocional
- Correcto lavado del cuerpo

FARMACOLÓGICO

- Aciclovir 800 mg: 1 tab c/8 horas x 7 días
- Aciclovir crema: aplicar mañana y noche x 5-7 días
- Gabapentina 300 mg: 1 tab c/12 horas x 3 días
- Omeprazol 20 mg: 1 tab ayunas x 10 días
- Sulfato ferroso 300 mg: 2 tab diarias x 1 mes al término de aciclovir

3.29.6 Plan de seguimiento

- Acudir a nueva consulta 7 días después del inicio de tratamiento para evaluar evolución de las lesiones
- Continuación con sesiones de psicología
- Continuación con tratamiento de sulfato ferroso por 3 meses y control
- Seguimiento de resultados de *Helicobacter pylori*

3.29.7 Reflexión significativa

- El herpes zoster es una enfermedad causada por la reactivación del virus varicela zoster y afecta principalmente a la población adulta. Es bien conocido, que el compromiso del sistema inmune es el principal factor de riesgo para la aparición de la enfermedad, por lo que no solo la presencia de enfermedades sino también un factor estresante puede condicionar su aparición⁶⁷. Actualmente existen vacunas con virus vivos atenuados y recombinantes que se pueden aplicar en mayores de 50 años, con el fin de prevenir la neuralgia postherpética y sus complicaciones⁶⁸.
- Con este caso pude entender la importancia de escuchar el relato del paciente. Cuando la señora hacía mención de su cuadro clínico, dijo que no había podido acudir antes porque ella es la única que se hacía cargo de su mamá que es una persona postrada en cama. Considero que, si bien es cierto se hubiera realizado el diagnóstico correcto porque la clínica es característica, de no haber prestado atención a ese dato no hubiéramos indagado un poco más. Ella nos comentó que no descansaba, no estaba bien y se quebró mientras nos contaba que no recibía ayuda de sus hermanos y eso la afectaba mucho. Luego de escucharla, además de brindarle el tratamiento farmacológico, le comentamos la importancia de reducir los eventos de estrés y la enviamos con psicología, decisión con la cual ella se fue muy agradecida ya que mencionó que otros médicos nunca le habían prestado atención a su caso.

3.30 Caso clínico 30: tiña capitis

3.30.1 Anamnesis y examen físico

ANAMNESIS

Paciente varón de 12 años quien acude a consultorio externo de medicina general acompañado de su madre, quien refiere que hace 5 meses, luego de un corte de cabello con máquina, su hijo presentó una lesión en región occipital derecha por lo que acudió al C.S.J.P donde le recetaron clotrimazol y betametasona mañana y noche por 7 días, sin embargo, no observó mejoría. Acude nuevamente al consultorio porque menciona que en estos meses la lesión se ha extendido y ahora se asocia a prurito intenso y dolor.

Antecedentes:

Personales

- Lugar de procedencia: SJM
- Vivienda: noble, cuenta con servicios básicos, no mascotas

Patológicos

- Enfermedades: niega
- Quirúrgicos: niega
- RAM: niega
- Inmunizaciones: completas
- Familiares: madre con dermatitis atópica / padre y hermano menor: aparentemente sanos

EXAMEN FÍSICO

Funciones vitales:

FC: 93 lat x min

FR: 20 resp x min

SatO₂: 99%

T°: 36,5°C

Examen general:

- Piel: T/H/E, llenado capilar <2 seg, no palidez
- Cabeza: lesión eritematosa y descamativa de 7x7 cm, con pápulas, se palpa lesión empastada y dolor a la palpación en región occipital derecha
- TyP MV pasa bien en ACP

- CV: RCR, BI, no soplos audibles
- Abdomen: B/D, RHA presentes, no doloroso a la palpación
- SNC: LOTEPE, EG: 15 puntos

3.30.2 Diagnóstico diferencial y plan de trabajo

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

- D/C tiña capitis
- Dermatitis seborreica
- Forunculosis

PLAN DE TRABAJO

- Solicitar test de KOH de lesión de cuero cabelludo
- SS hemograma
- Referencia a H.M.A al servicio de Dermatología

3.30.3 Interpretación de las pruebas diagnósticas y de tamizaje

- Familiar decide no realizar prueba de KOH

3.30.4 Diagnóstico

- Tiña capitis

3.30.5 Tratamiento

NO FARMACOLÓGICO

- Educación sobre correcta limpieza de zona
- Uso de gorro al salir
- Evitar rascado de la zona

FARMACOLÓGICO

- Clotrimazol: aplicar mañana y noche x 10 días
- Clorfenamina 4 mg: 1 tab c/12 horas x 5 días
- Griseofulvina o terbinafina

3.30.6 Plan de seguimiento

- Seguimiento de la referencia para actualización de tratamiento

- Control por consultorio en 7 días

3.30.7 Reflexión significativa

- La tiña capitis afecta especialmente a los niños llegando a presentarse hasta en un 97% y sobre todo en aquellos con nivel socioeconómico bajo o con malas condiciones de higiene⁶⁹. Existen dos formas de presentación: seca e inflamatoria, siendo esta última la que puede conllevar a desarrollar alopecia cicatrizal^{69,70}.
- De este caso pude comprender la importancia de educar a la persona responsable de un paciente menor de edad sobre los cuidados que debe tener, en este caso, de una lesión, así como indicarles que es fundamental que se realicen controles posteriores para ver la evolución y si está mejorando, para que de lo contrario se tomen otras medidas, que incluyen la referencia a un centro de mayor nivel donde lo pueda evaluar el especialista. La madre nos comentó que no le recalcaron este último punto y ella supuso que no causaría problemas, pudimos explicarle que ante el empeoramiento de cualquier cuadro, debe acercarse al establecimiento porque de lo contrario, puede afectar su calidad de vida. Contribuyó en mi aprendizaje observar la manera en que el médico le recalcaba a la madre, de manera sutil, que debe prestar más atención y no dejar pasar tanto tiempo si es que no observa mejoría ante cualquier lesión que pueda presentar.

4 CONCLUSIONES

Han pasado casi 10 meses desde que inicié mi último año de carrera, también conocido como internado médico, aquella etapa en la cual ponemos en práctica todos los conocimientos aprendidos durante 6 años en la universidad y en la que tenemos la oportunidad de adquirir nuevas habilidades y destrezas a la luz de la experiencia vivida. En el periodo de mi internado

en el Hospital María Auxiliadora y el Centro de Salud Jesús Poderoso, he logrado un crecimiento no solo como futura profesional sino también como persona.

Esta experiencia médica me ha permitido desarrollar diversas habilidades. En primer lugar, aprendí a comunicarme adecuadamente con los pacientes y sus familiares, lo cual considero de mucha relevancia, puesto que hablarles en un lenguaje que ellos puedan comprender y tomarnos el tiempo de explicarles el porqué es importante que tomen sus medicamentos, ayudará a que tengan una mejor adherencia y que quieran ser partícipes de su bienestar. Asimismo, gracias a los residentes y médicos que nos inculcaron el interés constante por conocer las actualizaciones de diversas patologías o procedimientos, en actividades como “Revista de Revistas” o exposiciones sobre determinados temas, desarrollé el pensamiento crítico, que considero fundamental en una carrera como Medicina, dado que esto nos permite realizar un mejor análisis de la situación para brindarle una atención adecuada a nuestro paciente. Otra habilidad que desarrollé fue la adaptabilidad y creatividad ante situaciones como la escasez de recursos, escenario que muy probablemente viviré durante mi servicio rural y que pude notar durante mi rotación en el H.M.A, principalmente porque se trata de un centro del MINSA.

Además, haber participado en casos clínicos me ha permitido poner en práctica mis conocimientos teóricos y prácticos aprendidos durante mi etapa universitaria, conocer nuevos diagnósticos, su clínica y manejo, los factores de riesgo y las medidas de prevención correspondientes. Cada profesional de salud que he conocido en estos meses, tanto técnicas y enfermeras como residentes y médicos, me han permitido participar de procedimientos como colocación de vías o curaciones de heridas y realizar suturas, hasta recibir recién nacidos y ser tercera asistente en una cirugía. Esta vivencia única para mí influyó mucho en la elección de mi futura especialización en Cirugía Pediátrica. De igual manera, considero que con mi experiencia en el hospital he podido desarrollar mi capacidad de liderazgo y trabajo en equipo, gracias a mis residentes y cointernos, quienes en diferentes rotaciones, me dieron la confianza de organizar los grupos de trabajo.

El análisis e interpretación del cuadro estadístico formulado para el presente trabajo de investigación, arroja el siguiente resultado: la muestra fue seleccionada por conveniencia, de los 30 casos clínicos de los que considero obtuve los aprendizajes más significativos, 17 corresponden a la atención y tratamiento de pacientes mujeres que representa el 57% y 13 a pacientes varones con un 43%. En cuanto a la clasificación por edades, se atendieron a 15

pacientes que están en el rango entre los menores de 10 años (7) y los mayores de 50 años (8), lo que representa el 50% de atenciones del total, el restante 50% corresponde a pacientes entre 10 y 50 años, resaltando una mayor cantidad de pacientes atendidos entre los 30 y 40 años. Respecto al grado de instrucción, la gran mayoría de pacientes adultos no llegan a culminar la educación básica, solo 1 tiene instrucción superior. En relación con la zona de procedencia, 16 pacientes proceden de los distritos aledaños (SJM y VMT) lo que representa el 53%, 5 de otros distritos y departamentos lo que constituye el 17% y 2 procedentes de Venezuela que equivale al 7%. Finalmente, en cuanto al tipo de vivienda, 21 pacientes viven en casas de material noble lo que representa el 70% del total, 6 viven en casas prefabricadas con un 20% y un 10% no registra datos. El grado de instrucción y el tipo de vivienda de los pacientes atendidos revela que proceden de estratos sociales con bajos recursos económicos y una escasa cultura de prevención de la salud, por lo que acuden a los centros de salud cuando las enfermedades están bastante avanzadas.

Mi paso por el Centro de Salud Jesús Poderoso, me hizo reflexionar sobre la deficiencia de conocimiento de la población respecto a diversas patologías que aquejan a los diferentes grupos etarios de la zona. Por ejemplo, cuando realizamos la campaña oftalmológica en un centro educativo cercano, determinamos que casi el 50% de los niños de 6 a 14 años requerirán el uso de lentes de corrección. Muchos jóvenes no conocen sobre métodos anticonceptivos o planificación familiar; lo que repercute en la asistencia de pacientes adolescentes embarazadas, muchos adultos no toman interés por llevar una buena nutrición; motivo por el cual en sus exámenes control se les detecta altos valores de colesterol. Ha sido muy grato observar el gran compromiso de los profesionales de salud de mi centro y saber que poco a poco se implementan estrategias para el bien de la comunidad, desde campañas para descarte de cáncer de colon, próstata, mama, diabetes, entre otros, hasta programas para el adulto mayor como visitas a parques dos veces al año para que puedan realizar actividades recreativas. Sin duda, son ejemplos que me gustaría implementar en la comunidad donde vaya.

Realizar mi internado médico en centros del Ministerio de Salud me permitió conocer la realidad que viven los pacientes y los profesionales de la salud. Considero que, en muchas ocasiones, esta carrera es poco valorada porque se piensa que debido a nuestro juramento de prestar nuestros servicios para la ayuda al prójimo, debemos soportar el maltrato de muchas personas y he podido notar que lamentablemente este trato hace que con el paso del tiempo,

muchos médicos pierdan la sensibilidad, empatía y amor con el que alguna vez empezaron su primer día en la universidad. He vivido muchas experiencias, desde reclamos por la falta de medicamentos y la demora de las referencias en ser atendidas, hasta insultos de pacientes en emergencia debido a que no se les atiende apenas ingresan al hospital.

Haber visto de primera mano y en mi condición de interna, haber intentado resolver problemas administrativos, me hizo entender las deficiencias del sistema de salud en nuestro país, que causan que las personas no confíen en un hospital del Estado. Sin embargo, también considero que los pacientes deben comprender que no es culpa del médico que nuestro sistema no brinde las facilidades que todos deseáramos.

Para concluir, debo destacar que este proceso de enseñanza y aprendizaje ha sido muy beneficioso para mí, a través de la descripción y análisis crítico de los diversos casos clínicos en los que participé, conocí, en la realidad, la precariedad del sistema de salud de nuestro país, con hospitales y centros de salud que no cubren satisfactoriamente las necesidades de los pacientes, con escasez de equipamiento y medicinas, con falta de personal e infraestructura insuficiente entre otros aspectos; sin embargo, pude comprobar también que los profesionales de la salud demuestran su vocación y amor al prójimo, pues salvando todas las dificultades, realizan sus mejores esfuerzos para darle a los pacientes un trato muy profesional y humano.

5 REFERENCIAS

1. Hernández-Valencia, M, Valerio-Castro, E, Tercero-Valdez-Zúñiga, CL, Barrón-Vallejo, J, Luna-Rojas, RM. Miomatosis uterina: implicaciones en salud reproductiva. *Ginecol Obstet Mex*, 2017. 85(9), 611-633.
2. Sánchez, J., Castillo, D., Muñoz, G., Rivera, J. Incidencia de pólipos cervicovaginales en pacientes con vida sexual activa. *Rev Mex Patol Clin Med Lab*, 2019. 66 (3), 139-142
3. Boada, D., Del Río, A., Martínez, JA., Rodríguez M., Ferrero, S., Velasco, E., López, G., Cobo, T. Protocolo: Macrosomía fetal. *Protocolos Medicina Materno Fetal Hospital Clínic- Hospital Sant Joan De Déu- Universitat De Barcelona*. 2022
4. Huacachi-Trejo, K. Características maternas asociadas al diagnóstico de macrosomía fetal en un hospital III-1 de la capital de Perú. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2020; 20(1):76-81. DOI 10.25176/RFMH.v20i1.2549
5. García-De la Torre JI, Rodríguez-Valdez A, Delgado Rosas A. Factores de riesgo de macrosomía fetal en pacientes sin diabetes mellitus gestacional. *Ginecol Obstet Mex*. 2016;84(3):164-171
6. Piñeiro R, et al. Recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección urinaria. *Asociación Española de Pediatría*. Elsevier España. Barcelona. 2019;90(6):400.e 1-400.
7. Lombardo-Aburto E. Abordaje pediátrico de las infecciones de vías urinarias. *Acta Pediatr Mex*. 2018;39(1):85-90
8. Ramírez F, Exeni A, Alconcher L, Coccia P, et al. Guía para el diagnóstico, estudio y tratamiento de la infección urinaria: actualización 2022. *Arch Argent Pediatr* 2022;120(5)
9. Álvarez N, González A y Málaga I. Cefalea en el niño y el adolescente. *Sociedad Española de Neurología Pediátrica*. 2022;1:115-124
10. Hernández F, Ruíz-Ayúcar I y Gómez H. Cefalea y migraña en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integral* 2020; XXIV(7): 393.e1 -- 393.e17
11. Santa Cruz-Pavlovich F., Salmeron-Salcedo C., Ponce-Rivera M., Luna-Flores A. Preeclampsia: Revisión. Artículo de revisión. *Revista Homeostasis*, 2023. 5(1)
12. Herrera Sánchez K. Preeclampsia. *Rev.méd.sinerg*, 2018. 3(3):8-12

13. Pereira, J., Pereira, Y., Quirós L. Actualización en Preeclampsia. Revista Médica Sinergia, 2020. 5(1), e340
14. Yanes Chacón AN, Villalobos Campos NP, Cubas González SA. Cáncer de próstata: una perspectiva global. Rev.méd.sinerg, 2023. 8(12)
15. Islas L., Martínez, J., Ruiz, A., Ruvalcaba, J., Benítez, A., Beltran, M., et al. Epidemiología del cáncer de próstata, sus determinantes y prevención. JONNPR, 2020. 5(9):1010-22
16. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento inicial del cáncer de próstata localizado y localmente avanzado: Guía en Versión Extensa. Lima: EsSalud; 2021
17. Rada, A. Nuevos conceptos de la laringotraqueítis en niños (Crup Viral). Rev Med La Paz, 2023. 29(1), 87-103
18. Ventosa P y Luaces C. Diagnóstico y tratamiento de la laringitis en Urgencias. Protoc diagn ter pediater. 2020; 1:75-82.
19. Temprano M y Torres M. Laringitis, crup y estridor. Pediatría Integral 2017; XXI (7): 458 – 464
20. Echevarría, M., Fuentealba, A., & Gloria, C. Estudio de una masa abdominal en pediatría: Revisión de la literatura. Revista Pediatría. Electrónica, 2016. 13(4)
21. Gonzales G. Tumores sólidos en niños: diagnóstico y terapéutica quirúrgica. Revista Médica Clínica Las Condes. 2010; 21(1) 120 - 129
22. Cobo, T., Del Río, A., Mensa, J., Bosch, J., Ferrero, S., Palacio, M. Rotura Prematura de Membranas a Término y Pretérmino. 2023. Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona. Disponible en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/rotura-prematura-de-membranas-hcp-hsjd.pdf>
23. Orias Vásquez M. Ruptura prematura de membranas. Rev.méd.sinerg. Noviembre 2020;5(11).
24. Duff, P. Preterm prelabor rupture of membranes: Management and outcome. UpToDate. 2023
25. Arriaga, A., Rosalesa, L., Martínez, L., Pérez, Y., Jiménez, S., Del Rocío, A. et al. Colestasis intrahepática del embarazo. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 2021. 64(3)
26. Almeida, L., Vázquez, I., López, M., García, L. y Forns, X. Colestasis Intrahepática Gestacional, 2020. Centro de Medicina Fetal y Neonatal de Barcelona. Disponible

- en: <https://fetalmedicinebarcelona.org/wp-content/uploads/2024/02/colestasis-intrahepatica.pdf>
27. Jacobo, A., Báez, J., Quevedo, E., Morgan, F., López, G. Morgan, F. Impacto materno y perinatal de la infección de vías urinarias en el embarazo: una revisión. *Rev Med UAS*, 2023. 13(2)
 28. OMS. Tuberculosis. 2023. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
 29. González-Garcés HJ, Reyes A, López JS. Tuberculosis pleural, a propósito de un caso en el Hospital Regional de San Gil, Santander, Colombia. *Med Int Méx* 2022; 38(5): 1113-1118
 30. Rodríguez, M., Torres, N. Escabiosis en Lima y Callao, 2016. *Acta Médica Peruana*, 2017. 34(4), 335-336
 31. Molina Velastegui, R., Albán Cuenca, J., Veintimilla Andrade, L., Reyes Suarez, C. Escabiosis: diagnóstico diferencial y tratamiento. *RECIAMUC*, 2022. 6(2), 176-183
 32. Aganzo López FJ, Allué Blasco JL, Arbués Espinosa P, González Borrego A, Orries Mestres L, Vela Florensa F. Escabiosis: guía de consenso. Madrid:SEFAC; 2023
 33. Pérez T, Agüero M, Troz IP. Tratamiento y profilaxis de la infección urinaria recurrente en la mujer. *Rev.méd.sinerg.* [Internet]. 2022. 7(2):e737. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/737>
 34. Valdevenito, J., Álvarez D. Infección urinaria recurrente en la mujer. *REV. MED. CLIN. CONDES*, 2018. 29(2):222-231
 35. Agúndez Reigosa, B., Molina Amores, C. Osteomielitis. 2023. Guía-ABE. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-osteomielitis>
 36. Núñez Cuadros E, Saavedra Lozano J. Infecciones osteoarticulares: artritis séptica, osteomielitis y espondilodiscitis. *Protoc diagn ter pediatr.* 2023;2:285-308
 37. Díaz-Rodríguez JJ. Aspectos clínicos y fisiopatológicos del pie diabético. *Med Int Méx.* 2021; 37 (4): 540-550
 38. Arias, F., Jiménez, M., Del Cisne, K., Murillo, G., Toapanta, D., Rubio, K. et al. Pie diabético. Actualización en diagnóstico y tratamiento. Revisión bibliográfica. *Angiología*, 2023. 75(4), 242-258
 39. Garro V y Thuel M. Diagnóstico y tratamiento de pancreatitis aguda. *Rev.méd.sinerg.*, 2020. 5(7)

40. Vargas, M., Mesén, M. Generalidades de la pancreatitis aguda. Rev.méd.sinerg., 2022. 7(5)
41. Jiménez Rojas, LA. Celulitis. Rev. méd. sinerg. 2017;2 (6):6-9
42. Callejas, A., Díaz, A., Fernández, A. et al. Protocolo terapéutico empírico de las infecciones de la piel y partes blandas. Medicine. 2022;13(50):2951-5
43. Giménez V y Ramón P. Diabetes en pacientes con infección de piel y partes blandas internados en el Hospital de Clínicas. Rev. investig. cient. tecnol. 2020; 4 (2): 49-57
44. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la neumonía en la niña y el niño / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral - Lima: Ministerio de Salud; 2019. 28 p
45. Úbeda Sansano I, Croche Santander B, Hernández Merino A. Neumonía. 2020 Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-neumonia>
46. Albalate, M., De Sequera, P., et al. Trastornos del Calcio, Fósforo y Magnesio. 2022. Nefrología al día. Disponible en: <https://nefrologiaaldia.org/es-articulo-trastornos-del-calcio-fosforo-magnesio-206>
47. Badilla V, Fei H, Carazo P. Generalidades del hiperparatiroidismo primario. Rev.méd.sinerg., 2023. 8(6)
48. Rappoport, W., Caballero, M., Cortéz, N., Cabané, P., Gac, P., Rodríguez, F. Hiperparatiroidismo primario. Rev. Cir. 2021;73(2):222-226
49. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Manejo de la Infección por Helicobacter pylori en Enfermedades Gastroduodenales: Guía en Versión Extensa. Lima: EsSalud; 2020
50. Vicén M, Gallego M, Gutiérrez J, Aguilar A. Revisión de actualización de pautas de tratamiento de H. pylori. Rev Clin Med Fam 2020;13(1):101-102
51. Villalón A, et al. Tratamiento y manejo de la infección por Helicobacter pylori. Gastroenterología latinoamericana, 2020. 31(3): 136-146
52. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención

- de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ENT -- Lima: Ministerio de Salud; 2016
53. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes-2023 Abridged for Primary Care Providers. Clinical diabetes: a publication of the American Diabetes Association, 2023. 41(1), 4-31
 54. Rodríguez, G., Camacho, F., Umaña, C. Factores de riesgo y prevención de infecciones del sitio quirúrgico. Revista Médica Sinergia, 2020. 5(4)
 55. Santalla A et al. Infección de la herida quirúrgica. Prevención y tratamiento. Clin Invest Gin Obst. 2007;34(5):189-96.
 56. Oseguera BMA. Cetoacidosis diabética: un cuadro de importancia en pediatría. Acta Med GA. 2023; 21(2): 158-161.
 57. Belda, S., Del Villar, P., Palacios, A. Actualización: Cetoacidosis diabética. An Pediatr Contin. 2014;12(2):55-61.
 58. Loaiza P, Yepez FE, Tórres J, Salguero M. Dolicomegacolon. MEDICIENCIAS UTA, 2020. 4 (3):79-85.
 59. Borda LA, Kcam EJ, Alarcon P, Miranda LM. Megacolon andino y vólculo del sigmoides de la altura. Presentación de 418 casos entre 2008 - 2012 en el hospital C. Monge – Puno, Perú. Rev Gastroenterol Peru. 2018;37(4):317-2.2
 60. Murúa-Millán O. Apendicitis aguda: anatomía normal, hallazgos por imagen y abordaje diagnóstico radiológico. Rev Med UAS, 2020. 10(4)
 61. Garro Urbina V, Rojas Vázquez S, Thuel Gutiérrez M. Diagnóstico, evaluación y tratamiento de la apendicitis aguda en el servicio de emergencias. Rev.méd.sinerg. 2019; 4(12):e316
 62. Martínez G, Guerra E, Pérez D. Enfermedad renal crónica, algunas consideraciones actuales. Multimed. 2020. 24(2):464-469
 63. Sellarés, L., Rodríguez, L. Enfermedad Renal Crónica. 2023. Nefrología al día. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-136>
 64. Sheng R, Hernandez, K., Mena, S., Zamora, D., Zeledón, J., Herrera, A. Tema 6: Enfermedad Renal Crónica. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD, 2020. 10(4): 58-66

65. Mena R. Caracterización de pacientes con gonartrosis de rodilla. Centro de Diagnóstico Integral "Concepción". Revista Habanera de Ciencias Médicas 2016; 15(1):17-26.
66. Báez, A., Taipe, I., Espíritu, N. Factores asociados a gonartrosis en pacientes mayores de 40 años atendidos en el Hospital Santa Rosa- 2018. Horiz. Med, 2020. 20(4)
67. Chacón, C., Rivera, S., González, A. Actualización del herpes zóster. Revista Medica Sinergia, 2020. 5(9)
68. Calvo G, Gonzáles, A., Calvo, D., Primucci, C., Plamenov, P. Dolor en el herpes zóster: prevención y tratamiento. Semergen. 2017;43(4):318-327
69. Vargas-Navia Natalia, Ayala Monroy Geovanna A., Franco Rúa Catalina, Malagón Caicedo Juan Pablo, Rojas Hernández Juan Pablo. Tiña Capitis en niños. Rev. chil. pediatr., 2020. 91(5): 773-783
70. Rebollo, N., López, A., Arenas, R. et al. Tiña de la cabeza. Actas Dermosifiliogr. 2008. 99:91-100

6 ANEXOS

6.1 Resultados de laboratorio y reporte operatorio del Caso N°1:

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
LEUCOCITOS	10.11	10 ⁹ /L	4.45 - 11.50
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 ⁹ /L	-
HEMATIES	3.55	10 ¹² /L	3.50 - 5.00
HEMOGLOBINA	5.2	g/dL	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	29	%	33 - 48
VOLUMEN CORPORICULAR MEDIO	83.1	fL	83.5 - 95.0
HEMISPESQUEJAL MEDIO	25.8	pg	28.0 - 38.0
CONCENTRACION HE CORPUSCULAR MEDIA	32.3	g/L	30.0 - 38.0
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	16.0	%	11.0 - 15.0
PLAQUETAS	280	10 ⁹ /L	180 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.75	fL	8.00 - 12.00
NRBC %	-	%	-
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	0.0 - 4.0
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	81.2	%	40.0 - 75.0
LINFOCITOS %	13.2	%	15.0 - 45.0
MONOCITOS %	1.2	%	2.0 - 10.0
EOSINOFILOS %	3.2	%	0.5 - 5.0
BASOFILOS %	0.0	%	0.0 - 1.0
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.2	%	0.0
NEUTROFILO ABASTONADOS	828	/mm ³	500 - 750
NEUTROFILO SEGMENTADOS	1036	/mm ³	1500 - 4500
LINFOCITOS	326	/mm ³	200 - 1000
MONOCITOS	20	/mm ³	0 - 500
EOSINOFILOS	0	/mm ³	0 - 100
BASOFILOS	0	/mm ³	0 - 100
GRANULOCITOS INMADUROS	0.02	/mm ³	0.00
Fecha de realización			10/08/2023 10:32:03
INMUNOLOGIA			
VHL 1 ANTIGENO / ANTICUERPO	NO REACTIVO		
NT REACTIVO 5 - 30			
ANTICUERPO ANTIGENO 1.00 - 0.50			
REACTIVO 3.75			10/08/2023 19:43:32

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Operación Realizada: *HAT + Salpingo ovariectomía bilateral*

Diagnóstico Pre Operatorio: *Monotafio uterina*

Diagnóstico Post Operatorio: *SD uterina*

Cirujano: [Redacted]

2º Asistente: [Redacted]

Anestesiólogo: [Redacted]

T. Anestesia	T. Operatorio	Cta. Gases	Sangrado	Reemplazo	Piiza Operatoria (g) (No)
<i>General</i>	<i>Inicia: 20 Termina: 25</i>	<i>oxígeno</i>	<i>± 500</i>		<i>Uterina + Anexos</i>

Complicaciones: *Ninguna*

Procedimiento:

- 1- *Se realizó un abordaje dorsal*
- 2- *Aspiración y autotransfusión*
- 3- *Abordaje vaginal*
- 4- *Exposición de cuernos uterinos*
- 5- *Exposición de cuernos uterinos y apertura de fondo por HAT*
- 6- *Resección de fondo uterino*
- 7- *Resección de cuernos uterinos y salpingo y ovariectomía bilateral*
- 8- *Resección de cuernos uterinos (bilateral)*
- 9- *Resección de fondo uterino*
- 10- *Resección de fondo uterino*
- 11- *Exposición de fondo uterino*
- 12- *Cierre de cuernos uterinos*
- 13- *Exposición de cuernos uterinos y aspiración uterina*
- 14- *Salpingo ovariectomía bilateral*
- 15- *Cierre de fondo uterino y fondo HAT*

6.2 Resultados de laboratorio y reporte operatorio del Caso N°2:

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
LEUCOCITOS	10.98	10 ³ /ul	4.40 - 11.30
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 ³ /ul	
HEMATIES	3.18	10 ⁶ /ul	3.50 - 5.00
HEMOGLOBINA	8.5	g/dl	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	27	%	33 - 48
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	86.2	fL	80.0 - 95.0
HB CORPUSCULAR MEDIA	29.9	pg	28.0 - 36.0
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	34.7	g/dl	30.0 - 38.0
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	14.4	%	11.0 - 19.0
PLAQUETAS	219	10 ³ /ul	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.80	fL	8.00 - 12.00
NRBC %	-	%	
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	0.0 - 4.0
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	78.0	%	40.0 - 75.0
LINFOCITOS%	17.1	%	15.0 - 45.0
MONOCITOS %	5.6	%	2.0 - 10.0
EOSINOFILOS %	0.6	%	0.0 - 5.0
BASOFILOS %	0.2	%	0.0 - 1.0
GRANULOCITOS INMADUROS%	0.5	%	<1.0
NEUTROFILO ABASTONADOS	0.00	/mm ³	0.00 - 400.00
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	8345	/mm ³	1600 - 7500
LINFOCITOS	1878	/mm ³	1500 - 4500
MONOCITOS	615	/mm ³	200 - 1000
EOSINOFILOS	66	/mm ³	0 - 500
BASOFILOS	22	/mm ³	0 - 100
GRANULOCITOS INMADUROS	0.06		<1.00

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Operación Realizada: *Cesárea segmentaria transversa iterativa + Acuteo blanco bilateral (Técnica Pomeroy)*

Diagnóstico Pre Operatorio: *Gestante 35 años / Feto latente labor de inicio PS*

Cesárea anterior / Macromia fetal > 4000g / Taquicardia fetal

Diagnóstico Post Operatorio: *confirmado*

Cirujano: [Redacted]

2º Asistente: [Redacted]

Anestesiólogo		Asistente			
T. Anestesia	T. Operatorio	Ota Gasas	Sangrado	Reemplazo	Plaza Operatoria (si) (No)
<i>Myonol</i>	<i>Inicio 12:30 término 13:25</i>	<i>Completa</i>	<i>500cc</i>	<i>No</i>	

Complicaciones: *Hemorragia*

Procedimiento: *Recién nacido vivo de sexo masculino APGAR 9' 9'*

- 1. Paciente en decúbito dorsal*
- 2. Asepsia y antisepsia*
- 3. Anestesia vaginal*
- 4. Colocación de compresión estéril*
- 5. Incisión tipo Pfannenstiel*
- 6. Retirar por planos hasta cavidad + liberación de adherencias de epón*
- 7. Histerotomía transversa segmentaria*
- 8. Extracción de recién nacido en cefálico*
- 9. Extracción de placenta + escorbilongo endometrial*
- 10. Histerografía con cc 2/0 2 plombs + ligadura bilateral de trompas*
- 11. control de hemostasis + control de gases*
- 12. cierre por planos: peritoneo con cc 2/0*

Musculo con cc 2/0

APCrewater con nylon 1/0

tejido celular subcutáneo con cc 1/0

piel con nylon 4/0

6.3 Resultados de laboratorio del Caso N°3:

Atención:	EMERGENCIA	Cama:		Ingreso:	20/06/2023
Servicio:	ADMISION FISICA	Tarifa:	SIS	Impresión:	21/06/2023
PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA		
HEMATOLOGIA					
LEUCOCITOS	11.04 ↑	10 ³ /ul	4.40 - 11.30		
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 ³ /ul			
HEMATIES	3.37	10 ⁶ /ul	3.50 - 5.00		
HEMOGLOBINA	8.4 ↓	g / dl	11.0 - 16.0		
HEMATOCRITO	25	%	33 - 48		
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	77.2	fL	80.0 - 95.0		
HB CORPUSCULAR MEDIA	27.9	pg	28.0 - 36.0		
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	38.2	g / dl	30.0 - 36.0		
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	12.9	%	11.0 - 15.0		
PLAQUETAS	128 ↓	10 ³ /ul	150 - 450		
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	7.50	fL	8.00 - 12.00		
NRSC %	0.00	%			
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	7.0	%	0.0 - 4.0		
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	75.0	%	40.0 - 75.0		
LINFOCITOS%	10.0	%	15.0 - 45.0		
MONOCITOS %	8.0	%	2.0 - 10.0		
EOSINOFILOS %	0.0	%	0.0 - 5.0		
BASOFILOS %	0.0	%	0.0 - 1.0		
GRANULOCITOS INMADUROS%	0.0	%	0.0		
NEUTROFILO ABASTONADOS	2172.80 ↑	/mm ³	0.00 - 400.00		
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	23280 ↑	/mm ³	1600 - 7500		
LINFOCITOS	3104	/mm ³	1500 - 4500		
MONOCITOS	2483	/mm ³	250 - 1000		
EOSINOFILOS	0	/mm ³	0 - 500		
BASOFILOS	0	/mm ³	0 - 100		
GRANULOCITOS INMADUROS	0.52	/mm ³	0.00		
				21/06/2023	00:11:39

Atención:	EMERGENCIA	Cama:	PED	Ingreso:	21/06/2023 01:26:58
Servicio:	ADMISION FISICA	Tarifa:	SIS	Impresión:	21/06/2023 02:34:58
PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA		
URIANALISIS					
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS	x campo			
LEUCOCITOS	+100	x campo			
LEUCOCITOS AGLUTINADOS	++	x campo	cl/bolsa		
HEMATIES O	15 A 20	x campo			
CILINDROS	NO SE OBSER				
CRISTALES	NO SE OBSER				
GERMENES	+++				

Atención:	EMERGENCIA	Cama:		Ingreso:	21/06/2023
Servicio:	ADMISION FISICA	Tarifa:	SIS	Impresión:	21/06/2023
PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA		
URIANALISIS					
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS	x campo			
LEUCOCITOS	60 - 70	x campo			
LEUCOCITOS AGLUTINADOS	+	x campo	cl yonda		
HEMATIES O	8 - 10	x campo			
CILINDROS	NO SE OBSER				
CRISTALES	URATOS +				
GERMENES	+++				

6.4 Resultados de laboratorio del Caso N°4:

Atención:	EMERGENCIA	Edad:	7	Sexo:	Hombre
Servicio:	ADMISION FISICA	Cama:	SIS	Ingreso:	14/06/2023 12:51:01
		Tarifa:	SIS	Impresión:	14/06/2023 15:30:33
PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA		
BIOQUIMICA					
CREATININA	0.64	mg / dl	0.40 - 0.80		
GLUCOSA	121	mg / dl	80 - 100		
UREA	27	mg / dl	650		
Procesado por: LIC [REDACTED]			14/06/2023	14:09:14	
HEMATOLOGIA					
LEUCOCITOS	28.91 ↑	10 ³ /ul	4.40 - 11.30		
LEUCOCITOS CORREGIDOS		10 ³ /ul			
HEMATIES	4.47	10 ⁹ /ul	3.90 - 5.90		
HEMOGLOBINA	13.4	g / dl	11.0 - 16.0		
HEMATOCRITO	39	%	33 - 46		
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	70.5	fL	80.0 - 95.0		
HB CORPUSCULAR MEDIA	27.7	pg	28.0 - 36.0		
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	35.3	g / dl	30.0 - 36.0		
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	12.8	%	15.0 - 18.0		
PLAQUETAS	202	10 ³ /ul	180 - 400		
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.90	fL	8.00 - 12.00		
NRBC %	0.0	%	0.0 - 4.0		
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	66.0	%	40.0 - 70.0		
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	0.0	%	15.0 - 40.0		
LINFOCITOS %	4.3	%	2.0 - 10.0		
MONOCITOS %	1.2	%	0.0 - 5.0		
EOSINOFILOS %	0.2	%	0.0 - 1.0		
BASOFILOS %	0.0	%	0.0		
GRANULOCITOS INMADUROS %		%	0.00 - 400.00		
NEUTROFILO ABASTONADOS	608.40	/mm ³	0.00 - 400.00		
NEUTROFILO ABASTONADOS	22903 ↑	/mm ³	1600 - 7500		
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	1810	/mm ³	1500 - 4500		
LINFOCITOS	1079	/mm ³	500 - 1000		
MONOCITOS	279	/mm ³	0 - 600		
EOSINOFILOS	54	/mm ³	0 - 100		
BASOFILOS	0.18	/mm ³	0.00		
GRANULOCITOS INMADUROS			14/06/2023	15:19:55	

Atención:	EMERGENCIA	Cama:	SIS	Ingreso:	14/06/2023 17:23:00
Servicio:	ADMISION FISICA	Tarifa:	SIS	Impresión:	14/06/2023 17:54:50
PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA		
URINANALISIS					
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS	x campo			
LEUCOCITOS	0 A 1	x campo			
LEUCOCITOS AGLUTINADOS	NO SE OBSER	x campo			
HEMATIES O	NO SE OBSERVA	x campo			
CILINDROS	NO SE OBSER				
CRISTALES	NO SE OBSER				
GERMENES	NO SE OBSER				
LEVADURAS	NO SE OBSER				
OTROS - EX. ORINA					

6.5 Resultados de laboratorio del Caso N°5:

- Hemoglobina: 13,4
- Plaquetas: 229
- Transaminasas: GOT 37, GTP 53
- Orina: proteinuria +++
- Creatinina: 1,2 mg/dl

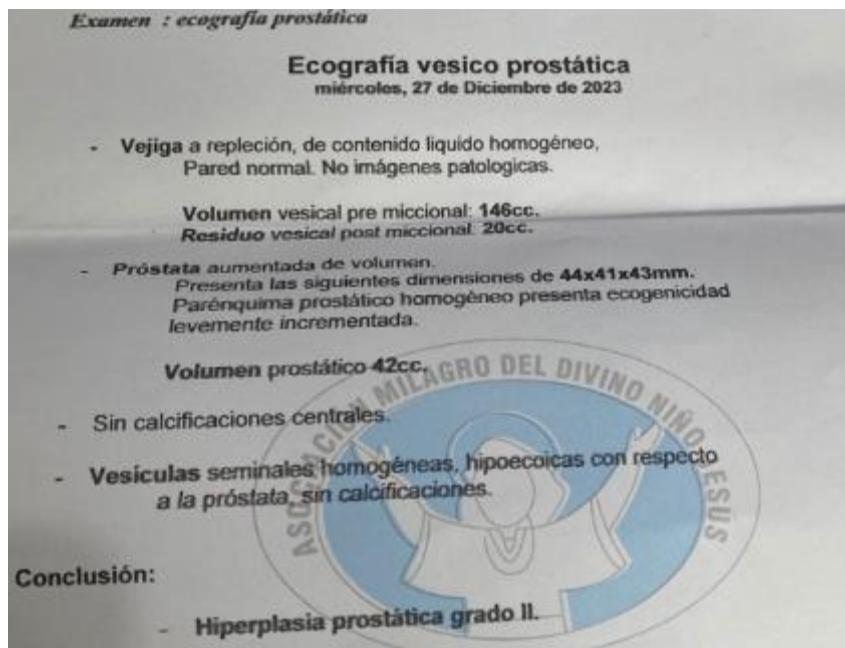
- Ecografía obstétrica:
 - Gestación de 24+3 semanas
 - Presentación transversa
 - DBP 50,94 (21+3)
 - CA 147 (20)
 - LF 38,7 (22+3)
 - Peso estimado: 401 gr (21+4) P<3
 - ILA 6 (oligoamnios)

6.6 Resultados de laboratorio y ecografía prostática del caso N°6

- Hemoglobina: 15.8
- Glucosa: 100
- Colesterol: 180
- Triglicéridos: 115
- Thevenon: Negativo

Sexo	: MASCULINO	Fecha de Reporte	: 27/12/2023 22:21:42
DNI	: 06025051	Fecha de Impresión	: 29/12/2023 14:01:00
Médico	:	N° Solicitud	: 01231227016
Empresa	:	Telefono	: - -
Edad	: 85 año(s), 0 mes(es), 0 día(s)	Sede	: INMUNIMED

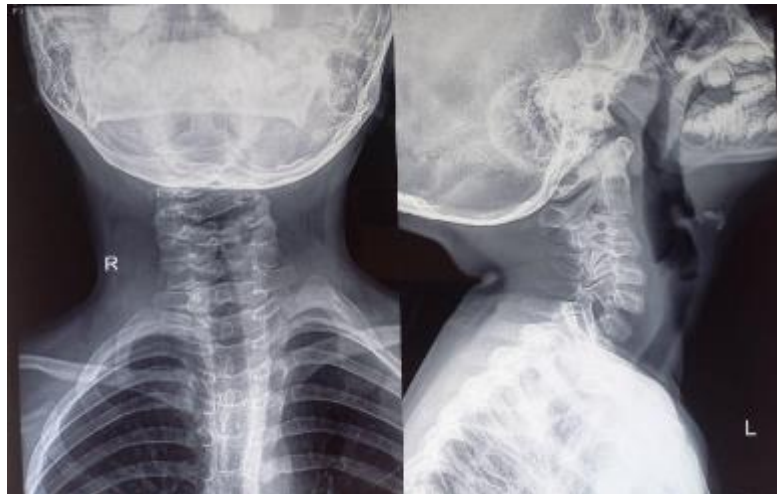
INMUNOLOGIA			
ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
PSA TOTAL	10.54	ng/ml	0.0 - 4.0 ng/mL



6.7 Resultados de laboratorio y Rx del caso N°7

HEMATOLOGIA			
LEUCOCITOS	9.18	10 ³ /ul	4.40 - 11.30
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 ³ /ul	
HEMATIES	5.26	10 ⁶ /ul	3.50 - 5.00
HEMOGLOBINA	13.5	g/dl	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	40	%	33 - 48
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	78.5	fL	80.0 - 95.0
HB CORPUSCULAR MEDIA	26.7	pg	28.0 - 36.0
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	34.0	g/dl	30.0 - 36.0
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	13.4	%	11.0 - 15.0
PLAQUETAS	225	10 ³ /ul	150 - 400
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.60	fL	8.90 - 12.00
NRBC %	-	%	
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	0.0 - 4.0
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	64.0	%	40.0 - 75.0
LINFOCITOS %	32.0	%	15.0 - 45.0
MONOCITOS %	4.0	%	2.0 - 10.0
EOSINOFILOS %	0.0	%	0.0 - 5.0
BASOFILOS %	0.0	%	0.0 - 1.0
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.0	%	<1.0
NEUTROFILO ABASTONADOS	0.00	/mm ³	0.00 - 400.00
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	3870	/mm ³	1800 - 7500
LINFOCITOS	2938	/mm ³	1000 - 4500
MONOCITOS	367	/mm ³	200 - 1000
EOSINOFILOS	0	/mm ³	0 - 500
BASOFILOS	0	/mm ³	0 - 100
GRANULOCITOS INMADUROS	0.00	/mm ³	<1.00

procesado por: LIC. [REDACTED] 02/07/2023 17:17:11



6.8 Resultados de laboratorio, Rx de abdomen de pie y tomografía abdominal del caso N°8

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
BIQUIMICA			
AMILASA	85	U/l	28 - 100
BILIRUBINA TOTAL	0.38	mg/dl	0.1 - 0.3
BILIRUBINA DIRECTA	0.23	mg/dl	0 - 0.2
BILIRUBINA INDIRECTA	0.05	mg/dl	0 - 0.2
CREATININA	0.27	mg/dl	0.20 - 1.20
DESHIDROGENASA LACTICA	191	U/l	120 - 240
FORMATASA ALCALINA	155	U/l	40 - 100
GLUCOSA	152	mg/dl	80 - 100
LIPASA	18	U/l	15 - 60
PROTEINAS TOTALES	7.5	g/dl	6.0 - 8.0
ALBUMINA	4.0	g/dl	3.8 - 5.4
GLOBULINAS	2.3	g/dl	2.0 - 3.5
TRANSAMINASA GOTALACETICA	23	U/l	40
TRANSAMINASA GOTROFICA	11	U/l	40
UREA	12	mg/dl	8 - 20
PIRUVATO	0.50	mmol/l	0.00 - 0.80
NIATRO	187.00	mmol/l	136.00 - 140.00
CLORO	98.00	mmol/l	98.00 - 106.00
CALCIO	1.18	mmol/l	1.15 - 1.25
Realizado por: LEO, TIA			18/06/2023 20:42:13
INMUNOLOGIA			
GRUPO SANGUINEO Y RH	B POSITIVO		
Realizado por: LEO, TIA, PENE, LEZAMA			18/06/2023 19:51:53
HEMATOLOGIA			
LEUCOCITOS	11.88	10 ⁹ /ul	4.40 - 11.30
LEUCOCITOS CONSIDERADOS		10 ⁹ /ul	
HEMATOCRITO	3.78	10 ⁹ /ul	3.80 - 5.00
HEMOGLOBINA	10.2	g/dl	11.0 - 14.0
HEMATOCRITO	30	%	37 - 48
VOLUMEN CORPORICULAR MEDIO	80.1	fL	80.0 - 100.0
HD CORPORICULAR MEDIO	12.9	g/dl	16.0 - 18.0
CONCENTRACION DE HD CORPORICULAR MEDIO	16.8	g/dl	30.0 - 36.0

HIGADO: Tamaño: Conservado LHD: 90mm
 Compresión: Ilus
 Parénquima hepático: Homogéneo, con ecogenidad normal, a nivel del lóbulo derecho, sin embargo, no es posible identificar el lóbulo izquierdo por presencia de masa quística que se proyecta en el epigastrio y mesogastrio, de paredes delgadas y definidas, con contenido heterogéneo de aspecto vesicular y dependiente de la pared, sin vascularidad a la evaluación Doppler, mide aproximadamente 170 x 80mm, con un volumen de 1.2 litros.
 Venas Suprahepáticas: de calibre Normal
 Porta: mm
 Calibre Normal

VÍAS BILIARES: Intrahepáticas Calibre: Normal
 Colédoco: 2mm Calibre: Normal

VESÍCULA BILIAR: no visible en estado post prandial.

PÁNCREAS: no visualizable por presencia de masa quística.

BAZO: de tamaño y morfología y ecogenidad habitual. Mide: 70 x 25mm

RIÑONES: de tamaño y morfología y ecogenidad habitual, adecuada diferenciación cortico medular, pero renal homogéneo, no se observa litiasis ni hidronefrosis.

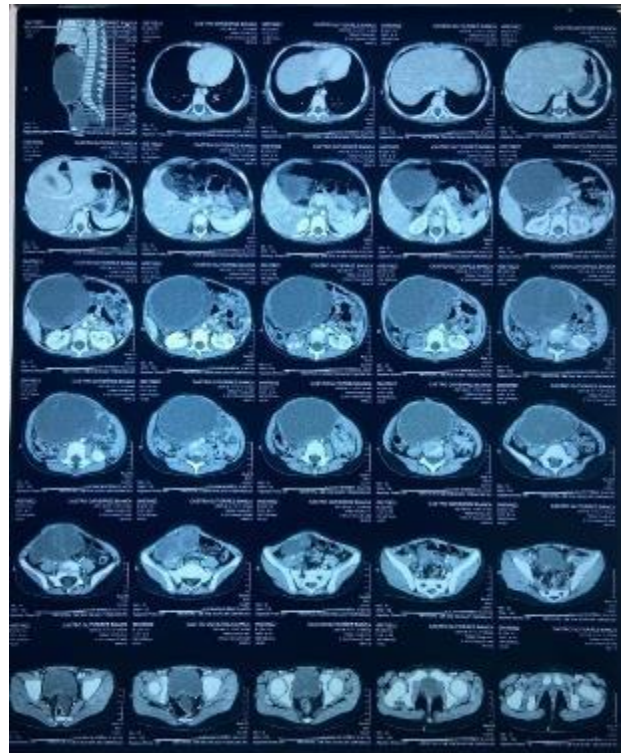
VEJIGA: vacua.

GENITALES INTERNOS: no visualizados por mala ventana acústica, sin embargo no se observa lesiones sólidas o quísticas en los anexos.

No líquido libre en cavidad abdominal pélvica.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

1. MASA QUÍSTICA CON IMÁGENES DE ASPECTO VESICULAR DEPENDIENTES DE LA PARED QUE SE PROYECTA EN EL EPIGASTRIO Y MESOGASTRIO, CONSIDERAR PROBABLE HIDATIDOSIS.
2. RESTO DE ORGANOS EVALUADOS SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS.



6.9 Resultados de laboratorio del caso N°9

Atención:	HOSPITALIZACIÓN	Carnet:	9876543	Ingreso:	13/05/2023	07:11:40
Servicio:	GINECOLOGIA	Tarifa:	018	Impresión:	13/05/2023	16:13:44
PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA			
BIOQUIMICA						
PROTEINA C REACTIVA	1.0	mg/dl	0.0 - 0.5			
Validado por:	LJC			13/05/2023	14:31:58	
HEMATOLOGIA						
LEUCOCITOS	22.14	10 ³ /ul	4.40 - 11.30			
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 ³ /ul				
HEMATIES	3.82	10 ⁶ /ul	2.50 - 5.00			
HEMOGLOBINA	10.6	g/dl	11.0 - 16.0			
HEMATOCRITO	31	%	35 - 48			
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	82.2	fL	80.0 - 95.0			
HS CORPUSCULAR MEDIA	27.7	pg	24.0 - 30.0			
CONCENTRACION HS CORPUSCULAR MEDIA	33.8	g/dl	30.0 - 36.0			
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	13.9	%	11.0 - 15.0			
PLAQUETAS	301	10 ³ /ul	150 - 450			
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.10	fL	8.00 - 12.00			
NRBC %	-	%	0.0 - 4.0			
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	40.0 - 70.0			
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	90.8	%	15.0 - 40.0			
LINFOCITOS %	5.4	%	2.0 - 10.0			
MONOCITOS %	2.8	%	0.0 - 5.0			
EOSINOFILOS %	0.0	%	0.0 - 1.0			
BASOFILOS %	0.1	%	0.0			
GRANULOCITOS INMADUROS %	1.1	%	0.0			
NEUTROFILO ABASTONADOS	0.00	mm ³	0.00 - 400.00			
NEUTROFILO ABASTONADOS	20105	mm ³	1600 - 7500			
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	1196	mm ³	1500 - 4500			
LINFOCITOS	878	mm ³	200 - 1000			
MONOCITOS	8	mm ³	0 - 500			
EOSINOFILOS	22	mm ³	0 - 100			
BASOFILOS	0.24	mm ³	0.00			
GRANULOCITOS INMADUROS	44.00	mm ³	0.00 - 20.00			
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION				13/05/2023	14:47:41	

6.10 Resultados de laboratorio del caso N°10

PROCEDENCIA: EMERGENCIA

INGRESO: 2023-05-11

SERVICIO: TOPICO DE GINECO-OBS

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REF.
BILIRRUBINAS TOTALES Y FRACCIÓN			
BILIRRUBINA TOTAL	0.50	mg / dl	
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.06	mg / dl	0.20 - 1.00
BILIRRUBINA DIRECTA	0.44	mg / dl	

OBSERVACION: GRANULOSO

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REF.
TIEMPO DE PROTROMBINA			
TIEMPO DE PROTROMBINA (segundos)	12.70	seg	11.00 - 16.50
TIEMPO DE PROTROMBINA %	109.00	%	70.00 - 120.00
INR	0.95		0.50 - 1.15
CONTROL	13.10	seg	

OBSERVACION: GRANULOSO

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REF.
General Lab module			
CREATININA	0.54	mg / dl	0.40 - 0.90
FOSFATASA ALCALINA	339	U / l	35 - 105
GLUCOSA	104	mg / dl	75 - 106
TRANSAMINASA G.OXALACETICA	49	U / l	
TRANSAMINASA G.PIRUVICA	61	U / l	
FIBRINOGENO	587	mg / dl	200 - 400
TIEMPO DE TROMBINA	16.80	seg	14.00 - 21.00
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTIN \	31.50	seg	26.00 - 40.00
GRUPO SANGUINEO Y RH	O POSITIVO		

OBSERVACION: GRANULOSO

VALIDADO

F-VAL:2023-05-11 14:54:33



ROE
LABORATORIO
CLÍNICO

Dr. Carlos Roe Battistini
Dr. Eduardo Roe Battistini
Dr. Manuel Leiva Beraún
Dr. Juan C. Gómez de la

Paciente: [REDACTED]

Fecha: 13 May 2023

Médico: [REDACTED]

Atención: [REDACTED]

Pág: 1/ 1

Análisis	Resultado	Rango de referencia	Unidades
ME	(muestra enviada)		
ACIDOS BILIARES	14.0	(0 - 6.0)	µmol/l
Método: enzimático colorimétrico Los ácidos biliares totales son desoxicólico, quenodesoxicólico y cólico Significado clínico:			

6.11 Resultados de laboratorio control del caso N°11

Atención:	HOSPITALIZACIÓN	Cama:	321	Ingreso:	15/05/2023	06:46:57
Servicio:	GINECOLOGIA	Tarifa:	315	Impresión:	15/05/2023	13:50:34
PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA			
BIOQUIMICA						
BILIRRUBINA TOTAL	0.24	mg/dl	<1.00			
BILIRRUBINA DIRECTA	0.09	mg/dl	<0.20			
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.15	mg/dl	0.20 - 1.00			
FOSFATASA ALCALINA	92	U/l	36 - 105			
PROTEINAS TOTALES	6.1	g/dl	6.4 - 8.3			
ALBUMINA	3.3	g/dl	3.5 - 5.2			
GLOBULINAS	2.8	g/dl	2.0 - 3.5			
TRANSAMINASA G. OXALACETICA	11	U/l	<32			
TRANSAMINASA G. PIRUVICA	8	U/l	<33			
Validado por:	[REDACTED]		15/05/2023	13:42:28		
HEMATOLOGIA						
LEUCOCITOS	8.99	10 ³ /µl	4.40 - 11.00			
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 ³ /µl				
HEMATIES	3.40	10 ⁶ /µl	3.50 - 5.00			
Hipocromia						
HEMOGLOBINA	10.5	g/dl	11.0 - 16.0			
HEMATOCRITO	31	%	33 - 48			
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	90.3	fl.	80.0 - 95.0			
HB CORPUSCULAR MEDIA	30.9	pg	28.0 - 36.0			
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	34.2	g/dl	30.0 - 36.0			
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	14.2	%	11.0 - 15.0			
PLAQUETAS	227	10 ³ /µl	150 - 450			
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.10	fl.	8.00 - 12.00			
NRBC %	-	%				
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	0.0 - 4.0			
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	73.1	%	40.0 - 75.0			
LINFOCITOS %	18.0	%	15.0 - 45.0			
MONOCITOS %	6.1	%	2.0 - 10.0			
EOSINOFILOS %	1.8	%	0.0 - 8.0			
BASOFILOS %	0.3	%	0.0 - 1.0			
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.6	%	<1.0			
NEUTROFILO ABASTONADOS	0.00	/mm ³	0.00 - 400.00			

Servicio de Laboratorio Clínico
Examen Completo de Orina
 Paciente: [Redacted]
 Fecha: 27/05/2023
 Hora: 10:30
Examen Químico
 Color: Turbido
 pH: 5
 Glucosa: Negativo
 Proteína: 1-2
 Hematuria: + +
 Leucocitos: 1-2
 Epitelios: + +
Sedimento Urinario
 Sedimento: 2-3
 Leucocitos: 1-2
 Epitelios: + +
 Hematuria: + +
 Crystals: Negativo

Servicio de Laboratorio Clínico
Examen Completo de Orina
 Paciente: [Redacted]
 Fecha: 27/05/2023
 Hora: 10:30
Examen Químico
 Color: Turbido
 pH: 5
 Glucosa: Negativo
 Proteína: 1-2
 Hematuria: + +
 Leucocitos: 1-2
 Epitelios: + +
Sedimento Urinario
 Sedimento: 2-3
 Leucocitos: 1-2
 Epitelios: + +
 Hematuria: + +
 Crystals: Negativo

Servicio de Laboratorio Clínico
Examen Completo de Orina
 Paciente: [Redacted]
 Fecha: 27/05/2023
 Hora: 10:30
Examen Químico
 Color: Turbido
 pH: 5
 Glucosa: Negativo
 Proteína: 1-2
 Hematuria: + +
 Leucocitos: 1-2
 Epitelios: + +
Sedimento Urinario
 Sedimento: 2-3
 Leucocitos: 1-2
 Epitelios: + +
 Hematuria: + +
 Crystals: Negativo

Servicio de Laboratorio Clínico
Examen Completo de Orina
 Paciente: [Redacted]
 Fecha: 27/05/2023
 Hora: 10:30
Examen Químico
 Color: Turbido
 pH: 5
 Glucosa: Negativo
 Proteína: 1-2
 Hematuria: + +
 Leucocitos: 1-2
 Epitelios: + +
Sedimento Urinario
 Sedimento: 2-3
 Leucocitos: 1-2
 Epitelios: + +
 Hematuria: + +
 Crystals: Negativo

DIAGNOSTICO POR IMAGEN

RADIOGRAFIA DE COLUMNA LUMBAR

NOMBRE: [Redacted]
 FECHA: [Redacted]
 DNI: 10013321
 CODIGO DE AFILIACION: 2-10013321
 HC: 5819

TECNICA:
 ESTUDIO RADIOGRAFICO DE COLUMNA LUMBAR EN INCIDENCIA FRONTAL Y LATERAL.

INFORME

EJE OSEO LONGITUDINAL CONSERVADO

ACENTUACION DE LA LORDOSIS LUMBAR

SE VISUALIZA SEIS CUERPOS VERTEBRALES A NIVEL DE COLUMNA LUMBAR EN RELACION A LUMBARIZACION DE S1

ANTEROLISTESIS GRADO I A NIVEL L4-L5

INCIPIENTES OSTEOFTOS CORPORALES

ESPACIOS INTERVERTEBRALES CONSERVADOS

DENSIDAD OSEA CONSERVADA

CONCLUSIÓN

- ACENTUACION DE LA LORDOSIS LUMBAR
- SIGNOS RADIOGRAFICOS QUE SUGIEREN LUMBARIZACION DE S1
- ANTEROLISTESIS GRADO I A NIVEL L4-L5

CORRELACIONAR HALLAZGOS CON DATOS CLINICOS Y ANTECEDENTES.

INFORME ULTRASONOGRÁFICO RENAL

NOMBRES: [Redacted]
 EDAD: [Redacted]
 FECHA: 22/05/2023 08:43 a. m.

RIÑÓN DERECHO: DE VOLUMEN, SITUACIÓN Y MORFOLOGÍA CONSERVADOS, DE CONTORNOS REGULARES. NO SE OBSERVAN FORMACIONES NODULARES. SE EVIDENCIAN PEQUEÑAS IMAGENES DE ASPECTO LITIASICO SIENDO EL MAYOR DE 3.3 MM A NIVEL DE GRUPO COLECTOR SUPERIOR, MEDIO E INFERIOR. AUSENCIA DE HIDRONEFROSIS.

MEDIDAS RENALES : 112 X 51 MM. PARENQUIMA: 17 MM.

RIÑÓN IZQUIERDO: DE VOLUMEN, SITUACIÓN Y MORFOLOGÍA CONSERVADOS, DE CONTORNOS REGULARES. NO SE OBSERVAN FORMACIONES NODULARES. SE EVIDENCIAN PEQUEÑAS IMAGENES DE ASPECTO LITIASICO SIENDO EL MAYOR DE 3 MM A NIVEL DE GRUPO COLECTOR SUPERIOR, MEDIO E INFERIOR. AUSENCIA DE HIDRONEFROSIS.

MEDIDAS RENALES : 112 X 60 MM. PARENQUIMA: 20 MM.

CONCLUSIÓN:

- MICROLITIASIS RENAL BILATERAL.

6.15 Resultados de laboratorio, ecografía de partes blandas de cadera, Rx de cadera, imagen de MMII e IC del caso N°15

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
BIOQUIMICA			
UREA	0.24 ✓	mg/dl	0.00 - 0.40
CREATININA	0.11 ✓	mg/dl	0.00 - 0.20
UREA INDIRECTA	0.12 ✓	mg/dl	0.00 - 1.00
UREA TOTAL	0.39 ✓	mg/dl	0.00 - 0.59
FOSFATASA ALCALINA	203	U/L	0.00 - 1200
GLUCOSA	120 ✓	mg/dl	60 - 100
PROTEINAS TOTALES	7.8 ✓	g/dl	6.0 - 8.0
ALBUMINA	4.9 ✓	g/dl	3.5 - 5.5
GLÓBULOS ROJOS	4.4 ✓	g/dl	3.0 - 5.5
TRANSAMINASA G. OXALACETICA	31 ✓	U/L	0 - 40
TRANSAMINASA G. PIRUVICA	14 ✓	U/L	0 - 40
UREA	20	mg/dl	0.00
Procesado por: [REDACTED]			16/06/2023 13:56:53
HEMATOLOGIA			
LEUCOCITOS	7.86 ✓	10 ³ /μl	4.40 - 11.00
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 ³ /μl	-
HEMATIES	4.38	10 ⁶ /μl	3.50 - 5.00
HEMOGLOBINA	15.6	g/dl	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	32	%	32 - 46
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	74.3 ↓	fL	80.0 - 95.0
HB CORPUSCULAR MEDIA	27.1 ↓	pg	28.0 - 36.0
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	36.4	g/dl	30.0 - 36.0
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	12.2	%	11.0 - 15.0
PLAQUETAS	310 ✓	10 ³ /μl	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.80	fL	6.00 - 12.00
NRBC %	0.03	%	-
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	0.0 - 4.0
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	51.0	%	40.0 - 75.0
LINFOCITOS %	36.6 ✓	%	15.0 - 45.0
MONOCITOS %	9.9	%	2.0 - 10.0
EOSINOFILOS %	2.1	%	0.0 - 5.0
BASOFILOS %	0.2	%	0.0 - 1.0
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.1	%	0.0

BIOQUIMICA			
PROTEINA C REACTIVA	3.7	mg/dl	0.0 - 0.5
Procesado por: LIC. T. [REDACTED]			16/06/2023 15:35:52
HEMATOLOGIA			
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION	14.00	mm/h	5.00 - 20.00
			16/06/2023 15:55:35

DESCRIPCIÓN: CADERA IZQUIERDA.

PIEL: de grosor y ecogenicidad levemente incrementados.

TCSC: de grosor y ecogenicidad incrementados. No evidencia colecciones ni absceso a este nivel.

MÚSCULOS: Patrón fibrilar conservado, sin evidencia de desgarros. Se evidencia colección capsulada parcialmente definida en el receso coxofemoral anterior volumen 1.6cc, con contenido heterogéneo. Asimismo distorsión arquitectural de los recessos musculares del ilio psoas y tendones glúteos en relación a cambios postquirúrgicos, evidenciándose colección proximal ilíaca de 0,1cc.

CONCLUSIÓN:

1. CAMBIOS INFLAMATORIOS DE PARTES BLANDAS EN CADERA IZQUIERDA ASOCIADO A SECUELA POSTQUIRÚRGICA.
2. COLECCIONES DE LOS RECESOS COXOFEMORAL ANTERIOR, CORRELACIONAR CON ANTECEDENTE CLÍNICO.



Evaluación de CVC

PROBLEMAS DE CVC

Requiere valoración de S. con los datos
- presentando síntomas en cada una de ellas

Se solicita evaluación y seguimiento por el médico
para determinar el estado de CVC debido a acceso
venoso difícil

AHC.

[Redacted]

PROB

RESUMEN

Fecha Hora

Amplio feautero para el Hemo; se refiere
a padre quien cuenta con una perficula venita
aproximadamente se usó cuando el Dr. al
cateterizar para la colocación de cateter
gesta con examen de laboratorio: Hemograma II;
Plasmas 210.

Se refiere a la colocación de cateter para
para una perficula; pero existen el
perfil de coagulación.

se solicita CVC para HEMO

SS: perfil de coagulación control para el caso
que se refiere

- acompañando con un perfil [Redacted]

Sub - Firma USF

AHC.

19/06/23

Paciente varón de 65 años proveniente de familia
nuclear extranjera; padre trabajador, madre independiente
se dedica al comercio (venta de ropa) ambos [Redacted] de salud [Redacted]

Padres trabajan gracias a la ayuda
de hermano menor no presentara quien
cuida al paciente a fin de que los
ingresos cubran sus necesidades. Así mismo se
observa nuevamente que desde emergencia la parte
medica ofrecen al paciente que lo asienta lo
apoyara con absolutamente todo. Cabe mencionar
que hay casos extremos pero este caso no cuenta
apoyo total, y se descubre a través de familiares
que la realidad y situación del paciente es total-
mente diferente a como el acompañante ASP. que con
falsas para ocultar la situación real.

Sub - Firma USF

6.18 Resultados de laboratorio y ecografía de partes blandas de MMII del caso N°18

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
BIOQUIMICA			
BILIRUBINA TOTAL	0.34	mg/dL	0-1.00
BILIRUBINA DIRECTA	0.18	mg/dL	0-0.20
BILIRUBINA INDIRECTA	0.22	mg/dL	0.00-1.00
CREATININA	0.73	mg/dL	0.60-1.20
FOSFATASA ALCALINA	98	U/L	30-100
PROTEINA C REACTIVA	3.5	mg/L	0.0-0.5
PROTEINAS TOTALES	6.1	g/dL	6.5-8.3
ALBUMINA	3.7	g/dL	3.5-5.2
GLUCOSA EN AYUNO	8.4	mg/dL	70-100
TRANSAMINASA O FOSFATASA ALANILICA	14	U/L	0-35
TRANSAMINASA O FOSFATASA ASPARTATICA	9	U/L	0-35
UREA	36	mg/dL	10-20
HEMATOLOGIA			
LEUCOCITOS	8.7	10 ⁹ /L	4.40-11.30
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 ⁹ /L	-
HEMATIES	3.4	10 ⁶ /L	3.50-5.00
HEMOGLOBINA	8.2	g/dL	11.0-16.0
HEMATOCRITO	28	%	33-48
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	76.0	fL	80.0-95.0
HEMOGLOBINA MEDIA	27.9	g	28.0-38.0
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA MEDIA	34.8	g/dL	35.0-46.0
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	10.0	%	11.0-15.0
PLAQUETAS	969	10 ³ /L	150-400
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.10	fL	8.00-12.00
NRBC %	0.00	%	-
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	2.0	%	0.0-4.0
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	30.0	%	40.0-75.0
LINFOCITOS %	62.0	%	15.0-40.0
MONOCITOS %	8.0	%	2.0-10.0
EOSINOFILOS %	0.0	%	0.0-5.0
BASOFILOS %	0.0	%	0.0-1.0
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.0	%	0.0-1.0
NEUTROFILO ABASTONADOS	203.00	/mm ³	0.00-400.00
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	3045	/mm ³	1600-7500
LINFOCITOS	6293	/mm ³	1500-4500
MONOCITOS	609	/mm ³	200-1000
EOSINOFILOS	0	/mm ³	0-500
BASOFILOS	0	/mm ³	0-100
GRANULOCITOS INMADUROS	0.11	/mm ³	0-1.00

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
NEUTROFILOS ABASTONADOS	0.00	%	0.00-4.00
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	30.00	%	40.00-75.00
LINFOCITOS	62.00	%	15.00-40.00
MONOCITOS	8.00	%	2.00-10.00
BASOFILOS	0.00	%	0.00-5.00
GRANULOCITOS INMADUROS	0.00	%	0.00-1.00
TIEMPO DE PROTROMBINA (segundos)	16.70	seg	11.00-16.00
TIEMPO DE REPTROMBINA S.	24.00	seg	10.00-14.00
INR	1.20		0.90-1.10
CONTROL	0.80		-
COAGULINO	500	mg/dL	200-400
TIEMPO DE TROMBINA	17.70	seg	14.00-17.00
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	42.40	seg	28.00-40.00

DESCRIPCION: PIERNA IZQUIERDA:
 Se realiza ecografía de partes blandas apreciándose:
 TCSC: en región inferior interna de la pierna izquierda, se aprecia infiltración edematosa en los planos subdérmicos, presencia de venas dilatadas, no se aprecian colecciones significativas a descartar.

CONCLUSION:
 1. PROCESO INFLAMATORIO DEL TCSC EN LA PIERNA IZQUIERDA.

6.19 Resultados de laboratorio y Rx de tórax del caso N°19

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
LEUCOCITOS	10.15	10 ⁹ /L	4.40-11.30
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 ⁹ /L	-
HEMATIES	3.27	10 ⁶ /L	3.50-5.00
HEMOGLOBINA	8.1	g/dL	11.0-16.0
HEMATOCRITO	28	%	33-48
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	65.3	fL	80.0-95.0
HEMOGLOBINA MEDIA	23.7	g	28.0-38.0
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA MEDIA	34.8	g/dL	35.0-46.0
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	10.0	%	11.0-15.0
PLAQUETAS	969	10 ³ /L	150-400
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.10	fL	8.00-12.00
NRBC %	0.00	%	-
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	2.0	%	0.0-4.0
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	30.0	%	40.0-75.0
LINFOCITOS %	62.0	%	15.0-40.0
MONOCITOS %	8.0	%	2.0-10.0
EOSINOFILOS %	0.0	%	0.0-5.0
BASOFILOS %	0.0	%	0.0-1.0
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.0	%	0.0-1.0
NEUTROFILO ABASTONADOS	203.00	/mm ³	0.00-400.00
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	3045	/mm ³	1600-7500
LINFOCITOS	6293	/mm ³	1500-4500
MONOCITOS	609	/mm ³	200-1000
EOSINOFILOS	0	/mm ³	0-500
BASOFILOS	0	/mm ³	0-100
GRANULOCITOS INMADUROS	0.11	/mm ³	0-1.00



6.20 Resultados de laboratorio, AGAs, ecografía cervical y Hormona Paratiroidea del caso N°20

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
BIOQUIMICA			
BILIRRUBINA TOTAL	1.26	mg/dl	0.20
BILIRRUBINA DIRECTA	0.04	mg/dl	0.20
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.71	mg/dl	0.20 - 1.00
CREATININA	1.30	mg/dl	0.70 - 1.20
CEO: 40.4	140	U/l	40 - 130
FOSFATASA ALCALINA	110	mg/dl	75 - 100
GLUCOSA	7.8	g/l	4.0 - 6.3
PROTEINAS TOTALES	6.6	g/dl	5.5 - 8.3
ALBUMINA	4.8	g/dl	3.5 - 5.3
GLOBULINAS	1.8	g/dl	2.0 - 3.0
TRANSAMINASA G OXALACETICA	40	U/l	40
TRANSAMINASA G PIRUVICA	27	U/l	40
UREA	48	mg/dl	20
TECNIADO GP			22:07:0023 22:16:12
HEMATOLOGIA			
LEUCOCITOS	8.71	10 ⁹ /V	4.40 - 11.20
LEUCOCITOS CORREGIDOS	8.60	10 ⁹ /V	3.50 - 10.00
HEMATIES	10.1	g/dl	12.0 - 16.0
HEMOGLOBINA	12	%	37 - 48
HEMATOCRITO	41.6	%	40.0 - 54.0
VEL. SED. COMPUSCULAR MEDIO	27.0	mm	20.0 - 30.0
HE COMPUSCULAR MEDIA	33.4	%	31.0 - 52.0
CONCENTRACION HB COMPUSCULAR MEDIA	68.4	g/dl	120 - 160
DISTRIBUCION SERIOGICA NA CV	100	10 ⁹ /V	100 - 1100
PLACETAS	170	%	200 - 400
VOLUMEN PLACETARIO MEDIO	100	%	100 - 120
MPDC %	10	%	0 - 5
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	10	%	0 - 5
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	10	%	0 - 5
LINFOCITOS	40	%	20 - 40
MONOCITOS %	10	%	2 - 8
ESQUINOSIS %	10	%	0 - 5
PLACETAS %	10	%	0 - 5

Tipo muestra	Arterial	Arterial	Arterial	Arterial	Arterial	Arterial	Arterial	Arterial	Arterial
PCO ₂	37.0 °C	37.0 °C	37.0 °C	37.0 °C	37.0 °C	37.0 °C	37.0 °C	37.0 °C	37.0 °C
Notas	21.0 %	2.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %
Valores de Gases en Sangre									
pH	7.347	7.364	7.335	7.316	7.327	7.327	7.372	7.413	7.413
pCO ₂	28.1	45.3	29.7	35.3	30.8	38.8	30.9	27.8	27.8
pO ₂	83.3	53.2	91.9	88.6	80.8	48.8	98.4	92.7	92.7
Valores de Osmolalidad									
Urea	9.8	9.4	9.1	8.7	20.2	10.6	9.5	10.6	10.6
Na ⁺	20.8	29.2	28.3	30.0	85.2	33.5	29.3	24.8	24.8
K ⁺	84.3	49.8	84.6	102.2	103.8	61.4	90.3	93.9	93.9
Ca ²⁺	63.4	48.6	63.2	67.3	0.1	58.6	93.3	-0.2	-0.2
Cl ⁻	0.2	1.2	0.0	1.0	4.7	1.1	1.2	0.0	0.0
PH ₂ O	5.6	48.9	5.3	20.0	1.4	37.4	3.8	1.3	1.3
H ₂ O	1.2	1.3	1.5	1.7	1.7	1.9	1.9	1.9	1.9
Valores de Electrolytos									
Na ⁺	3.6	3.5	3.8	3.9	143	3.6	3.8	4.1	4.1
K ⁺	136	145	141	141	142	140	145	145	145
Ca ²⁺	1.35	1.46	1.30	1.33	110	1.38	1.38	1.38	1.38
Cl ⁻	117	118	117	118	118	118	118	118	118
Valores de Metabolitos									
Urea	147	87	88	90	8	84	84	100	100
Glucosa	2.1	0.3	0.8	1.1	10.0	1.0	1.0	1.0	1.0
Valores Corrección por Temperatura									
pH T	7.347	7.394	7.335	7.316	30.8	7.327	7.372	7.413	7.413
pCO ₂ T	28.1	45.3	29.7	35.3	30.8	38.8	30.9	27.8	27.8
pO ₂ T	83.3	53.2	91.9	44.6	80.8	48.8	98.4	92.7	92.7
Estado de Oxigenación									
StO ₂	12.7	6.5	12.1	9.2	8.3	5.1	12.6	14.1	14.1
StO ₂ T	9.5	54.9	9.5	42.4	32.28	34.90	30.91	34.17	34.17
StO ₂ T	81.33	33.33	34.64	33.40	37.8	41.6	28.9	35.4	35.4
StO ₂ T	31.7	37.2	32.9	37.4	22.5	33.0	16.2	23.4	23.4
StO ₂ T	32.3	65.1	21.9	82.0	89.0	38.0	85.0	79.8	79.8
StO ₂ T	72.1	34.5	89.7	41.0	48.1	184	450	442	442
StO ₂ T	395	158	438	213	213	184	450	442	442
Estado Ácido Base									
pH _a	-3.2	-10.4	-9.0	-7.4	6.1	-5.2	-8.8	-9.0	-9.0
pH _s	-8.8	-8.9	-8.3	-7.5	18.0	18.7	17.0	17.2	17.2
pH _v	15.0	16.0	15.4	17.0	19.8	18.0	18.1	18.4	18.4
pH _e	17.8	18.5	17.1	18.0	6.0	4.8	3.7	3.8	3.8
Asen _a	8.7	12.2	8.5	4.3	250.5	249.0	244.2	244.2	244.2
Asen _v	260.0	293.8	296.5	296.5	200.0	249.0	244.2	244.2	244.2

LÓBULO TIROIDEO DERECHO:
 PARÉNQUIMA HETEROGÉNEO PRESENTA MÚLTIPLES IMAGENES NODULARES QUE MIDEN 11; 8; 9 Y 10MM DE DIÁMETRO.
 MIDE APROXIMADAMENTE: 38 X 16 X 22MM (DL X DAP X DT). VOLUMEN: 7CC

LÓBULO TIROIDEO IZQUIERDO:
 PARÉNQUIMA HETEROGÉNEO PRESENTA MÚLTIPLES IMAGENES NODULARES QUE MIDEN 5; 10; 9 Y 9MM DE DIÁMETRO.
 MIDE APROXIMADAMENTE: 39 X 16 X 22 MM DE (DL X DAP X DT). VOLUMEN: 7CC

ITSMO: MIDE 3.6MM.

CONCLUSION:
 1. NÓDULOS TIROIDEOS BILATERALES.

Prueba	Resultado	Diagnóstico	Unidades
PRUEBA DE INTACTA (PARATIROIDEA)	124	(15 - 55) (10-50, kU/ml)	pg/mL

MÉTODO: inmunoenzimático (ELISA) con sustrato cromogénico. Se midió la actividad de la hormona paratiroidea (PTH) en suero. Esta prueba mide la actividad biológica de la PTH, independientemente de su origen (endógeno o exógeno).

Los niveles de PTH son normales principalmente en:
 - pacientes con hipoparatiroidismo primario.
 - pacientes con hiperparatiroidismo primario.
 - pacientes con hiperparatiroidismo secundario asociado con hipocalcemia: causa renal, pseudohipoparatiroidismo I y II, hiperparatiroidismo pseudohipocalcémico. Algunos pacientes con hiperparatiroidismo primario presentan la enfermedad (PTH) en suero.

PTH elevado:
 - hiperparatiroidismo primario.
 - hiperparatiroidismo secundario asociado con hipocalcemia: causa renal, pseudohipoparatiroidismo I y II, hiperparatiroidismo pseudohipocalcémico. Algunos pacientes con hiperparatiroidismo primario presentan la enfermedad (PTH) en suero.

PTH disminuido:
 - hipoparatiroidismo primario: a. de idiopático, b. de autoinmunitario.
 - hipoparatiroidismo secundario: a. de insuficiencia renal crónica, b. de insuficiencia renal aguda, c. de insuficiencia renal crónica en fase terminal.
 - hipoparatiroidismo terciario: a. de idiopático, b. de autoinmunitario.
 - hipoparatiroidismo cuaternario: a. de idiopático, b. de autoinmunitario.
 - hipoparatiroidismo quinario: a. de idiopático, b. de autoinmunitario.

BIOQUIMICA	HEMATOLOGIA	INMUNOLOGIA
GLUCOSA (F) 7.9	HEMATOCRITO 34.7	TIPO D
GLUCOSA PRANDIAL	HEMOGLOBINA 11.5	TIPO H
TEST DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA	LEUCOCITOS 4.730	PARATIRO A
Urea	NEUTROFILOS	PARATIRO B
Na ⁺	SEDIMENTADOS	BRUCELLA
K ⁺	ABASTONADOS	OTROS
Ca ²⁺		
Cl ⁻		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Glucosa		
Proteínas		
Albúmina		
Globulinas		
Transaminasa G OXALACETICA		
Transaminasa G PIRUVICA		
Urea		
Gluc		

6.22 Resultados de laboratorio del caso N°22

HEMATOLOGÍA				INMUNOLOGÍA	
GLUCOSA (70-110)	291 mg/dl	HEMATOCRITO	%	AGLUTINACIONES	
GLUCOSA POST PRANDIAL	mg/dl	HEMOGLOBINA	g/dl	TÍFICO O	
TEST DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA	mg/dl	HEMATIES	med	TÍFICO H	
	mg/dl	LEUCOCITOS	mm3	PARATÍFICO A	
	mg/dl	NEUTRÓFILOS	%	PARATÍFICO B	
	mg/dl	SEGMENTADOS	%	BRUCELLA	
	mg/dl	ABASTONADOS	%	OTROS	
PERFILIPIDICO			EOSINÓFILOS	%	HIV (P. RAPIDA)
COLESTEROL	189 mg/dl	BASÓFILOS	%	HGC CUALITATIVA	
COLESTEROL	47 mg/dl	MONOCITOS	%	RPR O VDRL	
COLESTEROL	122 mg/dl	LINFOCITOS	%	F. REUMATOIDEO	
COLESTEROL	33 mg/dl	PLAQUETAS	mm3	PCR	
LÍPIDOS	126 mg/dl	RETICULOCITOS	%	ASO	
PERFIL HEPATICO				T. SANGRIA:	min seg
	UII	T. COAGULACIÓN	min seg	PSA (P. RAPIDA)	
	UII	GRUPO SANGUINEO		ORINA	
ALCALINA	UII	FACTOR RH		COLOR	Amarillo
TOTAL	mg/dl	VSG GLOBULAR	mmh	ASPECTO	Turbio
DIRECTA	mg/dl	CONSTANTES CORPUSCULARES		DENSIDAD	1.015
INDIRECTA	mg/dl	VCM	fL	PH	Acida
PROTEINAS TOTALES	mg/dl	Hb CM	Dg	BIOQUIMICA	
ALB	mg/dl	CHCM	g/dl	GLUCOSA	—
PARASITOLOGIA				PROTEINAS	—
HECES SERIADO				NITRITOS	—
1*				CETONAS	—
2*				UROBILINOGENO	—
3*				BILIRRUBINA	—
REACCIÓN ANTIFLAMATORIA				SANGRE	(++)
MICROBIOLOGIA				SEDIMENTO URINARIO	
RECTO (KOH)				CEL. EPITELIALES	Reg. C X/C
TEST DE GRAHAM				HEMATIES	>100 X/C
				LEUCOCITOS	15-20 X/C
				GERMENES	(++) X/C
				CRISTALES	X/C
				OTROS	

6.23 Resultados de laboratorio y ecografía de partes blandas de pared abdominal del caso N°23

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
BIOQUIMICA			
CREATININA	0.46	mg / dl	0.40 - 0.90
Validado por:	[REDACTED]		17/05/2023 11:04:09
INMUNOLOGIA			
GRUPO SANGUINEO Y RH	O POSITIVO		
Validado por:	[REDACTED]		17/05/2023 11:10:07
HEMATOLOGIA			
LEUCOCITOS	25.10	10 ⁹ /ul	4.40 - 11.30
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 ⁹ /ul	
HEMATIES	3.46	10 ⁶ /ul	3.50 - 5.00
HEMOGLOBINA	11.0	g / dl	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	31	%	33 - 48
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.6	fL	80.0 - 100.0
HB CORPUSCULAR MEDIA	31.8	pg	28.0 - 36.0
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	35.5	g / dl	30.0 - 36.0
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	12.9	%	11.0 - 15.0
PLAQUETAS	601	10 ⁹ /ul	150 - 450
VOLUMEN PLAGUETARIO MEDIO	8.10	fL	8.00 - 12.00
NRBC %	-	%	
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	0.0 - 4.0
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	90.7	%	40.0 - 75.0
LINFOCITOS %	4.9	%	15.0 - 45.0
MONOCITOS %	2.5	%	2.0 - 10.0
EOSINOFILOS %	0.6	%	0.0 - 5.0
BASOFILOS %	0.2	%	0.0 - 1.0
GRANULOCITOS INMADUROS %	1.1	%	0.0
NEUTROFILO ABASTONADOS	0.00	/mm ³	0.00 - 400.00
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	22766	/mm ³	1600 - 7500
LINFOCITOS	1230	/mm ³	1500 - 4500
MONOCITOS	628	/mm ³	200 - 1000
EOSINOFILOS	151	/mm ³	0 - 500
BASOFILOS	50	/mm ³	0 - 100
GRANULOCITOS INMADUROS	0.27		0.00

DESCRIPCION: PARED ABDOMINAL

Se realiza ecografía de partes blandas a nivel de pared abdominal apreciándose lo siguiente:

PIEL: cicatriz quirúrgica abierta con cambios flogóticos y área empastada con secreción seropurulenta a nivel suprapúbico.

TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO: escasa colección ecogénica laminar con ecos internos que diseña el tejido graso profundo con aspecto digitiforme en un volumen aproximado de 6cc, asocia edema intersticial del plano graso e impresiona comunicación filiforme a cavidad intraabdominal no definiéndose colección intrabdominal al momento del examen.

CONCLUSIÓN:

1. COLECCIÓN LAMINAR A NIVEL DE HERIDA QUIRÚRGICA ABIERTA QUE ASOCIA SIGNOS DE PANICULITIS ADYACENTE

[REDACTED]

6.24 Resultados de laboratorio del caso N°24

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
BIOQUIMICA			
CREATININA	0.77	mg / dl	0.39 - 0.73
DESHIDROGENASA LACTICA	148	U / l	120 - 300
GLUCOSA	80	mg / dl	80 - 100
TRANSAMINASA G. OXALACETICA	13	U / l	≤ 40
TRANSAMINASA G. PIRUVICA	13	U / l	≤ 41
UREA	23	mg / dl	≤ 50
POTASIO	3.20	mmol / l	3.50 - 5.00
SODIO	131.00	mmol / l	136.00 - 146.00
CLORO	96.00	mmol / l	98.00 - 106.00
CALCIO	1.29	mmol / l	1.15 - 1.29
			14/06/2023 15:05:15
			14/06/2023 15:14:47
HEMATOLOGIA			
LEUCOCITOS	9.08	10 ⁹ /l	4.40 - 11.30
LEUCOCITOS CORREGIDOS		10 ⁹ /l	
HEMATIES	0.51	10 ⁹ /l	3.80 - 5.00
HEMOGLOBINA	14.9	g / dl	11.8 - 16.0
HEMATOCRITO	41	%	33 - 45
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	74.2	fL	85.0 - 95.0
HB CORPUSCULAR MEDIA	27.0	pg	29.0 - 36.0
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	36.4	g / dl	30.9 - 36.0
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	12.6	%	11.0 - 15.0
PLAQUETAS	411	10 ⁹ /l	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	10.50	fL	8.00 - 12.00
NRBC %		%	
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	0.0 - 4.0
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	83.0	%	48.0 - 76.0
LINFOCITOS %	32.0	%	18.0 - 45.0
MONOCITOS %	3.0	%	2.0 - 10.0
EOSINOFILOS %	2.0	%	0.0 - 5.0
BASOFILOS %	0.0	%	0.0 - 1.0
GRANULOCITOS INMADUROS %	0.0	%	≤ 1.0
NEUTROFILO ABASTONADOS	0.00	/mm ³	0.00 - 400.00

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	5727 /	/mm ³	1600 - 7500
LINFOCITOS	2909 /	/mm ³	1600 - 4500
MONOCITOS	273	/mm ³	200 - 1000
EOSINOFILOS	182	/mm ³	0 - 500
BASOFILOS	0	/mm ³	0 - 100
GRANULOCITOS INMADUROS	0.00		≤ 1.00
Realizado por: LIC. T.M. [REDACTED]			14/06/2023 15:14:47
URINANALISIS			
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS	x campo	
LEUCOCITOS	0 A 1	x campo	
LEUCOCITOS AGLUTINADOS	NO SE OBSER	x campo	
HEMATIES O	1 A 2	x campo	
CILINDROS	NO SE OBSER		
CRISTALES	NO SE OBSER		
GERMENES			
LEVADURAS	NO SE OBSER		
OTROS - EX. ORINA			
	GLUCOSA		
	CUERPOS Cetonicos		

6.25 Resultados de laboratorio, colonoscopia y reporte operatorio del caso N°25

HQUIMICA			
BILIRRUBINA TOTAL	0.65	mg/dl	0.10
BILIRRUBINA DIRECTA	0.28	mg/dl	0.20
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.37	mg/dl	0.20 - 1.00
CREATININA	0.81	mg/dl	0.70 - 1.20
DESHIDROGENASA LACTICA	169	U/l	135 - 225
FOSFATASA ALCALINA	82	U/l	40 - 130
GLUCOSA	107	mg/dl	75 - 105
PROTEINAS TOTALES	7.7	g/dl	6.4 - 8.3
ALBUMINA	4.4	g/dl	3.5 - 5.2
GLOBULINAS	3.3	g/dl	2.0 - 3.1
TRANSAMINASA G. OXALACETICA	25	U/l	0-40
TRANSAMINASA G. PIRUVICA	24	U/l	0-41
UREA	25	mg/dl	15-50

Validado por: LIC. T.M. [Redacted] 11/04/2023 14:36:58

HEMATOLOGIA			
LEUCOCITOS	8.48	10 ³ /ul	4.40 - 11.30
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 ³ /ul	-
HEMATIES	4.41	10 ⁶ /ul	3.50 - 5.00
HEMOGLOBINA	13.6	g/dl	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	37	%	33 - 45
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	84.1	fL	85.0 - 96.0
HB CORPUSCULAR MEDIA	30.6	pg	28.0 - 36.0
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	36.4	g/dl	30.0 - 36.0
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	13.3	%	11.0 - 15.0
PLAQUETAS	281	10 ³ /ul	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	8.30	fL	8.00 - 12.00
NRBC %	-	%	-
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	0.0 - 4.0
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	47.2	%	40.0 - 75.0
LINFOCITOS %	45.4	%	15.0 - 45.0
MONOCITOS %	5.7	%	2.0 - 10.0
EOSINOFILOS %	1.2	%	0.0 - 5.0
BASEFILOS %	0.3	%	0.0 - 1.0

HALLAZGOS

INSPECCION
Preparación Insuficiente
Boston: 5 puntos

INSTRUMENTACION
Se progresa con equipo hasta ciego se evidencia contenido fecal semilíquido parcialmente aspirable con mucosa observada conservada. Se observa válvula ileocecal de morfología conservada.

En colon ascendente se evidencia abundante contenido fecal semilíquido con grumos poco aspirable con mucosa observada conservada y presencia de pliegues redundantes.

En colon transverso se evidencia contenido fecal semilíquido parcialmente aspirable con mucosa observada conservada y presencia de pliegues redundantes.

En colon descendente se evidencia contenido fecal semilíquido parcialmente aspirable con mucosa observada conservada y presencia de pliegues redundantes.

En colon sigmoide se evidencia contenido fecal semilíquido parcialmente aspirable con mucosa observada conservada.

En recto se evidencia mucosa conservada. A la retroflexión se observa línea pectínea conservada. Canal anal sin lesiones.

IMPRESION DIAGNOSTICA
1. COLONOSCOPIA INSUFICIENTE PARA DETECCION DE LESIONES MINIMAS
2. DOLICOMEGACOLON

RECOMENDACIONES
Reevaluación por cirugía general para posibilidad de sigmoidectomía.

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Operación Realizada: **15. Sigmoidectomía + anastomosis T-L (Laparotomía)**

Diagnóstico Pre Operatorio: **Dolico mega sigma**

Diagnóstico Post Operatorio: **el mismo**

Cirujano: [Redacted]
2º Asistente: [Redacted]

Antesalólogo	Asistente
T. Aceiteosa	T. Operario
Vanucci	Sh Lo
Inicia: 10	Termino: 11:20
Cla. Cirujano	Enjuague
Completa	oscuro
Reexploración	Pieza Operatoria (Sí) (No)
No	Colon sigmoide

Contabilizaciones:
Insumos materiales: **laparotomía T-L de** **Hallazgos:**
+12cm

Procedimiento:
1. Múltiples adhesiones de epíon parietal
2. Colon sigmoide + dolico megacolon
3.

1) Pecho en D10
2) AA + CE
3) Múltiples adhesiones, se ligó a una medida a cistitis abdominal
4) Evidencia de hallazgos descritos.
5) Se liberan adhesiones con ligadura intraperitoneal de epíon a pared abdominal.
6) Se resectifica colon sigmoide, se colocan clips de seguridad y dem a 5 cm de la línea pectínea.
Se realiza +20 cm de colon sigmoide de altura ciego a 10 cm de la línea pectínea.
Se realiza anastomosis T-L (colon ciego y sigmoide) + clips de seguridad.
Se realiza 4 clips de seguridad para poder pasar el tubo de drenaje.
7) Se recoge neumático
8) Pecho revisado a ciego y por a revisión.
9) Se dejó bien el AP

Observaciones: [Redacted]

Fecha: 13 / 04 / 23 Hora: [Redacted]

Señal y Firma Cirujano: [Redacted]

6.26 Resultados de laboratorio, ecografía de abdomen inferior y reporte operatorio del caso N°26

BIOQUIMICA			
BILIRUBINA TOTAL	1.57	mg/dl	01.00
BILIRUBINA DIRECTA	0.38	mg/dl	00.20
BILIRUBINA INDIRECTA	1.21	mg/dl	1.20 - 1.70
CREATININA	0.86	mg/dl	1.00 - 1.20
DESHIDROGENASA LACTICA	367	U/l	106 - 225
FOSFATASA ALCALINA	173	U/l	49 - 138
GLUCOSA	136	mg/dl	75 - 108
PROTEINAS TOTALES	7.4	g/dl	6.0 - 8.2
ALBUMINA	4.5	g/dl	3.5 - 5.2
GLUCOLINAS	3.0	g/dl	2.3 - 3.3
TRANSAMINASA G. OXALACETICA	27	U/l	0-37
TRANSAMINASA G. PIRUVICA	40	U/l	0-41
UREA	29	mg/dl	10-20
Validado por: LIC. T.A. [REDACTED]		10/04/2023	08:33:21
HEMATOLOGIA			
GRUPO SANGUINEO Y RH	B+ POSIT.		
Validado por: LIC. T.A. [REDACTED]		10/04/2023	07:58:41
HEMATOLOGIA			
LEUCOCITOS	11.47	10 ⁹ /L	4.40 - 11.30
LEUCOCITOS CORREGIDOS		10 ⁹ /L	
HEMATOCITO	32.3	%	37.0 - 47.0
HEMOGLOBINA	10.0	g/dl	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	46	%	39 - 46
GLÓBULO CORPUSCULAR MEDIO	85.7	fL	83.0 - 101.0
GLÓBULO CORPUSCULAR MEDIO	31.0	pg	26.0 - 34.0
CONCENTRACION DE GLÓBULO CORPUSCULAR MEDIO	36.6	g/dl	31.0 - 34.0
ERITROCRITARIAS (V)	11.2	%	11.0 - 15.0
PLAQUETAS	259	10 ⁹ /L	150 - 400
AMEN PLAUQUETARIO MEDIO	0.90	fL	0.10 - 12.00
%		%	0.0 - 4.0
NEUTROFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	50.0 - 70.0
NEUTROFILOS SEGMENTADOS %	76.0	%	

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
LEUCOCITOS %	14.7	%	15.0 - 45.0
MONOCITOS %	7.4	%	2.0 - 13.0
EOSINOFILOS %	1.2	%	0.0 - 5.0
BASOFILOS %	0.1	%	0.0 - 1.0
GRANULOCITOS INMADUROS	0.0	%	0.0 - 1.0
NEUTROFILOS ABASTONADOS	0.00	1000	100 - 600.00
NEUTROFILOS SEGMENTADOS	10434	1000	1800 - 1500
LEUCOCITOS	1225	1000	1500 - 4000
MONOCITOS	393	1000	200 - 1000
EOSINOFILOS	111	1000	0 - 500
BASOFILOS	10	1000	0 - 100
TIEMPO DE PROTRONINA %	13.30	seg	11.00 - 16.00
INR	1.01.00	%	10.00 - 120.00
CONTROL	0.89		0.50 - 1.10
FIBRINOGENO	3.10	g/dl	
TIEMPO DE TROMBINA	367	mg/dl	300 - 400
TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA	17.60	seg	14.00 - 21.00
	27.60	seg	20.00 - 40.00

VEJIGA: A escasa repleción. De paredes delgadas. Sin evidencia de litiasis en su interior.

Se evalúa FID, evidenciándose moderada disminución del peristaltismo intestinal asociado a heterogeneidad e incremento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica adyacente, se observa apéndice cecal no compresible, dilatado hasta 14mm con presencia de múltiples apendicolitos el mayor de las cuales mide 14mm de diámetro. Doloroso a la ecopresión. No líquido en cavidad pélvica.

CONCLUSIÓN:

1. SIGNOS ECOGRÁFICOS EN RELACION A DE APENDICITIS AGUDA.

OPERACIÓN PRACTICADA: APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA					
DIAGNÓSTICO PRE OPERATORIO: APENDICITIS AGUDA					
DIAGNÓSTICO POST OPERATORIO: APENDICITIS AGUDA PERFORADA					
Cirujano: [REDACTED]			Asistentes: [REDACTED]		
Anestesiólogo: [REDACTED]		Tipo de anestesia: Regional		Tiempo operatorio: 50 min.	
				Conteo de gases: Completas	
Complicaciones: Ninguna		Inicio: 17:35h horas	Término: 18:25h horas	Pieza operatoria: Apéndice cecal	Sangrado: No
Reemplazo: NO					
Inciisión:					
<ul style="list-style-type: none"> T1: 10 mm Umbilical T2: 05 mm FID. T3: 10 mm FII. 					
Hallazgos:					
<ul style="list-style-type: none"> Apéndice cecal plastronado por epipion, subserosa y perforada en tercio proximal. Base y ciego congestivos. A la liberación, salida de secreción purulenta de +/- 10cc. y dos (02) coprolitos. 					
Procedimiento:					
<ol style="list-style-type: none"> Paciente en decúbito dorsal obligado bajo efectos de anestesia general. Asepsia y antisepsia de campo operatorio con yodopovidona espuma y solución. Colocación de campos estériles. Se realiza incisión en piel con bisturí Nro. 11 y se ingresa óptica por T1; hallazgos descritos. Se libera plastrón conformado por apéndice Cevallos y epipion, a la liberación se evidencia salida de secreción purulenta de +/- 10cc y dos (02) coprolitos; se aspira secreción. Se electrofulgura meso apendicular con energía bipolar y se corta con tijeras laparoscópicas. Se liga base apendicular con nudo intracorporeo con seda negra 2/0, y se corta con tijera laparoscópicas se realiza exéresis dentro de bolsa de guante por T1. Se realiza revisión de hemostasia. Se cierra orificios de trocáres: T1 con Ácido Poliglicólico 1 punto cruzado, se cierra piel con Nylon 4/0 punto simple. T2 T3 con punto simple con Nylon 4/0 Se deja solicitud de anatomía patológica Paciente tolera acto operatorio y pasa a recuperación con signos vitales estables. 					
Fecha: 12.04.23					
Hora: 18:30H.					

6.27 Resultados de laboratorio del caso N°27

PRUEBA	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
QUÍMICA			
BILIRRUBINA TOTAL	0.15	mg / dl	<1.00
BILIRRUBINA DIRECTA	0.07	mg / dl	<0.20
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.08	mg / dl	0.20 - 1.00
CREATININA	7.46	mg / dl	0.70 - 1.20
FOSFATASA ALCALINA	76	U / l	40 - 130
GLUCOSA	252	mg / dl	75 - 106
PROTEÍNAS TOTALES	5.0	g / dl	6.4 - 8.3
ALBUMINA	2.2	g / dl	3.5 - 5.2
GLOBULINAS	2.7	g / dl	2.0 - 3.8
TRANSAMINASA G. OXALACÉTICA	12	U / l	<40
TRANSAMINASA G. PIRUVICA	8	U / l	<41
UREA	127	mg / dl	<50
Paciente por: LIC. T. [REDACTED]			
20/07/2023 14:04:03			
HEMATOLOGÍA			
LEUCOCITOS	5.51	10 ³ /μl	4.40 - 11.30
LEUCOCITOS CORREGIDOS	-	10 ³ /μl	-
HEMATIES	2.94	10 ⁶ /μl	2.30 - 3.00
HEMOGLOBINA	8.4	g / dl	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	24	%	33 - 48
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	82.6	fL	80.0 - 95.0
HB CORPUSCULAR MEDIA	28.6	Pg	29.0 - 36.0
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	34.9	g / dl	30.0 - 36.0
DISTRIBUCION ERITROCITARIA CV	14.6	%	11.0 - 15.0
PLAQUETAS	318	10 ³ /μl	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.40	fL	8.00 - 12.00
NRBC %	-	%	-
NEUTRÓFILOS ABASTONADOS %	0.0	%	0.0 - 4.0
NEUTRÓFILOS SEGMENTADOS %	80.3	%	40.0 - 75.0
LINFOCITOS %	31.2	%	15.0 - 45.0
MONOCITOS %	5.1	%	2.0 - 10.0
EOSINÓFILOS %	2.3	%	0.0 - 5.0
BASÓFILOS %	0.6	%	0.0 - 1.0
GRANULOCITOS INMADURDS %	0.5	%	<1.0

6.28 Resultados de Rx de rodilla izquierda del caso N°28

ESTUDIO: RADIOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA

TECNICA:
ESTUDIO RADIOGRAFICO DE RODILLA IZQUIERDA EN INCIDENCIA ANTEROPOSTERIOR Y LATERAL.

INFORME:

ESTRECHAMIENTO DEL ESPACIO ARTICULAR FEMOROTIBIAL MARGEN MEDIAL CON REACCION ESCLEROSA DE SUS BORDES A PREDOMINIO DE LA PLATAFORMA TIBIAL
OSTEOFITOSIS ROTULIANA
AFILAMIENTO DEL TUBERCULO TIBIAL INTERCONDILAR MEDIAL
NO SE DEFINEN TRAZOS DE FRACTURA.
DENSIDAD OSEA DISMINUIDA

CONCLUSION:

1. SIGNOS RADIOGRAFICOS QUE SUGIEREN GONARTROSIS DE GRADO LEVE-MODERADO ASOCIADO A OSTEOPENIA

6.29 Resultados de laboratorio e imagen de lesiones del caso N°29

QUÍMICA		HEMATOLOGÍA		INMUNOLOGÍA	
GLUCOSA (70-110)	123 mg/dl	HEMATOCRITO	34 %	AGLUTINACIONES	
GLU POST PRANDIAL		HEMOGLOBINA	11.3 g/dl	TIFICO O	
TEST DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA		HEMATÍES		TIFICO H	
Basal	mg/dl	LEUCOCITOS	7490 mm ³	PARATIFICO A	
1/2 h	mg/dl	NEUTRÓFILOS		PARATIFICO B	
1 hora	mg/dl	SEGMENTADOS	69 %	BRUCELLA	
2 hora	mg/dl	ABASTONADOS	02 %	OTROS	
PERFILIPIDICO		EOSINÓFILOS	07 %	HIV (P. RAPIDA)	
COLESTEROL	238 mg/dl	BASÓFILOS	06 %	HCG CUALITATIVA	
HDL COLESTEROL	46 mg/dl	MONOCITOS	03 %	RPR O VDRL	
LDL COLESTEROL	196 mg/dl	LINFOCITOS	23 %	F. REUMATOIDES	
VLDL COLESTEROL		PLAQUETAS	230,006 mm ³	PCR	
TRIGLICERIDOS	189 mg/dl	RETICULOCITOS		ABC	
PERFIL HEPATICO		T. SANGRIA:	min seg	PSA (P. RAPIDA)	
TGO	U/l	T. COAGULACION	min seg	ORINA	
TGP	U/l	GRUPO SANGUINEO		COLOR	
F. ALCALINA	U/l	FACTOR RH:		ASPECTO	
B. TOTAL	mg/dl	VSG GLOBULAR	mm/h	DENSIDAD	
B. DIRECTA	mg/dl	CONSTANTES CORPUSCULARES		PH	
B. INDIRECTA	mg/dl	V.C.M.	f	BIOQUIMICA	
PROTEINAS TOTALES	mg/dl	Hb. CM	pg	GLUCOSA	
ALBUMINA	mg/dl	HCM	g/dl	PROTEINAS	
REGIAB	mg/dl	PARASITOLOGÍA		NITRITOS	
GAMA GT		HECES SERIADO		CETONAS	
OTROS		1°		UROBILINOGENO	
CREATININA	0.86 mg/dl	2°		BILIRUBINA	
UREA	23 mg/dl	3°		SANGRE	
AMILASA	U/l			SEDIMENTO URINARIO	
Hb glicosilada	%	REACCIÓN ANTIFLAMATORIA		CEL. EPITELIALES	
MICROBIOLOGÍA		PMN: % MON: %		HEMATES	
EX. RECTO (KOH)		TEST DE GRAHAM		LEUCOCITOS	
				GERMINES	
				CRISTALES	
				OTROS	



6.30 Imagen de lesión del caso N°30



7 TABLAS

7.1 Tabla 1: Cuadro estadístico de casos clínicos, vista general

CASO CLÍNICO	DATOS DEL PACIENTE				
	SEXO	EDAD (años)	GRADO DE INSTRUCCIÓN	PROCEDENCIA	TIPO DE VIVIENDA
1	F	52	S/D	S/D	NOBLE
2	F	36	Sec. Comp	SJM	NOBLE
3	F	1	NA	S/D	PREFABRICADA
4	M	8	Estudiante	S/D	PREFABRICADA
5	F	26	S/D	S/D	S/D
6	M	65	Sec. Comp	S/D	NOBLE
7	F	5	Estudiante	S/D	NOBLE
8	F	4	NA	VMT	NOBLE
9	F	30	Sec. Comp	ICA	NOBLE
10	F	25	Sec. Comp	SJM	NOBLE
11	F	29	Sec. Comp	SJM	NOBLE
12	F	16	Sec. Incom	SJM	NOBLE
13	M	1	NA	VMT	PREFABRICADA
14	F	49	Prim. Comp	SJM	S/D
15	M	5	Estudiante	VENEZUELA	PREFABRICADA
16	M	65	Sec. Comp	SJM	NOBLE
17	F	47	S/D	VMT	NOBLE
18	F	57	S/D	BARRANCO	NOBLE
19	M	3 m	NA	CHORRILLOS	NOBLE
20	M	46	S/D	LA VICTORIA	NOBLE
21	F	68	S/D	S/D	NOBLE
22	F	39	Sec. Comp	SJM	NOBLE
23	F	35	Sec. Incom	VMT	NOBLE
24	M	10	Estudiante	VENEZUELA	NOBLE
25	M	53	Sec. Incom	AYACUCHO	NOBLE
26	M	36	Sec. Incom	VMT	PREFABRICADA
27	M	54	Sec. Comp	VMT	NOBLE
28	M	68	S/D	VMT	PREFABRICADA
29	F	66	Superior	SJM	S/D
30	M	12	Estudiante	SJM	NOBLE

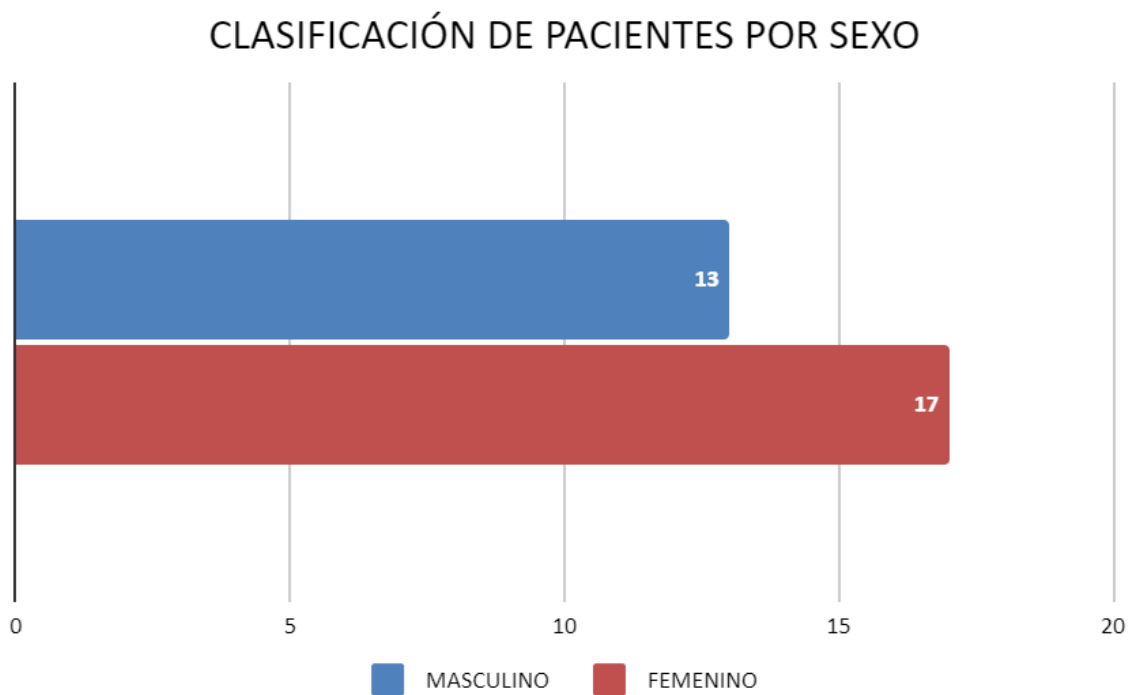
S/D: Si datos / NA: No aplica

7.2 Tabla 2: Características sociodemográficas de los participantes (n=30)

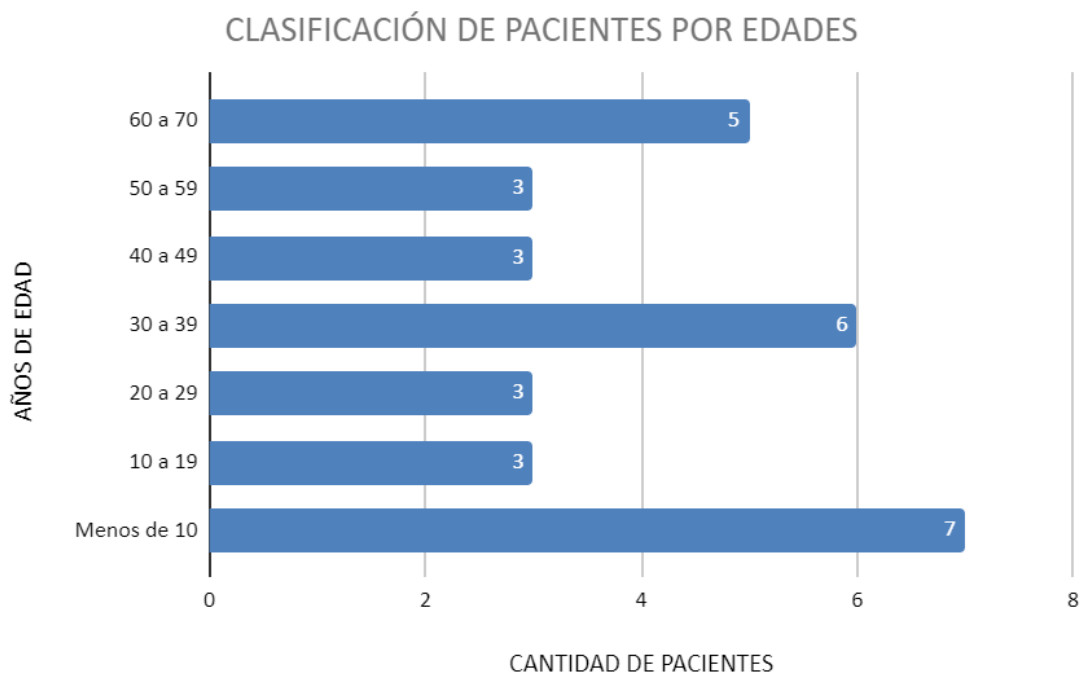
Características	n	%
Sexo		
Femenino	17	56,6
Masculino	13	43,4
Edad		
Menos de 10	7	23,4
10-19	3	10
20-29	3	10
30-39	6	20
40-49	3	10
50-59	3	10
Mayores de 60	5	16,6
Grado de instrucción		
Estudiante	5	16,6
Primaria Completa	1	3,4
Secundaria Incompleta	4	13,4
Secundaria Completa	8	26,6
Superior Completa	1	3,4
Sin datos / No aplica	11	36,6
Procedencia		
SJM	9	30
VMT	7	23,3
Otros	5	16,7
Venezuela	2	6,6
Sin datos	7	23,4
Tipo de vivienda		
Noble	21	70
Prefabricada	6	20
Sin datos	3	10

8 FIGURAS

8.1 Figura 1: Clasificación por sexo

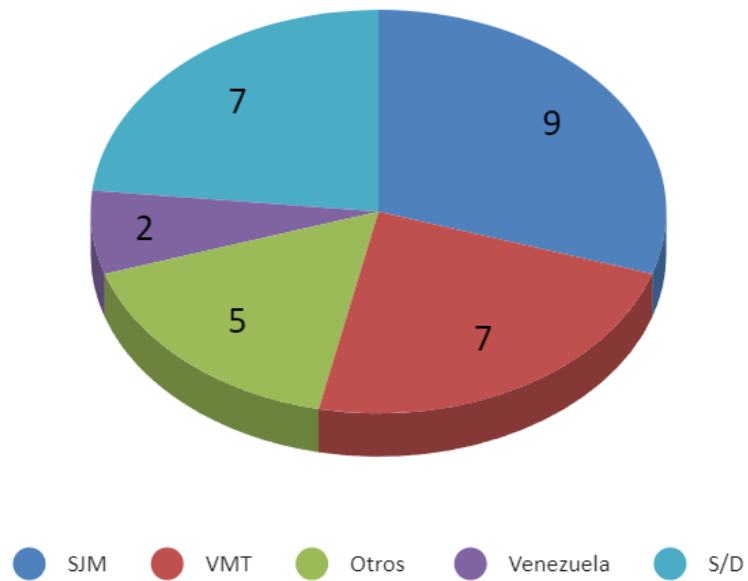


8.2 Figura 2: Clasificación por grupo etáreo



8.3 Figura 3: Clasificación por lugar de procedencia

CLASIFICACIÓN DE PACIENTES POR PROCEDENCIA



8.4 Figura 4: Clasificación por tipo de vivienda

CLASIFICACIÓN DE PACIENTES POR TIPO DE VIVIENDA

