



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA

Portafolio de la práctica clínica en el internado en el nosocomio "Centro Médico Naval 'CMST'" durante 10 meses, en el año 2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR(ES)

Valdivia Maquera Maria Fernanda

0000-0003-2723-8046

ASESOR(ES)

Estremadoyro Stagnaro, Luis Oscar

0000-0002-8901-7014

Lima, 01 de octubre de 2024

DEDICATORIA

Agradezco este logro a mis padres, mis hermanas y a todas las personas que han sido un pilar fundamental durante mi trayecto académico.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer de todo corazón a quienes estuvieron a mi lado en este camino a lo largo de mi trayectoria en estos siete años. A mis padres, les agradezco infinitamente el amor que me brindan, su paciencia infinita y por creer en mí incluso cuando yo dudaba. A mis hermanas, por ser mis mejores amigas, mis confidentes y mi fuerza en los momentos más difíciles. A mi enamorado, por su compañía, su cariño y por ser mi refugio en esta aventura. Y a mis amigos, por estar siempre ahí, por las risas, los consejos y por hacer de este camino una experiencia inolvidable. Gracias a todos ustedes por ser parte de este logro, porque sin su apoyo nada de esto hubiera sido posible. Los llevo en mi corazón y les estaré eternamente agradecida.

RESUMEN

Introducción: El internado es una fase de entrenamiento práctico efectuado bajo la guía y la supervisión de especialistas en diferentes áreas médicas. En mi caso decidí postular al Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara (CMST) que ofrece una extensa gama de servicios médicos especializados, como cirugía, medicina interna, pediatría, ginecología-obstetricia y más. Esto me permitió rotar durante 10 meses desde abril 2023 a enero del 2024 en estos servicios.

Objetivo: presentar y examinar los 30 casos clínicos que observé y atendí durante mi período de internado médico en el Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara (CMST).

Métodos: estudio descriptivo y analítico que será realizado en base a la destreza clínica adquirida durante 10 meses en el Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara (CMST).

Resultados: este estudio incluye 30 casos clínicos que corresponden cuatro a ginecología y obstetricia, diez a pediatría, once a cirugía y cinco a medicina interna. Cada uno de los casos está conformado por anamnesis y examen físico, antecedentes, diagnósticos, estrategias de trabajo, deducir pruebas de análisis laboratorio y estudios de imágenes, enfoque terapéutico, seguimiento y una reflexión de los conocimientos teóricos y prácticos que me dejó cada caso.

Conclusión: el internado me brindó la oportunidad de presenciar una amplia variedad de casos clínicos, desde condiciones comunes hasta situaciones más complejas y poco frecuentes. Esta experiencia me motivó a seleccionar y presentar los 30 informes de caso de los cuales he adquirido los conocimientos más valiosos, a través de los cuales puedo aplicar mis conocimientos teóricos a la práctica, mejorando así mis habilidades diagnósticas y terapéuticas. Cada uno de estos casos clínicos me permitió comprender la relevancia de ofrecer a los pacientes una asistencia integral, abordando no únicamente sus necesidades físicas, de igual manera sus aspectos emocionales y sociales. Esta visión me ayudó a desarrollar una perspectiva más completa y empática en el manejo de los enfermos, reconociendo que una buena salud y el estado de bienestar son el resultado de una variedad de factores interrelacionados.

Palabras clave: medicina; pediatría; ginecología y obstetricia; cirugía; medicina interna.

ABSTRACT

Introduction: the internship is a practical training phase carried out under the guidance and supervision of specialists in different medical areas. In my case, I decided to apply to the Naval Medical Center Surgeon Major Santiago Távara (CMST) which offers a wide range of specialized medical services, such as surgery, internal medicine, pediatrics, gynecology-obstetrics and more. This allowed me to rotate for 10 months from April 2023 to January 2024 in these services.

Objective: present and examine the 30 clinical cases that I observed and attended to during my medical internship period at the Naval Medical Center Cirujano Mayor Santiago Távara (CMST).

Methodology: descriptive and analytical study that will be carried out based on the clinical skills acquired during 10 months at the Naval Medical Center Cirujano Mayor Santiago Távara (CMST).

Result: this study includes 30 clinical cases, four of which are from gynecology and obstetrics, ten from pediatrics, eleven from surgery, and five from internal medicine. Each case is comprised of anamnesis and physical examination, background, diagnosis, work strategies, deduction of laboratory analysis tests and imaging studies, therapeutic approach, follow-up, and a reflection of the theoretical and practical knowledge that each case left me with.

Conclusion: the internship gave me the opportunity to witness a wide variety of clinical cases, from common conditions to more complex and rare situations. This experience motivated me to select and present the 30 case reports from which I have acquired the most valuable knowledge, through which I can apply my theoretical knowledge to practice, thus improving my diagnostic and therapeutic skills. Each of these clinical cases allowed me to understand the relevance of offering patients comprehensive care, addressing not only their physical needs, but also their emotional and social aspects. This vision helped me develop a more complete and empathetic perspective in the management of patients, recognizing that good health and well-being are the result of a variety of interrelated factors.

Keywords: medicine; pediatrics; gynecology and obstetrics; surgery; internal medicine.

N° 14608_Valdivia Maquera Maria Fernanda_Portafolio de la práctica clínica en el internado en el nosocomio

INFORME DE ORIGINALIDAD

10%

INDICE DE SIMILITUD

10%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

2%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorioacademico.upc.edu.pe

Fuente de Internet

3%

2

upc.aws.openrepository.com

Fuente de Internet

3%

3

repositorio.usmp.edu.pe

Fuente de Internet

3%

4

idoc.pub

Fuente de Internet

1%

5

www.authorstream.com

Fuente de Internet

<1%

6

pt.scribd.com

Fuente de Internet

<1%

7

qdoc.tips

Fuente de Internet

<1%

8

zenodo.org

Fuente de Internet

<1%

ABREVIATURAS

- AREG: aparente regular estado general
- AREN: aparente regular estado de nutrición
- AREH: aparente regular estado de hidratación
- AU: altura uterina
- AVF: anteversoflexión
- BI: buena intensidad
- BIRADS: sistema de informe y datos de imágenes Mamarias
- B-D: blando-depresible
- CAES: conducto auditivo externo
- CEMENA: centro médico naval
- CFV: control de funciones vitales
- CMST: cirujano mayor santiago távara
- CC: con contraste
- CC: caso clínico
- CPK-MB: creatinfosfokinasa-miocárdica
- DM2: diabetes mellitus tipo 2
- DPR: drenaje penrose
- DU: dinámica uterina
- ECO: ecografía
- EEG: electroencefalograma
- EG: estado general
- EG: escala de Glasgow
- ELISA: enzyme-linked immunosorbent assay (enzimoinmunoanálisis de adsorción)
- EV: endovenoso
- FC: frecuencia cardiaca
- FIO2: fracción inspirada de oxígeno
- FR: frecuencia respiratoria
- FUR: fecha de última regla

- GU: genitourinario
- HB: hemoglobina
- HCG: gonadotrofina coriónica humana
- HIV: virus de inmunodeficiencia humana
- HTA: hipertensión arterial
- HGT: hemoglucotest
- IMC: índice de masa corporal
- IM: intramuscular
- IgM anti-HBc: anticuerpos IgM contra el núcleo del virus de la hepatitis B
- ITU: infección del tracto urinario
- IV: intravenoso
- KK: kelly-kennedy
- LAV: líquidos a voluntad
- LCD: longitudinal cefálico derecho
- LCF: latidos cardíacos fetales
- LEL: litotricia endoscópica láser
- LF: longitud de fémur
- LLC: llenado capilar
- LME: lactancia materna exclusiva
- LOTE: lúcido orientado en tiempo, espacio y persona
- LU: legrado uterino
- Leu: leucocitos
- MAC: método anticonceptivo
- MF: movimientos fetales
- MMII: miembros inferiores
- MMSS: miembros superiores
- NPO: nada por vía oral
- PA: presión arterial
- PAP: papanicolaou
- plaq: plaquetas
- PO: post operado
- POPQ: sistema de cuantificación del prolapso de órganos pélvicos
- PPL: puño percusión lumbar
- PRU: puntos renoureterales

- RA: ruidos agregados
- RCR: ruidos cardíacos regulares
- RHA: ruidos hidroaéreos
- RMN: resonancia magnética nuclear
- RN: recién nacido
- RNM: resonancia magnética
- RPR: reagina plasmática rápida
- RQ: riesgo quirúrgico
- RQ: quirúrgico/a
- SAT: sensación de alza térmica
- SATO2: saturación de oxígeno
- SC: subcutáneo
- SC: sin contraste
- SNC: sistema nervioso central
- SOP: sala de operaciones
- SPP: situación posición presentación
- T: temperatura
- TAC: tomografía axial computarizada
- TCSC: tejido celular subcutáneo
- TGO: transaminasa glutámico oxalacética
- TC: tiempo de Coagulación
- TS: tiempo de Sangría
- VO: vía Oral
- lpm: latidos por minuto

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN	4
ABSTRACT.....	5
ABREVIATURAS	6
INDICE DE TABLAS	11
INDICE DE FIGURAS	13
1. INTRODUCCIÓN	14
2. OBJETIVO	15
3. METODOLOGIA.....	15
4. RESULTADOS	15
4.1 SECCIÓN I: CASOS CLÍNICOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTRETICIA	15
4.1.1 Caso clínico 01: gestante de 8ss 3/7 / amenaza de aborto	15
4.1.2 Caso clínico 02: gestante de 37 ss 1/7 / preeclampsia con signos de severidad	20
4.1.3 Caso clínico 03: prolapso vaginal total + mioma uterino cervical.....	27
4.1.4 Caso clínico 04: gestante de 29ss 3/7 días / amenaza de parto prematuro.....	33
4.2 SECCIÓN II: CASOS CLÍNICOS DE PEDIATRÍA	38
4.2.2 Caso clínico 05: neumonía basal en hemitórax izquierdo.....	38
4.2.3 Caso clínico 06: crisis asmática moderada/ bronconeumonía	44
4.2.4 Caso clínico 07: peritonitis por apendicitis perforada	51
4.2.5 Caso clínico 08: celulitis abscedada glútea y asma bronquial	57
4.2.6 Caso clínico 09: epilepsia en una niña de 6 años	63
4.2.7 Caso clínico 10: leucemia linfática aguda B en una niña de 4 años	68
4.2.8 Caso clínico 11: Kawasaki en un infante de 3 años	74

4.2.9 Caso clínico 12: encefalomiелitis diseminada aguda en niño de 6 años.	80
4.2.10 Caso clínico 13: glucogenosis tipo 1B en lactante de 8 meses	85
4.2.11 Caso clínico 14: malrotación intestinal en un neonato de 9 días.	92
4.3 SECCIÓN III: CASOS CLÍNICOS DE CIRUGÍA	97
4.3.1 Caso clínico 15: hernia crural izquierda	97
4.3.2 Caso clínico 16: litiasis vesicular/ cirrosis hepática.....	101
4.3.3 Caso clínico 17: apendicitis aguda necrosada	106
4.3.4 Caso clínico 18: granuloma de pared abdominal	110
4.3.5 Caso clínico 19: lipoma de mama derecha.....	113
4.3.6 Caso clínico 20: tumor de cabeza de páncreas	118
4.3.7 Caso clínico 21: obesidad tipo III	123
4.3.8 Caso clínico 22: ruptura del tendón de Aquiles derecho	127
4.3.9 Caso clínico 23: hiperplasia benigna de próstata obstructiva	131
4.3.10 Caso clínico 24: litiasis renal izquierda, ureteral izquierda y vesical	134
4.3.11 Caso clínico 25: fractura de muñeca derecha y fractura diafisaria del quinto metatarsiano izquierdo	139
4.4 SECCIÓN IV: CASOS CLÍNICOS DE MEDICINA INTERNA.....	143
4.4.1 Caso clínico 26: pancreatitis aguda.....	143
4.4.2 Caso clínico 27: neoplasia de colon	147
4.4.3 Caso clínico 28: celulitis en miembro inferior derecho	150
4.4.4 Caso clínico 29: lumbociatalgia	154
4.4.5 Caso clínico 30: polimialgia reumática.....	158
5.CONCLUSION.....	163
6. REFERENCIAS.....	166
7. ANEXOS	175

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Laboratorio del caso clínico 01: gestante de 8ss 3/7 / amenaza de aborto	175
Tabla 2. Laboratorio del caso clínico 02: gestante de 37 ss 1/7 / preeclampsia con signos de severidad	176
Tabla 3. Laboratorio del caso clínico 03: prolapso vaginal total + mioma Uterino cervical	176
Tabla 4. Laboratorio del caso clínico 04: gestante de 29ss 3/7 días / amenaza de parto prematuro	177
Tabla 5. Laboratorio del caso clínico 05: neumonía basal en hemitórax izquierdo.....	177
Tabla 6. Laboratorio del caso clínico 06: crisis asmática moderada/ bronconeumonía	177
Tabla 7. Laboratorio del caso clínico 07: peritonitis por apendicitis perforada	178
Tabla 8. Laboratorio del caso clínico 08: celulitis abscedada glútea y asma Bronquial	179
Tabla 9. Laboratorio del caso clínico 09: epilepsia en una niña de 6 años	179
Tabla 10. Laboratorio del caso clínico 10: leucemia linfática aguda B	180
Tabla 11. Laboratorio del caso clínico 12: encefalomiелitis diseminada aguda en niño de 6 años.	181
Tabla 12. Laboratorio del caso clínico 15: hernia crural izquierda.....	181
Tabla 13. Laboratorio del caso clínico 16: litiasis vesicular/cirrosis hepática.....	182
Tabla 14. Laboratorio del caso clínico 17: apendicitis aguda necrosada	183
Tabla 15. Laboratorio del caso clínico 18: granuloma de pared abdominal	184
Tabla 16. Laboratorio del caso clínico 19: lipoma de mama derecha.....	184
Tabla 17. Laboratorio del caso clínico 20: tumor de cabeza de páncreas.....	185
Tabla 18. Laboratorio del caso clínico 21: obesidad tipo III	186
Tabla 19. Laboratorio del caso clínico 22: ruptura del tendón de aquiles derecho.....	187
Tabla 20. Laboratorio del caso clínico 23: hiperplasia benigna de próstata obstructiva	187
Tabla 21. Laboratorio del caso clínico 24: litiasis renal izquierda, ureteral izquierda y vesical	187
Tabla 22. Laboratorio del caso clínico 25: fractura de muñeca derecha y fractura diafisaria del quinto metatarsiano izquierdo.....	188
Tabla 23. Laboratorio del caso clínico 26: pancreatitis aguda.....	188

Tabla 24. Laboratorio del caso clínico 27: neoplasia de colon.....	189
Tabla 25. Laboratorio del caso clínico 28: celulitis en miembro inferior derecho	190

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. CC. 01/ecografía transvaginal	191
Figura 2. CC. 03/ecografía.....	191
Figura 3. CC. 03/ecografía transvaginal	191
Figura 4. CC. 03/hallazgos operatorios	192
Figura 5. CC. 05/radiografía de tórax	192
Figura 6. CC. 06/radiografía de tórax	193
Figura 7. CC. 07/ ecografía de hemiabdomen inferior	193
Figura 8. CC. 08/ ecografía de partes blandas	194
Figura 9. CC. 08/ radiografía de tórax	194
Figura 10. CC. 10/ ecografía abdominal.....	194
Figura 11. CC. 11/ ecografía abdominal	195
Figura 12. CC. 11/ EKG	195
Figura 13. CC. 12/ resonancia magnética de columna y cerebral.....	195
Figura 14. CC. 13/ ecografía abdominal.....	196
Figura 15. CC. 14/ deposición con sangre	196
Figura 16. CC. 14/ radiografía de abdomen.....	197
Figura 17. CC. 15/ ecografía partes blandas	197
Figura 18. CC. 18/ ecografía abdomino pélvico.....	197
Figura 19. CC. 19/ ecografía mamaria bilateral.....	197
Figura 20. CC. 20/ pieza operatoria.....	198
Figura 21. CC. 20/ herida operatoria	198
Figura 22. CC. 22/ MII derecho.....	199
Figura 23. CC. 22/ ecografía de partes blandas.	199
Figura 24. CC. 23/ ecografía de contenido escrotal.....	199
Figura 25. CC. 25/ radiografía de muñeca derecha	200
Figura 26. CC. 25/ radiografía de pie izquierdo	200
Figura 27. CC. 25/ radiografía de muñeca derecha luego de la cirugía.....	200
Figura 28. CC. 26/ecografía.....	201
Figura 29. CC. 28/ celulitis en pierna derecha.....	201

1. INTRODUCCIÓN

En el marco de la formación médica en el Perú, el programa de medicina humana abarca siete años de estudio, concluyendo con el internado médico. Esta es una fase de entrenamiento práctico que se lleva a cabo bajo la guía y la supervisión de especialistas en diferentes áreas médicas, con el objetivo de formar a los futuros médicos en conocimiento teórico y habilidades prácticas para atender pacientes y tomar decisiones en un entorno clínico verdadero.

La designación de la sede para el internado clínico precisa de varios factores, como el promedio académico del estudiante, el convenio entre la universidad y el hospital y el método de admisión que depende de cada sede. En mi caso decidí postular al Centro Médico Naval “CMST”; para poder obtener una plaza en este centro di un examen escrito y una entrevista. Este nosocomio pertenece a la armada peruana; y brinda atención a los miembros de servicio de la marina, sus familiares y personal civil autorizado. Cuenta con una amplia gama de servicios médicos especializados, como cirugía, medicina interna, pediatría, ginecología-obstetricia y más. Esto me permitió rotar durante 10 meses desde abril 2023 a enero del 2024 en estos servicios.

Durante el internado los internos de medicina tienen diferentes responsabilidades, las cuales son supervisadas por los residentes y médicos especialistas. Entre sus principales tareas se encuentra la realización de exámenes físicos y monitorear la evolución de los pacientes. Además, deben realizar historias clínicas, participar en procedimientos médicos, interpretación de pruebas diagnósticas, realizar diagnósticos probables y desarrollar planes de tratamiento. Aunque a veces, todo esto involucra largas horas de trabajo y estar disponible ante cualquier emergencia en los tópicos. A pesar de todo es una etapa gratificante que permite a los futuros médicos trabajar en equipo, desarrollar habilidades clínicas, como las habilidades de comunicación entre los pacientes y familiares; permite consolidar conocimientos y adquirir la confianza necesaria para ejecutar su profesión médica de manera eficiente y responsable.

El presente estudio tiene como intención presentar los 30 informes de casos de los cuales he adquirido los conocimientos más valiosos, recopilados de las rotaciones que realicé durante mi internado. Este trabajo es una herramienta valiosa para los futuros médicos,

ya que les permitirá complementar su experiencia académica recibida en la universidad con una experiencia práctica. Gracias a los casos presentados ellos podrán refinar sus habilidades y conocimientos obtenidos de un entorno clínico real. Por lo tanto, los trabajos de suficiencia profesional son fundamentales en la formación de médicos plenos, para dotarlos de los recursos necesarios para abordar los desafíos del sistema sanitario de forma eficiente, para que puedan aportar una salud de calidad a la población.

2. OBJETIVO

Presentar y examinar los 30 casos clínicos que observé y atendí durante mi período de internado médico, que han aportado de manera significativa a mi desarrollo profesional.

3. METODOLOGIA

3.1 Modelo de investigación

El análisis actual consiste en un estudio descriptivo y analítico que será realizado en base a la destreza clínica adquirida durante 10 meses en el Centro Médico Naval “CMST”.

3.2 Población de interés

Estará conformada por los pacientes que recibieron atención en el Centro Médico Naval “CMST” desde los meses de abril del 2023 a enero del 2024.

3.3 Consideraciones éticas

En este análisis, se garantiza la reserva de información de carácter personal de los participantes, con el objetivo de proteger su privacidad.

4. RESULTADOS

4.1 SECCIÓN I: CASOS CLÍNICOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTRETICIA

4.1.1 Caso clínico 01: gestante de 8ss 3/7 / amenaza de aborto

Anamnesis y examen físico

TE: 01 hora

Inicio: brusco

Curso: agudo

Síntomas principales: dolor abdomino-pélvico y sangrado vaginal.

Relato:

Gestante de 24 años, con embarazo de 8 semanas por FUR, acude a emergencia refiriendo sintomatología de 1 hora de duración; mientras realizaba sus actividades cotidianas en su casa, presentó sangrado vaginal en moderada cantidad de color rojo vivo. Asociado al sangrado, también presentó dolor tipo cólico en el hipogastrio (parte baja del abdomen), de intensidad 8/10.

Funciones biológicas: sed, sueño, apetito y sudor conservados. Deposiciones conservadas en frecuencia y cantidad. Peso y diuresis aumentados.

Antecedentes:

Generales:

- Vivienda propia con cuatro habitaciones, cuenta con servicios fundamentales (agua, luz, desagüe) y tiene 2 perros.
- Alimentación balanceada.

Patológicos:

- Reacción adversa farmacológica a los corticoides.
- 2 hospitalizaciones: en diciembre del 2022 por un LU y en 2021 por un cólico renal.
- Intervención quirúrgica en diciembre del 2022 por un LU.
- Niega transfusiones y hábitos nocivos.
- Abuela materna y madre presentan diabetes mellitus.

Gineco-obstétricos:

- Primera experiencia sexual a los dieciocho años ha estado activa sexualmente y ha presentado tres parejas hasta la fecha.
- Descarta dismenorrea, leucorrea, dispareunia, prurito genital e infecciones de transmisión sexual.
- Aparición de la menarquia a los 12 años.

- RC: 4/30
- FUR: 14/03/23
- FPP: 21/12/23
- MAC: ampolla mensual
- Último papanicolau: 2021 (negativo)
- G2 P0010:
 - G1: 2022-diciembre, LU
 - G2: actual

Examen físico:

- PA: 115/66 mmHg
- FC: 80 lpm
- FR: 20 rpm
- T: 36°C
- Peso: 92 kg
- Talla: 1.55 cm

Piel y anexos cutáneos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos, sin cianosis, sin edemas.

Mamas: a la inspección simétricas, no presencia de retracciones en el pezón, a la palpación consistencia blanda, no dolorabilidad, sin masas.

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

Abd: ruidos hidroaéreos (+) de BI y frecuencia, B-D, adolorida a la presión profunda en la región hipogástrica.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-), genitales externos intactos.

Especuloscopia: cérvix cerrado con sangrado escaso oscuro por OCE, sin presencia de mal olor y sin coágulos.

Neurológico: consciente y colaboradora, con puntuación 15/15 en EG.

Problemas y síndromes principales:

- Gestante de 8ss 3/7 x ECO del primer trimestre

- Hemorragia de la primera mitad del embarazo

Diagnósticos diferenciales:

- Amenaza de aborto
- Aborto diferido o retenido

Plan de trabajo:

Se requiere ecografía transvaginal, HCG subunidad beta cuantitativo, examen de sangre completo, glucosa, examen de orina, urea, pruebas de función hepática, creatinina, hepatitis B, VIH, prueba COVID-19.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

HCG subunidad beta cuantitativo: 113385.00 mUI/ml.

Hemograma: hgb ↓10.2 g/dl. Hct ↓28.6 %. VCM 82.5 fL.

Urea: 25.7 mg/dl. Glc: ↑107 mg/dl. Cr: 0.63 mg/dl.

Examen completo de orina: leucocitosis 0-2 x campo. Densidad 1.003. PH: 6.5. Proteínas: negativo. Glc: negativo. Cetonas: negativo.

Bilirrubina total: ↑1.65 mg/dl. TGO: ↑34.0. TGP: ↑62.3.

Hepatitis B: 0.31 -no reactivo. HIV: 0.17 -no reactivo. Prueba COVID-19: negativo.

Informe ecografía transvaginal (ver figura 1):

- Cérvix: longitud conservada, sin lesiones focales, canal cervical no distendido.
- Útero: forma piriforme, contornos lisos y definidos, miometrio con ecogenicidad conservada. Cavidad endometrial distendida y ocupada por saco gestacional que mide 54.4 x 23.8 x 48 mm. En su interior se aprecia embrión único y activo con longitud cráneo caudal de 23.4 mm, actividad cardiaca presente de 183 LPM, imágenes en relación con lagos venosos en espacio perisacular. OCI de 2.7 mm.
- Ovarios: ovario derecho parauterino, estroma ecogénico, folículos menores a 6 mm. Ovario izquierdo parauterino, estroma ecogénico, folículos menores a 6 mm. FSD libre de colecciones.

Interpretación:

- Gestación única y activa de 9 semanas por LCN (Longitud Céfalo-Nalgas) lagos venosos en espacio perisacular.

Diagnóstico final:

- Gestante de 8ss 3/7 x ECO del primer trimestre
- Amenaza de aborto
- Anemia leve

Tratamiento:**No farmacológico:**

- Reposo relativo

Farmacológico:

- Paracetamol 500 mg 1 tableta VO si hay dolor
- Ácido fólico 0.51 mg 1 tableta VO c/24 horas

Seguimiento:

Paciente en su segundo día hospitalario refiere haber pasado bien la noche. Sin embargo, al momento de limpiarse después de ir a los servicios higiénicos, refiere que ha presentado sangrado. Además, ha experimentado náuseas y niega haber tenido emesis. A la valoración física lo más relevante fue en abdomen: ruidos hidroaéreos (+), movimientos propulsivos, con apropiado tono, de BI y frecuencia, B-D, adolorida a la presión profunda en la región hipogástrica. Genitourinario: no hay indicios de sangrado vía vaginal. Paciente se encuentra en condiciones hemodinámicas estables, no presenta fiebre y ventila espontáneamente sin requerir asistencia respiratoria artificial. Se solicita repetir ecografía y HCG subunidad beta cuantitativo en 48 horas.

Se le informa sobre posibles complicaciones potenciales como la anemia que presenta producto de la pérdida de sangre moderada y sobre otras posibles complicaciones como la posibilidad de desarrollar un aborto espontáneo, aborto diferido e infección. Además, también se le informa sobre signos de alarma como hemorragia vaginal, dolor abdominal

severo o pélvico, contracciones uterinas dolorosas y frecuentes, descenso de movimientos fetales y fiebre.

Reflexión significativa:

Apenas llegó la paciente al servicio de urgencia de ginecología y obstetricia, los doctores le brindaron la debida relevancia a su caso. La paciente acudió con sangrado por vía vaginal y dolor a nivel del abdomen y la pelvis como principales manifestaciones clínicas. Tenía conocimiento teórico de que el sangrado vaginal es frecuente durante la primera mitad del embarazo, por lo que reflexioné sobre algunas de sus posibles causas (1). Viendo a los doctores, pude aprender que para realizar un diagnóstico debía considerar las semanas de gestación de la paciente, su historia clínica y el carácter de su sangrado; si eran manchas o si era un flujo abundante o ligero, con presencia de coágulos y si se asocia a dolor o no. Luego, mediante el examen físico se pudo confirmar el cérvix cerrado con sangrado escaso oscuro y por la ecografía transvaginal se pudo apreciar embarazo intrauterino con actividad cardíaca detectable. Gracias a eso comprendí que los exámenes sirven de apoyo al diagnóstico que estamos planteando.

Quise presentar este caso, ya que aprendí que la amenaza de aborto es un diagnóstico transitorio en pacientes con sangrado vaginal, cuello uterino cerrado y visualización ecográfica de un feto viable (2). Además, se usa el término amenaza porque no significa que después de un sangrado este se vaya a producir, por eso es importante hablar con las pacientes y tratar de que estén relajadas y tranquilas. En este caso en particular, los doctores no le explicaron a la paciente y ella se encontraba muy asustada por su bebé porque al ver el sangrado pensaba que le iba a pasar lo mismo que su anterior embarazo, ya que tiene un antecedente de un aborto en diciembre de 2022. Creo que en este tipo de pacientes que ya han tenido previamente abortos es importante el apoyo emocional y, como doctores, deberíamos tener también en cuenta la salud mental de nuestros pacientes.

4.1.2 Caso clínico 02: gestante de 37 ss 1/7 / preeclampsia con signos de severidad

Anamnesis y examen físico

TE: 12 horas

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: cefalea, dolor epigástrico, escotomas

Relato:

Mujer de 34 años, gestante de 37 semanas 1/7 según ECO del primer trimestre, asiste al servicio de emergencia mencionando que durante las últimas 12 horas presenta dolor abdominal ubicado en epigastrio y contracciones que se agravaron con el paso de las horas. Refiere haber tomado paracetamol de 500 mg para el dolor. También presenta visión borrosa asociada a fotopsias intermitentes y dolor de cabeza tipo opresivo de moderada intensidad que se intensificaron hace 1 hora.

Funciones biológicas:

Sed, sueño, sudor y diuresis conservados. Deposiciones semisólidas. Apetito disminuido y peso aumentado.

Antecedentes:**Generales:**

- Vivienda: alquilada con dos habitaciones, tiene los servicios fundamentales agua corriente, energía eléctrica y sistema de alcantarillado
- Animales en el hogar: 1 gato y 1 perro
- Alimentación: balanceada

Patológicos:

- Enfermedades previas: asma (tratamiento: Seretide y Salbutamol), talasemia (tratamiento: ácido fólico 0.5 g), hipotiroidismo (tratamiento: levotiroxina 25 mg vo c/d 24 horas)
- Alergias: niega
- Intervenciones quirúrgicas: 2 legrados uterinos en 2020 (febrero-diciembre)
- Transfusiones: niega
- Hábitos nocivos: niega

Gineco obstétricos:

- Su primera experiencia sexual: a los 18 años, sexualmente activa, su último acto sexual fue hace aproximadamente 1 mes, número de compañeros sexuales: 3

- Síntomas ginecológicos: niega dismenorrea, leucorrea, dispareunia, prurito genital e infecciones de transmisión sexual
- Menarquia: 13 años
- RC: 6/33
- FUR: 25/08/22
- FPP: 01/06/23
- MAC: ninguno
- Último papanicolau: 2022 (negativo)
- G4 P0030
 - G1: 2020, aborto incompleto + LU
 - G2: 2020, aborto incompleto + LU
 - G3: 2022, aborto completo
 - G4: actual

Examen físico:

- PA: 161/110 mmHg
- FC: 77 lpm
- FR: 20 rpm
- T: 36°C
- Peso: 73 kg
- Talla: 1.58 m

Piel y anexos cutáneos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos , sin cianosis, sin edemas.

Mamas: a la inspección simétricas, no presencia de retracciones en el pezón, a la palpación consistencia blanda, no dolorabilidad, sin masas.

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

Abd: ruidos hidroaéreos (+), movimientos propulsivos, con apropiado tono, de BI y frecuencia, ocupado con útero grávido, B-D y adolorida a la presión profunda en zona epigástrica.

AU: 30 cm, DU (-), SPP: LCD, LCF: 145, MF (+), F (irregular), D (dehiscente), I (-)

Genitourinario: PPL (-), PRU (-), genitales externos intactos, no hay derrame de líquido amniótico ni sangrado vaginal visible.

Tacto vaginal: cérvix de consistencia blanda con presencia de mucosidad, OCE dehiscente 1 dedo

Pelvis: ginecoide, vagina elástica, membranas íntegras, I: 20%, AP: -3

Neurológico: consciente y colaboradora, con puntuación 15/15 en EG.

Problemas y síndromes principales:

- Gestante de 37 ss 1/7 x ECO del primer trimestre
- Trastorno hipertensivo del embarazo

Diagnósticos diferenciales:

- Preeclampsia con signos de severidad

Plan de trabajo

- Se requieren estudios prenatales, ecografía transvaginal, ecografía Doppler, perfil de preeclampsia, riesgo cardiológico, prueba de COVID-19, exámenes prequirúrgicos, control materno-fetal.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

TS: 1~30' min. TC: 6.00 seg. Fibrinógeno: ↑583 mg/dl. Hemograma: Hgb: ↓10.8 g/dl. Hct: ↓32.9 %. VCM: ↓68.4 fL. HCM: ↓22.4 pg. Distribución eritrocitaria: ↑16.1 g/dl. Recuento de plaquetas: ↓147 10 xmm. Urea: 27.6 mg/dl. Cr: 0.63 mg/dl. AST/TGO: ↑94.3 U/L. ALT/TGP: ↑106.3 U/L. Deshidrogenasa láctica: ↑2.77 U/L. BT: 0.86 mg/dl. BD: 0.22 mg/dl. BI: 0.64 mg/dl. FA: ↑ 177.0 U/L. Proteína en orina simple: 14.50 mg/dl. Creatinina en orina simple: 35.5 mg/dl. VHB: 0.30 (no reactivo). VHC: 0.03 (no reactivo). HIV: 0.10 (no reactivo). Prueba COVID-19: negativo.

Informe de ecografía (ver figura 2):

- Útero: aumentado de volumen, conteniendo feto único, activo en longitudinal cefálica derecha. Movimientos fetales conservados. Morfología fetal de aspecto habitual.
- Cerdn umbilical: 3 vasos, con circular de cordn simple en cuello.
- Biometría fetal:

- DBP: 91 mm
- PC: 336 mm
- PA: 333 mm
- LF: 67 mm
- LCF: 146 latidos x minuto
- Peso ponderado: 3003 gr +/- 450 gr
- Placenta: fúndica posterior, de ecogenicidad preservada, mide 49 mm, grado I/III, OCI cerrado.
- ILA: 54+58+60+53: 224 mm, pozo mayor de 60 mm
- Doppler:
 - Arteria cerebral media: IP 1.29 (percentil 8)
 - Arteria umbilical: IP 0.67 (percentil 48)
 - Arteria uterina derecha: IP 0.97, izquierda IP 0.66 (percentil 79)
 - Relación cerebro/placentaria: 1.92 (percentil 37)

Interpretación:

- Embarazo único activo de 36 sem 1 día +/- 1 semana por biometría fetal
- Doppler fetal dentro de límites normales
- Circular simple de cordón al cuello

Diagnóstico final:

- Gestante de 37 ss 1/7 x ECO del primer trimestre
- Preeclampsia con signos de severidad
- Talasemia x hcl
- Hipotiroidismo x hcl

Tratamiento:

No farmacológico:

- Iniciar clave azul
- NPO
- Monitoreo de signos vitales
- Monitoreo de PA cada hora
- NaCl 9x100 cc #01 frasco

Farmacológico:

- Pre cesárea:
 - Cefazolina 2 gr endovenoso 30 minutos pre SOP
 - Tramadol 100 mg subcutáneo condicional a dolor
 - Ranitidina 50 mg endovenoso c/d 8 hrs
 - Dimenhidrinato 50 mg endovenoso c/d 8 hrs

Tratamiento quirúrgico:

- Cesárea segmentaria transversa primaria de emergencia por preeclampsia con signos de severidad

Hallazgos operatorios:

- Útero grávido, segmento formado, adelgazado. Anexos sin alteraciones. Líquido amniótico claro en buena cantidad.
- Recién nacido vivo masculino en oblicuo, llanto al nacer.
 - Peso: 3284 g
 - Talla: 49 cm
 - APGAR: 9-5
- Sangrado intraoperatorio 500 cc

Seguimiento:

Postquirúrgico:

- NPO
- CFV
- Sonda vesical permeable, retirar con 700 cc de orina clara
- Monitoreo de PA c/d 4 horas
- Ketorolaco 10 mg 1 tb vía oral c/8h
- Paracetamol 500 mg 1 tb vía oral c/8h
- Tramadol 100 mg subcutáneo condicional a dolor
- Simeticona 80 mg 2 tb vía oral c/8h
- Metildopa 250 mg 1 tb vía oral c/8h
- Nifedipino 10 mg 1 tb vía oral PRN a $PA \geq 160$ o ≥ 110 mmHg
- Levotiroxina 25 mg 1 tb vía oral c/24h

Evolución postquirúrgica:

- Luego de 2 horas, paciente refiere sentirse muy adolorida, niega SAT, náuseas y vómitos.

- Mamas: a la inspección simétricas, no presencia de retracciones en el pezón, a la palpación consistencia blanda, no dolorabilidad, sin masas, glándulas productoras de calostro.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos (+), a la exploración manual adolorido tanto a nivel superficial como profundo en hipogastrio, útero se encuentra contraído en la zona de la cicatriz del cordón umbilical, sitio operatorio bien afrontado con puntos de sutura sin signos de flogosis.
- Genitourinario: loquios hemáticos de moderada cantidad, sin presencia de mal olor. Diuresis: sonda Foley 100 ml.
- Paciente se encuentra en condiciones hemodinámicas estables, sin fiebre, ventila espontáneamente, con estado de salud favorable.

Reflexión significativa:

Me pareció importante utilizar este caso ya que la preeclampsia ocupa el segundo lugar como causa directa de defunción materna en nuestro país y es por eso, que como interna debo darle la debida importancia a su diagnóstico y manejo (3). Este trastorno complejo que afecta a múltiples sistemas suele presentarse comúnmente tras las veinte semanas de gestación o en el postparto, caracterizado por hipertensión de reciente aparición y presencia de proteínas en orina (proteinuria), o hipertensión acompañada de daño a órganos diana con o sin proteinuria. La preeclampsia con signos de severidad es el grupo de pacientes con presión sistólica ≥ 160 mmHg y/o la diastólica ≥ 110 mmHg más fallo de órganos diana (3). Esto se manifiesta por trombocitopenia ($< 100,000$ /mL), elevación de transaminasas, creatinina > 1.1 mg/dl, congestión pulmonar aguda y cefalea, escotomas, sensación dolorosa en CSD o epigastrio (3). En la situación presentada, la paciente llegó al servicio de ginecología y obstetricia y los doctores le realizaron un adecuado diagnóstico; porque la paciente presentó cefalea, dolor abdominal y escotomas; asimismo a los estudios de laboratorio presentó trombocitopenia e incremento de transaminasas. Gracias a este caso comprendí lo valioso de diagnosticar la preeclampsia en gestantes para prevenir complicaciones graves, como el síndrome de HELLP, desprendimiento prematuro de placenta, eclampsia, edema agudo pulmonar, insuficiencia renal aguda, prematuridad, hemorragia intracerebral, etc. Asimismo, también comprendí que descubrir presiones arteriales elevadas durante los chequeos prenatales de las pacientes puede llegar a determinar el riesgo de preeclampsia en las gestantes. Aunque la preeclampsia no se puede diagnosticar antes de las 20 semanas, medir la presión de las pacientes en sus

controles prenatales antes de las 20 semanas nos permitirá tener una línea base que podremos comparar más adelante en el embarazo. Como médicos, parte de nuestro trabajo es la prevención, por eso creo que es importante detectar a las mujeres con mayor probabilidad de desarrollar preeclampsia, ya que se les puede brindar profilaxis con dosis mínimas de aspirina, se puede iniciar en el segundo trimestre y continuar hasta que el bebé llegue a término para disminuir la probabilidad de desarrollar preeclampsia (3).

4.1.3 Caso clínico 03: prolapso vaginal total + mioma uterino cervical

Anamnesis y examen físico

TE: 1 mes

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: incontinencia urinaria, percepción de bulto.

Relato:

Mujer de 45 años refiere incontinencia urinaria de esfuerzo hace 1 mes y sensación de bulto. Asimismo, refiere sangrado vaginal color marrón que llena 3 toallas diarias. También presenta polaquiuria, disuria y tenesmo vesical.

Funciones biológicas:

Sed, sueño, apetito, sudor y deposiciones conservadas. diuresis aumentada, presencia de polaquiuria, disuria y tenesmo vesical.

Antecedentes:

Generales:

- vivienda propia con tres habitaciones, tiene los servicios fundamentales agua corriente, energía eléctrica y sistema de alcantarillado
- Alimentación equilibrada.

Patológicos:

- Enfermedades previas y/o concomitantes: presenta artritis reumatoide en tratamiento con prednisona y naproxeno.
- Niega alergias y reacciones adversas farmacológicas.
- Deniega intervenciones quirúrgicas y lesiones traumáticas
- Niega transfusiones y hábitos nocivos

Familiares:

- Madre presenta diabetes mellitus.

Gineco obstétricos:

- Número de compañeros sexuales: 1
- Síntomas ginecológicos: presenta dismenorrea, leucorrea, dispareunia y prurito genital.
- Menarquia: 15 a.
- RC: 4/28
- FUR: 25/03/23
- MAC: niega
- Último papanicolau: 2019 (negativo)
- G2 P2002
 - G1: a término, 1994
 - G2: a término, 2012

Examen físico

- PA: 120/80 mmHg
- FC: 70 lpm
- FR: 18 rpm
- T: 36 C
- peso: 80 kilos
- talla: 1.62 metros
- IMC: 30.5

Piel y anexos cutáneos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos, sin cianosis, sin edemas.

Mamas: a la inspección simétricas, no presencia de retracciones en el pezón, a la palpación consistencia blanda, no dolorabilidad, sin masas.

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

Abd: a la inspección: plano, no cicatrices previas, B-D, ruidos hidroaéreos (+) de BI y frecuencia. A la palpación ausencia de dolor tanto a nivel superficial como profundo.

Genitourinario: puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-), genitales externos intactos. Al examen se observa un abultamiento de la mucosa que aumenta de tamaño cuando el paciente puja.

Neurológico: lucida y colaboradora, con puntuación 15/15 en EG.

TV: pelvis ginecoide. Vagina: elástica. Cérvix: estructura y morfología conservada.

Útero: anteversoflexión.

POPQ

Aa	Ba	C
2	2	-3
gh	pb	tvI
3	2	9
Ap	Bp	D
-3	-3	-10

Grado III - pared anterior

Problemas y síndromes principales:

- Prolapso de órgano pélvico
- Incontinencia urinaria esfuerzo
- Hemorragia uterina anormal
- Obesidad grado I

Diagnósticos diferenciales:

- Cistoureterocele grado III
- Miomatosis uterina

Plan de trabajo:

Se requiere riesgo cardiológico, test de COVID-19, exámenes prequirúrgicos, ecografía endovaginal, ingreso hospitalario para cirugía ginecológica.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hemograma: hgb↓9.3 g/dl. Hct↓28.8%. Volumen corpuscular medio 86.9 fL. Glc: 97 mg/dl. Urea: 40.4 mg/dl. Cr: 0.61 mg/dl.

Examen completo de orina: sedimento de orina: leucocitosis 5-10 x campo. Densidad:1.025. PH: 5.0. Proteínas: negativo. Glc: negativo. Cetonas: 1+.

Tiempo de sangría: 2.00. Tiempo de coagulación:7.00. Pruebas serológicas: no reactivas.

Informe de ecografía (ver figura 3):

Útero: AVF, de aumentado de tamaño, mide 113 mm x 50mm x 68 mm (LXAPXT), miometrio heterogéneo por la presencia de imagen hipoecogenica de 68 x 54mm, en probable relación a mioma. No muestra vascularidad al estudio Doppler.

Endometrio: heterogéneo, de 7mm

Ovarios: ovario derecho: de aspecto conservado. Ovario izquierdo: de aspecto conservado. No se detecta líquido libre en el fondo del saco de Douglas.

Interpretación:

- Endometrio heterogéneo con imagen miomatosa
- Ovarios de aspecto ecográfico conservado

Diagnóstico final:

- Prolapso vaginal total + mioma uterino cervical
- Incontinencia urinaria esfuerzo
- Anemia moderada
- Artritis reumatoide por historia clínica

Tratamiento:

No farmacológico-prequirúrgico:

- NPO
- Vigilancia de signos vitales
- NaCl 9x100 cc#01 frasco
- Colocar sonda Foley

Farmacológico-prequirúrgico:

- Cefazolina 2 gr por vía EV 30 minutos previo a SOP

Tratamiento quirúrgico:

- Se programa histerectomía vaginal + colporrafia anteroposterior + puntos kelly-kennedy

Hallazgos operatorios (ver figura 4):

- Se encuentra tumoración en cara posterior del cuello del útero que hace que aumente el tamaño del cuello uterino +7cm, perdiendo la anatomía de la cavidad vaginal. Sangrado aproximado 300 cc.

Seguimiento:

Postquirúrgico:

- NPO durante 6 h luego dieta blanda
- CFV
- Dextrosa 5% 1000 cc
- Ketoprofeno 100 mg endovenoso c/d 8 hrs
- Tramadol 100 mg subcutáneo condicional a dolor
- Dimenhidrinato 50 mg endovenoso c/d 8 hrs
- Ranitidina 50 mg EV c/d 8 hrs
- Sonda Foley permeable
- Tapon vaginal
- Clindamicina 900 mg endovenoso c/8 hrs
- Gentamicina 160 mg endovenoso c/24 hrs

Evolución postquirúrgica:

La paciente en su segundo día después de la cirugía menciona tener un leve dolor en la región pélvica, niega SAT, náuseas y vómitos

- Mamas: a la inspección simétricas, no presencia de retracciones en el pezón, a la palpación consistencia blanda, no dolorabilidad, sin masas.
- Abdomen: ruidos hidroaéreos (+), a la palpación dolor tipo opresivo tanto a nivel superficial como profundo en toda la zona abdominal.
- GU: PPL (-), PRU (-), leve sangrado vaginal de coloración marrón oscuro, portadora de sonda Foley.
- La paciente se encuentra en un estado hemodinámico estable, afebril, respira espontáneamente a FIO2 ambiental, recibe alimento por vía oral, con evolución favorable.

Reflexión significativa:

El POP es una condición común donde las mujeres con frecuencia se quejan de sensación de presión o bulto en la vagina o de que algo se les sale de la vagina; también pueden presentar síntomas urinarios por la pérdida de soporte de la pared vaginal anterior o porque el vértice vaginal afecta la actividad de la vejiga o la uretra; síntomas defecatorios siendo los más comunes el estreñimiento y el vaciamiento incompleto y también puede tener efecto sobre la función sexual (4). Lo dicho anteriormente encajaba con la paciente, ya que era una mujer de 45 años que ingresó refiriendo incontinencia urinaria de esfuerzo hace 1 mes, sensación de bulto, sangrado vaginal color marrón y como antecedentes de importancia tenía dos partos vaginales, un IMC de 30.5 y edad avanzada; que presentan riesgos para el prolapso de órganos pélvicos (4). Al examen físico se observó abultamiento de la mucosa que aumentaba de tamaño cuando la paciente pujaba. Gracias a esto comprendí que para diagnosticar POP es necesario realizar un examen físico detallado y una historia clínica también es importante para conseguir síntomas y factores de riesgo asociados al prolapso.

Por otro lado, decidí presentar este caso porque fue un caso muy particular, en un principio se planteó el diagnóstico de prolapso de órgano pélvico-cistourethrocele grado III y se le programó para realizarle una histerectomía vaginal + colporrafia anteroposterior. Durante la operación los doctores se dieron con la sorpresa de un mioma, que se encontraba en cara posterior del cuello del útero que hacía que el cuello uterino sea de mayor tamaño y que se perdiera la anatomía de la cavidad vaginal, este imprevisto

ocasionó que la histerectomía vaginal sea más difícil de realizar por la pérdida de la anatomía y por el tamaño del mioma, que era grande. Al Final los doctores terminaron haciendo una histerectomía vaginal + colporrafia anteroposterior + puntos kk y terminaron extirpando el mioma también. Por eso el diagnóstico final terminó siendo prolapso vaginal total + mioma uterino cervical. A partir de este episodio comprendí la relevancia de plantear adecuadamente los diagnósticos diferenciales y un adecuado plan de trabajo y hacer uso de exámenes que sirvan de apoyo para el diagnóstico planteado y para descartar cualquier otro diagnóstico. También aprendí que los miomas uterinos son un diagnóstico clínico que se basa en imágenes pélvicas, su diagnóstico generalmente se realiza con un hallazgo de un leiomioma en una ecografía pélvica (5). Se suele indicar imágenes pélvicas cuando hay síntomas de sangrado uterino anormal, presión pélvica, dolor o infertilidad (5); en este caso la paciente si presenta sangrado vaginal y si tenía una ecografía transvaginal donde se observaba el mioma, pero los doctores no se percataron de esta ecografía; yo creo que por su parte fue una irresponsabilidad no estudiar adecuadamente al paciente y solo confiar en el diagnóstico inicial.

4.1.4 Caso clínico 04: gestante de 29ss 3/7 días / amenaza de parto prematuro

Anamnesis y examen físico

TE: 12 horas

Inicio: brusco

Curso: agudo

Síntomas principales: contracciones

Relato:

Embarazada de 37 años cursando con 29 semanas y 3/7 días según la ecografía realizada en el segundo trimestre, asiste a la emergencia médica reportando dolor tipo contracción cada diez minutos. Además, indica que se asocia a vinagrera. Siente los movimientos del bebé y niega señales de riesgo durante su embarazo.

Funciones biológicas:

Sed y apetitos disminuidos. Aumento de sudoración y peso. Sueño perturbado.

Antecedentes:**Generales:**

- Vivienda de construcción sólida con tres dormitorios y residen tres personas.
- Tiene los servicios fundamentales agua corriente, corriente eléctrica y sistema de alcantarillado y tiene 1 perro.
- Alimentación balanceada.

Patológicos:

- Niega enfermedades previas y/o concomitantes
- Niega alergias y reacciones adversas farmacológicas.
- Niega hospitalizaciones
- Deniega intervenciones quirúrgicas y lesiones traumáticas.
- Niega transfusiones y hábitos nocivos

Gineco obstétricos:

- Su primera experiencia sexual fue a los 19 años, sexualmente activa, su última experiencia sexual fue hace aproximadamente 2 semanas, su número de compañeros sexuales es 2
- Niega dismenorrea, leucorrea, dispareunia, prurito genital e infecciones de transmisión sexual.
- Menarquia: 17 años
- RC: 7-8/30
- FUR: 04/10/22
- FPP: 11/07/23
- No utiliza ningún tipo de anticonceptivo
- Último papanicolau: 2022 (negativo)
- G2 P1001
 - G1: 2008, eutócico, RN mujer, 3150 gr, CEMENA, sin complicaciones.
 - G2: actual

Examen físico

- PA: 100/60 mmHg
- FC: 77 lpm

- FR: 18 rpm
- T: 36.8°C
- Peso: 90 kg
- Talla: 1.53 cm

Piel y anexos cutáneos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos, sin cianosis, sin edemas.

Mamas: a la inspección simétricas, no presencia de retracciones en el pezón, a la palpación consistencia blanda, no dolorabilidad, sin masas.

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

Abd: ruidos hidroaéreos (+), de BI y frecuencia, ocupado con útero grávido, B-D y adolorida a la presión profunda.

AU: 28 cm, DU (+++/+++), MF (+), LCF 140. SPP: LCD

Genitourinario: puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-), genitales intactos, no hay derrame de líquido amniótico ni sangrado vía vaginal.

Tacto vaginal: vagina: elástica, cérvix: dehiscente y flujo blanquecino fluido.

Pelvis: ginecoide. Anexos: libres. Fondo de saco: libre. Parametrios libres

Neurológico: consciente, alerta y sensible a estímulos, con puntuación 15/15 en EG.

Diagnóstico diferencial:

- Gestante de 29 semanas 3/7 días por ECO del segundo trimestre.
- Amenaza de parto prematuro (APP).
- Vulvovaginitis.
- d/c ITU
- Periodo intergenésico largo (PIL)
- d/c Dispepsia vs pirosis

Plan de trabajo

Se requiere ecografía obstétrica, interconsulta a neonatología, hemograma, glucosa, creatinina, urea, sedimento urinario, examen de orina, urocultivo, T4 libre, TSH ultrasensible, pruebas serológicas, prueba COVID-19, control materno fetal.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hgb: ↓10.3 g/dl. Hct: ↓31.2%. Volumen corpuscular medio: 94.5 FL. HCM: 33.1 FL. Ferritina: ↓25.0. Plaquetas: 195 000. Leuc: 8020. Proteína reactiva C: 1.41. Glc: 95 mg/dl. Urea: 18.0 mg/dl. Cr: 0.58 mg/dl.

Análisis completo de orina: sedimento de orina: amarillo. Ligeramente turbio. Leuc: 0-2 x campo. Htíes: 0 - 2 x campo. Gérmenes escasos. Pruebas serológicas: no reactivas.

Interconsulta a neonatología:

Sugiere completar exámenes de laboratorio: hemograma, sedimento urinario, proteína reactiva C. Iniciar maduración pulmonar con betametasona. Continuar Monitoreo fetal. Se prepara UCIN.

Informe de ecografía obstétrica (2do-3er Trimestre):

Útero: aumentado de tamaño ocupado por feto único, en posición podálica, dorso izquierdo. Adecuada morfología y tonicidad. Movimientos fetales espontáneos. Actividad cardíaca presente, rítmico 146 lpm.

Placenta: inserción corporal anterior Grado I/III

Líquido amniótico: volumen y ecogenicidad conservada

Diagnóstico final:

- Gestante de 29 semanas 3/7 días por ECO 1ºT.
- Amenaza de parto prematuro.
- Vulvovaginitis.
- Anemia leve.
- Periodo intergenésico largo (PIL).

Tratamiento:

No farmacológico:

- CFV
- Sonda Foley, MMF, observar signos de alarma.
- NaCl 0.9% 1000cc I, II 500 cc a chorro

Farmacológico:

- NPO, NaCl 0.9% 1000 cc+ MgSO₄ dosis de ataque 4g luego dosis de mantenimiento 10 cc c/ horas
- Betametasona 12 ug IM c/24 horas x 02 dosis
- Nifedipino 10mg 01 tab VO c/hora
- Progesterona 200 mg 1tab VO c/ 12 horas
- Nistatina + metronidazol 1 ovulo c/24horas
- Aspirina 100mg 1 tab VO c/24 horas post almuerzo
- Metoclopramida 10mg EV c/ 12 horas
- Paracetamol 1gr VO PRN dolor

Seguimiento:

Volver a realizar ecografía obstétrica, control de funciones vitales, continuar control materno fetal.

El paciente se encuentra en segundo día de hospitalización, refiere haber pasado bien la noche. Refiere no presentar contracciones en la noche. Niega tener sangrado vaginal, sensación de fiebre, vómitos y náuseas. La exploración física evidenció en abdomen: ruidos hidroaéreos (+), de BI y frecuencia, B-D y no doloroso. GU: puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-), sin presencia de sangrado vaginal. El resto del examen sin variaciones. Paciente en estado hemodinámico estable, afebril y respirando de manera espontánea a FIO₂ ambiental.

Reflexión significativa:

Encontré este caso intrigante porque el identificar a las pacientes con amenaza de parto pretérmino es un proceso impreciso, a pesar de ser un motivo común de ingreso hospitalario. los primeros signos y síntomas APP no son precisos y pueden ser contracciones leves e irregulares como en el caso de la paciente; también puede incluir a los calambres similares a cólicos menstruales, malestar en la zona baja de la espalda, sensación de tensión en la vagina y expulsión de tapón mucoso (6). Su diagnóstico se fundamenta en la evidencia de contracciones uterinas dolorosas regulares ≥ 6 en un período de 60 minutos y acompañadas de dilatación cervical ≥ 3 cm o longitud cervical < 20 mm en ecografía endovaginal o longitud cervical de 20 a < 30 mm en ECO endovaginal y fibronectina fetal positiva (7). Gracias a este caso aprendí la importancia de identificar las amenazas de parto pretérmino; ya que las APP se relacionan en un 65% a la mortalidad perinatal y son el principal desencadenante de complicaciones de salud en los bebés prematuros (7). Además, según las estadísticas el 80% de las mujeres que presentan señales de parto prematuro no terminarán dando a luz antes de término, como fue el caso presentado y 2/3 no darán a luz en las siguientes 48 horas y $> 1/3$ llegará a término sus embarazos (7).

Yo decidí exponer este caso porque me pareció importante como es que la identificación adecuada de paciente con APP se relaciona también con el manejo a nivel neonatal. Existe una serie de intervenciones como profilaxis antibiótica contra la infección neonatal por estreptococos del grupo B (EGB) de aparición temprana, la terapia prenatal con corticosteroides y la terapia de sulfato de magnesio para neuroprotección. Todas estas terapias pueden mejorar el resultado neonatal y en esta situación en específico se optó por iniciar maduración pulmonar con betametasona, para reducir la morbimortalidad neonatal relacionada a la APP, también se le brindó neuroprotección con sulfato de magnesio para evitar la parálisis cerebral y cualquier otro problema motor (7).

4.2 SECCIÓN II: CASOS CLÍNICOS DE PEDIATRÍA

4.2.2 Caso clínico 05: neumonía basal en hemitórax izquierdo

Anamnesis y examen físico:

TE: 2 días

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: tos, astenia y fiebre

Relato:

La madre de una niña de 1 año acude a emergencia porque su hija ha presentado desde hace 2 días fiebre cuantificada aproximadamente en 38°C y tos productiva. Además, por la noche experimentó un aumento de temperatura corporal alcanzando los 38.5 °C y es por eso por lo que la madre le dio paracetamol. Menciona que la ve débil y sin ganas de jugar o hacer cualquier otra actividad.

Funciones biológicas:

Sed aumentada, sueño alterado, disminución del apetito. Las demás funciones se mantienen intactas.

Antecedentes:

Generales:

- Su casa es alquilada, consta de 2 dormitorios y 4 personas la habitan.
- La vivienda tiene los servicios fundamentales de agua corriente, energía eléctrica y sistema de alcantarillado
- Se niega la crianza de animales en la vivienda.
- Alimentación balanceada.

Fisiológicos:

- **Prenatales:**
 - Tipo de sangre de la madre: O+
 - Número de revisiones prenatales: 12
 - Problemas obstétricos: niega
- **Natales:**
 - Modalidad de parto: cesárea
 - Edad gestacional al momento del parto: 39 semanas completas
 - Centro de parto: CEMENA

- Peso neonatal: 3,300 g
- Talla: 50 cm
- Apgar: 9-9
- Complicaciones del RN: ninguna
- **Postnatales:**
 - Alimentación con lactancia mixta
 - Ablactación a partir de los 7 meses
 - Recibió todas las vacunas para su edad
 - Desarrollo sensoriomotor:
 - Sujeta la cabeza: 3 meses
 - Capacidad para sentarse: 6 meses
 - Comienzo del gateo: 11 meses
 - Primeros pasos: 1 año
 - Palabras iniciales: 1 año

Patológicos:

- Niega reacción adversa farmacológica
- Niega alergias alimentarias
- Descarta enfermedades médicas e infecciosas
- Descarta hospitalizaciones
- Descarta cirugías y traumatismos
- Descarta transfusiones

Familiares:

- Madre y padre sanos

Examen físico:

- FC: 126 lpm
- FR: 26 rpm
- T: 38 °C
- SAT O2: 92%
- Peso: 12 kg

- Talla: 81 cm

Piel y anexos cutáneos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos, sin cianosis, sin edemas. Mucosas hidratadas.

Sistema piloso: bien implantado.

Sistema linfático: a la palpación no adenopatías palpables.

Cabeza: tamaño promedio, no deformaciones.

Ojos: posición simétrica en el rostro, sin presencia de secreciones.

Oídos: adecuadamente implantados, CAES permeables.

Cara: simétrica, sin lesiones.

Nariz: centrada, conductos nasales libres.

Boca: mucosa bucal húmeda, sin lesiones.

Cuello: sin lesiones, no linfadenopatía palpables.

Examen de orofaringe: congestiva, enrojecida.

AP. respiratorio: tórax simétrico, sonido vesicular disminuido en ambos hemitórax, sibilancias espiratorias, roncales difusos y leves tirajes intercostales y subcostales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

Abdomen: B-D, ruidos hidroaéreos (+), a la palpación ausencia de dolor tanto a nivel superficial como profundo.

Neurológico: activa y sensible a estímulos, reflejos osteotendinosos preservados.

Diagnóstico diferencial:

Problemas y síndromes principales:

- Síndrome febril
- Broncoespasmo
- Insuficiencia respiratoria

Diagnósticos diferenciales:

- Neumonía basal

Plan de trabajo:

Se requiere análisis de sangre, niveles de glucosa, prueba de urea, niveles de creatinina, pruebas de función hepática, proteína reactiva C, procalcitonina. Radiografía de tórax.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hgb: 11.7 g/dl. Hct: 34.3 %. Volumen corpuscular medio: 82.4 FL. Recuento de plaquetas: 216. Recuento total de leucocitos: 12.61. Glc: 77 mg/dl. Urea: 31.2 mg/dl. Cr: 0.31 mg/dl. AST: 37.6. ALT: 14.4. Proteína C reactiva: 99.91 mg/l ↑. Procalcitonina-PCT: 1.57 ng/ml.

Interpretación:

- La proteína reactiva C o PCT en suero puede ser útil para distinguir entre etiología viral y bacteriana.
- En este caso, la paciente presentó proteína C reactiva elevada, los reactantes de fase aguda suelen elevarse en neumonía bacteriana.
- A la paciente se le pidió una radiografía de tórax (ver figura 5), en la cual se visualizó una consolidación en hemitórax izquierdo e infiltrados alveolares.

Diagnóstico:

- Neumonía basal en hemitórax izquierdo

Tratamiento:

No farmacológico:

- Dieta blanda, hipoalergénica + LAV
- FM 13% 6 onzas c/6 horas
- Solución de dextrosa al 5% 1000 unidades líquidas 35 cc/H
- Cloruro de sodio al 20% 40 unidades líquidas 35 cc/H
- Cloruro de potasio al 20% 10 unidades líquidas 35 cc/H
- Vía salinizada

Farmacológico:

- NBZ 7 gotas de salbutamol mezclado con 5 cc de suero fisiológico c/3 horas
- Bromuro de ipratropio 20 mg, 3 inhalaciones después de c/NBZ con salbutamol x 3 veces
- Metilprednisolona 48 mg x vía intravenosa, luego de 24 mg endovenoso c/6 horas
- Paracetamol 100 mg, aplicar 36 gotas si temperatura > 38 °C
- Ceftriaxona 1 gr EV c/24 horas
- O2 si SATO < 92%

Seguimiento:

Se le informa a la madre sobre las posibles complicaciones, ya que las neumonías bacterianas tienen mayor riesgo de estar asociadas a complicaciones como absceso pulmonar, derrame pleural y empiema, neumonía necrosante, hiponatremia y neumatocele. Además, se le advierte acerca de señales de alarma como tos persistente, fiebre alta, dificultad para respirar, agravamiento de los síntomas respiratorios, dolor en el pecho que se intensifica al toser o al inhalar, empeoramiento de los síntomas después de empezar a sentirse mejor.

Madre refiere que su hija ha pasado bien la noche, niega SAT, cefalea, náuseas, vómitos. Presenta orina: 170 y deposiciones: 0

Examen físico:

- Ojos: posición simétrica en el rostro, sin presencia de secreciones.
- Nariz: centrada, simétrica, sin secreciones
- Boca: mucosa bucal húmeda
- AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.
- Neurológico: activa, despierta y sensible a estímulos.

Paciente mujer lactante mayor de 1 año en su tercer día hospitalario, en estado hemodinámico estable, afebril y respira espontáneamente con oxígeno ambiental. La lactante ha mostrado una evolución satisfactoria, por ello se le da de alta con la siguiente prescripción:

- Cefixima: 100 mg 15 ml-a tomar 5 ml VO c/24H x 7 días
- Salbutamol: 100 mg inhalador #01, 2 puff c/4 horas x 5 días, luego c/6 horas x 7 días

Reflexión significativa:

Decidí incluir este caso porque la neumonía es una enfermedad común en Perú y es potencialmente grave sobre todo en las etapas más vulnerables de la vida como la etapa infantil y la vejez (8). Apenas llegó la niña al servicio de urgencia de pediatría el doctor de guardia le brindó la debida relevancia a su caso. La paciente estaba con su madre, la cual estaba muy preocupada por su niña de 1 año porque presentaba como síntomas principales tos y fiebre. Yo por teoría recordaba que el diagnóstico de neumonía se puede pensar si clínicamente existe tos, fiebre y signos de dificultad respiratoria. Los signos de dificultad respiratoria se consideran más específicos que la tos o la fiebre, pero son menos sensibles (8). En este caso la paciente presentó signos de dificultad respiratoria como tirajes intercostales, subcostales y una saturación de 92%. Asimismo, a la auscultación la paciente presentó sibilancias espiratorias y roncales difusos; las sibilancias son más comunes en neumonías virales y atípicas. El doctor me dijo que para plantear un adecuado diagnóstico de neumonía en un paciente pediátrico siempre debía considerar su edad, su clínica y que los exámenes de imagen son complementarios para el diagnóstico que previamente estamos pensando por la clínica. Gracias a este caso pude aprender que la edad del niño me puede ayudar a pensar en la posible etiología de la neumonía, ya que los virus son más comunes en bebés y en preescolares, mientras que las bacterias son más habituales en infantes en edad escolar (9). Por otro lado, también aprendí que los hallazgos radiográficos no nos ayudan a diferenciar de manera segura entre las causas bacterianas, bacterianas atípicas y virales de la neumonía y que el uso de imágenes debe apoyar la clínica del paciente para así tomar una adecuada decisión terapéutica (9).

4.2.3 Caso clínico 06: crisis asmática moderada/ bronconeumonía

Anamnesis y examen físico:

TE: 2 días

Inicio: brusco

Curso: progresivo

Síntomas principales: tos y fiebre

Relato:

La madre asistió con su hija de 4 años al departamento de emergencia informando que presento tos intermitente y exigente hace dos días, que se fue intensificando con el paso de las horas, por lo que la madre la nebulizó y los síntomas cedieron parcialmente. Sin embargo, la paciente también mostró fiebre alcanzando una temperatura de 38 °C, la cual fue tratada con paracetamol por su madre, pero la fiebre no respondió al tratamiento y se incrementó a 39 °C. Posteriormente, la madre le dio repriman, pero su hija vomitó; es por eso por lo que decidió usar medios físicos para bajar la fiebre, la cual cedió parcialmente. Madre menciona que al día siguiente la fiebre reapareció y decidió traer a su hija por emergencia.

Funciones biológicas:

Sed aumentada, sueño alterado, apetito y deposiciones disminuidos en frecuencia. El resto de las funciones conservadas.

Antecedentes:

Generales:

- Vivienda propia con tres habitaciones, cinco personas viven en la vivienda y tiene los servicios fundamentales.
- Niega tener animales domésticos.
- Alimentación balanceada.

Fisiológicos:

○ **Prenatales:**

- Tipo de sangre de la madre: O+
- Número de revisiones prenatales: 11
- Problemas obstétricos: tres amenazas de aborto, colestasis gestacional y preeclampsia

- **Natales:**
 - Modalidad de parto: cesárea
 - Edad gestacional al momento del parto: 37 semanas
 - Centro de parto: CEMENA
 - Peso al nacer: 2,600 g
 - Talla: 49 cm
 - Apgar: 9 - 9
 - Complicaciones del RN: se descarta.
- **Postnatales:**
 - Recibió lactancia mixta
 - Ablactación a partir de los seis meses
 - Recibió todas las vacunas para su edad
 - Desarrollo sensoriomotor:
 - Sujeta la cabeza: 3 meses
 - Capacidad para sentarse: 6 meses
 - Comienzo del gateo: 10 meses
 - Pasos iniciales: 12 meses
 - Palabras iniciales: 1 año y 6 meses
 - Edad control de orina y deposiciones: 2 años y 6 meses

Patológicos:

- Niega reacción adversa farmacológica
- Niega alergias alimentarias
- Ha presentado varios episodios de bronquitis anteriormente
- Presentó 1 hospitalización a los 3 meses por enfermedad diarreica aguda
- Ha recibido nebulización anteriormente en 2 oportunidades
- Descarta cirugías y traumatismos
- No recibió transfusiones

Familiares:

- Madre presenta rinitis alérgica
- Padre aparentemente sano

- Abuela materna fallecida de cáncer de ovario y abuelo paterno de cáncer de pulmón

Examen físico:

- FC: 124 lpm
- FR: 36 rpm
- T: 36.6 °C
- SAT O2: 93%
- Peso: 21 kg

Piel y anexos cutáneos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos, sin cianosis, sin edemas. Mucosas hidratadas.

Sistema piloso: bien implantado.

Tejido celular subcutáneo: conservado, no presencia de edemas

Sistema linfático: a la palpación no adenopatías palpables

Cabeza: tamaño promedio, no deformaciones.

Ojos: posición simétrica en el rostro, sin presencia de secreciones.

Oídos: adecuadamente implantados, CAES permeables.

Cara: simétrica, sin lesiones

Nariz: centrada, fosas nasales permeables

Boca: mucosa oral húmeda, sin signos de lengua en fresa

Cuello: simétrico, sin lesiones, no se palpan ganglios cervicales ni retroauriculares

Examen de orofaringe: congestiva, eritematosa. No se evidencia exudado.

AP. respiratorio: tórax simétrico, sonido vesicular audible en ambos hemitórax, sibilancias y polipnea.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

Abdomen: plano, no cicatrices previas, B-D, ruidos hidroaéreos (+) de BI y frecuencia.

A la palpación ausencia de dolor tanto a nivel superficial como profundo.

Neurológico: activa y reacciona ante estímulos, reflejos osteotendinosos preservados.

Problemas y síndromes principales:

- Síndrome febril

- Síndrome de obstrucción bronquial agudo (SOBA)

Diagnósticos diferenciales:

- Crisis asmática moderada
- Bronconeumonía

Plan de trabajo:

Se requiere hemograma, proteína reactiva C, procalcitonina, I/C a fisioterapia respiratoria y placa de tórax.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hgb: 11.6 g/dl. Hct: 33.9%. VCM: 83.3 FL. Recuento de plaquetas: $230 \times 10^9/L$. Recuento total de leucocitos: $13.96 \times 10^9/L$. Proteína C reactiva: 67.79 mg/L ↑. Procalcitonina-PCT: 3.95 ng/ml.

Se le solicitó una radiografía de tórax (ver figura 6), donde se observa imagen radiopaca en hemitórax derecho y borramiento de la silueta cardiaca. Se visualiza una consolidación en hemitórax derecho e infiltrados alveolares.

Diagnóstico final:

- Crisis asmática moderada
- Bronconeumonía

Tratamiento:

No farmacológico:

- Dieta suave a tolerancia + LAV
- Leche fresca AZ 5% 250 cc XT X3T
- Solución de dextrosa al 5% 1000 unidades líquidas 35 cc/H
- Cloruro de sodio al 20% 40 unidades líquidas 35 cc/H
- Cloruro de potasio al 20% 10 unidades líquidas 35 cc/H
- Vía salinizada
- CFV

Farmacológico:

- NBZ 12 gotas de salbutamol mezclado con 5cc de suero fisiológico cada 3 horas
- Salbutamol 4 inhalaciones cada 2 horas con AC
- Bromuro de ipratropio 4 inhalaciones c/2 H con AC
- Metamizol 550 mg endovenoso si $T > 38$
- O₂ si SAT O₂ < 92%
- Metilprednisolona 20 mg endovenoso c/6 H
- Ampicilina + Sulbactam 750 mg endovenoso c/6 H
- Azitromicina 200 mg/5 ml -> 5 ml VO C/24 H

Seguimiento:

Padre refiere que su hija ha pasado bien la noche, con tos cada vez más esporádica. También refiere haber estado tosiendo posterior a la nebulización. El padre también menciona que se despertó una vez durante la noche producto de la picadura de un zancudo. Niega SAT, cefalea, náuseas y vómitos.

- Orina: 350 cc
- Deposiciones: 0

Examen físico:

- Piel: se visualiza habón en muñeca de brazo derecho.
- Cabeza: normocéfalo, sin evidencia visible de lesiones.
- Ojos: posición simétrica en el rostro, sin presencia de secreciones.
- Nariz: centrada, conductos nasales libres, sin secreciones.
- Boca: mucosa oral húmeda, no congestiva ni eritematosa
- AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.
- AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.
- El resto del examen sin variaciones

Preescolar mujer de 4 años en su octavo día hospitalario, en estado hemodinámico estable, sin fiebre y ventila espontáneamente con oxígeno ambiental (21% FIO₂). En su quinto día de antibiótico, portadora de vía periférica permeable en su mano izquierda.

se evalúan nuevos resultados del laboratorio:

- PCT: 0.11 ng/ml
- PCR: 0.89 mg/L
- Hb: 12.1 g/dl

El paciente ha evolucionado de manera favorable. Los exámenes de laboratorio realizados no salieron alterados; por ello se le da de alta con la siguiente prescripción:

- Salbutamol 100 mcg inhalador #01: 2 puff c/4 h x 4 días, luego c/6 h x 10 días con AC (aerocámara)
- Budesonida 200 mcg inhalador: 2 puff c/12 h x 3 meses con AC
- Amoxicilina + ácido Clavulánico 600 mg/5ml jarabe #01: 7 ml VO c/12 h, mañana y noche x 4 días
- Control por consultorio externo

Complicaciones del asma:

- Repetidos ataques de asma que requieran atención por urgencia.
- Decrecimiento de la función pulmonar.
- Ausentismo escolar.
- Interferir en las actividades de los niños, como los deportes.

Reflexión significativa:

Decidí presentar este caso porque el asma es una enfermedad predominante en la niñez y la pubertad; afecta a 1 de cada 10 niños y es un problema de salud que provoca ausentismo escolar y numerosas hospitalizaciones (10). Suele comenzar en la infancia precoz antes de los 5-6 años (10). En este caso la paciente tiene 4 años y para plantear el diagnóstico de crisis asmática moderada se tuvo que realizar una recopilación detallada de sus antecedentes médicos y una evaluación física minuciosa. Lo que nos hace presumir de asma en esta paciente es la existencia de síntomas como la tos y las sibilancias y sus

antecedentes familiares, ya que su madre presenta rinitis alérgica. Una historia familiar de asma o enfermedad atópica como rinitis alérgica aumenta la probabilidad de que la paciente tenga asma (11). Asimismo, sus episodios repetidos de bronquitis pueden ser manifestaciones de asma que posiblemente respondan al tratamiento para el asma. Como se sabe la espirometría es ampliamente reconocida como el criterio de excelencia para diagnosticar el asma, pero en lactantes e infantes muy pequeños no se realiza de manera rutinaria (11).

Algo que me enseñó este caso es como tratar una exacerbación de asma en el servicio de urgencia. El tratamiento incluye broncodilatadores para tratar los broncoespasmos y glucocorticoides sistémicos para mejorar la inflamación de las vías respiratorias (11). Gracias a este caso también aprendí que frente a una crisis asmática moderada se le puede dar salbutamol nebulizado combinado con bromuro de ipratropio por cada 20 minutos por tres dosis y glucocorticoides como metilprednisolona o dexametasona antes del inicio de la terapia con agonistas beta.

4.2.4 Caso clínico 07: peritonitis por apendicitis perforada

Anamnesis y examen físico:

TE: 2 días

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: dolor abdominal tipo cólico, fiebre, vómitos y diarrea

Relato:

Padre asiste a emergencia con su hija de 9 años y menciona que su niña hace 1 día empezó con dolor abdominal intenso 10/10 en la zona de fosa iliaca derecha. Posteriormente, manifestó 8 episodios de vómito, los primeros 5 fueron de contenido alimentario y los últimos 3 vómitos biliosos. El padre también refiere que después de esto se registró una fiebre con una temperatura de 38°C.

Funciones biológicas:

Sed disminuida, sueño irregular, pérdida de apetito e incremento en la regularidad de las evacuaciones. El resto de las funciones conservadas.

Antecedentes

Generales:

- Su vivienda es propia, consta de tres dormitorios y ocupado por tres personas
- La vivienda dispone de los servicios fundamentales agua corriente, energía eléctrica y sistema de alcantarillado
- Mascotas: 1 gato y 1 perro
- Alimentación balanceada

Fisiológicos:

- Prenatales:
 - La madre tiene un grupo sanguíneo: O+
 - Controles prenatales: 10 controles en centro médico Chincha
 - Complicaciones obstétricas: descarta
- Natales:
 - Modalidad de parto: eutócico
 - Edad gestacional al momento del parto: 36 semanas
 - Centro de parto: chincha
 - Peso neonatal: 3,800 g
 - Complicaciones del RN: niega
- Postnatales:
 - Alimentación con LME hasta el año y medio
 - Ablactación a partir de los 6 meses
 - Esquema de vacunación completo
 - Desarrollo sensoriomotor:
 - Sujeta la cabeza: 4 meses
 - Capacidad para sentarse: 8 meses
 - Comienzo del gateo: 9 meses
 - Pasos iniciales: 11 meses
 - Palabras iniciales: 9 meses
 - Control de orina y deposiciones: 12 meses

Patológicos:

- Niega reacciones adversas a farmacología

- Niega alergias alimentarias
- Niega enfermedades médicas e infecciosas
- Rechaza haber sido hospitalizada anteriormente
- Rechaza haber sido sometida a cirugías
- No reconoce haber recibido transfusiones de sangre
- Contacto con persona con TBC

Familiares:

- Madre y padre aparentemente sanos
- Padre en tratamiento para TBC
- Abuelo paterno falleció de cáncer de pulmón

Examen físico:

- FC: 115 lpm
- FR: 22 rpm
- T: 36.8°C
- SAT O₂: 98%
- Peso: 31.8 kg

Piel y anexos cutáneos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos.

Sistema piloso: bien implantado.

Tejido celular subcutáneo: a predominio abdominal, no presencia de edemas.

Sistema linfático: a la palpación no linfadenopatías palpables.

Cabeza: de tamaño promedio, sin deformaciones.

Ojos: posición simétrica en el rostro, sin presencia de secreciones.

Oídos: adecuadamente ubicados, CAES permeables, sin evidencia de abombamiento timpánico.

Cara: simétrica, sin lesiones.

Nariz: centrada, conductos nasales libres.

Boca: mucosa bucal húmeda, sin evidencia de lengua en fresa.

Cuello: simétrico, sin lesiones, no se palpan ganglios cervicales ni retroauriculares.

Examen de orofaringe: no presencia de exudado, ni se encuentra congestiva, ni eritematosa.

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni sonidos accesorios.

Abd: distendido, ruidos hidroaéreos (+), poco depresible, en CSD resistencia muscular, adolorido en FID, Mcburney (+), Blumberg (+).

Genitourinario: PPL (-) PRU (-).

Aparato locomotor: moviliza 4 extremidades, reflejos miotáticos conservados.

Neurológico: activa, despierta y reactiva a estímulos, con puntuación 15/15 en EG.

Problemas y síndromes principales:

- Síndrome doloroso abdominal
- Síndrome de abdomen agudo
- Síndrome emético

Diagnósticos diferenciales:

- Apendicitis complicada

Plan de trabajo:

Se requiere análisis de sangre, niveles de glucosa, proteína reactiva C, prueba de urea, TGO, TGP, niveles de creatinina, análisis de orina, procalcitonina-PCT, coagulación, ecografía de hemiabdomen inferior y tomografía abdominal con contraste.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hgb: 12.1 g/dl. Hct: 34.9 % ↓. Volumen corpuscular medio: 82.4 FL. Recuento de plaquetas: $296 \times 10^3/\text{mm}^3$. Recuento total de leucocitos: $20.18 \times 10^3/\text{mm}^3$ ↑. Proteína C reactiva: 332.26 mg/l ↑. Procalcitonina (PCT): 2.51 ng/ml ↑. Glc: 60 mg/dl. Urea: 29.8 mg/dl. Cr: 0.57 mg/dl. AST: 21.9 U/L. ALT: 7.7 U/L. Examen completo de orina: leuc: 2-5/campo, htíes: 5-10/campo. Coagulación: tiempo de tromboplastina parcial: 51.70 seg ↑, tiempo de protrombina: 16.80 seg ↑.

Interpretación:

- El paciente presenta una proteína C reactiva (PCR) elevada, que tiene una sensibilidad del 58 al 93 % y especificidad del 28 al 82%, que sugiere una infección.
- En esta situación, el paciente muestra un incremento en los niveles de PCT, lo cual puede ser un indicador de perforación.
- Se solicitó una ecografía de hemiabdomen inferior (ver figura 7)

Diagnóstico final:

- Peritonitis por apendicitis perforada

Tratamiento prequirúrgico:**No farmacológico:**

- NPO
- Solución de dextrosa al 5% 1000 unidades líquidas 80 cc/H
- Cloruro de sodio al 20% 40 unidades líquidas 80 cc/H
- Cloruro de potasio al 20% 10 unidades líquidas 80 cc/H
- Control de funciones vitales

Farmacológico:

- Ceftriaxona 1 g endovenoso cada 12 h.
- Metronidazol 300 mg por vía intravenosa cada 8 h.
- Omeprazol 30 mg por vía intravenosa cada 24 h.
- Metamizol 1g por vía intravenosa cada 8 h.

Tratamiento quirúrgico:

- Apendicectomía laparoscópica + liberación de adherencias + lavado y drenaje.
- Hallazgos operatorios: se identificó 200cc de fluido purulento libre en la cavidad abdominal. El apéndice cecal se encontraba necrosada y perforado en $\frac{1}{3}$ distal.

Seguimiento:**Postquirúrgico:**

- Solución de dextrosa al 5% 1000 mL 85 cc/H
- Cloruro de sodio al 20% 20 mL 85 cc/H
- Cloruro de potasio al 20% 10 mL 85 cc/H
- Ceftriaxona 1 g endovenoso cada 12 h.
- Metronidazol 320 mg por vía intravenosa cada 8 h.
- Omeprazol 30 mg por vía intravenosa cada 24 h.
- Metamizol 1g por vía intravenosa cada 8 h.

Evolución postquirúrgica:

El padre refiere que su hija ha pasado bien la noche y desde el día de ayer tolera alimentación por vía oral. Además, el dolor en la zona abdominal ha disminuido.

Examen físico:

- Cabeza: tamaño promedio, sin evidencia visible de lesiones
- Ojos: posición simétrica en el rostro, sin presencia de secreciones.
- Nariz: centrada, conductos nasales libres, sin secreciones
- Boca: mucosa bucal húmeda, no congestiva ni eritematosa
- Abd: ruidos hidroaéreos (+), B-D, a la palpación leve dolor tanto a nivel superficial como profunda en hipogastrio.

Escolar de 9 años en su cuarto día postoperatorio, se encuentra en una condición estable con dinámica intestinal en progresión, sin fiebre y respirando espontáneamente a FIO2 ambiental al 21%, por ello se le da de alta con la siguiente prescripción:

- Amoxicilina + ácido clavulánico 250 mg, 7 cc vía oral cada 8 h. x 5 días
- Metronidazol 500 mg tab, ½ tab vía oral cada 8 h. x 5 días
- Paracetamol 120 mg jarabe, 10 cc vía oral mañana y noche x 3 días

Reflexión significativa

Decidí presentar este caso porque la apendicitis es un motivo común de intervención quirúrgica de emergencia en infantes y aproximadamente entre el 1 al 8% de los menores que llegan con dolor de abdomen son diagnosticados con esta condición (12). El diagnóstico de apendicitis se establece en la evaluación clínica y debe considerarse en todo paciente pediátrico que muestre dolor y sensibilidad abdominal a la exploración física (12).

Me di cuenta de que el diagnóstico puede ser sencillo con la presentación clásica de apendicitis: anorexia, dolor periumbilical temprano, migración del dolor al cuadrante inferior derecho (CID), dolor que empeora con la movilidad, vómitos posteriores al inicio del dolor, fiebre, sensibilidad en el CID del abdomen e indicadores de irritación peritoneal (12). Sin embargo, este caso me enseñó que hay variaciones en la presentación de la apendicitis en pacientes pediátricos, lo que puede dificultar su diagnóstico.

En este caso, la paciente de 9 años presentó síntomas típicos como dolor abdominal y vómitos, pero la migración del dolor, típica en apendicitis, no se observó. Un examen abdominal adecuado, que requiere la cooperación del niño, fue clave para establecer el diagnóstico. La resistencia muscular en el cuadrante superior derecho no era concordante con la clínica habitual, pero la presencia de Blumberg positivo indicó irritación peritoneal, congruente con la peritonitis diagnosticada.

4.2.5 Caso clínico 08: celulitis abscedada glútea y asma bronquial

Anamnesis y examen Físico:

TE: 2 días

Inicio: súbito

Curso: progresivo

Síntomas principales: fiebre

Relato:

Madre acudió a la sala de emergencia para recibir asistencia médica para su hija de 4 años que presentó fiebre de temperatura de 39°C hace 2 días, la cual trató con repriman y medios físicos, logrando bajar la temperatura a 38°C. Además, refiere que hace 1 día presenta lesión purulenta en garganta y descamación de manos y pies. La madre menciona que se le colocó metamizol IM hace 5 días.

Funciones biológicas:

Estado de sed reducido, alteraciones en el sueño y disminución del apetito. Las demás funciones permanecen intactas.

Antecedentes:

Generales:

- Su casa consta de tres dormitorios y tiene los servicios fundamentales incluidos agua corriente, corriente eléctrica y sistema de alcantarillado
- Dos perros.
- Alimentación balanceada.

Fisiológicos:

- **Prenatales:**
 - Tipo de sangre de la madre: O+
 - Número de revisiones prenatales: 8
 - Problemas obstétricos: cordón nual

- **Natales:**
 - Tipo de parto: cesárea
 - Edad gestacional al momento del parto: 41 semanas
 - Centro de parto: maternidad
 - Peso neonatal: 2,500 g
 - Talla: 50 cm
 - Apgar: 9-9
 - Complicaciones del RN: ninguna
- **Postnatales:**
 - Alimentación con LM exclusiva
 - Ablactación a partir de los 6 meses
 - Recibió todas las vacunas para su edad
 - Desarrollo sensoriomotor:
 - Sujeta la cabeza: 4 meses
 - Capacidad para sentarse: 6-7 meses
 - Comienzo del gateo: no gateo
 - Pasos iniciales: 1 año 2 meses
 - Palabras iniciales: 6 meses
 - Control de orina y deposiciones: actualmente usa pañal a veces para dormir

Patológicos:

- Niega reacción adversa farmacológica
- Niega alergias alimentarias
- Niega enfermedades médicas e infecciosas
- Dos hospitalizaciones: neumonía pericárdica (mayo 2023) y COVID-19 (2021)
- Rechaza haber sido sometido a cirugías y lesiones traumáticas
- Rechaza haber recibido transfusiones
- Nebulización anterior (23/05/23)

Familiares:

- Progenitores sanos

Examen físico:

- FC: 147 lpm
- FR: 27 rpm
- T: 37.3°C
- SAT O2: 100%
- Peso: 17.5 kg

Piel y anexos cutáneos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos, sin cianosis, sin edemas. Con descamación en algunas zonas interdigitales de pies y manos

Sistema piloso: bien implantado, sin alteraciones.

Tejido celular subcutáneo: conservado, no presencia de edemas.

sistema linfático: a la palpación no linfadenopatías palpables.

Cabeza: tamaño promedio, no deformaciones.

Ojos: posición simétrica en el rostro, sin presencia de secreciones anormales.

Oídos: adecuadamente implantados, CAES permeables.

Cara: simétrica, sin lesiones

Nariz: centrada, conductos nasales libres

Boca: mucosa bucal húmeda, sin signos de lengua en fresa

Cuello: simétrico, sin lesiones, no se palpan ganglios cervicales ni retroauriculares

Examen de orofaringe: congestiva, eritematosa. No se observa exudado.

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

Abd: a la inspección plano, no cicatrices previas, B-D, ruidos hidroaéreos (+) de BI y frecuencia. A la palpación ausencia de dolor tanto a nivel superficial como profundo.

Soma: se aprecia lesión dura con aumento de volumen en nalga izquierda, al tacto sensible, caliente y eritematosa. Tamaño aproximado 5x5cm.

Genitourinario: puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-).

Neurológico: consciente, alerta y sensible a estímulos, reflejos miotáticos intactos.

Problemas y síndromes principales:

- Síndrome febril

Diagnósticos diferenciales:

- d/c Flemón en glúteo izquierdo

Plan de trabajo:

Se requiere análisis de sangre, proteína reactiva C, prueba de urea, TGO, TGP, niveles de glucosa, análisis de orina, niveles creatinina, procalcitonina-PCT, coagulación y sangría, bilirrubinas totales y fraccionadas, proteínas totales y fracción (albúmina y globulina) y fosfatasa alcalina. I/C a dermatología. Se solicito estudio de imágenes: ecografía de partes blandas y placa de tórax.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hgb: 10.4 g/dl ↓. Hct: 32.2 %. VCM: 86.6 fL. Recuento de plaquetas: 612 10 X mm³ ↑. Recuento total de leucocitos: 16.39 X mm³ ↑. Proteína C reactiva: 101.65 mg/l. Procalcitonina-PCT: 2.89 ng/ml. Glc: 111 mg/dl. Urea: 16.7 mg/dl. Cr: 0.33 mg/dl. AST: 26.8 U/L. ALT: 12.1 U/L.

Análisis de orina: leuc: 5-10 / campo, htíes: 0-2 / campo.

Coagulación y sangría: TS: 2 min seg, TC: 7 min seg.

Bilirrubinas totales y fraccionadas: proteínas totales: 8.5 ↑, albúmina sérica: 4.46, globulina sérica: 4.0 ↑. Fosfatasa alcalina: 194.1 U/L.

Ecografía de partes blandas (ver figura 8):

- Piel y TCSC de ecogenicidad y espesor incrementado. A 9 mm de la piel se muestra una colección heterogénea organizada de aprox. 33x14x23 mm (volumen aprox. 6 cc), con incremento de la vascularidad al estudio Doppler.
- Planos musculares sin alteraciones significativas.
- Cambios inflamatorios a nivel del cuadrante superior externo del glúteo izquierdo asociados a pequeña colección organizada.

Radiografía de tórax (ver figura 9): acentuación de la trama broncovascular, horizontalización de las costillas.

Diagnóstico final:

- Celulitis abscedada glúteo izquierdo
- Asma bronquial

Tratamiento prequirúrgico:

No farmacológico:

- Alimentación completa + LAV
- Supervisión de signos vitales

Farmacológico:

- Oxacilina 500 mg c/6H EV
- Clindamicina 170 mg cada 8 h. por vía intravenosa
- Metamizol 350 mg cada 6 h. por vía intravenosa si $T > 38^{\circ}\text{C}$ o dolor intenso
- Salbutamol inhalador C/aerocámara 2 puff C/6H
- Budesónida 200 mg 2 puff C/12H C/aerocámara

Tratamiento quirúrgico:

- Exéresis de celulitis abscedada glúteo izquierdo
- Hallazgos operatorios: Tejido celular subcutáneo inflamatorio visible, purulento, +4 cc de volumen.

Seguimiento:

Postquirúrgico:

- Tolerancia oral en 2 horas, si tolera
- Solución de dextrosa al 5% 1000 unidades líquidas 45 cc/H
- Cloruro de sodio al 20% 20 unidades líquidas 45 cc/H
- Cloruro de potasio al 20% 10 unidades líquidas 45 cc/H
- Clindamicina 170 mg cada 6 h. por vía intravenosa
- Metamizol 500 mg cada 8 h. por vía intravenosa
- Salbutamol 100 mg inhalador C/aerocámara 2 puff C/6H
- Budesónida 200 mg 2 puff C/12H C/aerocámara

Evolución postquirúrgica:

Madre refiere que su hija no ha pasado bien la noche debido a picaduras de mosquitos en tronco y piernas. Tolera alimentación por vía oral. Niega dolor, sensación de alza térmica, náuseas y vómitos.

- Diuresis: 300 cc
- Deposiciones: 0

Examen físico:

- Piel y anexos cutáneos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos. Presenta parche en cuadrante superior externo de glúteo izquierdo.
- Cabeza: normocéfalo, sin evidencia visible de lesiones.
- Ojos: posición simétrica en el rostro, sin presencia de secreciones.
- Nariz: centrada, conductos nasales libres, sin secreciones.
- Boca: mucosa bucal húmeda, no congestiva ni eritematosa.
- Sistema musculoesquelético: moviliza 4 extremidades sin dificultad.
- Neurológico: activa, despierta y reactiva a estímulos.
- El resto del examen sin variaciones.

Paciente preescolar mujer de 4 años en su primer día postoperatorio con estado hemodinámico estable, afebril y respirando por sí misma con oxígeno ambiental (FIO₂ al 21%). La paciente ha evolucionado de manera satisfactoria, por ello se le da de alta con las recomendaciones correspondientes:

- Cefalexina 250 mg/5 ml jarabe #01: tomar 7.5 ml VO cada 8 h. x 5 días
- Budesónida inhalador #01; 2 inhalaciones cada 12 h. mañana y noche x 3 meses
- Salbutamol 100 mg inhalador #01: 2 inhalaciones cada 6 h. x 7 días
- Paracetamol 100 mg jarabe #01: tomar 11 ml VO si T > 38°C y/o dolor.

Complicaciones:

Las complicaciones graves asociadas con los abscesos y la celulitis incluyen la inflamación del endocardio, artritis infecciosa, la osteomielitis, la infección metastásica, la sepsis, la bacteriemia y el síndrome de shock tóxico (13).

Reflexión significativa:

Decidí presentar este caso porque las infecciones dérmicas y de estructuras blandas más comunes son la celulitis y el absceso (13). Existen muchos factores de riesgo que predisponen al riesgo de celulitis y absceso. Uno de esos factores es la disfunción de la barrera de la piel debido a traumatismos como, por ejemplo: úlcera por presión, picadura de insecto, uso de inyectables (13). En este caso un antecedente de importancia en la paciente fue la inyección que le colocaron; en esta paciente este sería el factor predisponente de la celulitis abscedada en su glúteo izquierdo. La celulitis suele presentarse de manera unilateral, siendo las extremidades inferiores la zona más comúnmente afectada, como en esta paciente que se afectó el glúteo izquierdo (14). Esta situación también me resulto intrigante porque la madre de la niña estaba imponiendo una demanda contra el hospital CEMENA porque ella decía que le colocaron mal la inyección a su hija y que eso ocasiono el problema; pero la verdad es que la celulitis es una afección cutánea que puede ocurrir en individuos sanos sin ninguna condición predisponente.

4.2.6 Caso clínico 09: epilepsia en una niña de 6 años

Anamnesis y examen físico:

TE: 4 días

Inicio: súbito

Curso: progresivo

Síntomas principales: movimientos tonicoclónicos, sialorrea en hemicara derecha.

Relato:

Madre llevó a su hija de 6 años al servicio de emergencia porque experimento movimientos tónico-clónicos y sialorrea en hemicara derecha unos 30 minutos antes de ingresar a emergencia. Asimismo, refiere que hace 1 semana presentó los mismos síntomas.

Funciones biológicas:

Las funciones permanecen intactas.

Antecedentes:

Generales:

- Tipo de vivienda alquilada con 7 estancias y 4 ocupantes, con servicios fundamentales incluidos.
- Tiene 1 perro
- Alimentación equilibrada
- Alergia al polvo

Fisiológicos:

- **Prenatales**
 - Tipo de sangre de la madre: O+
 - Número de revisiones prenatales:10
 - Problemas obstétricos: niega
- **Natales**
 - Modalidad de parto: eutócico
 - Edad gestacional al momento del parto:38 ss.
 - Centro de parto: CEMENA
 - Peso neonatal:3,800 g
 - Talla:52 cm
 - Apgar: 9 -9
 - Complicaciones del RN: niega
- **Post natales**
 - LME: hasta el 1 año 2 meses
 - Recibió lactancia mixta
 - La ablactación fue a partir de los 6 meses
 - Calendario de vacunación cumplido
 - Desarrollo sensoriomotor:
 - Sujeta la cabeza:3 meses
 - Capacidad para sentarse:6 meses
 - Comienzo del gateo:11 meses

- Pasos iniciales: 12 meses
- Palabras iniciales: 1 año

Patológicos:

- No presenta reacciones adversas farmacológicas
- No tiene alergias alimentarias
- No tiene enfermedades médicas ni infecciosas
- 2 hospitalizaciones: bronquitis (2022) y apendicitis (marzo 2023)
- Deniega intervenciones quirúrgicas y lesiones traumáticas
- No recibió transfusiones

Familiares:

- Madre y padre aparentemente sanos
- hermano con epilepsia diagnosticada a los 18 años
- Abuela paterna con DM2
- Abuelo paterno con cáncer gástrico

Examen físico:

- FC: 112 lpm
- FR: 26 rpm
- T: 36°C
- SAT O2: 99%
- Peso: 37 kg

Piel y anexos cutáneos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos.

Sistema piloso: bien implantado.

Sistema linfático: a la palpación no linfadenopatías palpables

Cabeza: tamaño promedio, no deformaciones.

Ojos: posición simétrica en el rostro, sin presencia de secreciones.

Oídos: adecuadamente implantados, CAES permeables.

Cara: simétrica, sin lesiones

Nariz: centrada, conductos nasales permeables

Boca: mucosa bucal húmeda, sin lesiones

Examen de orofaringe: congestiva, eritematosa. No se observa exudado.

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

Abd: a la inspección: plano, B-D, ruidos hidroaéreos (+) de BI y frecuencia. A la palpación ausencia de dolor tanto a nivel superficial como profundo.

Genitourinario: no relajación de esfínter.

Neurológico: consciente, alerta y sensible a estímulos , reflejos miotáticos intactos. LOTEPE, con puntuación 15/15 en EG.

Problemas y síndromes principales:

- Síndrome convulsivo

Diagnósticos diferenciales:

- Epilepsia

Plan de trabajo:

Se requiere análisis de sangre, proteína reactiva C, procalcitonina, I/C Neurología, TAC cerebral y EEG.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hgb: 12.8 g/dl. Hct: 37.8%. VCM: 83.7 fl. Pla: $235 \times 10^3/\mu\text{L}$. Leu: $8.60 \times 10^3/\mu\text{L}$. Proteína reactiva C: 3.81 mg/L. Procalcitonina: 0.03 ng/mL.

I/C neurología:

Niña de 9 años sufrió hace una semana movimientos involuntarios tónico-clónicos con abertura bucal y desviación de los ojos hacia la derecha. Antecedente de hermana con epilepsia. Diagnóstico neurológico: crisis focal. Plan: TAC cerebral, se solicita EEG.

Encefalograma: Dx: epilepsia

Diagnóstico final:

- Epilepsia.
- Rinofaringitis

Tratamiento:**No farmacológico:**

- Alimentación completa+ LAV
- Monitoreo de signos vitales

Farmacológico:

- Diazepam 10 mg por vía intravenosa, condicional a presencia de convulsiones.
- Carbamazepina 100 mg/5 ml VO cada 12 hrs.

Seguimiento:

Madre refiere que su hija ha pasado bien la noche, niega SAT, cefalea, náuseas, vómitos. Refiere que continúa con tos esporádica sin expectoración y niega recurrencia de crisis epiléptica.

- cabeza: tamaño promedio, sin evidencia visible de deformaciones.
- Ojos: posición simétrica en el rostro, sin presencia de secreciones.
- Nariz: centrada, conductos nasales libres
- Boca: levemente congestiva, sin evidencia de placas
- AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.
- Neurológico: alerta y reactiva a estímulos externos, reflejos osteotendinosos intactos. LOTEPE, con puntuación 15/15 en EG.
- El resto del examen sin variaciones.

Paciente mujer de 6 años en su cuarto día hospitalario con estado hemodinámico estable, afebril, ventila por sí misma sin necesidad de oxígeno suplementario y sin recurrencia de crisis epiléptica.

Paciente evolucionó de manera favorable, por este motivo, se le decide dar de alta hospitalaria, proporcionándole las indicaciones correspondientes para que continúe con su tratamiento y seguimiento en el hogar:

- Carbamazepina 100 mg/5 ml 9.5 ml VO cada 12 hrs por 5 días.
- Reevaluación en consulta externa de neurología.

Complicaciones:

- Se le comunica a la madre de la paciente las probables complicaciones durante las convulsiones como aspiración y traumatismos; es por eso por lo que es importante mantener a la niña segura y tratar de que no se lastime durante los episodios.

Reflexión significativa:

Decidí presentar este caso porque la epilepsia es un trastorno neurológico que puede impactar a individuos de cualquier edad, pero principalmente a los niños. Las tasas de epilepsia son entre 0,5 y 8 por 1000 personas al año aproximadamente, donde las mujeres son menos afectadas a diferencia de los hombres (15). Las causas de la epilepsia son diversas desde estructurales, metabólicas, infecciosas, genéticas o desconocidas; en este caso la etiología de la epilepsia de la paciente puede ser genética porque tiene un antecedente muy importante, ya que su hermano tiene diagnóstico de epilepsia (15). Este caso también me pareció interesante porque la clínica de los niños con epilepsia es diferente a la de los adultos, también difieren en el electroencefalograma (15). Saber esta variación de acuerdo con la edad es importante para que en la práctica clínica se dé un adecuado diagnóstico, manejo y pronóstico de la enfermedad.

4.2.7 Caso clínico 10: leucemia linfática aguda B en una niña de 4 años

Anamnesis y examen físico

TE: 4 días

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: fiebre, petequias, equimosis

Relato:

La madre de una niña de 4 años acudió a urgencias debido a que la menor presentaba fiebre de temperatura de 38°C, dolor abdominal, petequias en la frente y las extremidades inferiores y equimosis en el párpado inferior izquierdo. Asistió con exámenes de laboratorio que se realizó previamente, los cuales mostraban anemia moderada y disminución de dos tipos de células sanguíneas (bicitopenia).

Funciones biológicas:

Sed incrementada, disminución del apetito. Las demás funciones se mantienen intactas.

Antecedentes:

Generales:

- Su vivienda consta de 3 estancias en la que viven tres personas y tiene acceso a los servicios fundamentales como agua corriente, energía eléctrica y sistema de alcantarillado
- Alimentación equilibrada

Fisiológicos:

- **Prenatales**
 - Tipo de sangre de la madre: O+
 - Número de revisiones prenatales: niega
 - Problemas obstétricos: niega
- **Natales**
 - Modalidad de parto: cesárea
 - Edad gestacional al momento del parto: 38 ss
 - Centro de parto: Centenario P. Japonesa
 - Peso neonatal: 3,750
 - Estatura: 51.5 cm
 - Apgar: 8 -9
 - Complicaciones del RN: niega
- **Post natales**
 - Alimentación con LME: hasta los 6 meses
 - La ablactación fue a partir de los 6 meses
 - Dieta completa a partir del 1 año
 - Recibió todas las vacunas para su edad
 - Desarrollo sensoriomotor:
 - Sujeta la cabeza: 6 meses
 - Capacidad para sentarse: 6 meses

- Comienzo del gateo: niega
- Pasos iniciales: 1 año 2 meses
- Palabras iniciales: 6 meses
- Edad control orina y deposiciones: 2 años

Patológicos:

- Niega reacción adversa farmacológica
- Niega alergias alimentarias
- Niega enfermedades médicas e infecciosas
- 1 hospitalización a los 6 meses por vómitos
- Deniega intervenciones quirúrgicas y lesiones traumáticas
- No recibió transfusiones

Familiares:

- Progenitores aparentemente sanos
- Abuela materna tiene epilepsia

Examen físico:

- FC: 144 lpm
- FR: 26 rpm
- T: 37°C
- SAT O2: 97%
- Peso: 22 kg

Piel y mucosas: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos, pequeñas manchas rojas (petequias) en frente y en extremidades inferiores, equimosis en párpado inferior izquierdo. Palidez ++/+++.

Sistemas pilosos: bien implantado.

Sistema linfático: a la palpación no linfadenopatías palpables.

Cabeza: tamaño promedio, no deformaciones.

Ojos: posición simétrica en el rostro, sin presencia de secreciones.

Oídos: adecuadamente implantados, CAES permeables.

Cara: simétrica, sin lesiones.

Nariz: centrada, conductos nasales permeables

Examen de orofaringe: no presenta congestión, ni eritema. No se observa exudado.

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

Abd: B-D, ruidos hidroaéreos (+), bazo presenta aumento de tamaño (esplenomegalia), hígado palpable a 2 cm por debajo del borde costal.

Neurológico: consciente, alerta y sensible a estímulos, reflejos osteotendinosos intactos.

Problemas y síndromes principales:

- Síndrome mieloproliferativo
- Síndrome purpúrico

Diagnósticos diferenciales:

- Púrpura trombocitopénica inmune
- Pancitopenia
- Neutropenia febril
- Leucemia linfoide aguda

Plan de trabajo:

Se requiere análisis de sangre, reticulocitos, velocidad de sedimentación globular, panel hepático, exámenes de coagulación, sedimento urinario, análisis de electrolitos, niveles de glucosa, prueba de urea, niveles de creatinina, lactato deshidrogenasa, procalcitonina-PCT, perfil de bilirrubinas, aspirado de medula ósea, citometría de flujo. I/C hematología. ECO abdominal.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Ur: 18 mg/dl. Cr: 0.39 mg/dl. Glc basal: 126 mg/dl ↑. Lactato deshidrogenasa: 373 U/L ↑. Mg: 2.21. Cl: 101. K: 3.90. Na: 134. Proteínas totales: 6.1. Alb: 3.31. Globulinas séricas: 2.8. α-amilasa: 46. AST: 27.4. ALT: 45.1 ↑. Hgb: 6.9 ↓. Hct: 18.4 ↓. VCM: 90.1. Recuento de plaquetas: 15 mil ↓. Procalcitonina-PCT: 0.84. Retic: 0.44% ↑.

Ecografía abdominal (ver figura 10): hígado de morfología y ecogenicidad conservada. Vesícula biliar, páncreas y ambos riñones no presentan anomalías. Bazo de tamaño incrementado mide: 134x 55 mm (esplenomegalia).

Citometría de flujo: 17% de los linfoblastos B con fenotipo patológico se infiltran en la médula ósea. D/C leucemia linfocítica aguda B, en estadio común, parcialmente tratada versus inicio de un cuadro leucémico. Se sugiere descartar rearrreglo de BCR: ABL1. Para llegar a una conclusión definitiva, se deben relacionar estos hallazgos con estudios complementarios como la presentación clínica. Morfológica y otros.

Aspirado de médula ósea: serie eritroide (hipoplasia), mielocítica (hipoplasia) y megacariocítica (hipoplasia), linfocitos 11%, 89% blastos.

Diagnóstico final:

- Leucemia linfocítica aguda B

Tratamiento:

No farmacológico:

- Dieta completa + LE 3 veces /d + Peso + Diuresis + BHE
- Solución de cloruro de sodio 0.9%: 2400cc por día > 100cc por h. por vía intravenosa.
- Transfusión de 1 unidad de GR, volumen 250 cc, tipo O positivo (+)

Farmacológico:

- Omeprazol 20 mg por vía intravenosa cada 24 horas
- Dexametasona 2.6 mg por vía intravenosa cada 12 horas
- Alopurinol 100 mg por vía oral cada 12 horas
- Pip/tazo 2.2 gr por vía intravenosa cada 8 horas
- Tramadol 20 mg más Dimenhidrinato 20 mg por vía intravenosa condicional a dolor
- Dimenhidrinato 20 mg por vía intravenosa condicional a náuseas o vómitos

- Si fiebre → 13 cc de paracetamol por vía oral o 500 mg de metamizol por vía intravenosa.

Seguimiento:

Niña de 4 años en su octavo día hospitalario, no presento fiebre durante la noche, según lo informado por su padre. Sin embargo, en la mañana, reportó dolor abdominal leve y náuseas.

- Piel y anexos cutáneos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos, semblante pálido, petequias en espalda y en miembros superiores y equimosis en ambas piernas.
- Abd: B-D, ruidos hidroaéreos (+) de BI y frecuencia, esplenomegalia.
- Neurológico: despierta, activa, reactiva a estímulos.
- El resto del examen sin variaciones.
- Lab: Hb: 10.3. Gb:2300. Seg:0,7%. Plaq:35000→ no criterios de lisis tumoral

Se le explica al padre diagnóstico y pronóstico de la enfermedad de su hija. Asimismo, también se solicita colocación de catéter venoso central e iniciar quimioterapia lo más antes posible y se le programara a SOP para panel molecular, citogenética y PL.

Reflexión significativa:

Decidí presentar este caso porque era una niña de 4 años que al principio se creía que su diagnóstico era una PTI, pero indagando un poco más en su historia familiar los padres mencionan que en su familia hay antecedentes de cáncer (16), pero esta información no figuraba en la historia clínica que se realizó al ingreso; esto me hizo pensar que importante es hacer una buena historia clínica para plantear un diagnóstico adecuado (17). Asimismo, me impacto profundamente que a tan corta edad la niña tenía que enfrentar síntomas desgastantes propios de su enfermedad y esto me hizo reflexionar sobre cómo se ve afectada su salud física, emocional y psicológica tanto de la niña como la de sus padres. A través de esta experiencia comprendí lo importante de la comunicación en el tratamiento de un paciente, ya que brindar apoyo verbal tanto al paciente como a su familia puede marcar una diferencia en su experiencia emocional y psicológica frente al momento de dificultad que están viviendo.

4.2.8 Caso clínico 11: Kawasaki en un infante de 3 años

Anamnesis y examen físico

TE: 10 días

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: rash en brazos, abdomen y espalda, prurito y fiebre

Relato:

La madre llega a la emergencia e informa que su hijo de tres años tiene tos seca y gripe desde hace diez días, que con el tiempo se transformó en tos productiva y sensación de elevación térmica. Asimismo, menciona que hace tres días presentó dolor de abdomen, por lo que decidió brindarle una dieta blanda y lo llevó al policlínico donde le brindaron PLIDAN (14 gotas) y trimetoprima/sulfametoxazol. La madre refiere que más tarde ese mismo día vomitó y presentó rash. Hace 2 días le dio fiebre cuantificada en 38 C y la mamá le dio REPRIMAN (5ml); a pesar de eso la fiebre continúa y empeora el rash, lo que llevó a la decisión de administrarle clorfenamina (5ml) y paracetamol (5 ml). Asimismo, a lo anterior se le sumó el prurito intenso por lo que la madre decidió acudir al CEMENA.

Funciones biológicas:

Sed disminuida, diuresis 2 veces en el día aproximadamente y deposiciones disminuidas. El resto de las funciones conservadas.

Antecedentes:

Generales:

- vivienda alquilada con 2 habitaciones, 4 personas viven en la vivienda y tiene acceso a los servicios fundamentales como agua corriente, energía eléctrica y sistema de alcantarillado
- Tiene 1 perro
- Dieta equilibrada.

Fisiológicos:

- **Prenatales**
 - Tipo de sangre de la madre: O+
 - Número de revisiones prenatales: completos
 - Problemas obstétricos: colestasis gestacional

- **Natales**
 - Modalidad de parto: inducido
 - Edad gestacional al momento del parto: 37 ss.
 - Centro de parto: maternidad
 - Peso neonatal: 3,100
 - Talla: 48 cm
 - Apgar: 7-8
 - Ninguna complicación del RN

- **Post natales**
- Recibió alimentación exclusiva con LM
- Ablactación a los seis meses
- Recibió todas las vacunas para su edad
- Desarrollo sensoriomotor:
 - Sujeta la cabeza: 3 meses
 - Capacidad para sentarse: 6 meses
 - Comienzo del gateo: 6 meses
 - Pasos iniciales: 11 meses
 - Palabras iniciales: 4 meses
 - Edad control de orina y deposiciones: 1 año y 1 mes

Patológicos:

- Niega reacción adversa farmacológica
- Niega alergias alimentarias
- Niega enfermedades médicas e infecciosas
- Niega hospitalizaciones
- Rechaza haberse sometido a intervenciones quirúrgicas y traumatismos

- No recibió transfusiones

Familiares:

- Madre en apariencia saludable
- Padre con DM tipo 2
- 2 hermanos que aparentan buena salud
- Abuela paterna fallecida por DM tipo 2
- Abuelo paterno con cáncer ocular no especificado

Examen físico:

- FC: 130 lpm
- FR: 30 rpm
- T: 38 C
- SAT O2: 99 %
- Peso: 14 Kg

Piel y anexos cutáneos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos. Se aprecia exantema maculopapular en abdomen, manos y tercio distal de las extremidades superiores. Impresiona ligero incremento de volumen en la mano.

Sistema piloso: bien implantado.

Tejido celular subcutáneo: conservado, no presencia de edemas

Sistema linfático: a la palpación linfadenopatía cervical

Cabeza: tamaño promedio, no deformaciones.

Ojos: simétricos, se evidencia inyección conjuntival bilateral no purulenta

Oídos: adecuadamente implantados, CAES permeables.

Cara: simétrica, sin lesiones

Nariz: centrada, conductos nasales permeables

Orofaringe: lengua aframbuesada, labios eritematosos

Examen de orofaringe: no presenta congestión, ni eritema. No se observa exudado.

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

Abd: B-D, ruidos hidroaéreos (+) de BI y frecuencia. A la palpación ausencia de dolor tanto a nivel superficial como profundo.

Neurológico: alerta y sensible a estímulos , reflejos miotáticos intactos.

Problemas y síndromes principales:

- Síndrome febril

Diagnósticos diferenciales:

- Shock séptico
- Enfermedad de Kawasaki

Plan de trabajo:

Se requiere electrolitos séricos, proteína C reactiva, PRO-BNP (péptido natriurético), niveles de glucosa, proteínas totales y fracción (albúmina, globulina), perfil de bilirrubinas, AST y ALT, análisis de sangre, procalcitonina-PCT, tiempo de coagulación y sangría, gasometría arterial. I/C servicio de cardiología y ECO abdominal total.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Urea: 20.2 mg/dl. Cr: 0.24 mg/dl. Glc basal: 83 mg/dl. Sodio: 129.0 mmol/L. AST: 102.4 U/L. ALT: 229.3 U/L. Ferritina: 246.0 ng/mL. PRO-BNP: 1900.00 pg/mL. PCT: 1.71 ng/ml. Albumina sérica: 3.30 g/dl. proteína reactiva C: 262.69 mg/L. VSG: 81.00 mm/h. Dímero D: 3.88 ug UEF/ml. Sedimento urinario: leuc: 30 – 50 x camp. Htíes: 2 – 5 x camp. Hemograma: Plaquetas: 456 10³ x mm³. Hgb: 11.1 g/dL. Hct: 33.6 %. Linfocitos: 15.9%. VCM: 79.4 fl. HCM: 33.0 g/dL. Electrolitos: Na: 129.0 mmol/L.

Interpretación:

- Incremento de marcadores de inflamación, tales como la proteína reactiva C, VSG y trombocitosis
- Niveles altos de proteína reactiva C
- La ferritina es otro marcador de inflamación que se encuentra elevado
- Los linfocitos están bajos esto suele darse en la fase aguda de Kawasaki
- Los niños con Kawasaki frecuentemente presentan una anemia normocítica normocrómica.

- Se observa hiponatremia que se puede asociar con un mayor riesgo de aneurisma de arteria coronaria.

Ecografía abdominal (ver figura 11):

- Hígado con morfología y estructura ecográfica normal, vías biliares sin dilatación.
- Vesícula biliar de 50 x 15 mm, sin litiasis
- Examen ecográfico abdominal normal

I/C cardiología (ver figura 12):

- Taquicardia sinusal
- Posición normal del corazón (situs solitus), con el ápex hacia la izquierda (levocardia).
- Anatomía cardíaca normal sin defectos estructurales .
- Función sistólica normal de ambos ventrículos.
- Presión arterial pulmonar dentro de parámetros normales.
- Hiperlucidez de la arteria coronaria izquierda.

Diagnóstico final:

- Enfermedad de Kawasaki
- Síndrome obstructivo bronquial

Tratamiento:

No farmacológico:

- Alimentación equilibrada + LAV
- Leche fresca en cantidad de 200 ul por Tx3T
- Solución de dextrosa al 5% 1000 unidades líquidas 60 cc/H
- Cloruro de sodio al 20% 40 unidades líquidas 60 cc/H
- Cloruro de potasio al 20% 10 unidades líquidas 60 cc/H
- Supervisión de signos vitales
- Monitoreo cardiorrespiratorio

Farmacológico:

- Omeprazol 10 mg EV c/24H

- Ceftriaxona 560 mg por vía intravenosa c/12H
- Inmunoglobulina humana: 5 gramos /100 unidades líquidas (8 cc/H) (hasta alcanzar un total de 560 unidades líquidas)
- Clorfenamina 1.7 mg EV c/8H
- NBZ salbutamol 8 gotas c/6H +SF 5CC
- Simeticona 28 gotas VO c/6H
- Ácido acetilsalicílico 70 mg VO c/6H
- Metamizol 350 Ug EV si T>38C

Seguimiento:

Madre refiere que su hijo ha pasado bien la noche, sin presentar ninguna molestia.

- Cabeza: tamaño promedio, sin evidencia visible de lesiones.
- Cuello: no se palpan adenopatías.
- Ojos: posición simétrica en el rostro, no se observa inyección conjuntival.
- Nariz: centrada, conductos nasales permeables, sin secreciones
- Boca: mucosa bucal húmeda, sin signos de lengua en fresa
- SNC: consciente, alerta y sensible a estímulos, reflejos miotáticos intactos.
- El resto del examen sin variaciones.

Paciente pediátrico masculino de 3 años se encuentra en estado hemodinámico estable, sin fiebre y respirando espontáneamente con oxígeno ambiental (FIO2 21%). Paciente evolucionó de manera favorable, se le cancela ceftriaxona y clorfenamina.

Se le explica al familiar sobre las posibles complicaciones como aneurisma de la arteria coronaria que es la de mayor riesgo; si de 2 a 3 semanas no se trata hay un 25% de riesgo. Otras complicaciones son el infarto de miocardio, la miocarditis y las arritmias.

Reflexión significativa:

Decidí incluir este caso porque la enfermedad de Kawasaki afecta principalmente a preescolares entre 2 -6 años, siendo la vasculitis más común en esta población pediátrica, lo cual es concordante con el caso, ya que el paciente tiene 3 años (18). La enfermedad de Kawasaki es una inflamación sistémica, que para su diagnóstico necesita que haya fiebre durante al menos 5 días a más, a esto se le debe sumar 4 de los 5 signos de inflamación mucocutánea (18). En este caso nuestro paciente si tenía fiebre, inyección conjuntival bilateral, lengua de fresa y labios eritematosos, erupción cutánea y linfadenopatía cervical. Algo que comprendí gracias a este caso es que los signos de

inflamación específicos de esta enfermedad suelen presentarse después de un pródromo inespecífico de síntomas gastrointestinales o respiratorios como el dolor abdominal, tos y gripe que presentó el paciente. Además, gracias al doctor de emergencia aprendí que habrá niños que no cumplirán con los criterios diagnósticos, ya que no hay una secuencia de aparición de los síntomas; por lo tanto, para hacer el diagnóstico será necesario que haga una buena historia clínica y que me apoye del examen físico realizando en varias oportunidades en busca de un nuevo signo o síntoma. En la enfermedad de Kawasaki pueden desarrollarse complicaciones que pueden dar lugar a una morbilidad y mortalidad en los niños; es por eso que en todo paciente con sospecha de esta enfermedad se debe realizar una ecocardiografía, porque nos posibilita evaluar el diámetro de la arteria coronaria, para distinguir a pacientes con riesgo de desarrollar aneurisma coronario o que deben ser tratados con inmunoglobulina intravenosa (18). Por consiguiente, la ecocardiografía sirve para dar un tratamiento eficaz y un seguimiento adecuado.

4.2.9 Caso clínico 12: encefalomiелitis diseminada aguda en niño de 6 años.

Anamnesis y examen físico

TE: 7 días

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: fiebre, debilidad muscular, tenesmo vesical.

Relato:

La madre de un niño de 6 años acudió a emergencia porque su hijo comenzó con fiebre de 38.3°C hace siete días, tratada con paracetamol. A esto se le sumó dolor muscular en las extremidades inferiores y debilidad y sensación de necesidad imperiosa de orinar (tenesmo vesical).

Funciones biológicas:

Sed aumentada, sueño disminuido, apetito disminuido y orina disminuida. El resto de las funciones conservadas.

Antecedentes:

Generales:

- vivienda propia que dispone de los servicios fundamentales agua corriente, corriente eléctrica y sistema de alcantarillado
- Dieta balanceada.

Fisiológicos:

• Prenatales

- Tipo de sangre de la madre: O+
- Número de revisiones prenatales:7
- Problemas obstétricos: niega

• Natales

- Modalidad de parto: cesárea
- Edad gestacional al momento del parto:40 ss.
- Centro de parto: CEMENA
- Peso neonatal:4,095
- Talla:53 cm
- Apgar: 9 -9
- Complicaciones del RN: ninguna

• Post natales

- Recibió LME hasta los 6 meses
- Alimentación complementaria hasta 2 años 6 meses
- la ablactación fue a partir de los 6 meses
- Dieta completa al año
- Recibió todas las vacunas para su edad
- Desarrollo sensoriomotor:
 - Sujeta la cabeza:4 meses
 - Capacidad para sentarse:7 meses
 - Comienzo del gateo:10 meses
 - Pasos iniciales: 12 meses
 - Palabras iniciales:15 meses

- Edad control de orina y deposiciones: 2 años

Patológicos:

- Niega reacción adversa farmacológica
- Niega alergias alimentarias
- Niega hospitalizaciones
- Cirugías y traumatismos: sutura en cráneo en zona frontal (2022)
- No recibió transfusiones

Familiares:

- Los padres y hermanos del paciente son aparentemente saludables

Examen físico:

- FC: 90 lpm
- FR: 22 rpm
- T: 37 C
- SAT O2: 97 %

Piel y mucosas: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos.

sistema piloso: bien implantado.

Tejido celular subcutáneo: a predominio abdominal, no edemas

Sistema linfático: a la palpación no linfadenopatías palpables

Cabeza: tamaño promedio, no deformaciones

Ojos: posición simétrica en el rostro, sin presencia de secreciones.

Oídos: adecuadamente implantados, CAES permeables.

Cara: simétrica, sin lesiones

Nariz: centrada, conductos nasales permeables

Boca: mucosa bucal húmeda, sin signos de lengua en fresa

Cuello: simétrico, sin lesiones, no se palpan ganglios cervicales ni retroauriculares

Examen de orofaringe: no presenta congestión, ni eritema. No se observa exudado.

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

Abd: a la inspección: plano, no cicatrices previas, B-D, ruidos hidroaéreos (+) de BI y frecuencia. A la palpación ausencia de dolor tanto a nivel superficial como profundo.

Genitourinario: PPL (-), PRU (-).

Soma: presenta dolor al ponerse de pie (bipedestación) en las extremidades inferiores, tono y trefismo muscular intactos.

Neurológico: consciente, alerta y sensible a estímulos, reflejos miotáticos bilateralmente +++/+++, Babinski bilateral positivo, con puntuación 15/15 en EG y tiene parestesias en zona plantar de los pies.

Problemas y síndromes principales:

- Síndrome doloroso en MII con impotencia funcional
- Síndrome febril
- Miositis

Diagnósticos diferenciales:

- Mielopatía subaguda

Plan de trabajo

Se requiere análisis de sangre, líquido cefalorraquídeo citoquímico, CPK-MB, niveles de glucosa, niveles de creatinina, prueba de urea, transaminasas y procalcitonina. I/C a neurología y resonancia magnética de columna y cerebral.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Líquido cefalorraquídeo citoquímico:

- Color: incoloro
- Aspecto: limpio como cristal de roca
- Examen citológico: hematíes 6.00, leucocitos 8.00, polimorfonucleares 0.00, mononucleares 100.00
- Examen bioquímico: glucosa 45.30, proteínas 30.10
- Examen microbiológico: coloración gram: no se observan bacterias. Tinta china: negativo

Hemograma: hgb 13.2 g/dl. Hct 39.4%. VCM 84.8 fl. Velocidad de sedimentación 20.00 mm/h. Recuento de plaquetas 454 10xmm³. Recuento total de leucocitos 16.86 10xmm³. Procalcitonina 0.03 ng/ml. Glc 113 mg/dl. Urea 20.6 mg/dl. Cr 0.33 mg/dl. Creatina fosfocinasa-MB 14.90 U/L. AST 15.9 U/L. ALT 18.9 U/L.

Interpretación:

- Hemograma y fórmula leucocitaria dentro de lo normal.
- Proteína reactiva C normal.

- CPK dentro de límites normales.
- Urea, creatinina, TGO y TGP ligeramente elevados.

I/C neurología (ver figura 13): En la región cervical, a nivel de los segmentos C6-C7 y torácicos superiores T2-T3 se observa imagen hiperintensa. Se distingue incremento de volumen en seno maxilar. Lesiones subcorticales y profundas de la materia blanca cerebral. Dx planteados: encefalomiелitis diseminada aguda (ADEM) y sinusitis maxilar.

Diagnóstico final:

- Encefalomiелitis diseminada aguda (ADEM)
- Sinusitis maxilar

Tratamiento:

No farmacológico:

- Alimentación equilibrada + LAV
- Solución de dextrosa al 5% 1000 unidades líquidas 80 cc/H
- Cloruro de sodio al 20% 40 unidades líquidas 80 cc/H
- Cloruro de potasio al 20% 10 unidades líquidas 80 cc/H
- HGT c/8H

Farmacológico:

- Ceftriaxona 1 gr por vía intravenosa cada 12 h. canulado
- Metilprednisolona 600 ug /CINa 0,9% 200ul → pasar en 2 horas
- Enoxaparina 18 mg por vía oral cada 24 h.
- Diazepam 7.4mg por vía intravenosa, administrado en caso de convulsiones
- Omeprazol 40 mg por vía intravenosa cada 21 h.
- Pregabalina 45 mg por vía oral cada 12 h.

Seguimiento:

Padre refiere que su hijo ha pasado bien la noche, refiere que ayer por la tarde hizo dos episodios de deposiciones de regular cantidad, niega SAT, vómitos, náuseas. Menciona que ya no presenta tanta molestia al orinar y que el dolor de miembros inferiores mejoró.

- Cabeza: sin evidencia visible de lesiones
- Ojos: tamaño promedio, sin secreciones
- Nariz: centrada, conductos nasales permeables, no se observa secreciones.
- Boca: mucosa bucal húmeda, no congestiva ni eritematosa.
- AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

- Soma: moviliza 4 extremidades. No dolor en MII.
- SNC: paciente consciente y colaborador, con puntuación 15/15 en EG. Babinski bilateral-leve
- El resto del examen sin variaciones.

Paciente varón de 6 años en su tercer día hospitalario con estado hemodinámico estable, afebril y respira espontáneamente con una fracción inspirada de oxígeno (FIO₂) del 21%. Evolucionó de manera favorable por ello se le da de alta con la prescripción correspondiente:

- Prednisona 10 mg 1TB 8 am x 3 días
- Control en 5 días por neurología

Complicaciones:

- Secuelas motoras, cognitivas, conductuales.

Reflexión significativa:

Decidí presentar este caso porque la encefalomiелitis diseminada aguda es una condición médica poco habitual; donde la incidencia al año es de 0,2 a 0,5 por 100.000 niños y la edad común de inicio es de 3 a 7 años, lo cual es concordante con el caso (19). Es una afección del SNC desmielinizante acompañado de síntomas neurológicos y encefalopatía (19). En este caso este paciente tuvo como antecedente 7 días de fiebre, este antecedente es importante porque en esta enfermedad antes de que inicien los síntomas neurológicos, estos suelen antecederse por una infección viral o por fiebre (20). Con respecto a su fisiopatología está no se conoce del todo, sin embargo, varios estudios proponen que es un trastorno autoinmune del SNC que se desata por un factor ambiental en personas con vulnerabilidad genética (20). Este caso también, me pareció interesante presentarlo porque es una patología grave que puede dejar secuelas ya sean motoras o cognitivas en los pacientes que no se hace un diagnóstico precoz. Por lo tanto, es fundamental enfatizar que el diagnóstico de esta afección es por discriminación y debe ser considerado como diagnóstico diferencial de síndromes desmielinizantes o infecciosos como esclerosis múltiple, enfermedad asociada a anticuerpos MOG, etc.

4.2.10 Caso clínico 13: glucogenosis tipo 1B en lactante de 8 meses

Anamnesis y examen físico:

TE: 1 día

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: diarrea, tos, fiebre

Relato:

La madre llevó a su hija de 8 meses a la sala de emergencia porque el día de ayer comenzó con diarrea líquida con moco sin sangre, cuatro deposiciones. Refiere que actualmente hizo una deposición líquida a las 16:00 h y luego a las 18:00 se añadió fiebre cuantificada en 39°C, la cual respondió a metamizol mejorando a 36°C. Además, la madre también refiere que su hija presentó tos esporádica hace tres días.

Funciones biológicas:

Sed aumentada, patrón de sueño alterado, pérdida de apetito y deposiciones aumentadas en frecuencia. El resto de las funciones conservadas.

Antecedentes:

Generales:

- Posee una vivienda de su propiedad, construida con materiales de calidad, que cuenta con 1 habitación. Tres personas viven en la vivienda y tienen acceso a los servicios fundamentales.
- Alimentación equilibrada.

Fisiológicos:

- **Prenatales**
 - Tipo de sangre de la madre: O+
 - Número de revisiones prenatales: 6
 - Problemas obstétricos: amenaza de aborto
- **Natales**
 - Modalidad de parto: eutócico
 - Edad gestacional al momento del parto: 38 ss
 - Centro de parto: hospital Cayetano Heredia
 - Peso neonatal: 3,165

- Talla: 49 cm
- APGAR: 9-9
- Complicaciones del RN: taquicardia, hipoglucemia
- **Post natales**
 - Recibió lactancia mixta desde los 19 días de nacida
 - Vacunas completas hasta los 4 meses
 - Desarrollo sensoriomotor:
 - Sostiene la cabeza: 6 meses

Patológicos:

- Niega reacción adversa farmacológica
- Niega alergias alimentarias
- Enfermedades médicas-infecciosas:
 - Hepatomegalia
 - Hipertrigliceridemia
 - Shock séptico 02/23
- hospitalizaciones:
 - shock séptico (19/02/2023)
 - Conjuntivitis, amigdalitis, posible sepsis (a los 19 días de nacida)
- Deniega intervenciones quirúrgicas y lesiones traumáticas
- Tuvo una transfusión en 02/23
- Contacto con persona con TBC

Familiares:

- Madre y padre aparentemente sanos
- Abuelo materno IRA

Examen físico:

- FC: 126 lpm
- T: 37 C
- SAT O2:97 %
- Peso: 6 kg

Piel y mucosas: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos

Sistema piloso: bien implantado.

Tejido celular subcutáneo: a predominio abdominal, no presencia de edemas

Sistema linfático: a la palpación no linfadenopatías palpables.

Cabeza: tamaño promedio, no deformaciones.

Ojos: posición simétrica en el rostro, sin presencia de secreciones.

Oídos: adecuadamente posicionados, CAES permeables, sin signos de abombamiento del tímpano.

Cara: simétrica, sin lesiones

Nariz: centrada, conductos nasales permeables

Boca: mucosa bucal húmeda, sin signos de lengua en fresa

Cuello: simétrico, sin lesiones, no se palpan ganglios cervicales ni retroauriculares

Examen de orofaringe: no presenta congestión, ni eritema. No se observa exudado.

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

Abd: globuloso, B-D, ruidos hidroaéreos (+), hígado palpable 6 dedos por debajo del reborde costal, se observa circulación colateral.

Genitourinario: genitales externos intactos.

Soma: reflejos miotáticos intactos.

Neurológico: activa, despierta y sensible a estímulos.

Problemas y síndromes principales:

- Fiebre de etiología a determinar

Diagnósticos diferenciales:

- d/c Enfermedad diarreica frecuente

Plan de trabajo:

Se requiere electrolitos séricos, colesterol total, colesterol HDL, triglicéridos, análisis de sangre completo, proteína reactiva C, nivel de glucosa, prueba de urea, nivel de creatinina, análisis de orina, procalcitonina (PCT), coagulación. Ecografía abdominal completa. Interconsulta con hematología, gastroenterología pediátrica, dermatología y USNA.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

08/04/23 glucosa 100 mg/dl, Mg 2.08 mg/di, hematocrito 26,9%.

10/04/23 TGO 68.2, TGP 48.7.15/04/23 colesterol total 153, lípidos totales 1075.

08/05/23 TGO 100 U/I, TGP 53.9.

18/05/23 TGO 100 U/I, TGP 53.9. Triglicéridos 404 mg/dl. Glucosa:97 mg/dl.

Leucocitos 10.36 10x mm³. Segmentados 8.5%. Neutrófilo: 880

19/06/23 Triglicéridos 180, colesterol 33, proteína reactiva C 1.71, hemoglobina 10.5, hematocrito 32.0. plaquetas 928 10x mm³. Leucocitos 7.23 10x mm³.

23/05/23 hemoglobina 10.6 g/dl. Plaquetas 852 10 x mm³. Triglicéridos 490 mg/dl.

Glucosa 92 mg/dl. Segmentados 8.5%. Leucocitos 6.23 10 x mm³. Neutrófilos: 529.

Interpretación:

- Hipertrigliceridemia
- Hipoglucemia
- Anemia leve
- Neutropenia

Ecografía abdominal (ver figura 14): hepatomegalia, meteorismo intestinal incrementado.

I/C hematología: filgrastim 100 mg 1 ampolla s/c o EV cuando presente cifras de neutrófilos menor a 1,500 mm³ por 3 días.

I/C dermatología: erosiones perineales, inicio de óxido de zinc.

I/C gastroenterología pediátrica: deficiencia de glicerol fosfato deshidrogenasa tipo I.

I/C USNA:

- Diagnóstico nutricional: talla baja para la edad severa.
- Requerimientos: energía:530 kcal / proteína:2.2 gr/kg día
- Continuar con alimentación complementaria a tolerancia hipograsa, hiperproteica, s/ lácteos con carbohidratos complejos, s/azúcar, sin sal.
- Continuar con fórmula maternizada Nutrilan,3 biberones al día de 3 scoop en 90 ml de agua cada uno.

Diagnóstico final:

- Glucogenosis Tipo 1B
- Hipertrigliceridemia
- Anemia leve
- Neutropenia moderada
- Hepatoesplenomegalia
- Dermatitis erosiva perianal

Tratamiento:

No farmacológico:

Esquema de alimentación:

- 09:00 enfamil sin lactosa 3 ½ onza+105cc de agua maicena 4 gr+8cc de agua.
Suspendir infusión 30 min luego de leche HGT al terminar
- 11:00 HGT previo a enfamil s/lactosa 3 ½ onzas
- 12:00 maicena 4 gr+8 cc de agua
- 13:00 HGT previo a enfamil s/lactosa 3 ½ onzas
- 14:00 maicena 4 gr+8 cc de agua
- 15:00 HGT previo a enfamil s/lactosa 3 ½ onzas
- 16 00 maicena 4 gr+8 cc de agua
- 17 00 HGT previo a enfamil s/lactosa 3 ½ onzas
- 18 00 maicena 4 gr+8 cc de agua
- 19 00 HGT previo a enfamil s/lactosa 3 ½ onzas
- 20 00 maicena 4 gr+8 cc de agua
- 21 00 Reinicia infusión 50 cc previa toma de HGT
- CFV+OSA+BHE

Farmacológico:

- Simeticona 80 mg/ml 18 gotas c/6 H
- Vitamina D 400 UI VO C/ 24 H
- Nistatina 100,00 UL 1 gotero c/6 H
- Paracetamol 100 mg/ml 27 gotas Si T >38C
- Filgrastim 100 mg SC C/24H

Seguimiento:

Madre refiere que su hija ha pasado bien la noche y niega SAT, náuseas, vómitos, tos y diarrea. Enfermería no reporta ninguna intercurencia.

- Cabeza: tamaño promedio, sin evidencia visible de deformaciones.
- Ojos: posición simétrica en el rostro.
- Nariz: centrada, conductos nasales permeables, sin secreciones, portadora de sonda nasogástrica.
- Boca: mucosa oral húmeda, no congestiva ni eritematosa.
- Abd: ruidos hidroaéreos (+) de BI y frecuencia. Ausencia de dolor tanto a nivel superficial como profundo.
- El resto del examen sin variaciones.

Paciente lactante menor de 9 meses en su 36 día hospitalario con estado hemodinámico estable, afebril y respira espontáneamente con oxígeno ambiental al 21%.

Paciente en compañía siempre de su madre presentó una evolución satisfactoria, lo que permitió su alta hospitalaria con la siguiente prescripción:

- Seguir esquema de alimentación.
- Simeticona 80 mg/ml 18 gotas c/6 H
- Vitamina D 400 UI VO C/ 24 H
- Nistatina 100,00 UL 1 gotero c/6 H
- Paracetamol 100 mg/ml 27 gotas Si T >38C

Complicaciones:

- Hepatomegalia
- Baja estatura
- Hiperuricemia
- Anemia
- Hipercolesterolemia
- Aumento de los triglicéridos séricos
- Adenomas hepáticos
- Proteinuria o microalbuminuria
- Calcificaciones renales
- Osteopenia o fracturas

Reflexión significativa:

Opté por presentar este caso porque captó mucho mi atención, dado que es una pacientita lactante menor de 9 meses que estuvo hospitalizada 36 días. Cuando ella llegó al servicio todavía no se sabía que padecía de glucogenosis tipo 1B, ella llegó presentando los síntomas de fiebre, diarrea y tos, los doctores en un inicio creían que era una enfermedad diarreica frecuente, ya que ella en repetidas ocasiones había sido traída por su mamá por el mismo motivo. Este caso en particular me pareció importante presentarlo porque en el Perú el 30% de las muertes infantiles en menores de cinco años es por una enfermedad rara o huérfana y el 50% de estos niños puede desarrollar una discapacidad si es que no se ha determinado un diagnóstico genético a tiempo (21). Esto perjudica a muchos niños, ya que en el Perú no hay suficientes hospitales especializados en el diagnóstico de las enfermedades raras o huérfanas; el instituto nacional del niño es el único que cuenta con profesionales genetistas para realizar un diagnóstico genético con precisión. En este caso él bebe siempre venía con el mismo problema y aun así no se le realizó con anterioridad un examen exhaustivo, lo cual provocó una demora en su diagnóstico final y causó como complicación la hepatoesplenomegalia, talla baja para su edad, hipertrigliceridemia, anemia y neutropenia (21).

4.2.11 Caso clínico 14: malrotación intestinal en un neonato de 9 días.**Anamnesis y examen físico:**

TE: 03 horas

Inicio: brusco

Curso: progresivo

Síntomas principales: deposición sanguinolenta, vómitos.

Relato:

Acude a la emergencia neonato de nueve días traído por su mamá, la cual refiere que su bebé presentó una cámara de deposición con sangre (ver figura 15) y tres vómitos de color verdoso de regular cantidad.

Funciones biológicas:

Una deposición con sangre color rojo vivo, las demás funciones permanecen intactas.

Antecedentes:

Generales:

- Casa de 5 dormitorios, edificada con materiales sólidos, con accesos a los servicios fundamentales.
- Albergan 1 perro

Fisiológicos:

- **Prenatales**
 - Tipo de sangre de la madre: A+
 - Número de revisiones prenatales: 10
 - Problemas obstétricos: niega
- **Natales**
 - Modalidad de parto: Cesárea
 - Edad gestacional al momento del parto: 40 ss
 - Centro de parto: CEMENA
 - Peso neonatal: 3,892 gr
 - Talla: 51 cm
 - APGAR: 9-9
 - Complicaciones del RN: niega
- **Post natales**
 - Alimentación con lactancia mixta

Patológicos:

- Niega reacción adversa farmacológica
- Niega alergias alimentarias
- Deniega enfermedades previas
- Rechaza haberse sometido a intervenciones quirúrgicas
- Deniega contacto con persona con TBC

Familiares:

- Padres aparentemente sanos
- Abuela materna con DM2 y HTA

Examen físico:

- FC: 120 lpm
- T: 36.9 C
- SAT O2:98 %
- Peso: 4.39 kg

Piel y mucosas: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos, leve palidez.

Cabeza: tamaño promedio, no deformaciones ni masas.

Oídos: normoinsertos, CAE permeable, apéndice preauricular derecho

Nariz: centrada, conductos nasales libres.

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

Abd: globuloso, B-D, ruidos hidroaéreos disminuidos

Ano: permeable

SNC: poca reacción a estímulos. No signos meníngeos

Diagnósticos diferenciales:

- d/c Malrotación intestinal
- d/c Obstrucción intestinal
- d/c Intususcepción
- d/c Vólvulo

Plan de trabajo:

Se requiere Rx de abdomen, ecografía de abdomen, reacción inflamatoria en heces, hemograma completo, proteína reactiva C. I/C cirugía pediátrica.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Proteína reactiva C 0.42. Hemograma: hgb: 16.9. Hto:50.2. Leucocitos: 18.7. Segmentados 63%. Linfocitos 31%. Plaquetas 650 mil. Electrolitos: sodio 139. K: 6.1. Cl: 104.Ca:10.6. Mg:1.91.

Radiografía de abdomen (ver figura 16): no neumoperitoneo, persistencia de asa centinela.

Ecografía de abdomen: hígado con aspecto normal, no hay dilatación de las vías biliares. Vesícula de 29x10mm no litiasis. A nivel de hemiabdomen derecho llama la atención engrosamiento de asas delgadas de 2.1mm. Impresiona líquido laminar entre asas. En hemiabdomen izquierdo asas normales. Se evidencia disminución del peristaltismo.

Conclusión: edema en asas delgadas de hemiabdomen derecho, líquido laminar entre asas, disminución del peristaltismo de asas.

I/C con cirugía pediátrica:

Se evalúa a neonato de sexo masculino a término con los antecedentes referidos. Presentó vómitos, deposiciones negruzcas en 2 ocasiones. Al examen: AREG, AREH con sonda nasogástrica. Palidez leve. Abdomen: no presenta distensión, depresible, a la palpación se observa una ligera distensión de asa intestinal en FI (flanco izquierdo). Ruidos hidroaéreos ligeramente incrementados. Informe de Rx abdominal: se observa la persistencia de un asa centinela, sin neumoperitoneo. Presenta un cuadro abdominal no específico: obstrucción intestinal parcial.

Plan: Hidratación EV, antibioticos de amplio espectro EV. Evaluación de exámenes de laboratorio. Seguimiento de signos de alarma.

Diagnóstico final:

- RNAT de sexo masculino
- Malrotación intestinal + vólvulo intestinal + peritonitis generalizada + bandas periduodenales.

Tratamiento:

No farmacológico:

- NPO + SNG
- Dx 5% 10cc, CIna 20% 1,2cc, ClK 20% 0,8 cc → 27,4cc/H
- Gluconato de calcio al 10%, 4,4 cc por vía intravenosa cada 8h.
- HGT c/24h

- CFV + BHE
- Pasa a neonatología aislados

Farmacológico:

- Vancomicina 44mg EV C/8H
- Imipenem 110 mg por vía intravenosa cada 8h.
- Restitución de pérdidas mediante solución salina al 50%

Tratamiento quirúrgico:

- Se programa laparotomía exploratoria + desvolvulación + liberación de bandas de Ladd colon duodenales y hepaticoduodenales + apendicectomía + LLP.

Hallazgos operatorios:

- Líquido libre en cavidad purulenta+- 100 cc, bandas periduodenales, malrotación intestinal, ciego en CSD. Vólvulo intestinal 270 grados antihorario. Asas intestinales con signos de sufrimiento.

Seguimiento:

Recién nacido varón a término con 11 días de vida, en su día postoperatorio uno. reportan vómitos 2cc biliosos oscuros en 6 horas. Diuresis: adecuada. No deposiciones.

- Al examen intubado
- Piel y mucosas: tez pálida.
- Cabeza: tamaño promedio, no masas ni deformaciones.
- Oídos: apéndice preauricular derecho
- Abd: globuloso, ruidos hidroaéreos disminuidos, B-D, a la palpación impresiona leve dolor en zona operatoria. Apósito con escasa secreción hemática.
- SNC: reactivo a estímulos.
- El resto del examen sin variaciones.

Laboratorio: hemograma: hgb: ↓11.3. Hto:33.8%↓. leucocitos:8520. Neutrófilos:59.8%. Linfocitos: 23.3%. Plaquetas: 530000.

Paciente estable, con posibilidad de extubación. Evolucion dentro de lo esperado.

Plan: NPO, continuar antibioticoterapia, transfusión de paquete globular previo a extubación.

Reflexión significativa:

Para plasmar este caso en el portafolio la primera dificultad que presenté fue entender las respuestas de las interconsultas con otros servicios debido a la ilegibilidad de las letras de los doctores. Resulta bastante difícil interpretar los informes y considero que enlentece la atención al paciente. Lo ideal sería digitalizar estos informes para optimizar el proceso. Respecto al caso clínico, considero que la sospecha diagnóstica no estaba muy clara al inicio, lo cual pudo retardar el tratamiento que finalmente fue quirúrgico. Luego de la primera ecografía ya se tenía el diagnóstico de obstrucción intestinal, por lo que considero innecesario la postergación de la cirugía. El paciente presentaba amplia sintomatología y confirmación por imagenología (22). Según las guías actuales, al ser la malrotación intestinal una emergencia se requiere de intervención quirúrgica inmediata, no luego de varias horas como se realizó en el caso (22). Algunas de las complicaciones que pudo presentar el bebé son isquemia intestinal, perforación intestinal, sepsis (22).

4.3 SECCIÓN III: CASOS CLÍNICOS DE CIRUGÍA

4.3.1 Caso clínico 15: hernia crural izquierda

Anamnesis y examen físico:

TE: 6 meses

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: dolor inguinal izquierdo.

Relato:

Una paciente femenina de 49 años informa que desde hace 6 meses empezó a presentar sensación de bulto de +/- 1 cm de diámetro en región inguinal izquierda que incrementa con maniobras de Valsalva y deambulación prolongada, refiere episodios esporádicos de dolor tipo punzada en mencionada región, niega cambios inflamatorios y/o de coloración. Refiere que mencionada molestia progresa con el tiempo, su último episodio de dolor fue en abril del 2023, el cual se caracterizaba por tener una intensidad 10/10 que no mejoraba

al recostarse y que se le irradiaba a la pierna izquierda, por lo cual decide asistir a emergencia donde la tratan con analgésicos para el dolor y se le realiza ecografía de región inguinal confirmándose el diagnóstico de hernia; razón por la cual asiste al hospital para programación de procedimiento electivo.

Funciones biológicas:

Las funciones permanecen intactas.

Antecedentes:

Generales:

- vivienda de tres dormitorios, equipada con servicios esenciales como agua, electricidad y saneamiento.
- Alimentación equilibrada.

Patológicos:

- No presenta reacción adversa farmacológica a los medicamentos.
- Niega hospitalizaciones anteriores
- Deniega intervenciones quirúrgicas
- Niega transfusiones y hábitos nocivos
- Padres aparentemente sanos
- Niega medicación habitual

Examen físico:

- PA: 110/70 mmHg
- FC: 62 lpm
- FR: 20 rpm
- T: 36 C
- Peso: 56 kg
- Talla: 1.60 cm

Piel y mucosas: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos.

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

Abdomen: a la inspección: plano, no cicatrices previas, B-D, ruidos hidroaéreos (+) de BI y frecuencia. A la palpación ausencia de dolor tanto a nivel superficial como profundo. Durante la inspección de la región inguinal izquierda: se observa una masa en región inguinal izquierda +/- 3 cm de diámetro, no se aprecian cambios en la coloración ni signos de inflamación. A la palpación: durante la maniobra de Valsalva, se siente una masa blanda de aproximadamente 3cm de diámetro con anillo herniario de aproximadamente 1 cm de diámetro. Al estar en decúbito: la masa es palpable y se reduce a la digitopresión. La exploración de Landívar (-), sin signos de inflamación ni cambios de coloración. SNC: con puntuación 15/15 en EG.

Problemas y síndromes principales:

- Síndrome doloroso abdominal

Diagnósticos diferenciales:

- d/c Hernia inguinal izquierda

Plan de trabajo:

Se requiere ecografía partes blandas, riesgo cardiológico, riesgo neumológico, análisis de sangre, niveles de glucosa, niveles de creatinina, análisis de orina, prueba de urea, pruebas serológicas, pruebas de coagulación.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hemograma: hemoglobina 10.9 g/dl, hematocrito 34.5%, plaquetas 431×10^9 , leucocitos 7.39×10^9 . Bioquímica: glucosa 94 mg/dl, urea 30.5 mg/dl, creatinina 0.69 mg/dl. Perfil de Coagulación: TS 1 min, TC 6 min. Examen de Orina: no patológico. Serología: HIV (ELISA) no reactiva, RPR no reactivo, VHB no reactivo, Grupo y factor O+.

Ecografía de partes blandas (ver figura 17):

Se observa pérdida de la continuidad en ligamento inguinal izquierda, en un diámetro transversal de 22.3 asociándose pasaje de saco herniario de pared delgada, contenido

graso mesentérico, parcialmente reducible, sin cambios inflamatorios agudos, adecuada ecogenicidad de grasa regional.

Interpretación:

- El estudio ecográfico de región inguinal izquierda muestra hernia de contenido graso sin cambios inflamatorios.

Diagnóstico final:

- Hernia crural izquierda.

Tratamiento:

Quirúrgico:

- Se programa hernioplastia inguinal izquierda

Hallazgos operatorios:

- Hernia crural, saco herniario 6x4 cm, contenido graso pre peritoneal
- Anillo de 2x2cm asociado a saco herniario

Seguimiento:

Postquirúrgico:

- NPO x 6 horas, luego dieta blanda +LAV
- Dextrosa 5% 1000 ml -70ml/h
 - CINA 20% (2 ampollas) -70ml/h
 - CIK 20% (1 ampolla) -70ml/h
- ketoprofeno 100 mg EV c/8h
- Ranitidina 50 mg EV c/8h
- tramadol 50 mg SC PRN dolor
- Dimenhidrinato 50 mg EV PRN náuseas y vómitos

Evolución Postquirúrgica:

Paciente femenina en su primer día postoperatorio, refiere haber dormido tranquila. Además, refiere presentar de forma esporádica gases.

Abd: a la inspección móvil a la respiración, no presencia de cicatrices, RHA (+) de BI y frecuencia. B-D, a la palpación profunda en el FII se presenta dolor.

Región inguinal: sitio operatorio bien afrontado con puntos de sutura, sin signos de inflamación ni secreciones.

<A> Paciente con estado hemodinámico estable, afebril, respirando espontáneamente con oxígeno ambiental, tolera vía oral.

Reflexión significativa:

Decidí exponer este caso ya que me llamó la atención que al principio el diagnóstico que se planteó fue una hernia inguinal, pero luego de la cirugía se dio el diagnóstico definitivo que era una hernia crural. Las hernias inguinales suelen ser más comunes en los varones a diferencia de las mujeres (23). Los hombres tienen entre 9 y 12 veces más riesgo de sufrir una hernia inguinal, mientras que las mujeres presentan 4 veces más riesgo de desarrollar una hernia femoral, como es el caso de esta paciente (23). Algo que aprendí es que el síntoma más común de una hernia es la sensación sorda al realizar esfuerzos, como en este caso la paciente que al toser o hacer deposiciones presentaba esta sensación.

4.3.2 Caso clínico 16: litiasis vesicular/ cirrosis hepática

Anamnesis y examen físico:

TE: 1 año

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: no refiere síntomas.

Relato:

Varón de 71 años informa que en controles rutinarios de cirrosis hepática le indican ecografía de control, la cual indica dilatación de conducto cístico y colédoco proximal con contenido de barro biliar. Se complementa análisis con colangiografía. Paciente refiere que no ha presentado síntomas de importancia ya que mantiene una dieta estricta por enfermedad de cirrosis.

Funciones biológicas:

Sed, sueño, apetito y sudor conservados. Deposiciones conservadas en frecuencia y cantidad. Peso y diuresis conservada.

Antecedentes:

Generales:

- vivienda propia con cinco habitaciones, con acceso a los servicios fundamentales.
- Alimentación equilibrada.

Patológicos:

- Cirrosis hepática: diagnóstico hace 1 año
- HTA (+) hace 3 años
- DM (+) hace más de 10 años
- Asma (-), gastritis (-), hepatitis (-),
- COVID: vacuna dosis completas
- No recibió transfusiones
- Medicación frecuente: telmisartán 40 mg c/24h, carvedilol 6.25 mg c/12h, clopidogrel 75 mg c/24h, atorvastatina 5 mg c/24h, dapagliflozina 10 mg c/24h, vildagliptina 50mg / Metformina 850 mg c/12h.
- Cirugías previas:
 - Hernioplastia Inguinal (Hace 34 años)
 - Varicocelelectomía (2001-2002)
 - Amigdalotomía (hace 64 años)

Examen físico:

- FC: 60/min
- FR: 16/min.
- peso:71.5 kg
- Talla: 1.73
- IMC: 23.84
- PA: 120/80mmHg
- Temperatura.: 36.5 °C.

Actitud del paciente en decúbito dorsal activo.

Piel y anexos cutáneos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos.

TCSC: edemas no presentes.

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios, IY (-).

Abd: B-D, móvil a la respiración, ruidos hidroaéreos (+), sin circulación colateral, Murphy (-), a la palpación no doloroso y sin masas.

GU: puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-).

Soma: movilidad de 4 extremidades sin dificultad, reflejos miotáticos intactos.

SNC: paciente consciente y colaborador, LOTEPE. Con puntuación 15/15 en escala Glasgow, sin signos de déficit neurológico focal, no signos de irritación meníngea, con funciones motoras y sensitivas intactas.

Problemas y síndromes principales:

- Síndrome hipertensivo
- Síndrome hiperglucémico
- Cirrosis hepática
- DM
- HTA

Diagnósticos diferenciales:

- d/C Litiasis vesicular

Plan de trabajo:

Se requiere ecografía, colangiografía, endoscopia alta digestiva, riesgo cardiológico, riesgo neumológico, análisis de sangre, niveles de glucosa, prueba de urea, niveles de creatinina, análisis de orina, pruebas serológicas, pruebas de coagulación. IC endocrinología.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hemograma: Hb: 15.1 g/dl, leucocitos: 6230, plaquetas: 145 000. Bioquímica: U:248, glucosa:115, C: 0.91, BT 0.40, BD: 0.16, BI :0.22, FA: 58, GGTP: 34, TGO: 29,8, TGP: 25.7, PT: 7.7, Alb: 4.95, Glob: 2.9, HBA1c: 6.17, B12: 305. Perfil de coagulación: TC: 8.00', TS: 2:00, TTP: 27.6, TT :17.7, F :257, TP: 11.1, INR: 1.09. Examen de orina no

patológico. Serología: HIV (ELISA): no reactiva, RPR: no reactivo. VHB: no reactivo. Grupo y factor: A1+.

Ecografía: vesícula biliar: mide 51×3° mm paredes delgadas contenido anecogénico. No litos. Dilatación de cístico en 16 mm y el colédoco proximal en 14 mm con contenido ecogénico sugerente a barro biliar.

Colangiografía:

- Hígado de aspecto cirrótico caracterizado por distribución volumétrica, esplenomegalia, y signos de hipertensión portal.
- Colecistitis crónica litiásica.
- No se observa dilatación en los conductos biliares intra ni extrahepática.
- Quiste hepático simple.
- Quiste renal simple izquierdo.

Endoscopia alta digestiva: esófago: UEG y plicatura coinciden a 38 mm de AD desde donde se extienden 2 cordones varicosos color azulados, tortuosos que se aplanan a la insuflación hasta tercio medio. Resto de la mucosa de aspecto conservado. Antro: mucosa con eritema parcelar.

Dx:

- Varices esofágicas
- Gastritis endoscópica eritematosa leve de antro.

Riesgos quirúrgicos: RQ cardiológico: RQ II. RQ neumológico: menor Tiempo quirúrgico, mantener SAT >94%, manejo adecuado de dolor.

Diagnóstico final:

- Litiasis vesicular
- Cirrosis hepática
- DM
- HTA

Tratamiento:

Quirúrgico:

- Se programa colecistectomía laparoscópica

Hallazgos operatorios:

- Vesícula biliar grande 10 cm x 2 cm con adherencias de epiplón a cara anterior, adherencias a bacinete, paredes delgadas.
- Hígado nodular macroscópicamente cirrótico con vascularización tortuosa
- Conducto cístico ancho 9 mm, arteria cística posterior
- Contenido de vesículo biliar espeso con cálculos negros en su interior.

Seguimiento:

Postquirúrgico:

- NPO x 6 horas, luego dieta blanda +LAV
- Dextrosa 5% 1000 ml -70ml/h
 - ClNa 20% (2 ampollas) -70ml/h
 - ClK 20% (1 ampolla) -70ml/h
- Ampicilina + sulbactam 1.5 gr EV c/6 h
- ketoprofeno 100 mg EV c/8h
- Ranitidina 50 mg EV c/8h
- Tramadol 50 mg SC PRN dolor intenso
- HGT c/8h
- Insulina de escala móvil >180 mg/dl -3UI
- CFV+BHE

Evolución postquirúrgica:

Paciente en su día postoperatorio uno, refiere haber dormido tranquila. Niega vómitos, SAT u otras molestias.

- Abd: a la inspección móvil a la respiración, no presencia de cicatrices, ruidos hidroaéreos (+) de BI y frecuencia. B/D, a la palpación no impresiona dolor, sitio operatorio bien afrontado con puntos de sutura sin signos de inflamación, ni secreción purulenta.
- SNC: paciente consciente y colaborador, con puntuación 15/15 en EG.

- El resto del examen sin variaciones.

<A> Paciente con estado hemodinámico estable, afebril, respirando espontáneamente a FIO2 ambiental, tolera vía oral.

Reflexión significativa:

La colangiografía reveló la presencia de litiasis vesicular y la dilatación de los conductores biliares, lo que resalta la necesidad de evaluar y abordar adecuadamente estas condiciones, especialmente en un paciente con cirrosis hepática (24). Cuando se trata de un paciente con diabetes mellitus y cirrosis se debe abordar la cirugía con mucho cuidado, el manejo de la glucosa y la suspensión de medicación antes de la cirugía son ejemplos de medidas para minimizar riesgos; por ejemplo, la cirrosis puede comprometer la habilidad del hígado para procesar medicamentos y eliminar toxinas del organismo (25). Por otro lado, la cirrosis también puede causar disfunción de las plaquetas y una disminución de la generación de factores de coagulación en el hígado, esto conduce a una coagulopatía, lo que significa que el paciente puede tener una mayor tendencia al sangrado durante la cirugía (25). Por lo tanto, gracias a este caso aprendí que la cirrosis es una enfermedad que puede complicar cualquier procedimiento quirúrgico; por eso es importante evaluar el grado de disfunción hepática para minimizar cualquier complicación.

4.3.3 Caso clínico 17: apendicitis aguda necrosada

Anamnesis y examen físico:

TE: 3 días

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas Principales: hiporexia, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea y fiebre

Relato:

Se presenta un hombre de 30 años que reporta que desde hace tres días comenzó con un cuadro de dolor abdominal. Ayer, hace 14 horas, el dolor abdominal tipo cólico-progresivo (10/10) migró al cuadrante inferior derecho y testículos, acompañado de

náuseas, diarrea (5 veces) y aumento de temperatura (38°C), por esta razón se dirigió al servicio de emergencia.

Funciones biológicas:

Pérdida de apetito y somnolencia; sed y deposiciones incrementadas y por último el peso de 90kg

Antecedentes:

Generales:

- Casa construida de material noble y dispone de servicios esenciales
- Alimentación equilibrada.

Patológicos:

- No presenta reacciones adversas a medicamentos
- Niega hospitalizaciones anteriores
- Deniega intervenciones quirúrgicas previas
- No recibió transfusiones
- Presenta hábitos perjudiciales, como la ingesta regular de licor y el uso interdario de cigarro (1 unidad por día).

Examen físico:

- PA: 114/76 mmHg
- Peso: 90 kg
- Talla: 1.77 cm

Cabeza: ojo simétrico, pupilas isocóricas y fotorreactivas.

Cuello: de forma cilíndrica, simétrica y sin masas palpables.

Mamas: diferido.

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

Abdomen: ruidos hidroaéreos (+), propulsivos, B-D, dolores a la palpación superficial y profunda, rebote (+), Mc Burney (+), Rovsing (+)

GU: puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-).

Neurológico: despierto, LOTEPE, con un puntaje 15/15 en EG, tono y fuerza muscular intactos.

Problemas y síndromes principales:

- Síndrome doloroso abdominal
- Síndrome nauseoso

Diagnósticos diferenciales:

- d/c Apendicitis aguda

Plan de trabajo:

Se requiere riesgo cardiológico, análisis de sangre, niveles de glucosa, prueba de urea, niveles de creatinina, análisis de orina, pruebas de coagulación, proteína reactiva C, pruebas de función hepática, electrolitos.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hemograma: hemoglobina: 14.9 g/dl. Hematocrito: 42.3%. Plaquetas: 206 x 10.
Leucocitos: 13.65 x 10. Bioquímica: glucosa: 114 mg/dl. Urea: 27.4 mg/dl. Creatinina: 0.81 mg/dl. Perfil de Coagulación: TS 2 min. TC: 6 min. Examen de orina: no patológico. Serología: HIV (ELISA): no reactivo. RPR: no reactivo. VHB: no reactivo. Grupo y factor: O+.

Diagnóstico final:

- Apendicitis aguda necrosada

Tratamiento:

Quirúrgico:

- Se programa apendicectomía laparoscópica.

Hallazgos Operatorios: apéndice cecal necrosado en tercio medio de 6x1.5 cm, líquido citrino aproximadamente 50 cc en parieto cólico derecho, base indemne ciego fijo.

Seguimiento:

Postquirúrgico:

- NPO por 6 horas, luego dieta líquida amplia más líquidos a voluntad.
- Dextrosa 5% 1000 ml - 80 ml/h
 - CNa 20% (2 ampollas) - 80 ml/h
 - ClK 20% (1 ampolla) - 80 ml/h
- Metronidazol 500g c/8h
- Ceftriaxona 20g c/24h
- Ranitidina 50g c/8h
- Dimenhidrinato 50 mg EV PRN náuseas y vómitos
- Ketoprofeno 100g c/8h
- Metamizol 1gr
- CFV + BHE

Evolución postquirúrgica:

Paciente refiere a ver conciliado el sueño, niega SAT, náuseas, vómitos. Enfermería no reporta interurrencias.

- Abd: B-D, RHA (+) propulsivos de buena frecuencia e intensidad, puntos operatorios sin signos de inflamación bien afrontados.
- SNC: LOTEPE, con un puntaje 15/15 en EG.
- El resto del examen sin variaciones.

(A) Paciente con estado hemodinámico estable, afebril, en su tercer día PO, en tratamiento antibiótico.

(P) Control del dolor y antibioticoterapia.

Reflexión significativa:

Decidí destacar este suceso porque se consideró inicialmente un diagnóstico de apendicitis aguda, pero tras la cirugía se confirmó la apendicitis aguda necrosada. En este caso el tratamiento quirúrgico oportuno es fundamental para prevenir las complicaciones graves, la demora en la cirugía puede llevar a complicaciones como la necrosis apendicular, esto aumenta el riesgo de perforación, aprendí que la colaboración efectiva entre los miembros del equipo médico durante la cirugía es esencial especialmente

cuando hay complicaciones como la necrosis (26). Este caso destaca la relevancia de realizar una evaluación inicial detallada y la decisión rápida de tratamiento en casos de apendicitis para prevenir complicaciones severas.

4.3.4 Caso clínico 18: granuloma de pared abdominal

Anamnesis y examen físico

TE: 4 meses

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: dolor localizado en FID.

Relato:

Paciente femenina de 38 años refiere que en junio presentaba dolor localizado en FID, en zona pélvica de característica opresiva a fines de julio, decidió acudir a CEMENA, debido a dolor intenso en FID y zona pélvica, de característica opresiva intensidad (8/10). Dolor al toser, estornudar y caminar. El dolor no se atenuaba en ninguna posición. Paciente no mejora con analgésicos, se le realiza interconsulta para cirugía general donde se decide su hospitalización para manejo quirúrgico electivo.

Antecedentes

Generales:

- Casa propia con tres habitaciones, con accesos a los servicios fundamentales
- 1 gato.
- Alimentación equilibrada.

Patológicos:

- No presenta reacción adversa farmacológica a los medicamentos
- Cirugías anteriores:
 - Apendicectomía 2006
 - Colectomía 2016
 - Cesárea primer hijo 2016, segundo hijo 2018
- Niega transfusiones y hábitos nocivos

- Padres aparentemente sanos
- Niega medicación habitual

Examen físico:

- FC: 70 /min.
- FR: 17/min.
- PA: 130/60mmHg
- T.: 36.5 °C.
- Peso: 72 Kg
- Talla: 1.70
- IMC: 30.48

Paciente en posición decúbito supino.

Piel y anexos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales. Amplexación torácica conservada.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios, pulsos presentes y palpables.

Abdomen: móvil a la respiración. Abdomen plano, cicatriz Pfannenstiel en zona pélvica de aproximadamente 7cm y en epigastrio se evidencia cicatriz de aproximadamente 2 cm. Ruidos hidroaéreos (+) de BI y frecuencia. Abdomen B-D, a la palpación profunda doloroso en FID de intensidad 5/10.

GU: puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-).

SNC: colaborador durante el examen, alerta y con puntuación 15/15 en escala de Glasgow, no presenta signos de focalidad neurológica , no muestra signos meníngeos, conserva intactas sus funciones motoras y sensitivas.

Problemas y síndromes principales:

- Síndrome doloroso abdominal

Diagnósticos diferenciales:

- d/c Granuloma de pared

Plan de trabajo:

Se requiere ecografía de abdomino pélvico, RNM de pared abdominal + pelvis, riesgo cardiológico, hemograma, niveles de glucosa, prueba de urea, niveles de creatinina, análisis de orina, pruebas serológicas, pruebas de coagulación.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hemograma: hb: 13.4 g/dl, leu:8.51g/dl, plaquetas: 253 000. Perfil de coagulación: TC: 7.00". TS: 2.00". TP: 14.5. INR: 1.10. TTP: 42.10. Examen de orina: no patológico. Bioquímica: glucosa: 93 mg/dl, urea: 23 mg/dl, creatinina: 0.55 mg/dl. proteína reactiva C: 0.39. Serología: HIV -1 (ELISA): no Reactivo. RPR: no Reactivo. VHB: no reactivo. Grupo y factor: O+.

Ecografía abdomino pélvico (ver figura 18): a nivel de pared abdominal FID presencia de lesión solida de 28 mm vascularizada dolorosa a la exploración. Granuloma de pared abdominal.

RNM pared abdominal + pelvis: pared abdominal a nivel de FID presenta lesión de partes blandas de contornos mal definidos que exhiben intensidad de señal intermedia a baja en las secuencias t1 y t2, muestra restricción a la difusión parcialmente caracterizada por falta de material de contraste paramagnético, mide 23x16x10 (LxT xAP) se localiza en TCSC profundo contactando la fascia muscular de musculo recto abdominal y oblicuo externo.

RQ cardiológico: RQ II

Conclusión:

- Lesión nodular de intensidad baja en partes blandas de la FID. Presenta restricción a la difusión podría corresponder a extirpe fibromatosa se sugiera correlacionar con estudio histológico
- Miomas uterinos corporal anterior (FIGO4) y fúndico (FIGO5)
- Quistes de Naboth
- Quiste de Bartolino sin complicaciones

Diagnóstico final:

- Granuloma de pared abdominal

Tratamiento:**Quirúrgico:**

- Se programa para resección de tumoración de pared abdominal.

Hallazgos operatorios:

- Tumoración de +1-4x3 cm de diámetro de consistencia dura adherido a plano aponeurótico
- Debilidad de pared en sitio de tumoración de +- 6 cm de diámetro.

Seguimiento:

Evolución postquirúrgica:

Paciente refiere haber dormido tranquila. Refiere leve dolor al movimiento. Enfermería no reporta interurrencias.

- Abd: a la inspección móvil a la respiración. Abdomen plano cicatriz Pfannenstiel en zona pélvica de aproximadamente 7cm y en epigastrio se evidencia cicatriz de aproximadamente 2 cm. Ruidos hidroaéreos (+), con características propulsivas de BI y frecuencia. Abdomen B-D, a la palpación superficial doloroso en FID, sitio operatorio bien afrontado con puntos de sutura, sin signos de inflamación ni secreciones.
- SNC: despierta, LOTEPE, con un puntaje 15/15 en la escala de Glasgow.
- El resto del examen sin variaciones.

<A> Paciente con estado hemodinámico estable, afebril, ventila de forma autónoma a FIO2 basal, tolera vía oral.

Reflexión significativa:

Este caso captó mi atención, ya que los granulomas son una inflamación crónica que puede ser inducida por cuerpos extraños como talco o suturas, en este caso la paciente tiene un antecedente importante que son cirugías previas (27). Según algunos estudios las suturas no absorbibles se relacionan con un mayor número de complicaciones, entre ellas la aparición de granulomas por cuerpo extraño y dolor después de la intervención quirúrgica (27). En este caso los doctores creían que el granuloma que se pudo haber formado en la paciente pudo haber sido producto de una sutura, al realizar la operación encontraron una tumoración de consistencia dura y lo enviaron a anatomía patológica.

4.3.5 Caso clínico 19: lipoma de mama derecha

Anamnesis y examen físico:

TE: +- 15 años

Inicio: insidioso

Curso: crónico

Síntomas principales: aumento de tamaño seno derecho, sensación de masa en seno derecho

Relato:

Paciente femenina de 62 años indica que aproximadamente hace 15 años comenzó a experimentar sensación de masa e incremento de tamaño en su seno derecho, así que decidió acudir al consultorio ambulatorio donde se efectúa una mamografía y le detectan un lipoma.

Funciones biológicas: Sed, sueño, apetito y sudor conservados. Deposiciones conservadas en frecuencia y cantidad. Peso y diuresis conservados.

Antecedentes:**Generales:**

- Propietaria de vivienda con servicios básicos.
- Alimentación balanceada.

Patológicos:

- No presenta reacción adversa farmacológica a los medicamentos.
- DX: HTA
- 3 hospitalizaciones anteriores:
 - Colectomía laparoscópica (2022)
 - Miomectomía hace 12 años
 - 3 cesáreas
- Cirugías anteriores:
 - Colectomía laparoscópica (2022-abril)
 - Miomectomía hace 12 años

- 3 cesáreas
- Niega transfusiones y hábitos nocivos
- Padres aparentemente sanos
- Medicación habitual:
 - Nifedipino 30 g 1 tb VO c/d 12 h
 - Hidroclorotiazida 25 g 1 tb VO c/d 24 h

Examen físico:

- PA: 110/70 mmHg
- FC: 62 lpm
- FR: 20 rpm
- T: 36 C
- Peso: 84 kg
- Talla: 1.62 cm

Piel y anexos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos.

AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.

AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

Abd: a la inspección: plano, 3 cicatrices previas de aprox 1x1 cm, B-D, ruidos hidroaéreos (+), con características propulsivas, de buena intensidad y frecuencia. A la palpación tanto profunda como superficial no doloroso. No se evidencian tumoraciones palpables.

Mama derecha: se palpa masa con aumento de tamaño, no impresiona dolor.

GU: puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-).

SNC: con puntuación 15/15 en EG.

Diagnóstico diferencial:

- d/c Lipoma de mama derecha
- d/c Quiste solitario de mama derecha
- d/c Cáncer de mama

Plan de trabajo:

Se requiere mamografía, resonancia magnética, ecografía de mama bilateral, riesgo cardiológico, hemograma, niveles de glucosa, prueba de urea, niveles de creatinina, análisis de orina, pruebas serológicas, pruebas de coagulación.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hemograma: hemoglobina 11.9 g/dl, hematocrito 34.5%, plaquetas 431×10^9 , leucocitos 7.39×10^9 . Bioquímica: glucosa 104 mg/dl, urea 22.1 mg/dl, creatinina 0.77 mg/dl. Perfil de Coagulación: tiempo de sangría 2 min, tiempo de coagulación 6 min. Examen de Orina: no patológico. Serología: HIV (ELISA) no reactiva, RPR no reactivo, VHB no reactivo, Grupo y factor O+.

Ecografía mamaria bilateral (ver figura 19): Masa sólida isoecoica al plano graso, ubicada en la mama derecha, según descripción. Considerar hallazgos benignos, sugerente de lipoma como primera posibilidad. BI-RADS 2. Se sugiere control anual.

Resonancia magnética:

- RM de mamas sin hallazgos que sugieran malignidad
- En mama derecha, extenso lipoma que ocupa todos los cuadrantes externos, hallazgo benigno.
- Categoría BI-RADS2

Mamografía:

- lipoma en mama derecha
- BIRADS2

Diagnóstico final:

- Lipoma de mama derecha.

Tratamiento:

Quirúrgico:

- Se programa tumorectomía de mama derecha

Hallazgos operatorios:

- Mama derecha tumor 25 x 30 cm que ocupa los cuadrantes externos de la mama derecha y llega a la región retroareolar de aspecto lobulado lipomatosa con algunas áreas aumentadas de consistencia de color parduzco. Se reseca en su totalidad, se marca 1 hilo en zona en región con contacto axilar.

Seguimiento:

Postquirúrgico:

- NPO x 6 horas, luego dieta blanda +LAV
- Ketorolaco 60 mg EV c/d 8 hrs
- Tramadol 50 mg SC PRN a dolor
- Dimenhidrinato 50 mg EV PRN N/V

Evolución postquirúrgica:

Paciente refiere haber dormido tranquila. No refiere dolor, ni náuseas, ni vómitos.

Enfermería no reporta interurrencias.

- AP. circulatorio: ruidos cardiacos regulares y de BI, sin ruidos accesorios, pulsos presentes y palpables.
- Abd: a la inspección: plano, 3 cicatrices previas de aprox 1x1 cm, B-D, ruidos hidroaéreos (+), con características propulsivas, de buena intensidad y frecuencia. A la palpación tanto profunda como superficial no doloroso.
- Mama derecha: mama derecha cubierta con vendas secas y limpias, Puntos operatorios bien afrontados sin signos de flogosis, ni secreción. Puntos operatorios no dolorosos.
- El resto del examen sin variaciones.

<A>Paciente mujer en su 4to día hospitalario, con estado hemodinámico estable, afebril y ventila de forma autónoma a FIO2 basal.

El paciente ha mostrado una evolucion positiva, por lo que se le otorga el alta con las recomendaciones pertinentes:

- Alimentación completa
- Cefuroxima 500 mg c/12 hrs x 4 días

Reflexión significativa:

El abordaje de un lipoma de mama implica consideraciones que trascienden la simple preocupación por la estética. La importancia radica en el bienestar y la salud del paciente. Los lipomas en las mamas son tumores no cancerosos formados por células adiposas maduras y carecen de tejido mamario (28). Se manifiestan como masas suaves, indoloras y bien circunscritas, tal como se observó en el contexto de la paciente. Con respecto al abordaje de los lipomas estos deben extirparse quirúrgicamente si continúan aumentando de tamaño o creciendo rápidamente, como en la situación de la paciente (29). Asimismo, el lipoma que tenía la paciente no solo la afectaba físicamente sino también le generaba un constante estado de ansiedad y preocupación. Al abordar el lipoma de manera adecuada y oportuna, no solo se alivia esta carga emocional, sino que también se evitan posibles complicaciones a largo plazo. Además, la identificación temprana y el tratamiento adecuado pueden contribuir a descartar otras afecciones más serias, como tumores malignos. El cuidado de la salud mamaria es esencial para una vida plena y sin preocupaciones innecesarias. No se trata solo de mejorar la apariencia física, sino de garantizar la tranquilidad y la salud en general, lo que nos permite enfocarnos en vivir una vida plena y sin miedos innecesarios.

4.3.6 Caso clínico 20: tumor de cabeza de páncreas

Anamnesis y examen físico:

TE: 1 mes

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: dolor abdominal a nivel de epigastrio.

Relato:

Mujer de 61 años señala que desde hace 1 mes comenzó a tener episodios esporádicos de cólico abdominal a nivel de epigastrio de corta duración que cede de manera espontánea, niega disminución de peso importante. Acude por consultorio, donde se amplían exámenes que identifican una lesión de apariencia sólida en cabeza de páncreas. Es derivada a gastroenterología donde se amplía con endoscopia digestiva alta y TAC con diagnóstico probable: adenocarcinoma de páncreas ductal con leve dilatación del

conducto de Wilson. Vías biliares intra y extrahepáticas. Finalmente es derivada a cirugía general para cirugía electiva.

Funciones biológicas:

Sed, sueño, y sudores conservados. Apetito disminuido. Deposiciones conservadas de aspecto claro (acolia). Diuresis conservada. Peso disminuido 2 kg en 1 mes.

Antecedentes:

Generales:

- vivienda propia con cinco habitaciones, con acceso a servicios fundamentales
- Alimentación equilibrada.

Patológicos:

- Problemas médicos: asma bronquial (última exacerbación a los 30 años)
- RAMS: yodo contraste
- Medicación habitual: no refiere
- Tabaco: fumadora por 10 años 1 cajetilla/día (no consume hace 15 años)
- Cirugías anteriores:
 - Histerectomía radical hace 20 años (electiva)
 - Gastrectomía vertical en manga laparoscópica hace 2 años (electiva)

Familiares: no contribuyentes.

Examen físico:

- FC: 70 x min
- FR: 20 x min
- T: 36.2°C
- SatO2: 98%
- Peso: 67 kg
- Talla: 1.62 m
- IMC: 25.5 kg/m²

- Piel y anexos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos.
- AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales. Amplexación torácica conservada.
- AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.
- Abdomen:
 - Inspección: móvil a los movimientos respiratorios, cicatriz quirúrgica mediana por debajo del ombligo.
 - Auscultación: ruidos hidroaéreos (+), propulsivos, con apropiado tono, intensidad y frecuencia.
 - Palpación: B-D, ausencia de dolor tanto a nivel superficial como profundo.
- Neurológico: con puntuación 15/15 en EG.

Problemas y síndromes principales:

- Síndrome doloroso abdominal

Diagnósticos diferenciales:

- d/C Tumor de cabeza de páncreas

Plan de trabajo:

Se requiere ecografía, TAC tórax, TAC abdominal SC, colangiografía y resonancia de abdomen, riesgo cardiológico, riesgo neumológico, análisis de sangre, niveles de glucosa, prueba de urea, niveles de creatinina, análisis de orina, pruebas serológicas, pruebas de coagulación y marcadores tumorales.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hemograma: Hb: 12.8 g/dl. Hto:38.8%. Plaquetas: 229. Leucocitos: 5.14

Bioquímica: urea: 32 mg/dl. Creatinina: 0.81 mg/dl. Glucosa basal: 84 mg/dl. Proteínas totales: 7.3 g/dl. Amilasa: 76 U/L. Lipasa sérica: 43.5 U/L. Proteína C reactiva: 0.90 mg/L.

Perfil de coagulación: TC: 8.00'. TS: 2: 00.TTP: 27.6. TT :17.7. F :257. TP: 11.1. INR: 1.09.

Examen orina: no patológico

Serología: hep B: no reactivo. HIV 1-2: no reactivo. Hep C: no reactivo

Marcadores tumorales: alfa fetoproteína: 3.68 ng/ml (2 – 7.80). ACE 3.25 ng/ml (0 - 3.40 ng/ml). CA19-9 (pancreas) < 2 U/ml (0 - 39 U/ml).

Grupo y factor: A+.

Ecografía páncreas: se evidencia lesión de aspecto sólido a nivel de la cabeza que mide 28 x 40 mm de bordes parcialmente definidos y con leve vascularidad central al Doppler color.

TAC de tórax: parénquima pulmonar muestra (2) micronódulos derechos, el mayor en ápice de 3mm y (3) izquierdos, el mayor de 3.8mm en segmento 1 y 2. Resto del parénquima pulmonar de adecuada densidad sin evidenciar nódulos ni masas.

TAC de abdomen sc:

- Páncreas muestra tenue imagen isodensa a hipodensa en cabeza de densidad sólida, de márgenes imprecisos a la valoración no contrastada, mide aproximadamente 44x32x29mm, la cual impresiona englobar menos de 180 grados a la arteria mesentérica superior.
- Retroperitoneo con adecuada configuración y calibre conservado de las estructuras vasculares, presencia de algunas placas cálcicas en las paredes de la aorta. Se definen dos adenopatías paraaórticas izquierda de 13mm y 18mm.
- Además, adenopatías mesentéricas en mesogastrio entre 13mm y 29mm.
- Conclusión: hallazgos sugerentes de NM de páncreas. Adenopatías paraaórticas y mesentéricas.

Colangiografía y resonancia de abdomen cc:

- El conducto pancreático principal (Wirsung), se muestra levemente dilatada de 2.6mm en su calibre. Páncreas presenta lesión sólida de contornos definidos en cabeza de páncreas que mide 37x30x25 mm que presenta hipo realce en fases inicial arterial con respecto al parénquima pancreático; en fases tardías presenta áreas necróticas y/o quísticas, muestra restricción a la difusión, no contacta estructuras vasculares.
- Se evidencian adenopatías paraaórticas e intercavo-aórticas, el mayor de 39x20mm.

- Conclusión: Lesión neoproliferativa en cabeza de páncreas en hipo realce en probable relación con adenocarcinoma ductal, condiciona leve dilatación de conducto de Wirsung, así como vías biliares intra y extrahepáticas, no se identifica compromiso vascular.
- Adenopatías retroperitoneales.
- Colecistopatía litiásica sin signos de agudeza

Diagnóstico final:

- Tumor de cabeza de páncreas

Tratamiento:

Quirúrgico:

- Se programa duodenopancreatectomía laparoscópica convertida

Hallazgos operatorios (ver figura 20):

- Tumoración en cabeza de páncreas 4x4cm, sólido, márgenes macroscópicamente libres.
- Lesión tumoral de 2x1cm en segmento III
- Adenopatías paraaórticas de aprox 1 a 0.5 cm múltiples
- Adenopatías para arteria mesentérica superior aprox 3x2cm
- Ganglio mesentérico por encima de la cabeza de páncreas.
- Colédoco 5 – 4 mm

Seguimiento:

<S> Paciente en su PO 15 indica haber pasado una buena noche, sin SAT. Enfermería no reporta interurrencias.

<O>

- Abd: móvil a los movimientos respiratorios. Globuloso. Corte quirúrgico bien afrontado, sin signos de inflamación. Portadora de DPR (2) en flancos. DPR (D): cc seroso, DPR (I): cc serohemático. Sonidos hidroaéreos (+) atenuados en tono, intensidad y frecuencia. B-D. Leve distensión abdominal. Cicatriz operatoria sin

signos de flogosis, sin secreción y bien afrontada, con grapas intercaladas (ver figura 21).

- GU: PPL (-), PRU (-).
- Neurológico: consciente y colaboradora, EG 15/15.

<A> Paciente con estado hemodinámico estable, normotérmico al examen. En 6to día con provide gold.

Reflexión significativa:

El tratamiento del tumor de cabeza de páncreas es un tema de gran importancia debido a la severidad de esta enfermedad y sus repercusiones en la salud y calidad de vida de los pacientes. El abordaje terapéutico para el cáncer de páncreas está determinado por diversos factores, incluyendo el estadio de la enfermedad, la ubicación del tumor, la condición general de salud del paciente y sus inclinaciones de tratamiento (30). Dentro del tratamiento tenemos la cirugía que es la extirpación quirúrgica del tumor, que es la opción preferida cuando el cáncer está confinado a un área específica y no se ha propagado a otros tejidos. Entre los procedimientos quirúrgicos que tenemos, está el procedimiento Whipple, que es conocido como pancreaticoduodenectomía (30). La Whipple es un procedimiento quirúrgico complejo que se utiliza para tratar ciertas afecciones y enfermedades del páncreas, las vías biliares y la primera parte del intestino delgado (duodeno). Este procedimiento implica la extirpación de varios órganos y su reconstrucción para abordar la enfermedad y se realiza cuando hay un tumor en la cabeza del páncreas, especialmente si es resecable (30). Lo que hace que el tratamiento sea más desafiante en este tipo de tumor es que se suele diagnosticar en etapas avanzadas, dado que tiene una de las tasas de letalidad más elevadas entre los cánceres; por eso es importante abordar este cáncer de manera temprana y efectiva para mejorar las posibilidades de curación (31).

4.3.7 Caso clínico 21: obesidad tipo III

Anamnesis y examen físico:

TE: 3 años

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: incremento de peso, diaforesis y disnea.

Relato:

Un hombre de 49 años durante los últimos 3 años indica que con el inicio de la pandemia, experimento un incremento progresivo de peso debido al sedentarismo y la inmovilidad causados por la misma. Hace 9 meses, fue evaluado en CEMENA por agitación y diaforesis, donde se detectaron niveles elevados de lípidos en sangre. Fue evaluado por unidad metabólica y se le indicaron medidas higiénico-dietéticas. Ante la falta de mejoría con estas medidas, se decidió iniciar tratamiento quirúrgico, lo que motivó su hospitalización.

Funciones biológicas:

Aumento del apetito y peso aumentado. Las demás funciones permanecen intactas.

Antecedentes:

Generales:

- Reside en una casa construida con materiales duraderos y con acceso a los servicios fundamentales
- Alimentación a predominio de carbohidratos

Patológicos:

- Niega: asma, hepatitis, TBC, HTA, DM2
- No recibió transfusiones
- RAMS: niega
- Medicación habitual: atorvastatina 20 mg
- Cirugías anteriores:
 - Pterigión-Qx en ojo derecho 2018
 - Vasectomía (04/2023)

Examen físico:

- FC: 76/min
- FR: 20/min
- PA: 110/70 mmHg,
- T: 36.5°C.
- Peso: 115 kg
- Talla: 1.64 m
- IMC: 42.7.
- Paciente en posición decúbito dorsal activo.
- Piel y anexos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos.
- AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.
- AP. circulatorio: ruidos cardíacos regulares y de BI, sin ruidos accesorios, pulsos presentes y palpables, IY (-).
- Abd: globuloso con panículo adiposo grande, ruidos hidroaéreos (+), B-D y indoloro a la palpación.
- Neurológico: consciente y colaborador, con puntuación 15/15 en EG, sin signos de déficit neurológico focal, no signos de irritación meníngea, con funciones sensitivas y motoras intactas.

Problemas y síndromes principales:

- Obesidad Tipo III
- Dislipidemia

Diagnóstico diferencial

- d/c Gastritis

Plan de trabajo:

Se requiere riesgo cardiológico, análisis de sangre, niveles de glucosa, prueba de urea, niveles de creatinina, análisis de orina, pruebas de coagulación, endoscopia y ecografía.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hemograma: hb: 14.4 g/dl, leu: 9.98×10 , plaquetas: 338,000. Perfil de coagulación: TC: 7.00, TS: 3.00, TP: 14, TTP: 46.8, INR: 1.06. Examen de orina: sin hallazgos patológicos. Bioquímica: glucosa: 103 mg/dl, urea: 23 mg/dl, creatinina: 0.76 mg/dl, vitamina B12: 145.0 pg/ml, ácido fólico: 7.33 ng/ml, T3 libre: 2.66 pg/ml, T4 libre: 1.04 ng/dl, HbA1C:

5.12%. Serología: HIV-1 (ELISA): no reactivo, RPR: no reactivo, VHB: no reactivo, Grupo y factor sanguíneo: O+, prueba COVID-19: negativa (15/02).

Endoscopia: gastritis endoscópica eritematosa leve de antro.

Ecografía: órganos evaluados ecográficamente conservados al momento del examen.

Riesgos quirúrgicos:

- Riesgo cardiológico: RQ I.
- Riesgo neumológico: aprobado para intervención quirúrgica. Mantener saturación en Qx >94%, uso de inspirómetro de incentivo post Qx y movilización temprana post Qx.

Diagnóstico final:

- Obesidad Tipo III.
- Dislipidemia.
- Gastritis leve (hallazgo endoscópico).

Tratamiento:

Quirúrgico:

- Se programa gastrectomía vertical en manga.

Hallazgos operatorios:

- Hígado con bordes romos de aspecto esteatosis macroscópicamente.
- Abundante grasa visceral.
- Estómago de aproximadamente 28 cm, sin alteraciones macroscópicas.

Seguimiento

Postoperatorio:

PO 1: paciente no duerme tranquilo y presenta dolor 7/10 en epigastrio con náuseas. Afebril.

PO 2: paciente duerme mejor sin embargo presentó un cuadro febril con temperatura de 38°C, motivo por el cual se le prescribió metamizol.

PO 3: paciente refiere pasar mal la noche por sentirse incómodo por falta de alimentación. afebril

PO 4: paciente refiere que pasó mal la noche debido a que el día anterior ingirió “maicena” y le generó bastantes náuseas, motivo por el cual le colocan dimenhidrinato. afebril durante la mañana.

Examen físico:

Abd: móvil a los movimientos respiratorios. Ruidos hidroaéreos (+) de buen tono e intensidad. Incisiones quirúrgicas afrontadas sin evidencia de inflamación, herida seca. Dolor leve a la digitopresión alrededor de puntos operatorios.

Reflexión significativa:

La gastrectomía en manga es una intervención quirúrgica que se le decidió realizar al paciente por su obesidad tipo III. Esta técnica es novedosa y se ha vuelto popular debido a que se ha visto una eficacia en la reducción de peso de las personas que se la han realizado y por las mejoras de salud en los pacientes con obesidad severa (32). Por lo tanto, la gastrectomía en manga es una opción efectiva, pero no libre de riesgos; por lo tanto, siempre es primordial una evaluación y seguimiento médico cuidadoso y apoyo emocional. La decisión de someterse a esta cirugía debe tomarse de manera informada y después de considerar todas las opciones disponibles. Cada paciente es único, por lo que es importante abordar sus necesidades específicas y metas de salud al momento de tomar una decisión, ya que un paciente después de someterse a una manga gástrica su decisión puede incluir gratitud, desafíos emocionales, cambios en la relación con la comida y un compromiso con un estilo de vida saludable. Cada individuo experimenta esta cirugía de manera única, y como vive su postoperatorio dependerá de su experiencia personal (33).

4.3.8 Caso clínico 22: ruptura del tendón de Aquiles derecho

Anamnesis y examen físico

TE: 1 hora

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: dolor y limitación funcional.

Relato:

Hombre de 53 años comenta que mientras realizaba deporte (salto de obstáculos) sintió un golpe en cara posterior de la pierna derecha, por lo cual presentó dolor y limitación funcional; por lo tanto, se dirige a los servicios de emergencia de CEMENA.

Funciones biológicas:

Todas las funciones conservadas.

Antecedentes:**Generales:**

- Inmueble fabricado con materiales resistentes, con acceso a servicios fundamentales como agua potable, energía eléctrica y saneamiento.
- Alimentación equilibrada.

Patológicos:

- No presenta reacción adversa farmacológica a los medicamentos.
- Niega hospitalizaciones anteriores.
- Niega intervenciones quirúrgicas anteriores.
- Padres aparentemente sanos.
- No está tomando medicación habitual.

Examen físico:

- PA: 110/60 mmHg
- FC: 72
- FR: 20

Examen regional:

- Cabeza: ojo simétrico, pupilas isocóricas y fotorreactivas.
- Cuello: cilíndrico, simétrico y no se palpan masas.
- AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin ruidos patológicos. Amplexación torácica conservada.
- AP. circulatorio: sonidos cardíacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios, pulsos presentes y palpables.
- Abd: ruidos hidroaéreos (+), propulsivos, con apropiado tono, intensidad y frecuencia, B-D, indoloro a la palpación.

- Neurológico: alerta, con nivel de conciencia en escala de Glasgow 15/15 y presenta tono y fuerza muscular intactos.

Examen preferencial en MII derecho (ver figura 22):

- Inspección: no equimosis, aumento de volumen.
- Movilidad: limitación a la movilidad.
- Palpación: a la digitopresión dolor en parte distal de Aquiles derecho.
- Maniobras: Thompson (+)

Problemas y síndromes principales:

- Dolor en Aquiles derecho.

Diagnósticos diferenciales:

- d/c Ruptura de tendón de Aquiles derecho.

Plan de trabajo

Se requiere análisis de sangre, niveles de glucosa, prueba de urea, niveles de creatinina, análisis de orina, pruebas de coagulación, ecografía de partes blandas del tendón de Aquiles derecho.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hemograma: hemoglobina: 13.6 g/dl. Hematocrito: 41.1%. Plaquetas: 255 x 10.
Leucocitos: 5.52 x 10. Bioquímica: glucosa: 103 mg/dl. Urea: 38.1 mg/dl. Creatinina: 1.11 mg/dl. Perfil de Coagulación: Tiempo de sangría: 2 min. Tiempo de coagulación: 7 min. Examen de Orina: no patológico. Serología: HIV (ELISA): no reactiva. RPR: no reactivo. VHB: no reactivo. Grupo y factor: O+.

Ecografía del tendón de Aquiles derecho (ver figura 23): ruptura completa del tendón de Aquiles a 5 cm de la entesis calcárea. El tendón remanente presenta hipogenicidad y laxitud. Conclusión: rotura completa del tendón de Aquiles con tendinosis de las fibras remanentes.

Diagnóstico final:

- Ruptura del tendón de Aquiles derecho

Tratamiento:**Quirúrgico:**

- Se programa tenorrafia de tendón de Aquiles derecho.

Hallazgos operatorios:

- Ruptura de tendón de Aquiles derecho.

Seguimiento:

Postquirúrgico:

- NPO x 3 horas, luego dieta indicada a tolerancia
- Vía salinizada
- Cefazolina 1 gr c/d 8 hrs EV
- Ketoprofeno 100g c/8h EV
- Tramadol 50 mg SC PRN dolor
- Miembro inferior derecho elevado 35 grados

Evolución postquirúrgica:

Paciente en su PO 1 refiere a ver conciliado el sueño y leve dolor a la movilización de la pierna derecha. Niega SAT, náuseas, vómitos. Enfermería no reporta interurrencias.

(O) Inspección: portador de bota de yeso, aumento de volumen ++/+++.

Movilidad: limitación a la movilidad, sensibilidad de dedos conservado.

Palpación: no doloroso a la digitopresión en falanges distales de los dedos del pie derecho.

(A) Paciente en su día postoperatorio uno tolera vía oral, con tratamiento de manejo del dolor.

(P) Manejo de dolor.

Reflexión significativa:

Consideré relevante abordar este caso dado que la rotura del tendón de Aquiles suele ser el resultado de movimientos repentinos y contundentes o de una tensión excesiva en el tendón de Aquiles, que puede provocar su desgarro parcial o total (34). Una opción de tratamiento común para la rotura de tendón de Aquiles es la cirugía, que es una opción para roturas más graves o complejas, y a menudo se recomienda para personas que son

físicamente activas y desean recuperar toda la fuerza y función de su tendón de Aquiles (35). Con respecto al tiempo de recuperación, este puede variar según varios factores, incluido el individuo, la técnica quirúrgica utilizada y la extensión de la lesión (35). Por lo tanto, el diagnóstico y abordaje preciso de una rotura de tendón de Aquiles es esencial porque un diagnóstico preciso facilita al médico evaluar la gravedad de la lesión, mientras que un tratamiento adecuado desde el principio es crucial para una recuperación exitosa.

4.3.9 Caso clínico 23: hiperplasia benigna de próstata obstructiva

Anamnesis y examen físico

TE: 6 horas

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: dolor vesical, retención de orina, hematuria.

Relato:

Un hombre de 67 años indica que hace 6 horas se le colocó sonda Foley siliconada triple vía número 16 y al pasar las horas no observa retorno de orina, pero sí contenido hemático. Por esta razón, busca atención médica de emergencia por malestar pélvico y sensación de micción.

Funciones biológicas:

No orina, portador de sonda Foley número 18. Las demás funciones permanecen intactas.

Antecedentes:

Generales:

- Residencia de construcción sólida, con acceso a los servicios fundamentales.
- Alimentación equilibrada.

Patológicos:

- Niega: asma, hepatitis, TBC, HTA, DM2
- Transfusiones: niega
- RAMS: niega
- Medicación habitual: niega
- Uso de sonda Foley que se cambia mensualmente desde julio
- Cirugías anteriores: lipoma en espalda (hace 10 años).

Examen físico:

- AREG, AREN, AREH
- FC: 74/min
- FR: 20/min.
- PA: 110/60 mmHg
- Temp.: 36.4 °C.
- Piel y anexos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos.
- AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.
- AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.
- Abdomen: móvil a los movimientos respiratorios. Ruidos hidroaéreos (+), propulsivos, de BI y frecuencia . B-D, adolorido a la palpación a nivel de hipogastrio a nivel vesical.
- Genitourinario: PPL (-), PRU (-), portador de sonda Foley N 18, triple vía, bolsa colectora con 50 cc de contenido hemático. se palpa globo vesical. Doloroso a la palpación. Aumento de volumen escrotal.
- Tacto rectal: medida aproximada 4 x 3, nódulos no se palpan.
- Neurológico: alerta y consciente, con puntaje 15/15 en EG.

Diagnóstico diferencial

- Hiperplasia benigna de próstata x historia clínica
- Hematuria

Plan de trabajo:

Se requiere análisis de sangre, niveles de glucosa, prueba de urea, niveles de creatinina, análisis de orina, urocultivo, pruebas de coagulación, ecografía de contenido escrotal, TAC abdominopélvica.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hemograma: hb: 9.4 g/dl, leucocitos: 9.29 x 10, plaquetas: 545 x 10.

Perfil de coagulación: TC: 7.00 s, TS: 3.00 s, TP: 14 s, TTP: 46.8 s, INR: 1.06.

Examen de Orina: no patológico, cultivo negativo.

Bioquímica: glucosa: 103 mg/dl, Urea: 36 mg/dl, Creatinina: 0.84 mg/dl.

Serología: HIV-1 (ELISA): no reactivo. RPR: no reactivo. VHB: no reactivo.

Grupo y factor: O+.

Prueba COVID-19: negativa.

PSA:3.47 ng/ml.

Ecografía de contenido escrotal (ver figura 24):

- Engrosamiento bilateral escrotal asociado a dilatación.

TAC abdominopélvica:

- Vejiga con múltiples litos y signos sugestivos de cistitis, correlacionar con analítica.
- Hematoma en base izquierda del pene con extensión a bolsa escrotal.
- Crecimiento prostático, correlacionar con PSA.
- Enfermedad diverticular del colon.
- Resto según descripción.

Diagnóstico final:

- Hiperplasia benigna de próstata obstructiva.
- Hematoma en base de pene, escrotal bilateral y perivesical en resolución.
- Litiasis vesical.
- Portador crónico de sonda Foley.

Tratamiento:

Quirúrgico:

- Adenomectomía prostática transvesical + exploración escrotal.

Hallazgos operatorios:

- Adenoma de próstata de aproximadamente +- 50 g.
- Múltiples litiasis vesicales.

Seguimiento:

Paciente en el día 12 de su postoperatorio tras una APTV + explotación escrotal, informa que tuvo una buena noche, sin síntomas de dolor, hematuria y sensación de alza térmica.

(O)

- GU: incisión en escroto sin signos de flogosis ni secreción activa, con leve incremento de volumen. No presenta sonda Foley.
- El resto del examen sin variaciones.

(A) Paciente con estado hemodinámico estable, afebril, con evolución clínica satisfactoria, realiza diuresis espontánea, motivo por el cual se determina dar el alta.

Reflexión significativa:

Decidí exponer este caso ya que me pareció intrigante que la hiperplasia benigna de próstata (HBP) puede conllevar diversas complicaciones que impactan en el bienestar general de los hombres. Entre las complicaciones más comunes se encuentran los problemas urinarios, como la dificultad para iniciar o detener el flujo de orina, la percepción de que la vejiga no se ha vaciado completamente, la necesidad frecuente de orinar, tanto durante el día como durante la noche, y orina con sangre (36). Estos síntomas pueden progresar y conducir a complicaciones más graves, como infecciones recurrentes del tracto urinario, retención urinaria aguda que requiere cateterización para vaciar la vejiga, formación de cálculos vesicales y posible daño renal si no se manejan adecuadamente (36). Además, la HBP puede afectar la calidad del sueño debido a las interrupciones nocturnas frecuentes para orinar, lo que puede llevar a fatiga, irritabilidad y disminución de la productividad diaria (37). Por lo tanto, las complicaciones derivadas de la HBP resaltan la importancia de buscar tratamiento médico para controlar los síntomas y prevenir posibles complicaciones a largo plazo.

4.3.10 Caso clínico 24: litiasis renal izquierda, ureteral izquierda y vesical

Anamnesis y examen físico

TE: 13 años

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: dolor lumbar, polaquiuria, disuria, edema en MMII.

Relato:

Femenina de 72 años menciona que hace +- 13 años fue diagnosticada con litiasis renal en el CEMENA. Cuenta con sintomatología de dolor en región lumbar de intensidad moderada tipo hincada, asimismo también presenta molestias urinarias como polaquiuria y disuria que suelen presentarse debido a que presenta ITU de manera frecuente. A esto se le suma el edema de MMII. Por lo cual se decide hospitalizar para tratamiento quirúrgico.

Funciones biológicas:

Sed, sueño, y sudores conservados. Apetito disminuido. Deposiciones conservadas.

Diuresis: polaquiuria, disuria.

Antecedentes:**Generales:**

- vivienda propia con tres estancias, con acceso a servicios fundamentales
- Alimentación equilibrada

Patológicos:

- Enfermedades:
 - DM2 (hace 20 años)
 - HTA (2020)
- RAMS: niega
- Medicación habitual: no refiere
- Cirugías anteriores: apendicectomía convencional (1975)

Familiares:

- Padre: DM, HTA
- Madre: asma

Examen físico:

- FC: 70 x min
- FR: 20 x min
- T: 36.3°C
- SatO₂: 98%
- PA: 120/90 mmHg.
- Peso: 58 kg.
- Piel y anexos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos.

- AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.
- AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.
- Abdomen: móvil a los movimientos respiratorios, cicatriz a nivel de región inguinal. Ruidos hidroaéreos (+) de BI y frecuencia. B-D. Indoloro a la palpación.
- GU: puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-).
- SNC: consciente, alerta y sensible a estímulos, con puntuación 15/15 en EG.

Problemas y síndromes principales:

- DM x hc
- HTA x hc

Diagnósticos diferenciales:

- Litiasis renal izquierda

Plan de trabajo:

Se requiere ecografía, TAC de urotem, renograma isotópico, análisis de sangre, niveles de glucosa, prueba de urea, niveles de creatinina, análisis de orina y urocultivo.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hemograma: hb: 10.9 g/dl, hto: 32.4%, plaquetas: 284, leucocitos: 6.78. Bioquímica: urea: 72.2 mg/dl, creatinina: 1.21 mg/dl, glucosa basal: 113 mg/dl, proteínas totales: 7.7 g/dl. Hemoglobina glicosilada: 6.70. Urocultivo: leucocitos: 10-20/campo, se aisló Escherichia coli. Examen de Orina: leucocitos: >100/campo, hematíes: 2-5/campo. Serología: hep B: no reactivo, HIV 1-2: no reactivo, hep C: no reactivo. Grupo y factor: O+.

Urotem:

- Nefropatía crónica izquierda asociada a litiasis renal y ureteral del mismo lado.
- Litiasis vesical.
- Cambio espondiloartrosis de columna lumbar.

Renograma isotópico:

- Clearance renal relativo:
 - Riñón derecho: 82.3%.
 - Riñón izquierdo: 17.7%.
- Riñón derecho con perfusión y función conservada, curva eliminatória de tipo retardada a los 20 minutos.
- Riñón izquierdo con perfusión y función severamente comprometida, curva eliminatória aplanada, notablemente disminuida (insuficiencia renal)

Diagnóstico final:

- Litiasis renal izquierda, ureteral izquierda y vesical.
- ITU por Escherichia coli -BLEE.
- HTA.
- DM2.

Tratamiento:

No farmacológico:

- Dieta suave 1710 kcal/día, 213 g CHO complejos, no simples + LAV

Farmacológico:

- Meropenem 1 gr EV c/d 12 hrs
- Ranitidina 50 gr EV c/8 h
- tramadol 100 g EV PRN dolor intenso
- Dimenhidrinato 50 g PRN náuseas /vómitos
- paracetamol 1 gr VO PRN T>38 C
- Insulina R escala corregida
 - 180-220 → 2 UI sc
 - 221-260 → 3 UI sc
 - 261-300 → 4 UI sc
 - >300 → 5 UI sc

Tratamiento quirúrgico:

- Se programa litotricia endoscópica láser izquierda (LEL).

Hallazgos operatorios:

- Cálculo ureteral de 9 mm izquierdo.
- Múltiples estrecheces en uréter izquierdo.

Seguimiento:

Post cirugía:

Paciente femenina de 72 años en su postoperatorio día 4 de LEL izquierda, manifiesta haber pasado una buena noche, sin presencia de SAT, dolor y hematuria.

(O)

- ABD: móvil a los movimientos respiratorios, B-D. Ruidos hidroaéreos (+).
- GU: puño percusión lumbar (-), puntos renoureterales (-), exenta de sonda. Sensación de dolor leve al tocar la región pélvica .
- Neurológico: consciente y colaborador, con puntaje 15/15 en EG

(A) Paciente hemodinámicamente estable, afebril, completo tratamiento con meropenem por 10 días, debido a esto, se acuerda darle el alta.

Reflexión significativa:

Esta situación me enseñó que el diagnóstico precoz de la litiasis renal es esencial para mitigar sus complicaciones potencialmente graves en los pacientes. La identificación temprana de cálculos en el riñón o las vías urinarias permite un manejo efectivo para evitar complicaciones como obstrucciones urinarias, infecciones recurrentes del sistema urinario que en este caso afectaron a la paciente y daño renal a largo plazo (38). Estas complicaciones pueden desencadenar síntomas agudos severos, como dolor intenso en la espalda o el costado, orina con sangre e incluso insuficiencia renal (38). Por tanto, un diagnóstico preciso y oportuno no solo facilita un tratamiento adecuado para aliviar los síntomas agudos, sino que también ayuda a prevenir futuros episodios de litiasis renal,

aumentando así sus condiciones de vida y salud renal de los pacientes. En este caso como tratamiento se utilizó la litotricia endoscópica láser que es un procedimiento utilizado para tratar cálculos renales o ureterales que no pueden ser eliminados de forma natural y que son demasiado grandes para ser tratados con otros métodos menos invasivos, como la terapia con ondas de choque o la ureteroscopia convencional(38). Se utiliza especialmente en casos en los que los cálculos son grandes, duros o están ubicados en áreas del tracto urinario que son difíciles de alcanzar con otros procedimientos. La litotricia endoscópica láser es una técnica altamente efectiva para fragmentar y eliminar los cálculos mediante un endoscopio que utiliza un láser para pulverizar los cálculos en fragmentos más pequeños, lo que facilita su eliminación a través de la orina.

4.3.11 Caso clínico 25: fractura de muñeca derecha y fractura diafisaria del quinto metatarsiano izquierdo

Anamnesis y examen físico:

TE: 2 horas

Inicio: brusco

Curso: agudo

Síntomas Principales: dolor, limitación a la movilidad.

Relato:

Femenina de 51 años informa que hace 2 horas sufrió una caída desde su silla en su domicilio, impactando contra el suelo su mano derecha y a la vez torsión del pie izquierdo. Refiere dolor en la mano derecha y en el pie izquierdo, y que no puede caminar ni apoyar el pie debido al dolor.

Funciones biológicas:

Las funciones permanecen intactas.

Antecedentes:

Generales:

- Casa construida con materiales de calidad, equipada con los servicios fundamentales.
- Alimentación equilibrada.

Patológicos:

- No presenta reacción adversa farmacológica a los medicamentos.
- Niega hospitalizaciones anteriores
- Niega intervenciones quirúrgicas anteriores
- Padres aparentemente sanos
- Niega medicación habitual

Examen físico

- AREG, AREN, AREH
- PA: 120/60 mmHg
- FC: 70 lpm
- FR: 18 rpm

Examen regional:

- Cabeza: no deformaciones, ojos posición simétrica en el rostro, sin presencia de secreciones.
- Cuello: sin lesiones, no linfadenopatía palpable.
- AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.
- AP. circulatorio: sonidos cardíacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.
- Abd: ruidos hidroaéreos (+), B-D, no hay dolor a la exploración mediante palpación, ni en la superficie ni en las estructuras más profundas
- Neurológico: consciente, alerta y sensible a estímulos, con puntuación 15/15 en EG, tono y fuerza muscular conservados.

Examen preferencial:

- Muñeca derecha:
 - Inspección: deformidad, tumefacción en muñeca derecha, aumento de volumen.
 - Movilidad: limitación a la flexo-extensión de la muñeca derecha, tanto de manera activa como pasiva.
 - Palpación: dolor a la digitopresión en zona lateral y medial de la muñeca derecha.
 - Maniobras: diferido por dolor.
- Pie izquierdo:
 - Inspección: tumefacción en pie izquierdo, incremento de volumen. Sin equimosis.

- Movilidad: limitación en la capacidad de flexo-extensión del pie izquierdo, tanto como activa como pasiva.
- Palpación: dolor a la digitopresión en zona dorsal del quinto metatarsiano izquierdo.
- Maniobras: diferido por dolor.

Diagnósticos diferenciales:

- d/c Luxo fractura de muñeca derecha.
- d/c Fractura diafisaria del quinto metatarsiano izquierdo.

Plan de trabajo:

Se requiere análisis de sangre, niveles de glucosa, prueba de urea, niveles de creatinina, análisis de orina, pruebas de coagulación, radiografía de muñeca derecha y pie izquierdo.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hemograma: hemoglobina: 11.4 g/dl, hematocrito: 33.7%, plaquetas: 258 x 10, leucocitos: 7.40 x 10.

Bioquímica: glucosa: 96 mg/dl. Urea: 19.8 mg/dl. Creatinina: 0.55 mg/dl.

Perfil de Coagulación: tiempo de Sangría: 1 min, tiempo de Coagulación: 6 min.

Examen de Orina: no patológico

Serología: HIV (ELISA): no reactiva. RPR: no reactivo. VHB: no reactivo. Grupo y factor: O+.

Radiografía de muñeca derecha (ver figura 25): fractura de radio y cúbito distal

Radiografía de pie izquierdo (ver figura 26): fractura diafisaria, desplazada del quinto metatarsiano.

Diagnóstico final:

- Luxo fractura de muñeca derecha.
- Fractura diafisaria del quinto metatarsiano izquierdo.
- Anemia leve.

Tratamiento:

Quirúrgico:

- Se programa reducción abierta + fijación interna de luxos fractura de muñeca derecha + reducción abierta y fijación interna de fractura del quinto metatarsiano del pie izquierdo.

Hallazgos operatorios:

- Fractura compleja radio distal multifragmentaria conminución dorsal y volar con gran defecto óseo, desplazada y acortada.
- Fractura de cúbito distal con leve acortamiento alineada.
- Fractura espiroidea diafisaria desplazada con presencia de pequeños fragmentos.

Seguimiento:

Postquirúrgico:

- NPO x 3 horas, luego dieta indicada a tolerancia
- Vía salinizada
- Cefazolina 1gr c/d 8 hrs EV
- Tramadol 50 mg SC PRN dolor
- Nacl 9% 100 cc
- Ketoprofeno 100g 01 amp EV c/12 h
- Tramadol 100 mg 01 amp EV c/12 h
- Dimenhidrinato 50 mg 01 amp EV c/12 h
- Uso de férula antebraquiopalmar (ABP) y suropédia (SP)

Paciente en su PO 2 refiere a ver conciliado el sueño. Reporta sensación de dolor leve al realizar movimientos con la muñeca derecha y adormecimiento en el pie izquierdo. Niega SAT, náuseas, vómitos.

- Muñeca derecha:
 - Inspección: portadora de férula ABP, incremento de volumen a nivel de dedos y dorso de la mano. Puntos de sutura correctamente afrontados, sin evidencia de inflamación ni secreción.
 - Movilidad: limitada por férula.
 - Palpación: sensación de dolor al aplicar presión en los dedos de la mano derecha, sensibilidad conservada.
- Pie izquierdo:
 - Inspección: portadora de férula SP, aumento de volumen, equimosis en cara lateral. Puntos de sutura correctamente afrontados, sin evidencia de inflamación ni secreción.
 - Movilidad: limitada por férula.
 - Palpación: sensación de dolor al aplicar presión en los dedos, sensibilidad conservada.

Imágenes radiográficas luego de la cirugía (ver figura 27)

Reflexión significativa:

La fractura de muñeca derecha y la fractura diafisaria del quinto metatarsiano izquierdo son lesiones óseas que requieren atención médica específica para una recuperación adecuada. La fractura de muñeca derecha, comúnmente tratada con inmovilización mediante férula o yeso, puede implicar el uso de técnicas de reducción y alineación para permitir una curación apropiada y restaurar la funcionalidad de la articulación afectada (39). Por otro lado, la fractura diafisaria del quinto metatarsiano izquierdo puede variar desde una fractura por estrés hasta una fractura aguda, y su tratamiento puede incluir el uso de dispositivos de inmovilización, como botas ortopédicas o yesos, junto con medidas para aliviar la carga sobre el pie afectado (40). Ambas fracturas requieren evaluación médica para establecer su gravedad, identificar el tipo de fractura y determinar el abordaje más apropiado, ya sea mediante métodos conservadores o intervenciones quirúrgicas como en el caso de la paciente, con el objetivo de promover una recuperación completa y prevenir complicaciones a largo plazo.

4.4 SECCIÓN IV: CASOS CLÍNICOS DE MEDICINA INTERNA

4.4.1 Caso clínico 26: pancreatitis aguda

Anamnesis y examen físico:

TE: 3 días

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: dolor abdominal a nivel de epigastrio, náuseas, emesis.

Relato:

Paciente con antecedente de leucemia linfocítica aguda (07/junio/2023), en tratamiento con quimioterapia en fase III de remisión, se presenta en el servicio de emergencia debido a un dolor abdominal que ha persistido durante 3 días en la región epigástrica, de tipo opresivo, sin irradiación, acompañado de náuseas y emesis.

Funciones biológicas:

Pérdida de apetito, las demás funciones permanecen intactas.

Antecedentes:

Generales:

- Vivienda: alquilada con cuatro habitaciones, tiene los servicios fundamentales.
- Alimentación equilibrada.

Patológicos:

- Niega reacción adversa farmacológica
- DX:
 - leucemia linfocítica aguda (2023) en quimioterapia con metotrexato (23/11/23) y quimioterapia intratecal (27/11/23)
 - fase III de remisión
 - vitíligo
 - Psoriasis
- Descarta hospitalizaciones anteriores
- Niega intervenciones quirúrgicas anteriores
- Niega transfusiones y hábitos nocivos

Familiares:

- Madre falleció con cáncer de pulmón
- Padre falleció con cáncer abdominal
- Hija de 13 años falleció con leucemia linfocítica aguda.

Examen físico:

- PA: 90/60 mmHg
- FC: 75 lpm
- FR: 20 rpm
- SATO2: 95%
- T: 36°C
- Peso: 66 kg

- Talla: 1.66 m
- Piel y anexos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos.
- Cabeza: pupilas isocóricas, fotorreactivas, dentadura incompleta.
- AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP. Catéter port en HTD 1/3 superior.
- Cuello: no se palpan adenopatías.
- AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.
- Abd: móvil a la respiración, globuloso, B-D, adolorido a la palpación en epigastrio, mesogastrio. McBurney (-), Murphy (-), Blumberg (-). RHA aumentados en tono, frecuencia e intensidad.
- Neurológico: consciente, alerta y sensible a estímulos, con puntuación 15/15 en EG.

Problemas y síndromes principales:

- Síndrome doloroso abdominal.
- Leucemia linfocítica aguda x hc

Diagnósticos diferenciales:

- d/c Pancreatitis aguda

Plan de trabajo:

Se requiere análisis de sangre, niveles de glucosa, prueba de urea, niveles de creatinina, perfil hepático, proteína reactiva C y ecografía.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hemograma: hemoglobina: 12.5 g/dL, hematocrito: 38.5%, plaquetas: 127 x 10, leucocitos: 6.41 x 10. Bioquímica: amilasa: 222 U/L. proteína reactiva C: 1.52. Deshidrogenasa láctica: 273.0 U/L. Glucosa: 177 mg/dL. Urea: 33.6 mg/dL. Creatinina: 0.66 mg/dL. GGTP: 52.0 U/L. TGO: 18.5 U/L. TGP: 38.4 U/L. Electrolitos: Cl: 96 mmol/L. K: 4.26 mmol/L. Na: 129.4 mmol/L.

Ecografía (ver figura 28):

- Hepatopatía difusa relacionada con esteatosis hepática leve.
- Barro biliar abundante.
- Meteorismo intestinal incrementado.
- Ampliar estudio con tomografía abdominal para evaluación según criterio clínico.

Diagnóstico final:

- Pancreatitis aguda.
- Hiperamilasemia.
- Leucemia linfocítica aguda en tratamiento.

Tratamiento:

No farmacológico:

- NPO

Farmacológico:

- Dextrosa 5% 1000 cc
- Hipersodio 02 amp- 60cc/h
- kalium 01 amp -60cc/h
- Omeprazol 40 mg c/24 h EV
- Tramadol 100 mg c/12 h sc y PRN dolor abdominal
- Dimenhidrinato 50 mg PRN náuseas

Seguimiento:

Paciente en su séptimo día hospitalario refiere conciliar el sueño, refiere que se despertó en la mañana por dolor en el abdomen, específicamente tipo cólico en el área epigástrica, con una intensidad 6/10, por lo cual pidió a enfermería que le coloquen para el dolor y refiere que el dolor cedió a la analgesia.

- Piel: palidez +/+++.

- TCSC: edema ++/+++, sin fóvea en pierna derecha con aumento de la temperatura.
- Abd: a la inspección móvil a la respiración, no presencia de cicatrices, RHA (+), propulsivos, con apropiado tono, intensidad y frecuencia. B-D, adolorido al tacto profundo en la región epigástrica y mesogástrica.

Paciente se encuentra en condiciones hemodinámicas estables, no presenta fiebre y ventila espontáneamente sin requerir asistencia respiratoria artificial, cursa con persistencia del dolor que mejora a la analgesia, tolera dieta blanda.

Reflexión significativa:

El manejo de la pancreatitis puede cambiar en función de su severidad y la causa subyacente de la condición. Por lo general, implica reposo intestinal, lo que significa no comer ni beber durante un tiempo para permitir que el páncreas se recupere (41). Se administran fluidos intravenosos para evitar la deshidratación y proporcionar nutrición. Además, se pueden prescribir analgésicos para controlar y reducir el dolor. En situaciones graves, es posible requerir hospitalización para monitorizar de cerca al paciente y brindar cuidados intensivos, incluyendo posiblemente la administración de antibióticos si hay signos de infección (41). El tratamiento a largo plazo también implica cambios en la dieta, evitando el alcohol y los alimentos grasos, así como abordar las causas subyacentes, como cálculos biliares o el consumo excesivo de alcohol, para prevenir futuros episodios de pancreatitis (42). Es fundamental seguir las indicaciones médicas y llevar un estilo de vida saludable para manejar adecuadamente esta afección.

4.4.2 Caso clínico 27: neoplasia de colon

Anamnesis y examen físico

TE: 2 semanas

Inicio: insidioso

Curso: brusco

Síntomas principales: astenia, hiporexia y disnea

Relato:

Un hombre de 85 años, natural de San Miguel, procedente de Lima, acude a emergencia por astenia, hiporexia y disnea, siendo traído por su hija al CEMENA.

Funciones Biológicas:

Pérdida de apetito, sed reducida y última deposición hace 2 días.

Antecedentes:**Patológicos:**

- Descarta reacción adversa farmacológica.
- Diagnósticos anteriores:
 - Neoplasia de colon (28/12/23)
 - Hipertensión arterial (hace 20 años)
 - Hiperplasia benigna de próstata (Hace 15 años)
- Cirugía:
 - Prostatectomía 2023
 - Colectomía laparoscópica (hace 10 años)
- Hospitalizaciones anteriores: anemia severa (12/22)
- Medicación habitual:
 - Enalapril 20 mg 2 veces al día
 - Alprazolam 0.5 mg 1 tab noche

Examen físico:

- PA: 117/56 mmHg
- FC: 90 lpm
- FR: 18 rpm
- SATO: 98%
- T: 36.8°C
- FIO2: 21%
- Piel y anexos: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos, palidez ++/+++.
- Cuello: cilíndrico, simétrico, sin adenopatías palpables.
- AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.
- AP. circulatorio: sonidos cardíacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.

- Abd: ruidos hidroaéreos (+), propulsivos, de BI y frecuencia, B-D, no hay dolor a la exploración mediante palpación, ni en la superficie ni en las estructuras más profundas.
- Neurológico: consciente, alerta y sensible a estímulos, con puntuación 15/15 en EG.

Diagnóstico diferencial:

- Neoplasia de colon

Plan de trabajo:

Se requiere análisis de sangre, niveles de glucosa, prueba de urea, niveles de creatinina, análisis de orina, pruebas de coagulación.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Laboratorio (30/12/23): hemograma: hemoglobina: 6.9 g/dl, hematocrito: 23.2%, plaquetas: 215 x 10, leucocitos: 5.39 x 10. Bioquímica: glucosa: 112 mg/dl. Urea: 29.0 mg/dl. Creatinina: 0.94 mg/dl. Perfil de coagulación: tiempo de sangría: 2' 30", tiempo de coagulación: 7 min. Examen de orina: no patológico. Serología: HIV (ELISA): no reactiva. RPR: no reactivo. VHB: no reactivo. Grupo y factor: O+.

Laboratorio (31/12/23): hemograma: hemoglobina: 5.9 g/dl, hematocrito: 19.6%, plaquetas: 165 x 10, leucocitos: 5.59 x 10. Bioquímica: glucosa: 127 mg/dl. Urea: 34 mg/dl. Creatinina: 0.96 mg/dl. Proteínas totales: 7.2 g/dl. Albúmina sérica: 3.17 g/dl. Bilirrubina total: 0.15 mg/dl. Bilirrubina directa: 0.08 mg/dl. Bilirrubina indirecta: 0.07 mg/dl. FA: 84.5 U/l. GGTP: 18 U/l. TGO: 8.2 U/l. TGP: 4.4 U/l. Perfil de coagulación: tiempo de trombina: 16.0 s, tiempo de protrombina: 15.1 s.

Diagnóstico final:

- Neoplasia de colon
- Anemia severa

Tratamiento:**No farmacológico:**

- Dieta blanda
- CLNA 0.9% 1000 cc → 40 gotas/hora
- CFV + BHE

- Transfusión de 1 paquete globular

Farmacológico:

- Omeprazol 20 mg IV cada 24 horas
- Dimenhidrinato 50 mg IV PRN para náuseas/emesis

Seguimiento:

El paciente presenta mejoría clínica después de la transfusión. No refiere sensación febril, cefalea, náuseas o emesis. Condiciones hemodinámicas adecuadas, sin fiebre a la exploración, con respiración espontánea en aire ambiente.

Reflexión significativa:

Decidí presentar este caso porque la anemia crónica en neoplasias de colon es una complicación frecuente y significativa debido a la pérdida crónica de sangre en las evacuaciones de heces, que constituye una de las manifestaciones más habituales de esta enfermedad (43). El desarrollo de un tumor en el colon puede causar sangrado lento y constante, lo que conduce a una disminución gradual en la cantidad de glóbulos rojos y, por ende, a la anemia (43). Los pacientes con neoplasias de colon pueden presentar síntomas como fatiga, debilidad, palidez, falta de aire y mareos, característicos de la anemia (44). Es esencial realizar pruebas de detección temprana y seguimiento médico regular para detectar y tratar oportunamente la neoplasia de colon, abordando así la causa subyacente de la anemia y evitando complicaciones adicionales (44). El tratamiento del cáncer de colon puede incluir cirugía, quimioterapia, radioterapia u otros enfoques terapéuticos, los cuales pueden ayudar a mejorar la anemia y el bienestar general del paciente (45). El presente caso pone de manifiesto la importancia de la evaluación sistemática y el manejo integral en pacientes geriátricos con neoplasia de colon y anemia, garantizando un enfoque terapéutico efectivo y una atención médica centrada en la mejora del bienestar general del paciente.

4.4.3 Caso clínico 28: celulitis en miembro inferior derecho

Anamnesis y examen físico:

TE: 2 días

Inicio: insidioso

Curso: crónico

Síntomas principales: dolor, incremento de volumen, eritema y flogosis

Relato:

Un paciente masculino de 43 años informa que, desde hace 2 días, ha comenzado a experimentar una sensación de fiebre, dolor, incremento de volumen, eritema y elevación de la temperatura en su extremidad inferior derecha; se automedicó con celecoxib 200 mg y cefalexina 500 mg; al no ceder las molestias decide acudir por emergencia.

Funciones biológicas:

Las funciones permanecen intactas.

Antecedentes:

Generales:

- Su vivienda es propia, consta de 5 estancias y dispone de los servicios fundamentales
- Alimentación equilibrada.

Patológicos:

- No presenta reacción adversa farmacológica a los medicamentos.
- DX:
 - Prediabetes
 - Obesidad tipo II
- Niega hospitalizaciones anteriores
- Deniega intervenciones quirúrgicas anteriores
- Niega transfusiones y hábitos nocivos
- Padres aparentemente sanos

Examen físico:

- PA: 100/70 mmHg
- FC: 78 lpm

- FR: 20 rpm
- T: 36 C
- Peso: 96 kg
- Talla: 1.62 cm
 - Piel: se evidencia lesión eritematosa con centro equimótico de 10 cm de diámetro en pantorrilla de pierna derecha
 - AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.
 - AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.
 - Abd: a la inspección: plano, no cicatrices previas, B-D, ruidos hidroaéreos (+) de BI y frecuencia. A la palpación ausencia de dolor tanto a nivel superficial como profundo.
 - Neurológico: consciente y colaborador, con puntuación 15/15 en EG

Diagnóstico diferencial:

- d/c Celulitis en pierna derecha

Plan de trabajo:

Se requiere análisis de sangre, niveles de glucosa, prueba de urea, niveles de creatinina y proteína reactiva C.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Hemograma: hemoglobina: 14.6 g/dl, hematocrito: 42.6%, plaquetas: 166 x 10, leucocitos: 10.14 x 10.

Bioquímica: glucosa: 100 mg/dl. Urea: 51 mg/dl. Creatinina: 0.74 mg/dl. proteína reactiva C: 156.81 mg/L↑.

Diagnóstico final:

- Celulitis en pierna derecha
- Obesidad tipo II

Tratamiento:

Farmacológico:

- Ampicilina sulbactam 3 g IV cada 6 hrs
- Tramadol 50 mg subcutáneo cada 12 hrs
- Paracetamol 500 mg, 2 tabletas VO PRN T>38°C

No farmacológico:

- Dieta blanda + LAV
- Elevación de MMII derecho en 45 grados
- Crioterapia 15 min cada 6 hrs

Seguimiento:

Paciente en su sexto día hospitalario refiere haber dormido tranquilo. Refiere disminución de la inflamación en miembro inferior derecho. Enfermería no reporta interurrencias. Niega SAT y dolor.

Examen físico:

- TCSC: edema ++/+++, sin fóvea en pierna derecha con aumento de la temperatura.
- SOMA: movilización limitada de la pierna derecha, presencia de flictenas en cara externa.

Paciente con estabilidad hemodinámica, afebril y respirando de manera espontánea con oxígeno ambiental, con mejoría clínica (ver figura 29), en su quinto día con cobertura antibiótica ampicilina-sulbactam.

Reflexión significativa:

Decidí presentar este caso porque aprendí que el diagnóstico preciso de la celulitis es fundamental para asegurar un tratamiento efectivo y oportuno. Identificar esta afección cutánea inflamatoria es crucial, ya que puede confundirse con otras condiciones médicas similares pero que requieren enfoques terapéuticos diferentes (46). Un diagnóstico certero permite una intervención temprana, evitando posibles complicaciones graves como la propagación de la infección a niveles más profundos de la piel o a la corriente

sanguínea (46). Además, determinar la causa subyacente de la celulitis, como una herida, una lesión o una enfermedad subyacente, es esencial para abordar de manera efectiva el origen del problema y prevenir recurrencias. Así, el diagnóstico preciso y oportuno de la celulitis es fundamental para la atención y el bienestar de los pacientes, asegurando un manejo adecuado y minimizando posibles complicaciones.

4.4.4 Caso clínico 29: lumbociatalgia

Anamnesis y examen físico:

TE: 7 meses

Inicio: súbito

Curso: progresivo

Síntomas principales: dolor en región lumbosacra.

Relato:

Una mujer de 35 años es referida de dependencia en Tumbes por un cuadro clínico de 7 meses caracterizado por dolor en la zona inferior de la espalda (lumbar) que inició tras ser jalada por la correa de su perro generando extensión y aducción forzada del miembro superior derecho y caída de espaldas con contusión directa en región lumbosacra, provocándole dolor de intensidad 5/10. Al llegar a su vivienda, su esposo le hace masajes en la zona inferior de la espalda intensificando el dolor a 7/10 de intensidad. Un día posterior al evento presentó dificultad para mantenerse de pie por dolor intenso en zona lumbar, razón por la cual acude a sanidad de Tumbes donde le indican tratamiento con antiinflamatorios vía oral que no calman por completo el dolor. Una semana después la paciente es remitida a un hospital de mayor nivel de atención donde se le efectúa una radiografía de la región pélvica, cuyo resultado indica “luxación” y le realizan una “reducción manual” con alivio temporal. 5 meses antes del ingreso el dolor reaparece inicialmente asociado a cargar cosas pesadas o al realizar ejercicio físico, progresando hasta presentarse al caminar o estar en reposo. Actualmente experimenta un dolor lumbar de intensidad 8/10, el cual no se irradia a otras zonas y que no calma con antiinflamatorios.

Funciones biológicas:

Las funciones permanecen intactas.

Antecedentes:

Generales:

- Su vivienda es propia y dispone de los servicios fundamentales
- Alimentación equilibrada
- Niega crianza de animales
- Niega viajes recientes

Fisiológicos:

- 1ra RS: 16 años
- Menarquia: 12 años
- Ha presentado tres parejas hasta la fecha
- No utiliza ningún tipo de anticonceptivo
- G1P1001

Patológicos:

- Descarta reacción alérgica a medicamentos
- Dx:
 - Hipotiroidismo-diagnosticada a los 16 años
 - Protrusión discal cervical de C5-diagnosticada a los 30 años
- Niega cirugías previas
- Contacto con persona con TBC: niega
- Medicamentos de uso diario:
 - Levotiroxina 100 mcg 1 vez al día en la mañana

Familiares:

- Madre con fibromialgia, monorrena derecha por antecedente de NM renal
- Padre con DM2 e insuficiencia venosa
- Hermana mayor con dx de trombocitopenia y h. menor en tratamiento por cáncer uterino.

Examen físico:

- PA: 100/60 mmHg
- FC: 79 lpm
- FR: 19 rpm
- T: 36. 7°
- Sat O2: 98%
- Peso: 66 kg
- Talla: 1.56
- IMC: 27
- Piel: a la palpación, la piel se presenta tibia, bien hidratada, elástica y con un llenado capilar que se completa en menos de dos segundos.
- Boca: mucosas orales hidratadas, dentadura completa
- AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.
- AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.
- Abd: ruidos hidroaéreos (+), B-D, no hay dolor a la exploración mediante palpación, ni en la superficie ni en las estructuras más profundas.
- Soma: limitación en la extensión y aducción del brazo derecho. Dolor a la presión en la región cervical y en la extensión completa del músculo trapecio, en línea paravertebral derecha a predominio de zona lumbar y región glútea lado derecho.
- SNC: con puntuación 15/15 en EG. Signo de Lasegue (+) bilateral. Sensibilidad conservada en miembros superiores e inferiores.

Diagnóstico diferencial:

- Lumbalgia
- Hernia discal
- Hipotiroidismo x hc

Plan de trabajo:

Se requiere análisis de sangre, niveles de glucosa, prueba de urea, niveles de creatinina y proteína reactiva C. También se requiere una resonancia magnética de columna vertebral

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Los estudios de laboratorio no mostraron hallazgos fuera de lo normal. Los valores de hemoglobina se mantienen en el intervalo normal.

Informe de resonancia magnética de columna vertebral: se observa una protrusión focal del disco en las vértebras C4-C5 y C5-C6, central posterior con obturación de espacio subaracnoideo anterior. Sin embargo, no hay contacto ni deformación de la médula espinal, y no se presentan signos de mielopatía.

Diagnóstico final:

- Lumbociatalgia
- Hipotiroidismo por historia clínica

Tratamiento:

- Dieta balanceada + LAV
- Ranitidina 50mg EV c/12h
- Orfenadrina 60mg EV c/8h
- Levotiroxina 100mcg VO c/24h en ayunas
- Tramadol 50mg SC PRN a dolor intenso
- Tramadol 100 mg 1 amp, metamizol 1 gr 2 amp, metoclopramida 100 mg 2 amp, NaCl 0.9% 500cc EV en 24h

Seguimiento:

La paciente permanece hospitalizada en el piso de medicina interna con una persistencia del dolor en región lumbar de intensidad 6/10 a pesar de tratamiento analgésico. Es evaluada por reumatología quien le solicita estudios de laboratorio: ANA, FR, Anti CCP para descartar AR (artritis reumatoide). Se le solicita adicionalmente TSH y T4 libre para control por endocrinología. Al 3er día de hospitalización se le agrega dolor y rigidez en miembros superiores e inferiores a predominio matutino.

Los resultados de la prueba de ANA son positivos, mientras que el anti CCP resulta negativo. Es reevaluada por reumatología, que solicita la realización de pruebas

adicionales: proteína reactiva C, VSG, repetir ANA, anti CCP y le agrega HLA B27, CPK, anti SSA y anti-SSB.

Reflexión significativa:

En esta situación, contamos con una paciente que tiene como principal malestar el dolor en región lumbar de larga data que inició posterior a un evento traumático (47). Previamente la paciente no manifestaba otra sintomatología. La decisión de hospitalizarla para hacer estudios complementarios no me pareció adecuado incluso siendo una paciente militar en actividad, debido a que queda expuesta a gérmenes intrahospitalarios, lo cual podría resultar en una sobreinfección y una enfermedad con bacterias resistentes a múltiples antibióticos (48). Lo ideal hubiera sido darle un permiso para que pueda concluir sus estudios diagnósticos y acudir al centro de salud únicamente cuando sea necesario. En cuanto a la sospecha diagnóstica de una patología reumatológica, los resultados del anticuerpo antinuclear fueron positivos, sin embargo, estos por su cuenta no son diagnóstico de una enfermedad específica, incluso podría estar presente en pacientes libres de enfermedad reumatológica (49). No me pareció adecuado repetir los estudios de anti CCP pues la paciente no manifestaba clínica sugerente de artritis reumatoide.

4.4.5 Caso clínico 30: polimialgia reumática

Anamnesis y examen físico:

TE: 1 mes

Inicio: insidioso

Curso: progresivo

Síntomas principales: dolor en miembros inferiores, limitación para el movimiento, aumento de volumen en miembros inferiores

Relato:

Mujer de 76 años, originaria de Lima y residente en la Molina es traída por familiares quienes refieren que hace 1 mes presenta dolor e hinchazón en miembros inferiores a predominio de lado izquierdo que se ha incrementado hasta limitar la deambulaci3n y

estar parada. Niegan otros síntomas como fiebre, cambio en la consistencia de deposiciones, síntomas respiratorios, disnea, cefalea, náuseas, vómitos, pérdida de peso.

Funciones biológicas:

Pérdida de apetito, sed reducida, inestabilidad en los patrones de sueño, deposiciones interdiarias, ánimo decaído.

Antecedentes:

Generales:

- Su vivienda es propia y dispone de los servicios fundamentales
- Alimentación equilibrada
- Niega crianza de animales
- Niega viajes recientes

Fisiológicos:

- Menarquia: 12 años
- 1ra RS: 22 años
- Ha presentado dos parejas hasta la fecha
- No utiliza ningún tipo de anticonceptivo
- G5P5

Patológicos:

- Contacto con persona con TBC: Niega
- Niega reacción alérgica a medicamentos
- HTA (+) Diagnosticada hace 2 meses
- Medicamentos de uso diario:
 - Enalapril 20mg 2 veces al día
 - Flouxetina 20mg 1 vez al día
 - Dobesilato de calcio 500mg 1 tableta después del desayuno, almuerzo y cena

Familiares:

- Padres aparentemente sanos
- Hermano con HTA
- Hijos aparentemente sanos

Examen físico:

- PA: 115/100
- FC: 60 lpm
- FR: 20 rpm
- T: 36. 7°
- Sat O2: 98%
- Peso: 70 kg
- Talla: 1.67
- IMC: 25.1
- AREG, AREH, AREN. Fascie dolorosa
- Piel: flácida, poco elástica, hidratada. Frialdad distal. Palidez.
- Boca: mucosas orales hidratadas, dentadura completa
- AP. respiratorio: sonido vesicular se ausculta bien en ACP, sin sonidos respiratorios anormales adicionales.
- AP. circulatorio: sonidos cardiacos regulares y de BI, ni ruidos accesorios.
- Abd: a la inspección: plano, no cicatrices previas, B-D, ruidos hidroaéreos (+) de BI y frecuencia. A la palpación ausencia de dolor tanto a nivel superficial como profundo.
- Soma: limitación funcional de miembros inferiores por dolor, edema bilateral en MMII ++/+++. Dolor a la palpación en muslos, hombros, codos, rodillas bilateralmente.
- Neurológico: consciente y colaborador, con puntuación 15/15 en EG, sin signos de déficit neurológico focal, no signos de irritación meníngea. Tono y fuerza muscular disminuidos. Pérdida de sensibilidad en las extremidades inferiores.

Diagnóstico diferencial:

- Síndrome edematoso
- Dolor muscular generalizado
- Anemia

Plan de trabajo:

Se requiere análisis de sangre, hormonas tiroideas, CPK-MB, anticuerpos antinucleares ANA, factor reumatoideo, proteínas totales, albúmina sérica, urea, creatinina. I/C reumatología y neurología.

Valoración de los resultados de pruebas diagnósticas y de cribado:

Se muestra hemoglobina de 10.1 g/dL, hematocrito de 30.3%, resto de parámetros en valores normales, con lo cual se confirma la sospecha de anemia. Según los grados de severidad de anemia se encontraría dentro de una anemia leve.

Los niveles de TSH y T4 están dentro de los límites aceptables, lo que aleja de una patología tiroidea.

Las cifras de CPK-MB estaban en valores normales al igual que los anticuerpos antinucleares ANA y el factor reumatoideo, lo cual no excluye por completo una patología reumatoidea.

Las proteínas totales se encontraban en valores en límites inferiores al igual que la albúmina, lo cual podría deberse a una inadecuada nutrición.

Respuesta de reumatología: Se entrevista a mujer de 76 años y a su familiar. Desde hace 4-5 meses la paciente presenta dolor de manera progresiva cervical y dorsolumbalgia que se irradia a extremidades, dificultad para caminar que empeora con el tiempo. No refiere rigidez matutina ni aumento de volumen articular. El familiar muestra fotografía de radiografías de columna lumbar donde se evidencia cambios osteodegenerativos cervical y lumbar y escoliosis dorsolumbar. No se pueden apreciar otros cambios por la naturaleza de la imagen. Al examen: no se palpa sinovitis ni efusión en articulares. Dificultad para elevar ambos brazos. Fuerza muscular impresiona estar globalmente disminuido. Se solicita proteína reactiva C, VSG, Anti-CPP, ANA, DHL y control con resultados.

Respuesta de neurología: Adulta mayor de 76 años con historial de HTA, depresión post COVID es hospitalizada por dolor muscular generalizado. Se aprecia artralgias en hombros, muñecas y rodillas predominantemente. Al examen debilidad muscular 3% asimétrico. No signos de irritación meníngea. Impresión diagnóstica: síndrome doloroso difuso a descartar enfermedad reumatoidea, a descartar fibromialgia, HTA, trastorno depresivo.

Diagnóstico final:

- Anemia leve
- Polimialgia reumática

Tratamiento:

- Paciente continúa con medicación habitual
 - Enalapril 20mg 2 veces al día
 - Flouxetina 20mg 1 vez al día
 - Dobesilato de calcio 500mg 1 tableta despues del desayuno, almuerzo y cena
- Se le agrega:
 - Dieta hiposodica + LAV
 - Furosemida 40mg 1 vez al día a las 7am
 - Orfenadrina 100mg 1 tableta cada 12h en la mañana y tarde
 - Tramadol SC PRN a dolor muscular intenso
 - Monitoreo y regulación de signos vitales y balance de fluidos y electrolitos

Seguimiento:

La paciente permanece hospitalizada durante 20 días en CEMENA donde se le realizaron más estudios para encontrar la etiología reumática. Se le solicitaron pruebas de Anti-CPP, HLA-B27, dando ambos negativos. Finalmente se inició tratamiento con prednisona 50mg viéndose una notable mejoría en los síntomas de la paciente y se fue disminuyendo la dosis progresivamente dándole de alta a la paciente con el diagnóstico de polimialgia

reumática y con una dosis de prednisona de 30mg al día, sesiones de terapia física y control ambulatorio por el servicio de reumatología para continuar la disminución progresiva de la dosis de corticoides.

Reflexión significativa:

En esta situación el abordaje inicial de disminuir el dolor de la paciente me pareció adecuado, ya que era el síntoma principal que manifestaba la paciente (50). Sin embargo, si bien el dolor al ingreso de la emergencia era intenso y los familiares manifestaban que los signos y síntomas los tenía ya desde hace un tiempo, la señora se encontraba hemodinámicamente estable y no presentaba un mal estado general, por lo cual me pareció que la indicación de hospitalizar a la paciente para ampliar los estudios fue inadecuada. La paciente permaneció más de 15 días en el piso de medicina interna donde fue vista por diferentes especialidades para descartar otras patologías y estaba expuesta como todos los pacientes hospitalizados a contraer una infección nosocomial. Las interconsultas por parte de reumatología para hacer el diagnóstico de la enfermedad podrían haberse realizado en consultorio externo y evitar una posible sobreinfección que agravaría el cuadro. Felizmente no fue el caso y la paciente recibió el alta tras experimentar una mejoría en su estado clínico y un tratamiento definitivo(51).

5.CONCLUSION

El Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara, ofrece una experiencia de aprendizaje excepcional y de alta calidad. Es un nosocomio de alta complejidad que cuenta con infraestructura de vanguardia, incluyendo equipos de diagnóstico de alta tecnología y salas de cirugía modernas. Esto me permitió familiarizarme con las salas de operaciones equipadas con equipo de última generación. Además, cuenta con resonadores magnéticos y equipos de tomografía computarizada, que permite obtener imágenes detalladas para realizar un diagnóstico oportuno. También cuenta con un laboratorio (Suiza Lab) dentro del establecimiento, lo que simplifica la toma de decisiones medicas tanto de los pacientes hospitalizados como los de emergencia. Asimismo, el centro médico naval hace énfasis en la docencia y en la investigación; cada semana en el auditorio había una presentación de un caso por parte de algún especialista o residente,

también en cada rotación los internos teníamos que exponer diferentes temas y en las rondas clínicas nos hacían preguntas para reforzar lo aprendido. Todo esto me permitió beneficiarme de un entorno de aprendizaje único, donde fui capaz de adquirir conocimientos teóricos y habilidades prácticas que pude plasmar en mis pacientes a la hora de realizar procedimientos tan simples como una curación de herida, colocar yeso, suturas, retiros de puntos, etc. Además, también esto me ha ayudado en la relación médico- paciente, ya que mientras interactuaba con los pacientes he podido mejorar mi capacidad de comunicación con ellos. Cuando los pacientes perciben que se les presta atención y se les comprende, es más probable que se sientan a gusto al compartir detalles sobre sus síntomas y antecedentes personales; esto a su vez beneficia al médico a realizar un diagnóstico más minucioso y un tratamiento más efectivo.

El Centro Médico Naval CMST, como es un centro de tercer nivel me permitió rotar en las cuatro principales especialidades, lo cual me permitió tener un panorama más amplio de lo que implica cada especialidad, lo cual me ayudo a diferenciar entre especialidades clínicas y quirúrgicas, lo cual en un futuro me servirá a la hora de elegir mi especialidad. De cada especialidad adquirí conocimientos que llevare conmigo toda mi vida, por ejemplo, una de las rotaciones que considero más desafiantes fue mi rotación en ginecología -obstetricia; al principio fue difícil adecuarme al servicio porque debido a la pandemia no había tenido la oportunidad de rotar antes en un servicio parecido; pero con el tiempo y gracias a mi resiliencia y mis ganas por aprender fui capaz de adaptarme. Aprendí a trabajar en equipo y adquirí conocimientos sobre las patologías ginecológicas-obstétricas más comunes como hemorragias obstétricas, estados hipertensivos del embarazo, distopias, infecciones y hemorragias uterinas anormales. Asimismo, la rotación también me permitió atender partos vaginales y ser participe del postparto de varias gestantes, lo cual me permitió manejar situaciones de emergencia como hemorragias postparto y partos complicados. Con respecto a la parte quirúrgica pude asistir diferentes procedimientos en sala de operaciones como las cesáreas, legrados uterinos, entre otros. Durante mi rotación en pediatría las guardias en emergencia fueron una experiencia diferente comparado con los otros servicios, ya que para una adecuada atención médica infantil debes desarrollar una comunicación efectiva con los familiares o tutores de los pacientes, sobre todo si los niños aún no han aprendido a hablar. Asimismo, aprendí a manejar las patologías más frecuentes en niños como las diarreas, constipación, enfermedades respiratorias y exantemas. Esta rotación también me permitió

rotar en neonatología y ofrecer asistencia neonatal y desarrollar competencias para abordar la dificultad respiratoria en recién nacidos, ictericia neonatal e infecciones. Con respecto a mi etapa de rotación por el departamento de cirugía, me brindó la posibilidad de asistir en diferentes cirugías, esto me permitió aprender y ser partícipe de la relación que existe entre anestesiólogo, cirujanos y enfermeras. Aprendí que cada uno de estos miembros cumple un papel, con la finalidad de lograr el éxito de la intervención quirúrgica y el confort del paciente. Ser partícipe de estas cirugías, también me ha enseñado a mejorar mis suturas y aplicar los principios anatómicos en un entorno clínico real. Mi última rotación fue medicina interna, aprendí a tratar a pacientes con enfermedades crónicas y complejas. Muchos de estos pacientes sufrían enfermedades como diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, entre otros; esto los afecta física y psicológicamente al presentar síntomas persistentes y debilitantes. Estos pacientes necesitan atención médica continua y apoyo; lo cual me enseñó a ser más empática al ponerme en la situación que estaban atravesando y acompañándolos durante su proceso de enfermedad.

Durante mis 10 meses que duro mi internado presencié diferentes casos clínicos, desde patologías frecuentes hasta condiciones más complejas y poco comunes. Por eso decidí presentar 30 casos clínicos que me brindaron la oportunidad de aplicar mis conocimientos teóricos a la práctica y de mejorar mis habilidades diagnósticas y terapéuticas. Asimismo, cada uno de estos casos me permitió percatarme de la importancia de una atención completa, que aborde no meramente las necesidades físicas, sino también las emocionales y sociales de los pacientes. Además, la atención integral también incluye la prevención y la educación para la salud, ya que, al formar a los pacientes en su autocuidado y hábitos saludables, da lugar a que adquieran conductas positivas que mejoren su bienestar general y prevengan el desarrollo de dolencias crónicas. Uno de los tantos casos que tuve la oportunidad de presenciar, fue el de una infante de cuatro años con leucemia linfocítica aguda B. Este caso me llamó la atención, ya que al ser una niña tan pequeña ya tenía que enfrentarse a síntomas agotadores como dolor constante, náuseas, vómitos, fatiga, caída del cabello, entre otros. Esto me hizo darme cuenta de que no solo se ve afectado su aspecto físico, sino también su progreso emocional y psicológico, ya que la niña se veía obligada a pasar varios días en el hospital, no relacionándose con otros niños o no pudiendo asistir al colegio con regularidad; esto también repercutía emocionalmente en sus padres, ya que se les veía ansiosos y tensos por el estado de su hija. Gracias a este

caso comprendí que la comunicación es un pilar primordial a la hora de tratar un paciente, una comunicación honesta y empática ayudara a que los pacientes y sus familiares puedan aclarar sus dudas, disminuir su preocupación y aclarar expectativas; además brindarles apoyo emocional con algunas palabras de confort reducirá su ansiedad y el estrés que puedan estar sintiendo. Por lo tanto, al tratar con pacientes reales durante mi internado pude experimentar la complejidad del ser humano, ya que cada paciente tiene una personalidad, una historia y necesidades únicas. Es por eso por lo que como futuro medico debo ver más allá de la patología y relacionarme con el ser humano que hay detrás, ya que merece ser tratado con respeto, empatía y dignidad.

6. REFERENCIAS

1. Ochoa C, Barranquero M, Reus R, Rogel S. Amenaza de aborto: causas, síntomas, tratamiento y recomendaciones. Reproducción Asistida ORG; 2022 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.reproduccionasistida.org/amenaza-de-aborto/>
2. Mouri MI, Hall H, Rupp TJ. Threatened Miscarriage [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls; 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430747/>
3. August P, Sibai B. Preeclampsia: Clinical features and diagnosis. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?search=Preeclampsia%3A%20Clinical%20features%20and%20diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
4. Rogers R, Fashokun T. Pelvic organ prolapse in females: Epidemiology, risk factors, clinical manifestations, and management. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/pelvic-organ-prolapse-in-females-epidemiology-risk-factors-clinical-manifestations-and-management?search=prolapso&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

5. Parker WH. Uterine myomas: management. Fertil Steril [Internet]. 2007 Ago [citado el 27 de junio de 2024];88(2):255–71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17658523/> Citado en PubMed; PMID 17658523.
6. Ochoa A, Pérez J. Amenaza de parto prematuro: Rotura prematura de membranas. Corioamnionitis. Scielo [Internet]. 2009 [citado el 7 de julio de 2024];32(1):105–19. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272009000200011&script=sci_abstract
7. Lockwood C. Preterm labor: Clinical findings, diagnostic evaluation, and initial treatment. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 7 de julio de 2024]. Disponible en: https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/preterm-labor-clinical-findings-diagnostic-evaluation-and-initial-treatment?search=amenaza%20de%20parto%20prematuro&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H83585229
8. Barson W. Community-acquired pneumonia in children: Clinical features and diagnosis. Uptodate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/community-acquired-pneumonia-in-children-clinical-features-and-diagnosis?search=Community-acquired%20pneumonia%20in%20children%3A%20Clinical%20features%20and%20diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
9. Conaway B. Neumonía en niños adquirida en la comunidad [Internet]. MedlinePlus enciclopedia médica; 2022 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007690.htm>
10. Licari A, Ciprandi G, Marseglia GL, Silvestri M, Tosca M, Anastasio E, et al. Asthma in children and adolescents: the ControlL'Asma project. Acta Biomed [Internet]. 2020 sep [citado el 27 de junio de 2024];91(11-S):e2020002. Disponible en: [10.23750/abm.v91i11-S.10295](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33004772/) Citado en PubMed; PMID 33004772.
11. Scarfone R. Acute asthma exacerbations in children younger than 12 years: Emergency department management. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-asthma->

exacerbations-in-children-younger-than-12-years-emergency-department-management

12. Brandt M, Esperanza M. Acute appendicitis in children: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-appendicitis-in-children-clinical-manifestations-and-diagnosis>
13. Spelman D, Baddour L. Cellulitis and skin abscess: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 8 de julio de 2024]. Disponible en: https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/cellulitis-and-skin-abscess-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=celulitis%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
14. Stanford Medicine Children's Health [Internet]. EE. UU; 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=cellulitis-in-children-90-P04992>
15. Wilfong A. Seizures and epilepsy in children: Classification, etiology, and clinical features. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: <https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/seizures-and-epilepsy-in-children-classification-etiology-and-clinical-features?search=epilepsia>
16. Lassaletta A. Leucemias. Leucemia linfoblástica aguda. *Pediatría Integral* [Internet]. 2012 [citado el 27 de junio de 2024]; XVI(6): 453-462. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2012-07/leucemias-leucemia-linfoblastica-aguda/>
17. Onostre R, Sardinias S, Riveros A, Álvarez J, Velásquez H, Vásquez S. Diagnóstico temprano de leucemia aguda en niños y adolescentes. *Rev. bol. ped.* [Internet]. 2015 [citado el 27 de junio de 2024];54(2):110–5. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752015000200010&lng=es.

18. Beth M. Kawasaki disease: Clinical features and diagnosis. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/kawasaki-disease-clinical-features-and-diagnosis?search=Enfermedad%20de%20kawasaki%20en%20ni%C3%B1os&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H4123938563
19. Lotze T, Chadwick D. Acute disseminated encephalomyelitis (ADEM) in children: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 8 de julio de 2024]. Disponible en: https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/acute-disseminated-encephalomyelitis-adem-in-children-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?search=Encefalomiелitis%20diseminada%20aguda&source=search_result&selectedTitle=1~86&usage_type=default&display_rank=1
20. Ravelo M, Rodríguez N, Jiménez M, Espinette T, González M, Sánchez Á. ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría [Internet]. 2008 [citado el 8 de julio de 2024];71(4):145-155. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=367936949008>
21. Sun A. Deficiencia de glucosa-6-fosfatasa (enfermedad por almacenamiento de glucógeno I, enfermedad de von Gierke). UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/glucose-6-phosphatase-deficiency-glycogen-storage-disease-i-von-gierke-disease?search=Glucogenosis%20tipo%201%20B&source=search_result&selectedTitle=1~33&usage_type=default&display_rank=1#H27
22. Brandt M. Intestinal malrotation in children. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/intestinal-malrotation-in-children?search=intestinal%20obstruction%20children&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
23. Brooks D, Hawn M. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: <https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/classification-clinical->

features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=hernia%20crural%20&source=search_result&selectedTitle=1~34&usage_type=default&display_rank=1#H17

24. Zakko S. Overview of gallstone disease in adults. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/overview-of-gallstone-disease-in-adults?search=litiasis%20vesicular%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
25. Goldberg E, Chopra S. Cirrhosis in adults: Overview of complications, general management, and prognosis. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-overview-of-complications-general-management-and-prognosis>
26. Smink D, Soybel D. Management of acute appendicitis in adults. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=apendicitis%20aguda%20complicada&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
27. González M, Pino C, Mancilla B, Quintero J, Guillen A. Granuloma a cuerpo extraño en abdomen secundario a sutura no absorbible. Redalyc [Internet]. 2016 [citado el 27 de junio de 2024]; 5(2):90-94. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3313/331347417006/html/>
28. Sabel M. Overview of benign breast diseases. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-benign-breast-diseases>
29. Huczak L, Driban N. Lipoma y Lipomatosis. Revista argentina de dermatología [Internet]. 2007 [citado el 9 de julio de 2024]; 88(1):56–66. Disponible en: <https://rad-online.org.ar/2007/04/01/lipoma-y-lipomatosis/>
30. Fernandez C, Jimenez R. Overview of surgery in the treatment of exocrine pancreatic cancer and prognosis. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 9 de julio de 2024].

Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-surgery-in-the-treatment-of-exocrine-pancreatic-cancer-and-prognosis>

31. Fernandez C, Singh H. Clinical manifestations, diagnosis, and staging of exocrine pancreatic cancer. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-staging-of-exocrine-pancreatic-cancer>
32. Chacón H, Salas J, Benítez G, García V, Arias D. Gastrectomía en manga laparoscópica para el tratamiento de la obesidad mórbida. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 2009 [citado el 9 de julio de 2024];32(2):158–65. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692009000200012
33. Miranda D, Cuesta E, Tingo M, Andrade C. Manga gástrica laparoscópica, técnica quirúrgica, resultados, ventajas y desventajas. Journal of American Health [Internet]. 2021 [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/88>
34. Shamrock A, Dreyer M, Varacallo M. Achilles Tendon Rupture [Internet]. Treasure Island (FL):StatPearls; 2023 [citado el 9 de julio de 2024]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430844/> Citado en PubMed; PMID.
35. Wegrzyn J, Besse J. Patología y tratamiento quirúrgico del tendón de Aquiles. Rotura aguda, crónica y tendinopatías. EMC - Técnicas Quirúrgicas - Ortopedia y Traumatología [Internet]. 2010 [citado el 27 de junio de 2024];2(1):1–22. Disponible en: <https://www.em-consulte.com/es/article/239728/patologia-y-tratamiento-quirurgico-del-tendon-de-a>
36. Mcvary K. Medical treatment of benign prostatic hyperplasia. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/medical-treatment-of-benign-prostatic-hyperplasia?search=hiperplasia%20benigna%20de%20pr%C3%B3stata&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
37. Zambrano N, Palma C. Tratamiento de la hiperplasia prostática benigna y de la disfunción eréctil por el médico general. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2018

[citado el 27 de junio de 2024];29(2):180–92. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-tratamiento-hiperplasia-prostatica-benigna-disfuncion-S0716864018300300>

38. Curhan G, Aronson M, Preminger G. Kidney stones in adults: Diagnosis and acute management of suspected nephrolithiasis. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/kidney-stones-in-adults-diagnosis-and-acute-management-of-suspected-nephrolithiasis?search=litiasis%20renal%20&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=1
39. Sebastin S, Chung K, Ono S. Overview of finger, hand, and wrist fractures. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/overview-of-finger-hand-and-wrist-fractures?search=Luxo%20Fractura%20de%20mu%C3%B1eca%20derecha%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
40. Foot Health Facts [Internet]. American College of Foot and Ankle Surgeons; 2024 [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.foothealthfacts.org/conditions/fractures-of-the-fifth-metatarsal?lang=es-MX>
41. Swaroop S. Management of acute pancreatitis. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis>
42. Swaroop S. Clinical manifestations and diagnosis of acute pancreatitis. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-acute-pancreatitis>
43. Della A, Sarroca C. Importancia de la anemia en el cáncer colorrectal. Revista Médica del Uruguay [Internet]. 2004 [citado el 9 de julio de 2024];20(2):114–9. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902004000200005

44. Macrae F, Parikh A, Ricciardi R. Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-colorectal-cancer>
45. Overman M, Bednarski B. Overview of the management of primary colon cancer. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 9 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-primary-colon-cancer>
46. Spelman D, Baddour L. Acute cellulitis and erysipelas in adults: Treatment. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/acute-cellulitis-and-erysipelas-in-adults-treatment?search=celulitis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
47. Wheeler S, Wipf J, Staiger T, Deyo R, Jarvik J. Evaluation of low back pain in adults. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en: https://bduptodate.upc.elogim.com/contents/evaluation-of-low-back-pain-in-adults?search=lumbar%20pain&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
48. Riis A, Olesen JL, Thomsen JL. Early differential diagnosis of ankylosing spondylitis among patients with low back pain in primary care. BMC Family Practice [Internet]. 2020 [citado el 27 de junio de 2024];21(1):90. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7231415/> Citado en PubMed; PMID 32416713
49. Hutchins T, Peckham M, Shah L, Parsons M, Agarwal V, Boulter D, et al. ACR Appropriateness Criteria® Low Back Pain: 2021 Update. Journal of the American College of Radiology [Internet]. 2021 [citado el 27 de junio de 2024];18(11):S361–79. Disponible en: 10.1016/j.jacr.2021.08.002 Citado en PubMed; PMID 34794594
50. Goldenberg D. Clinical manifestations and diagnosis of fibromyalgia in adults. UpToDate [Internet]. 2024 [citado el 27 de junio de 2024]. Disponible en:

<https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-fibromyalgia-in-adults>

51. Myklebust G, Gran J. Prednisolone maintenance dose in relation to starting dose in the treatment of polymyalgia rheumatica and temporal arteritis - A prospective two-year study in 273 patients. *Scand J Rheumatol* [Internet]. 2001[citado el 27 de junio de 2024];30(5):260–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11727839/> Citado en PubMed; PMID11727839.

7. ANEXOS

Tabla 1. Laboratorio del caso clínico 01: gestante de 8ss 3/7 / amenaza de aborto

Prueba	Resultado
HCG subunidad beta cuantitativo	113385.00 mUI/ml
Hemoglobina	↓10.2 g/dl
Hematocrito	↓28.6 %
Volumen corpuscular medio	82.5 fL
Glucosa	↑107 mg/dl
Urea	25.7 mg/dl
Creatinina	0.63 mg/dl
- Sedimento de orina	Leucocitosis 0-2 x campo
- Densidad	1.003
- pH	6.5
- Proteínas	Negativo
- Glucosa	Negativo
- Cetonas	Negativo
Bilirrubina total	↑1.65 mg/dl
Fosfatasa alcalina	87.9 U/L
TGO	↑34.0
TGP	↑62.3
Colesterol total	176 mg/dl
Triglicéridos	116 mg/dl
Hepatitis B	0.31 - No reactivo
VIH	0.17 - No reactivo
Prueba COVID-19	Negativo

Tabla 2. Laboratorio del caso clínico 02: gestante de 37 ss 1/7 / preeclampsia con signos de severidad

Parámetro	Resultado
Tiempo de sangría	1'30" min.
Tiempo de coagulación	6'00" min.
Fibrinógeno	↑ 583 mg/dl
Hemoglobina	↓ 10.8 g/dl
Hematocrito	↓ 32.9 %
Volumen corpuscular medio	↓ 68.4 fL
HB corpuscular media	↓ 22.4 pg
Distribución eritrocitaria	↑ 16.1 g/dl
Recuento de plaquetas	↓ 147 10 xmm
Urea	27.6 mg/dl
Creatinina	0.63 mg/dl
AST/TGO	↑ 94.3 U/L
ALT/TGP	↑ 106.3 U/L
Deshidrogenasa láctica	↑ 2.77 U/L
Bilirrubina total	0.86 mg/dl
Bilirrubina directa	0.22 mg/dl
Bilirrubina indirecta	0.64 mg/dl
Fosfatasa alcalina	↑ 177.0 U/L
Ácido úrico	5.3 mg/dl
Proteína en orina simple	14.50 mg/dl índice 0.40
GGTP	20.0 U/L
Creatinina en orina simple	35.5 mg/dl índice 0.40

Tabla 3. Laboratorio del caso clínico 03: prolapso vaginal total + mioma uterino cervical

Pruebas y Evaluaciones	Resultados
Hemograma	Hb ↓9.3 g/dl, Hto ↓28.8%, VCM 86.9 fL
Glucosa	97 mg/dl
Función Renal	Urea 40.4 mg/dl, Creatinina 0.61 mg/dl
Examen de Orina	Leucocitosis, densidad 1.025, pH 5.0
Coagulación	Tiempo de sangría 2.00 min, tiempo de coagulación 7.00 min
Pruebas Serológicas	No reactivas
Prueba COVID-19	Negativo
Grupo y factor	O +

Tabla 4. Laboratorio del caso clínico 04: gestante de 29ss 3/7 días / amenaza de parto prematuro

Prueba	Resultado
Hemoglobina	↓10.3 g/dl
Hematocrito	↓31.2%
Volumen Corpuscular Medio	94.5 fL
HCM	33.1 fL
Ferritina	↓25.0
Índice de Distribución Eritrocitaria	13.2
Plaquetas	195,000
Leucocitos	8,020
Proteína C Reactiva	1.41 mg/dl
Tiempo de Sangría	2.00 min/seg
Tiempo de Coagulación	7.00 min/seg
Grupo y factor Sanguíneo	O +
Glucosa	95 mg/dl
Urea	18.0 mg/dl
Creatinina	0.58 mg/dl
Examen Completo de Orina	Amarillo Ligeramente turbio Leucocitos 0-2 x campo
T4 Libre	1.38
TSH Ultrasensible	1
Hepatitis B	No reactivo (0.31)
HIV	No reactivo (0.20)
Hepatitis C	No reactivo (0.04)
RPR Sífilis	No reactivo
Prueba COVID-19	Negativo

Tabla 5. Laboratorio del caso clínico 05: neumonía basal en hemitórax izquierdo

Prueba	Resultado
Hemoglobina	11.7 g/dl
Hematocrito	0.343
Volumen corpuscular medio	82.4 fL
Recuento de plaquetas	216
Recuento total de leucocitos	12.61
Glucosa	77 mg/dl
Urea	31.2 mg/dl
Creatinina	0.31 mg/dl
TGO	37.6
TGP	14.4
Proteína C reactiva	99.91 mg/l ↑
Procalcitonina-PCT	1.57 g/ml

Tabla 6. Laboratorio del caso clínico 06: crisis asmática moderada/ bronconeumonía

Prueba	Resultado
Hemoglobina	11.6 g/dl
Hematocrito	33.90%
Volumen corpuscular medio	83.3 fL
Recuento de plaquetas	230 10 x mm ³
Recuento total de leucocitos	13.96 10 x mm ³
Proteína C reactiva	67.79 mg/L ↑
Procalcitonina-PCT	3.95 ng/ml

Tabla 7. Laboratorio del caso clínico 07: peritonitis por apendicitis perforada

Prueba	Resultado
Hemoglobina	12.1 g/dl
Hematocrito	34.9 % ↓
Volumen corpuscular medio	82.4 fL
Recuento de plaquetas	296 10 x mm ³
Recuento total de leucocitos	20.18 10 x mm ³ ↑
Proteína C reactiva	332.26 mg/l ↑
Procalcitonina (PCT)	2.51 ng/ml ↑
Glucosa	60 mg/dl
Urea	29.8 mg/dl
Creatinina	0.57 mg/dl
TGO	21.9 U/L
TGP	7.7 U/L
Examen completo de orina	Leucocitos: 2-5/campo, Hemáties: 5-10/campo
Coagulación	Tiempo de tromboplastina parcial: 51.70 seg ↑, Tiempo de protrombina: 16.80 seg ↑.

Tabla 8. Laboratorio del caso clínico 08: celulitis abscedada glútea y asma Bronquial

Prueba	Resultado
Hemoglobina	10.4 g/dl ↓
Hematocrito	32.20%
Volumen corpuscular medio	86.6 fL
Recuento de plaquetas	612 10 X mm ³ ↑
Recuento total de leucocitos	16.39 X mm ³ ↑
Proteína C reactiva	101.65 mg/l
Procalcitonina-PCT	2.89 ng/ml
Glucosa	111 mg/dl
Urea	16.7 mg/dl
Creatinina	0.33 mg/dl
TGO	26.8 U/L
TGP	12.1 U/L
Examen completo de orina	Leucocitos: 5-10 / campo, Hematies: 0-2 / campo
Coagulación y sangría	Tiempo de sangría: 2 min seg, Tiempo de coagulación: 7 min seg
Bilirrubinas totales y fraccionadas	Bilirrubina total: 0.12 mg/dl, B. directa: 0.05 mg/dl, B. indirecta: 0.07 mg/dl
Proteínas totales y fracción	Proteínas totales: 8.5 ↑, Albúmina sérica: 4.46, Globulina sérica: 4.0 ↑
Fosfatasa alcalina	194.1 U/L

Tabla 9. Laboratorio del caso clínico 09: epilepsia en una niña de 6 años

Prueba	Resultado
Hemoglobina	12.8 g/dl
Hematocrito	37.80%
Volumen corpuscular medio	83.7 fL
Recuento de plaquetas	235
Recuento total de leucocitos	8.6
Proteína C reactiva	3.81 mg/l
Procalcitonina-PCT	0.03 g/ml

Tabla 10. Laboratorio del caso clínico 10: leucemia linfática aguda B

Prueba	Resultado
Urea	18 mg/dl
Creatinina	0.39 mg/dl
Glucosa basal	126 mg/dl
Dengue	Negativo
Urocultivo	
Leucocitos	0-2 x campo
Hematies	0-2 x campo
Cultivo	Negativo
Bilirrubina total	0.28
Deshidrogenasa láctica	373 U/L
Bilirrubina directa	1.15
Magnesio	2.21
Cloro	101
Potasio	3.9
Sodio	134
Proteínas totales	6.1
Albúmina	3.31
Globulina sérica	2.8
Amilasa	46
TGO	27.4
TGP	45.1
Hemoglobina	6.9
Hematocrito	18.4
VCM	90.1
Plaquetas	15 mil
Procalcitonina-PCT	0.84
Urea	15
Creatinina	0.32
Glucosa	112
Deshidrogenasa láctica	306
Ferritina	379
TGO	24.9
TGP	41.9
Reticulocitos	0.44%
Velocidad de sedimentación	>140 mm/h
Hemoglobina	5.7
Hematocrito	16.70%
VCM	31 fL
Plaquetas	15 mil
Thevenon	Positivo
Test de Coombs directo	Negativo
Hemoglobina	8.7 g/dl
Hematocrito	25.80%
VCM	91.3 fL

RDW	16.70%
Recuento de plaquetas	36 mil
Volumen plaquetario medio	12 fL
Recuento total de leucocitos	4550
Abastionados	0.00%
Segmentados	0.90%
Linfocitos	986%

Tabla 11. Laboratorio del caso clínico 12: encefalomiелitis diseminada aguda en niño de 6 años

Tipo de Prueba	Resultado
Hemoglobina	13.2 g/dl
Hematocrito	39.40%
Volumen corpuscular medio	84.8 fL
Velocidad de sedimentación	20.00 ↑
Recuento de plaquetas	454 10x mm ³ ↑
Recuento total de leucocitos	16.86 10x mm ³ ↑
Procalcitonina-PCT	0.03 ng/ml
Glucosa	113 mg/dl ↑
Urea	20.6 mg/dl
Creatinina	0.33 mg/dl
CPK-MB	14.90 U/L
TGO	15.9 U/L
TGP	18.9 U/L
Líquido cefalorraquídeo citoquímico	
Color	Incoloro
Aspecto	Limpio como cristal de roca
Examen citológico	
Hematíes	6
Leucocitos	8
Polimorfonucleares	0
Mononucleares	100
Examen bioquímico	
Glucosa	45.3
Proteínas	30.1
Examen microbiológico	
Coloración GRAM	No se observan bacterias
TINTA CHINA	Negativo

Tabla 12. Laboratorio del caso clínico 15: hernia crural izquierda

Tipo de Prueba	Resultado
Hemograma	
Hemoglobina	10.9 g/dl
Hematocrito	34.50%
Plaquetas	431 10 x mm ³
Leucocitos	7.39 10 x mm ³
AB	0%
Bioquímica	
Glucosa	94 mg/dl
Urea	30.5 mg/dl
Creatinina	0.69 mg/dl
Perfil de coagulación	
TS	1 min
TC	6 min
Examen de orina	No patológico
Serología	
HIV (ELISA)	No reactiva
RPR	No reactivo
VHB	No reactivo
Grupo y factor	O+

Tabla 13. Laboratorio del caso clínico 16: litiasis vesicular/cirrosis hepática

Tipo de Prueba	Resultado
Grupo y factor	A1+
Examen de orina	No patológico
Hemograma	
Hb	15.1 g/dl
Leu	6230 /mm ³
Plaquetas	145,000 /mm ³
Bioquímica	
Urea (U)	248 mg/dl
Glucosa (G)	115 mg/dl
Creatinina (C)	0.91 mg/dl
Bilirrubina Total (BT)	0.40 mg/dl
Bilirrubina Directa (BD)	0.16 mg/dl
Bilirrubina Indirecta (BI)	0.22 mg/dl
Fosfatasa Alcalina (FA)	58 U/L
GGTP	34 U/L
TGO	29.8 U/L
TGP	25.7 U/L
Proteínas Totales (PT)	7.7 g/dl
Albúmina (Alb)	4.95 g/dl
Globulina (Glob)	2.9 g/dl
Hemoglobina A1c (HBA1c)	6.17%
Vitamina B12 (B12)	305 pg/ml

Perfil de coagulación	
Tiempo de Coagulación (TC)	8 min
Tiempo de Sangría (TS)	2 min
TTP	27.6 sec
Tiempo de Trombina (TT)	17.7 sec
Fibrinógeno (F)	257 mg/dl
TP	11.1 sec
INR	1.09
Serología	
HIV (ELISA)	No reactiva
RPR	No reactivo
VHB	No reactivo

Tabla 14. Laboratorio del caso clínico 17: apendicitis aguda necrosada

Tipo de Prueba	Resultado
Grupo y factor	O+
Hemograma	
Hemoglobina	14.9 g/dl
Hematocrito	42.30%
Plaquetas	206 10 x mm ³
Leucocitos	13.65 10 x mm ³
AB	0%
Bioquímica	
Glucosa	114 mg/dl
Urea	27.4 mg/dl
Creatinina	0.81 mg/dl
Perfil de coagulación	
TS	2 min
TC	6 min
Examen de orina	No patológico
Serología	
HIV (ELISA)	No reactiva
RPR	No reactivo
VHB	No reactivo

Tabla 15. Laboratorio del caso clínico 18: granuloma de pared abdominal

Tipo de Prueba	Resultado
Hemograma	
Hb	13.4 g/dl
Leu	8.51 g/dl
Plaquetas	253,000 mm ³
Perfil de coagulación	
TC	7.00"
TS	2.00"
TP	14.5
INR	1.1
TTP	42.1
Bioquímica	
Glucosa	93 mg/dl
Urea	23 mg/dl
Creatinina	0.55 mg/dl
PCR	0.39
A	75
Serología	
HIV-1 (ELISA)	No Reactivo
RPR	No Reactivo
VHB	No Reactivo

Tabla 16. Laboratorio del caso clínico 19: lipoma de mama derecha

Tipo de Prueba	Resultado
Grupo y factor	O+
Examen de orina	No patológico
Hemograma	
Hemoglobina	11.9 g/dl
Hematocrito	34.50%
Plaquetas	431 10 x mm ³
Leucocitos	7.39 10x mm ³
Bioquímica	
Glucosa	104 mg/dl
Urea	22.1 mg/dl
Creatinina	0.77 mg/dl
Perfil de coagulación	
TS	2 min
TC	6 min
Serología	
HIV (ELISA)	No reactiva
RPR	No reactivo
VHB	No reactivo

Tabla 17. Laboratorio del caso clínico 20: tumor de cabeza de páncreas

Tipo de Prueba	Resultado
Grupo y factor	A+
Examen de orina	No patológico
Hemograma	
Hb	12.8 g/dl
Hto	38.80%
Plaquetas	229 10 x mm ³
Leucocitos	5.14 10 x mm ³
Bioquímica	
Urea	32 mg/dl
Creatinina	0.81 mg/dl
Glucosa basal	84 mg/dl
Proteínas totales	7.3 g/dl
Amilasa	76 U/L
Lipasa sérica	43.5 U/L
Proteína C reactiva	0.90 mg/L
Perfil de coagulación	
TC	8.00'
TS	2:00'
TTP	27.6 sec
TT	17.7 sec
Fibrinógeno (F)	257 mg/dl
TP	11.1 sec
INR	1.09
Marcadores tumorales	
Alfa fetoproteína	3.68 ng/ml (2 – 7.80 ng/ml)
Antígeno carcinoembrionario (ACE)	3.25 ng/ml (0 - 3.40 ng/ml)
CA19-9 (páncreas)	< 2 U/ml (0 - 39 U/ml)
Serología	
Hep B	No reactivo
HIV 1-2	No reactivo
Hep C	No reactivo

Tabla 18. Laboratorio del caso clínico 21: obesidad tipo III

Tipo de Prueba	Resultado
Grupo y factor	O (+) Positivo
Prueba COVID-19	Prueba Rápida Negativa (15/02)
Hemograma	
Hb	14.4 g/dl
Leu	9.98 10x mm ³
Plaquetas	338,000 mm ³
Perfil de coagulación	
TC	7
TS	3
TP	14
TTP	46.8
INR	1.06
Examen de orina	No patológico
Bioquímica	
Glucosa	103 mg/dl
Urea	23 mg/dl
Creatinina	0.76 mg/dl
B12	145
Ácido Fólico	7.33
T3 Libre	2.66
T4 Libre	1.04
HbA1C	5.12
Serología	
HIV-1 (ELISA)	No Reactivo
RPR	No Reactivo
VHB	No Reactivo

Tabla 19. Laboratorio del caso clínico 22: ruptura del tendón de Aquiles derecho

Tipo de Prueba	Resultado
Grupo y factor	O+
Examen de orina	No patológico
Hemograma	
Hemoglobina	13.6 g/dl
Hematocrito	41.10%
Plaquetas	255 10 x mm ³
Leucocitos	5.52 10 x mm ³
Bioquímica	
Glucosa	103 mg/dl
Urea	38.1 mg/dl
Creatinina	1.11 mg/dl
Perfil de coagulación	
TS	2 min
TC	7 min
Serología	
HIV (ELISA)	No reactiva
RPR	No reactivo
VHB	No reactivo

Tabla 20. Laboratorio del caso clínico 23: hiperplasia benigna de próstata obstructiva

Tipo de Prueba	Resultado
Grupo y factor	O (+) Positivo
Prueba COVID-19	Prueba Rápida Negativa (15/02)
PSA	3.47 ng/ml
Examen de orina	No patológico, cultivo negativo
Hemograma	
Hb	9.4 g/dl
Leu	9.29 10 x mm ³
Plaquetas	545 10 x mm ³
Perfil de coagulación	
TC	7.00 min
TS	3.00 min
TP	14 seg
TTP	46.8 sec
INR	1.06
Bioquímica	
Glucosa	103 mg/dl
Urea	36 mg/dl
Creatinina	0.84 mg/dl
Serología	
HIV-1 (ELISA)	No Reactivo
RPR	No Reactivo
VHB	No Reactivo

Tabla 21. Laboratorio del caso clínico 24: litiasis renal izquierda, ureteral izquierda y vesical

Tipo de Prueba	Resultado
Grupo y factor	O+
Hemograma	
Hb	10.9 g/dl
Hto	32.40%
Plaquetas	284 10 x mm ³
Leucocitos	6.78 10 x mm ³
Bioquímica	
Urea	72.2 mg/dl
Creatinina	1.21 mg/dl
Glucosa basal	113 mg/dl
Proteínas totales	7.7 g/dl
Hemoglobina glicosilada	6.7
Urocultivo	
Leucocitos	10-20 /campo
Bacterias aisladas	Escherichia coli
Examen de orina	
Leucocitos	>100 /campo
Hemáties	2-5 /campo
Serología	
Hep B	No Reactivo
HIV 1-2	No Reactivo
Hep C	No Reactivo

Tabla 22. Laboratorio del caso clínico 25: fractura de muñeca derecha y fractura diafisaria del quinto metatarsiano izquierdo

Tipo de Prueba	Resultado
Grupo y factor	O+
Examen de orina	No patológico
Hemograma	
Hemoglobina	11.4 g/dl
Hematocrito	33.70%
Plaquetas	258 10 x mm ³
Leucocitos	7.40 10 x mm ³
Bioquímica	
Glucosa	96 mg/dl
Urea	19.8 mg/dl
Creatinina	0.55 mg/dl
Perfil de coagulación	
TS	1 min
TC	6 min
Serología	
HIV (ELISA)	No Reactiva
RPR	No Reactivo
VHB	No Reactivo

Tabla 23. Laboratorio del caso clínico 26: pancreatitis aguda

Tipo de Prueba	Resultado
Hemograma	
Hemoglobina	12.5 g/dl
Hematocrito	0.385
Plaquetas	90 10 x mm ³
Leucocitos	6.41 10 x mm ³
Bioquímica	
Amilasa	222 mg/dl
PCR	1.52 mg/L
Deshidrogenasa láctica	273.0 U/L
Glucosa	177 mg/dl
Urea	33.6 mg/dl
Creatinina	0.66 mg/dl
GGTP	52.0 U/L
TGO	18.5 U/L
TGP	38.4 U/L
Electrolitos	
Cloro	96 mmol/L
Potasio	4.26 mmol/L
Sodio	129.4 mmol/L
Hematología	
Hemoglobina	13.5 g/dl
Hematocrito	0.407
Plaquetas	127 10 x mm ³
Leucocitos	6.39 10 x mm ³

Tabla 24. Laboratorio del caso clínico 27: neoplasia de colon

Tipo de Prueba	Resultado
Grupo y factor	O+
Examen de orina	No patológico
Hemograma	
Hemoglobina	6.9 g/dl
Hematocrito	23.20%
Plaquetas	215 10 x mm ³
Leucocitos	5.39 10 x mm ³
Bioquímica	
Glucosa	112 mg/dl
Urea	29.0 mg/dl
Creatinina	0.94 mg/dl
Perfil de coagulación	
Tiempo de sangría	2' 30' min
Tiempo de coagulación	7 min
Serología	
HIV (ELISA)	No reactivo
RPR	No reactivo
VHB	No reactivo

LABORATORIO: 31/12/23

Tipo de Prueba	Resultado
Hemograma	
Hemoglobina	5.9 g/dl
Hematocrito	19.60%
Plaquetas	165 10 x mm ³
Leucocitos	5.59 10 x mm ³
Bioquímica	
Glucosa	127 mg/dl
Urea	34 mg/dl
Creatinina	0.96 mg/dl
Proteínas totales	7.2 g/dl
Albumina sérica	3.17 g/dl
Bilirrubina total	0.15 mg/dl
Bilirrubina directa	0.08 mg/dl
Bilirrubina indirecta	0.07 mg/dl
FA	84.5 U/L
GGTP	18 U/L
TGO	8.2 U/L
TGP	4.4 U/L
Perfil de coagulación	
Tiempo de trombina	16.0 s
Tiempo de protrombina	15.1 s
Examen de orina	No patológico, cultivo negativo

Tabla 25. Laboratorio del caso clínico 28: celulitis en miembro inferior derecho

Tipo de Prueba	Resultado
Hemograma	
Hemoglobina	14.6 g/dl
Hematocrito	42.60%
Plaquetas	166 10 x mm ³
Leucocitos	10.14 10 x mm ³
Bioquímica	
Glucosa	100 mg/dl
Urea	51 mg/dl
Creatinina	0.74 mg/dl
PCR	156.81 mg/L ↑

Figura 1. CC. 01/ecografia transvaginal



Figura 2. CC. 02/ecografia



Figura 2. CC. 03/ecografia transvaginal

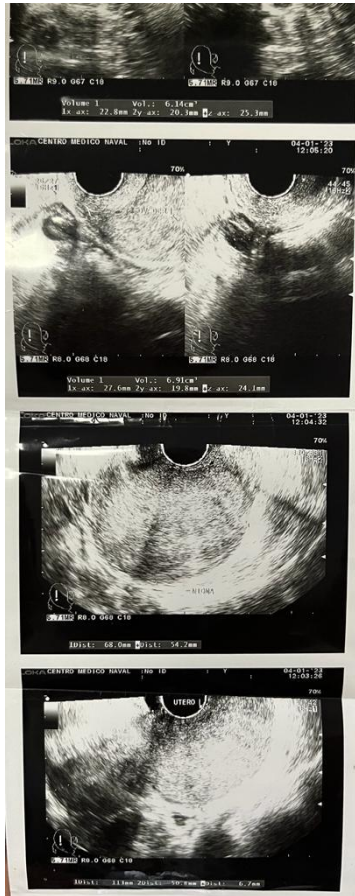


Figura 3. CC. 03/hallazgos operatorios



Figura 5. CC. 05/rx de tórax

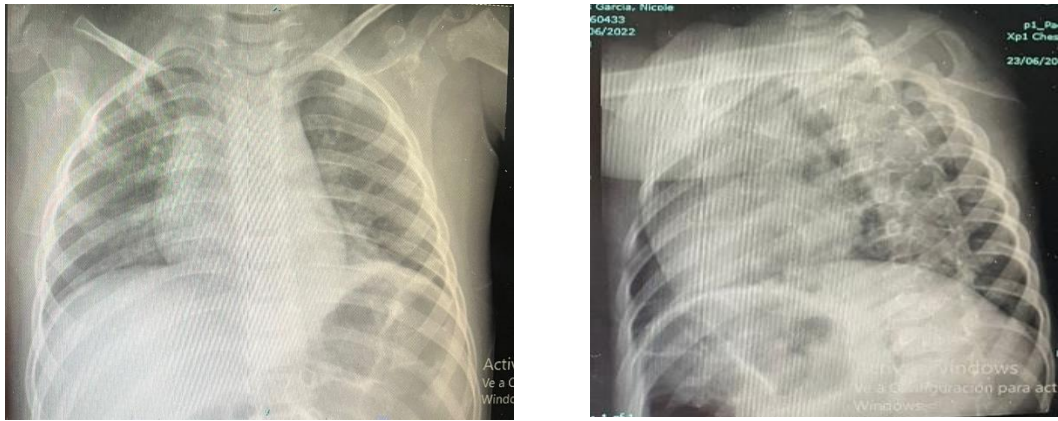


Figura 6. CC. 06/rx de tórax



Figura 7. CC. 07/ ecografía de hemiabdomen inferior

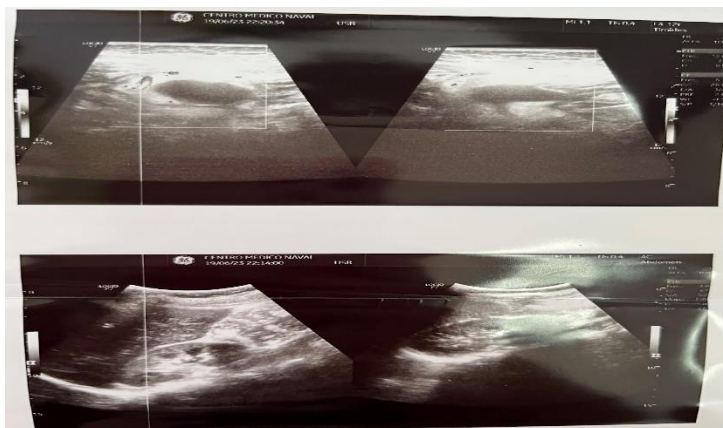


Figura 8. CC. 08/ ecografía de partes blandas



Figura 9. CC. 08/ rx de tórax

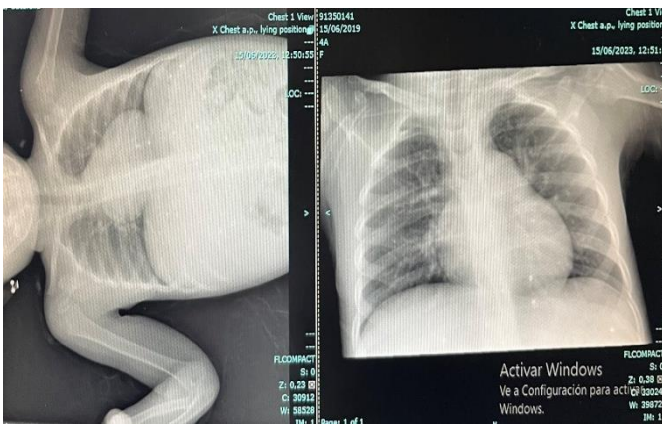


Figura 10. CC. 10/ ecografía abdominal



Figura 11. CC. 11/ ecografia abdominal



Figura 12. CC. 11/ EKG

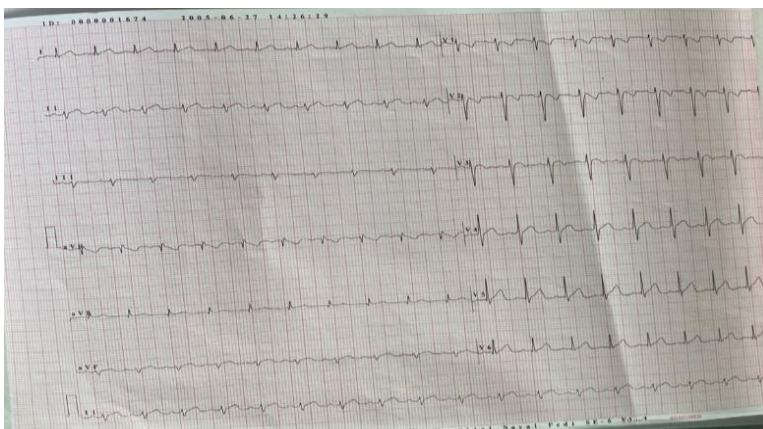


Figura 13. CC. 12/ resonancia magnética de columna y cerebral

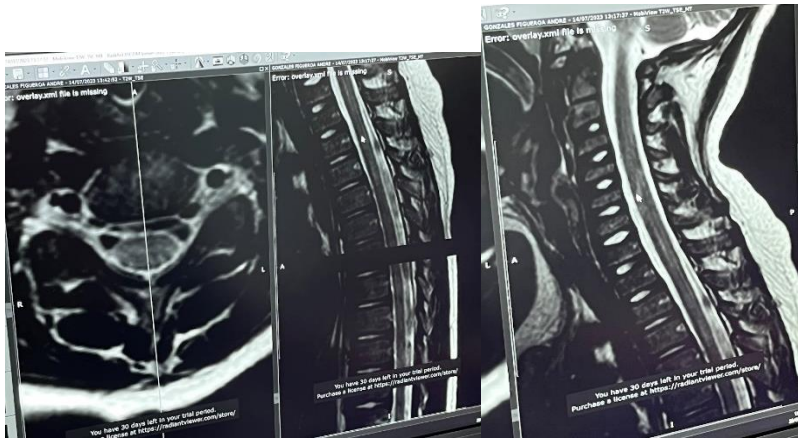


Figura 14. CC. 13/ ecografía abdominal



Figura 15. CC. 14/ deposición con sangre



Figura 16. CC. 14/ rx de abdomen



Figura 17. CC. 15/ ecografia partes blandas



Figura 18. CC. 18/ ecografia abdomino pélvico



Figura 19. CC. 19/ ecografia mamaria bilateral



Figura 20. CC. 20/ pieza operatoria



Figura 21. CC. 20/ herida operatoria



Figura 22. CC. 22/ MII derecho.



Figura 23. CC. 22/ ecografia de partes blandas.



Figura 24. CC. 23/ ecografia de contenido escrotal.



Figura 25. CC. 25/ rx de muñeca derecha



Figura 26. CC. 25/ rx de pie izquierdo



Figura 27. CC. 25/ radiografía de muñeca derecha luego de la cirugía



Figura 28. CC. 26/ecografía

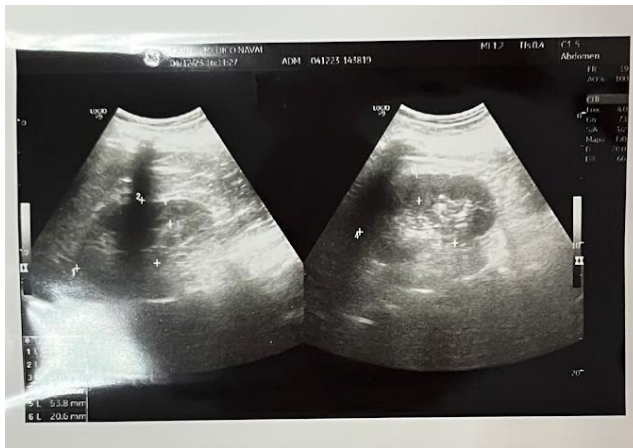


Figura 29. CC. 28/ celulitis en pierna derecha

