



**UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA**

Portafolio de la experiencia en los servicios de ginecología, pediatría, medicina interna y cirugía general durante el internado médico en el período junio 20021 a febrero 2022 en la “Clínica Aviva”.

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

**AUTOR(A)**

Donaires Coa, Sandra Jhomira (0000-0002-9082-9861)

**ASESOR(ES)**

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

**Lima, 01 de septiembre de 2022**

*DEDICATORIA*

*A mis padres por su compañía y respaldo a lo largo de mi vida profesional*

## AGRADECIMIENTOS

A Dios quien me ha guiado y me ha dado la fortaleza para seguir adelante, a mi familia por su comprensión y apoyo incondicional. Y a todas las personas que de una y otra manera me apoyaron a lo largo de mi carrera profesional.

## RESUMEN

La presentación de 30 casos clínicos de los que considero que obtuve los aprendizajes más significativos durante el internado médico en la Clínica Aviva. En las siguientes páginas se describen las historias clínicas que abarcan anamnesis, examen físico, diagnósticos diferenciales, exámenes de laboratorio solicitados, diagnósticos finales, complicaciones, tratamiento, y reflexiones críticas significativas para cada caso.

**Palabras clave:** historias clínicas; internado médico; casos clínicos.

**Objetivo:** Describir y hacer un análisis crítico a propósito de los casos clínicos a que estuve expuesto como interno de medicina y que contribuyeron a mi formación con aprendizajes significativos.

**Metodología:** Trabajo descriptivo y analítico de la experiencia clínica obtenida durante el internado médico

**Resultados principales o hallazgos:** Se describen treinta casos clínicos reportados en la Clínica Aviva. Se resalta la capacidad de diagnóstico precoz y manejo oportuno de cada patología.

**Conclusiones:** El año de internado médico es la etapa en la que ponemos a prueba todos los conocimientos forjados durante la carrera de medicina y así poder ser parte del sistema de salud. Lo más significativo del internado médico es poder ser parte de la recuperación de los distintos pacientes, aportar nuestro conocimiento para el diagnóstico precoz de sus enfermedades y tratamiento adecuado y oportuno.

## ABSTRACT

The presentation of 30 clinical cases from which I consider that I obtained the most significant learning during the medical internship at the Aviva Clinic. The following pages describe the medical records that cover history, physical examination, differential diagnoses, requested laboratory tests, final diagnoses, complications, treatment, and significant critical reflections for each case.

**Keywords:** Clinic history; medical internship; clinical cases.

**Objective:** To describe and make a critical analysis of the clinical cases to which I was exposed as a medical intern and that contributed to my training with significant learning.

**Methodology:** Descriptive and analytical work report of the clinical experience obtained during the medical internship

**Main results:** Thirty clinical cases reported in the Aviva Clinic are described. The capacity for early diagnosis and timely management of each pathology is highlighted.

**Conclusions:** The year of medical internship is the stage in which we put to the test all the knowledge forged during the medical career and thus be able to be part of the health system. The most significant thing about the medical internship is being able to be part of the recovery of the different patients, contributing our knowledge for the early diagnosis of their diseases and adequate and timely treatment.

## ABREVIATURAS

- ABEG: aparenta buen estado general
- AREG: aparenta regular estado general
- AMEG: aparenta mal estado general
- ABEN: aparenta buen estado de nutrición
- AREN: aparenta regular estado de nutrición
- AMEN: aparenta mal estado de nutrición
- ABEH: aparenta buen estado de hidratación
- AREH: aparenta regular estado de hidratación
- AMEH: aparenta mal estado de hidratación
- ACV: accidente cerebrovascular
- AVF: anteroversoflexión
- AP: altura de presentación
- AU: altura uterina
- BHCG: gonadotropina coriónica humana
- CID: cuadrante inferior derecho
- CII: cuadrante inferior izquierdo
- DU: dinámica uterina
- DPP: desprendimiento prematuro de placenta
- EG: edad gestacional
- EV: endovenoso
- FUR: fecha de última regla
- FPP: fecha probable de parto
- FID: fosa iliáca derecha
- FID: fosa iliáca izquierda
- HUA: hemorragia uterina anormal
- HDA: hemorragia digestiva alta
- HDB: hemorragia digestiva baja
- ITU: infección de tracto urinario
- IM: intramuscular
- LOTEPE: lúcido, orientado en tiempo espacio y persona
- LCD: longitudinal cefálico derecho
- LCI: longitudinal cefálico izquierdo
- LCF: latidos cardíacos fetales
- LCR: longitud cráneo rabadilla
- MV: murmullo vesicular
- NPO: nada por vía oral
- NST: test no estresante
- OCE: orificio cervical externo
- OCI: orificio cervical interno
- RAM: reacción alérgica medicamentosa
- RHA: ruidos hidroaéreos
- SAT: sensación de alza térmica

- SATO2: saturación de oxígeno
- SOP: sala de operaciones
- SPP: situación, posición, presentación
- SOMA: sistema osteomioarticular
- TCSC: tejido celular subcutáneo
- VO: vía oral

## INDICE

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS</b> -----	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGÍA</b> -----	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS- CASOS CLÍNICOS</b> -----	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>CONCLUSIONES</b> -----	<b>86</b>
<b>5</b>	<b>REFERENCIAS</b> -----	<b>89</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	4
Tabla 2	8
Tabla 3	11
Tabla 4	15
Tabla 5	19
Tabla 6	23
Tabla 7	26
Tabla 8	28
Tabla 9	30
Tabla 10	33
Tabla 11	35
Tabla 12	38
Tabla 13	41
Tabla 14	44
Tabla 15	46
Tabla 16	50
Tabla 17	53
Tabla 18	56
Tabla 19	58
Tabla 20	60
Tabla 21	63
Tabla 22	65
Tabla 23	68
Tabla 24	70
Tabla 25	72
Tabla 26	74
Tabla 27	76
Tabla 28	81
Tabla 29	84

## **1 INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La carrera de medicina abarca siete largos años de cursos teóricos de ciencias básicas, solo en los dos últimos años se incluyen rotaciones hospitalarias de externado en 6to año de la carrera e internado en el último año. El internado médico, tal vez es la etapa más esperada por todos los estudiantes de medicina, ya que es aquí donde se adquieren y refuerzan distintas habilidades que más adelante serán puestas a prueba en el Servicio Rural y Urbano Marginal (SERUMS). Se divide en 4 grandes rotaciones, que incluyen: medicina interna, cirugía general, ginecología y pediatría. Convencionalmente este periodo tiene una duración de 12 meses, pero que en este año 2021 se redujo a 10 meses por el estado de emergencia por Covid-19 que atraviesa no solo el Perú, sino todo el mundo. Por lo tanto, este fue un periodo de adaptación para el internado médico. Esta etapa también es donde la mayoría de los estudiantes de medicina deciden su futuro respecto a las distintas especialidades que desean seguir. Además, etapa necesaria y obligatoria para la culminación de la carrera de medicina.

El presente trabajo de suficiencia profesional describe 30 casos clínicos vistos durante la etapa del internado médico, casos en los que se pusieron a prueba nuestras habilidades y conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera de medicina. Se detalla parte de la historia clínica con los datos necesarios para su entendimiento y diagnóstico.

## 2 METODOLOGÍA

- 2.1 Estudio descriptivo de casos clínicos registrados en la Clínica Aviva entre julio 2021 a febrero 2022. Se revisaron casos entre los servicios de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Cirugía general durante el periodo de internado médico.
- 2.2 **Diseño:** Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo de casos clínicos de pacientes atendidos donde participó el interno de medicina en el establecimiento de salud Clínica Aviva.
- 2.3 **Escenario:** El internado médico es la etapa en la que se busca que el interno desarrolle habilidades clínicas y quirúrgicas a través de los conocimientos forjados durante la carrera profesional y ponerlos en práctica en los distintos establecimientos de salud.
- 2.4 **Participantes:** Pacientes atendidos en la Clínica Aviva durante el periodo julio 2021 a febrero 2022.

### 3 RESULTADOS- CASOS CLÍNICOS

#### 3.1 Caso clínico 1

**3.1.1 Anamnesis:** paciente mujer gestante de 26 años, natural de Cusco, ingresa al servicio de emergencia de ginecobstetricia refiriendo un cuadro clínico de inicio insidioso, de aproximadamente 5 horas de evolución y caracterizado por dolor tipo contracciones uterinas. Refiere pérdida de tapón mucoso. Percibe movimientos fetales. Niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico.

#### **Antecedentes:**

- Ginecobstétricos: G3 P1011
  - G1 (2017, parto vaginal)
  - G2 (2020, aborto completo)
  - G3 (actual)
- FUR: 22/09/2022
- Eco 1er trimestre: EG 8 semanas
- FPP por Eco 1er trimestre: 09/07/2021

#### **Examen físico:**

- FC: 83 x' FR: 16' PA: 100/50 mmHg T° 36,5 °C SatO2 97%
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Útero grávido ocupado por feto único activo, AU 33cm SPP LCD, LCF 134 x', movimientos fetales presentes, DU 1/10 ++, tono conservado.
- Cérvix: centralizado, blando, dehiscente 2 dígitos, pelvis ginecoide, incorporación 70% AP -2, membranas integra, sangrado vaginal negativo, pérdida de líquido amniótico negativo.

**3.1.2 Diagnósticos diferenciales:** tercigesta de 39 semanas de gestación. Pródromos de trabajo de parto.

**3.1.3 Resultados de pruebas diagnósticas:**

Tabla 1.

Tabla 1	
Hb	12,1 g/dl
Hto	37%
Retracción de coágulo	Completo
Tiempo de sangría	1' 45"
Grupo sanguíneo y factor Rh	O positivo
Glucosa	87 mg/dl
Urea	17 mg/dl
Creatinina	0,61 mg/dl
PR IHV	No reactivo
PR Sífilis	No reactivo
PR Hepatitis B	No reactivo
PR Covid 19	No reactivo
Examen de orina	Normal

- Prueba NST activo y reactivo
- 3.1.4 **Diagnóstico:** puérpera inmediata de parto eutócico, episiotomía medio lateral derecha.
- 3.1.5 **Tratamiento:** episiorrafia, paracetamol 500mg VO cada 8 horas x 3 días, sulfato ferroso 300mg VO cada 24 horas x 30 días.
- 3.1.6 **Plan de seguimiento:** puérpera mediata de parto vaginal sin complicaciones, no reporta síntomas u otras molestias. Se brinda el alta conjunta con las siguientes indicaciones médicas: Lactancia materna exclusiva, continuar con tratamiento indicado y consulta por ginecobstetricia en 1 semana.

3.1.7 **Evaluación crítica:** la paciente fue una primigesta natural de la provincia de Cusco, al llegar a la clínica nos comentó que su madre y abuela le hablaron mucho acerca del parto en posición vertical que fue la posición por la cual ellas tuvieron sus partos, la paciente nos preguntó cuál era la posibilidad de que ella pudiera realizar esa posición de parto, la clínica cuenta con espacios llamados suites maternas que están acondicionadas para que las pacientes puedan tener el parto en la posición que deseen y les favorezca; nuestra paciente intentó el parto en posición vertical pero le resultó incomodo por lo cual decidió cambiar a posición de litotomía. En este caso la paciente tenía la creencia que el parto en posición vertical sería lo más fácil y adecuado para ella porque fue lo que funcionó con sus familiares, es importante que los centros de salud cuenten con las condiciones necesarias para poder ofrecer comodidad a las pacientes gestantes. Es importante resaltar la realización de la episiotomía, es decir aprender cuando es necesario la realización de este procedimiento, actualmente muchos ginecólogos ya no consideran necesario realizar una episiotomía y solo dejan seguir el curso del parto, yo considero que se debe realizar si se encuentra necesario sobre todo para evitar desgarros perineales. Esta se define como el agrandamiento quirúrgico de la cara posterior de la vagina mediante una incisión en el perineo durante la última parte de la segunda etapa del trabajo de parto.<sup>1</sup> Existen dos tipos de episiotomía, la mediana y la medio lateral. Lamentablemente, el uso rutinario de la episiotomía ha aumentado la frecuencia de las complicaciones referentes a esta, por lo que actualmente se recomienda realizarla de forma individualizada de acuerdo a cada paciente.<sup>1</sup> Según un estudio realizado en el Hospital Universitario de la Ribera, se encontró que los factores que se asocian a la realización de una episiotomía son la primiparidad, el uso de anestesia epidural, el inicio de parto estimulado o inducido y la posición de parto en litotomía.<sup>2</sup> Finalmente, se puede concluir que la elevada tasa de episiotomías realizadas se debe a un retraso entre la difusión de la evidencia científica y el cambio en la práctica clínica.<sup>2</sup>

## 3.2 Caso clínico 2

3.2.1 **Anamnesis:** paciente mujer gestante de 35 años ingresa al servicio de emergencia de ginecobstetricia refiriendo un cuadro clínico de inicio insidioso, de aproximadamente 1 día de evolución y caracterizado por dolor abdominal tipo cólico y sangrado vaginal. Niega sensación de alza térmica.

### **Antecedentes:**

- Patológicos: litiasis vesicular, gastritis
- Ginecobstétricos: G4 P3003
  - G1 (2001, parto eutócico)
  - G2 (2004, parto eutócico)
  - G3 (2006, parto eutócico)
  - G4 (actual)
- FUR: 15/05/2021

### **Examen físico:**

- FC: 70x' FR:18x' PA: 110/70 mmHg T°: 36,6 °C SatO2: 99%
- Abdomen: blando, depresible, poco doloroso a palpación profunda en hipogastrio, no signos peritoneales.
- Ginecológico: útero grávido, OCE entreabierto, sangrado vaginal positivo

3.2.2 **Diagnóstico diferencial:** hemorragia de la primera mitad del embarazo a descartar aborto incompleto.

### **Plan de Trabajo:**

- Realizar exámenes auxiliares de laboratorio prequirúrgicos, prueba COVID-19
- Ecografía transvaginal
- Programar SOP



### 3.2.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Tabla 2

Tabla 2	
Hb	11.9 g/dl
Hto	34%
Retracción de coágulo	Completo
Tiempo de sangría	2'
Grupo sanguíneo y factor Rh	O positivo
Glucosa	90 mg/dl
Urea	18 mg/dl
Creatinina	0,52 mg/dl
PR IHV	No reactivo
PR Sífilis	No reactivo
PR Hepatitis B	No reactivo
PR Covid 19	No reactivo
Examen de orina	Normal
BhCG	77791 mU/ml

- Ecografía: útero AVF, medidas 88 x 50 x 54mm. Saco gestacional de 34mm. LCR 11,7mm. LCF ausentes. Anexos: ovario derecho 30x22, ovario izquierdo 36x20. Fondo de saco de Douglas libre

**3.2.4 Diagnóstico:** aborto incompleto.

**3.2.5 Tratamiento:** paciente pasa a sala de operaciones donde se realiza legrado uterino bajo anestesia, previa maduración cervical con misoprostol 400mg vía vaginal. Se le indica paracetamol 500mg VO cada 8 horas x 3 días, doxiciclina 100mg VO cada 12 horas x 5 días, implante subdérmico como método anticonceptivo.

**3.2.6 Plan de seguimiento:** se brinda alta médica al no encontrarse complicaciones, se le indica continuar con la medicación. Control por consultorio de ginecología en 1 semana o si evidencia signos de alarma, acudir por emergencia.

**3.2.7 Evaluación crítica:** al informar a la paciente sobre el término de su gestación, la paciente solicita una segunda opinión por parte de otro médico ginecólogo, por lo tanto, respetando el principio de autonomía y su derecho a decidir, se realizó interconsulta al médico especialista en medicina fetal y las pruebas correspondientes confirmando el diagnóstico. Es importante saber transmitir empatía a pacientes que se encuentran en un estado muy vulnerable, dar este tipo de noticias no es sencillo y no existen cursos que nos preparen para brindar este tipo de información, es una capacidad que se va adquiriendo a través de la experiencia, es necesario brindar soporte y confianza. Discutiremos un poco acerca de la elección entre una aspiración manual endouterina o un legrado uterino en casos de aborto.

En primer lugar, la aspiración manual endouterina se utiliza en abortos incompletos con una edad gestacional menor igual a 14 semanas, sin embargo, se menciona que es seguro y eficaz cuando se realiza hasta las 11 semanas de embarazo.<sup>3</sup> Es importante recalcar que es un procedimiento ambulatorio y de menor costo. Con respecto a los antecedentes, se debe tomar en consideración aquellos que involucren alergias, consumo de medicamentos y enfermedades cardiovasculares y/o hematológicas.<sup>3</sup> Además, se debe controlar las funciones vitales de manera frecuente, así como brindar terapia antibiótica profiláctica y uso de antiinflamatorios no esteroideos para manejo del dolor.<sup>3</sup>

Por su parte, el legrado uterino es un procedimiento por el cual, a través del cérvix y del uso de una cureta de metal, se evacúan los restos del interior del útero bajo anestesia general.<sup>4</sup> Una de sus características es que puede realizarse después de las 12 semanas de gestación, sin embargo, implica una mayor tasa de complicaciones, una mayor necesidad de dilatación cervical y una estancia hospitalaria más prolongada.<sup>4</sup> Sus complicaciones por destacar son la perforación uterina, lesión cervical, síndrome de Asherman y hemorragias.<sup>4</sup>

### 3.3 Caso clínico 3

3.3.1 **Anamnesis:** paciente mujer de 47 años, natural de Lima, procedente de Comas, ingresa al servicio de emergencia de ginecobstetricia refiriendo un cuadro clínico de inicio insidioso, de aproximadamente 1 mes y medio caracterizado principalmente por sangrado vaginal y dolor pélvico. Con respecto al sangrado vaginal, refiere presentarlo después de aproximadamente 2 semanas tras su última menstruación normal, este se caracterizaba por aumentar en cantidad y asociarse a presencia de coágulos (uso de toallas nocturnas) y dolor pélvico. Asimismo, refiere presentar mareos y debilidad. Paciente refiere que acudió a otro centro de salud donde le prescribieron ácido tranexámico 250mg VO y hierro bebible 100mg/5mL una botellita cada 24 horas. Acude por no mejoría de síntomas.

#### **Antecedentes:**

- Patológicos: mioma cervical
- Quirúrgicos: cesáreas (2), legrado uterino
- Transfusiones: 2 paquetes globulares (07/21)
- G3 P1112: G1 (1999, cesárea) (2002, cesárea) (2005, aborto incompleto, legrado uterino). FUR 15/05/2021

#### **Examen físico:**

- PA 110/60 mmHg FC 84x' FR 19x' SatO2 98%
- Piel: tibia, elástica, hidratada. No palidez, no cianosis, no ictericia
- Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en CID e hipogastrio, no signos peritoneales.

- Ginecológico: útero AVF, OCE cerrado, sangrado vaginal escaso, no se palpan masas en anexos.

3.3.2 **Diagnóstico diferencial:** hemorragia uterina anormal por mioma uterino, descartar anemia.

**Plan de Trabajo:**

- Solicitar exámenes auxiliares: hemograma completo, perfil de coagulación, grupo sanguíneo, factor rh, glucosa urea creatinina, bhcg, examen de orina
- Ecografía transvaginal.

3.3.3 **Resultado de pruebas diagnósticas:**

Tabla 3

Tabla 3	
Hb	6.9 g/dl
Hto	20%
Leucocito	13 380 mm <sup>3</sup>
Plaquetas	157 000 mm <sup>3</sup>
Tiempo de sangría	2'
Grupo sanguíneo y factor rh	O positivo
Glucosa	153 mg/dl
Urea	32 mg/dl
Creatinina	0,63 mg/dl
PR Covid 19	No reactivo
Examen de orina	Orina roja, sangre ++, hematíes >100/campo.

- **Ecografía transvaginal:** útero AVF, superficie regular, homogénea, medidas 112x54x60MM. Endometrio 8mm. Se halla mioma cervical 59x47mm. Ovario derecho 40x34mm, ovario izquierdo 44x32mm. Fondo de saco de Douglas libre. Vejiga vacua.

**3.3.4 Diagnósticos:** hemorragia uterina anormal por mioma uterino. Anemia moderada.

- 3.3.5 Tratamiento:** paciente pasa a sala de operaciones y se realiza histerectomía abdominal total más salpingectomía bilateral más ooforectomía izquierda por medio de una incisión transversal suprapúbica. Se indica clindamicina 300mg VO cada 12 horas por 3 días, simeticona 80mg VO cada 8 horas por 3 días, hierro polimaltosado bebible 1 ampolla VO cada 48 horas.
- 3.3.6 Plan de seguimiento:** se brinda alta médica con el tratamiento ya mencionada y se indica control por consultorio de ginecología dentro de 1 semana o acudir por emergencia si se evidencia signos de alarma. Se recomienda reposo absoluto y no realizar ningún tipo de esfuerzo físico.
- 3.3.7 Evaluación crítica:** el presente caso clínico se evidencia una de las principales consecuencias del sangrado uterino anormal que viene a ser la anemia en el caso de la paciente moderada a severa, hemorragia que fue ocasionada por el mioma uterino. Los signos y síntomas de la anemia aparecen a consecuencia de un suministro deficiente de oxígeno hacia los tejidos, la cual es una función esencial de los glóbulos rojos.<sup>5</sup> Es muy frecuente la aparición de hipotensión, vasoconstricción periférica, disminución del gasto cardíaco, bradicardia y obstrucción de la arteria coronaria la cual pueden llegar a desencadenar un dolor torácico que asemeja un síndrome coronario agudo. El aprendizaje de este caso se basa en la educación que debemos tener con las pacientes sobre controles ginecológicos para diagnosticar distintas patologías que puedan causar una hemorragia uterina anormal, ya que esta patología puede producir sangrados escasos, pero puede tomar un curso y descompensar a la paciente en cuestión de minutos.

Asimismo, es importante mencionar los tipos de histerectomía. La histerectomía o extirpación quirúrgica del útero es un procedimiento que se puede realizar mediante un abordaje abdominal, vaginal o laparoscópico. La histerectomía abdominal consiste en la extirpación del útero mediante una laparotomía. Se puede realizar una histerectomía total, el cual incluye el cuello uterino, o una histerectomía subtotal, que solo reseca la zona supra cervical. Los ovarios se pueden extirpar o no en el momento de la histerectomía.<sup>6</sup> Es importante reconocer el riesgo que implica toda hemorragia uterina anormal, por ello se debe explicar detalladamente todas las opciones de tratamiento en estos casos, recalando que si no hay resultados positivos la última opción será una histerectomía. Debemos respetar el principio de autonomía de todos los pacientes informando y solicitando el consentimiento informado. En esta paciente, se decidió realizar una histerectomía total vía abdominal, por el tamaño del mioma y además que el deseo genésico de la paciente había sido cumplido.

### **3.4 Caso Clínico 4**

**3.4.1 Anamnesis:** paciente femenina gestante de 32 años, natural de Lima, ingresa al servicio de emergencia de ginecobstetricia refiriendo un cuadro clínico de inicio insidioso, de aproximadamente 1 hora de evolución y caracterizado por dolor pélvico. Percibe movimientos fetales. Niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido amniótico.

**Antecedentes:**

- Ginecobstétricos: G1 P0, FUR 16/10/2022, FPP 23/07/202, EG 40.4 semanas por fur

**Examen físico:**

- PA 110/60mmHg FC 81x' FR 18x' T° 36,7 °C Sat O2 98%
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. AU 33cm SPP LCI LCF 154x', movimientos fetales presentes, DU esporádica, tono conservado.

- Ginecológico: dilatación 1 cm, incorporación 60%, altura de presentación -2, membranas integra, sangrado vaginal negativo, pérdida de líquido amniótico negativo.

3.4.2 **Diagnósticos diferenciales:** primigesta de 40 semanas de gestación por fur, fase latente de trabajo de parto.

**Plan de trabajo:**

- Se solicitan exámenes auxiliares: hemograma completo, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación, examen de orina.
- Prueba no estresante (NST)
- Hospitalización para inicio de trabajo de parto.

**3.4.3 Resultados de pruebas diagnósticas**

Tabla 4

Tabla 4	
Hb	14,4 g/dl
Hto	43%
Retracción de coágulo	Completo
Tiempo de sangría	2'
Grupo sanguíneo y factor Rh	AB positivo
Glucosa	72 mg/dl
Urea	34 mg/dl
Creatinina	0,47 mg/dl
PR VIH	No reactivo
PR Hepatitis B	No reactivo
PR Sífilis	No reactivo
PR Covid 19	No reactivo
Examen de orina	Normal

- NST: activo y reactivo



- Ecografía: feto único, en longitudinal cefálico izquierdo. Ponderado fetal 2264g, LCF 137x'. Placenta fúndica anterior, grado II. Líquido amniótico adecuado, ILA 87cm, PM 35mm. Cordón umbilical: circular simple, 2 arterias, 1 vena
- En hospitalización paciente refiere contracciones uterinas intensas y sangrado vaginal tipo coágulos. Pasa a SOP para cesárea de emergencia.

- 3.4.4 **Diagnóstico:** primigesta de 40.4 semana de gestación por fur, fase latente del trabajo de parto. Hemorragia de la segunda mitad del embarazo por DPP.
- 3.4.5 **Tratamiento:** paciente ingresa a sala de operaciones para cesárea de emergencia, dentro de los hallazgos se observa 3 miomas intramurales y subserosos, además se evidencia placenta con DPP de 40%. Se prescribe ketoprofeno 100mg VO cada 8 horas por 3 días, simeticona 80mg VO cada 8 horas por 3 días, sulfato ferroso 300mg VO cada 24 horas por 30 días.
- 3.4.6 **Plan de seguimiento:** paciente es dada de alta en su día hospitalario número dos, se recomienda dieta blanda, deambulación y continuar con analgesia. Se sugiere lactancia materna exclusiva y suplementación con hierro, además inicio de método anticonceptivo con implante subdérmico. Cita por consultorio externo de ginecología en 1 semana para control.
- 3.4.7 **Evaluación crítica:** el desprendimiento prematuro de placenta, también llamado abrupto placentario, es la separación aguda, ya sea parcial o completa, de la placenta con respecto a la pared uterina. Suele presentarse entre la semana 20 de gestación y antes del parto, originando una mortalidad fetal y materna del 20% y 1%, respectivamente.<sup>7</sup>

Como factores de riesgo, el más importante es un antecedente de desprendimiento prematuro de placenta en un embarazo previo, lo cual aumenta el riesgo unas 10-15 veces aproximadamente. Otros factores incluyen la edad materna mayor a 35 años, hábitos nocivos como consumo de tabaco y cocaína, así como estados hipertensivos crónicos y preeclampsia.<sup>7</sup>

El diagnóstico se caracteriza por ser clínico, representado por una triada que incluye metrorragia, representado por un sangrado vaginal oscuro y escaso; hipertonía uterina y un registro cardiotocográfico patológico.<sup>8</sup>

Finalmente, el manejo es una emergencia obstétrica, el cual tiene como principal objetivo la finalización inmediata de la gestación.<sup>8</sup> En este caso clínico, por la presentación súbita del desprendimiento prematuro de placenta, se decidió realizar una cesárea de emergencia. Gracias a este caso aprendí lo importante que es tener en cuenta esta patología en todas las pacientes gestantes más aún si presenta algún factor de riesgo antes mencionado y sospechar en los casos de hemorragias durante la gestación, ya que hay muchos casos que no son evidenciados con facilidad a través de una ecografía y solo son observados al momento del parto.

### **3.5 Caso Clínico 5**

3.5.1 **Anamnesis:** paciente femenina de 28 años acude al servicio de emergencia por presentar contracciones esporádicas y pérdida de tapón mucoso. Se decide hospitalización por inicio de trabajo de parto, paciente evoluciona favorablemente e inicia trabajo de parto por canal vaginal, se recibe RN femenina se realiza corte precoz de cordón umbilical por dificultad respiratoria de RN. Después de alumbramiento de placenta se evidencia sangrado profuso de aproximadamente 1000ml.

#### **Antecedentes:**

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Ginecobstétricos: G1 P0, 39 5/7 semanas por FUR, controles prenatales completos sin interurrencias.

#### **Examen Físico:**

- PA 90/60 mmHg FC 99 x' FR 23 x' SatO2 97%
- General: AREG, AREN, AREH, lúcida, orienta en tiempo, espacio y persona.
- Piel: tibia, elástica, no palidez.
- Ginecológico: útero blando, sangrado profuso.

3.5.2 **Diagnósticos diferenciales:** hemorragia post parto por atonía uterina.

**Plan de trabajo:**

- Se realiza masaje uterino inmediato
- Administración de uterotónicos
- Se solicita hemograma control

3.5.3 **Resultados de pruebas diagnósticas:**

*Tabla 5*

Tabla 5	
Hb preparto	10.5 g/dl
Hb control	9 g/dl

- 3.5.4 **Diagnóstico:** hemorragia post parto por atonía uterina.
- 3.5.5 **Tratamiento:** como primera instancia se realizó masajes uterinos y administración de oxitocina por vía endovenosa, al no cesar el sangrado se administra misoprostol 4 tabletas por vía rectal y una dosis de ergometría por vía intramuscular que fue aplicada en muslo. Se explica a paciente y esposo las complicaciones de una atonía uterina y el paso a paso del manejo de esta, siendo la última opción la histerectomía de emergencia.
- 3.5.6 **Plan de seguimiento:** después de aplicar tres tipos de uterotónicos, cesa el sangrado uterino, paciente se queda en área de observación por cualquier interurrencia. Tres horas después con evolución favorable paciente sube a piso de hospitalización ginecológica, el hemograma control indica 9 g/dl de hemoglobina, por lo cual se le indica suplementación con hierro bebible. Paciente es dada de alta 48 horas post parto y se le indica control en una semana por consultorio externo de ginecología.

3.5.7 **Evaluación crítica:** este caso en particular significó un gran aprendizaje durante mi etapa de internado, fue la primera vez que asistí un parto eutócico, recibí al recién nacido y posteriormente realicé el alumbramiento de placenta es en este momento donde inicia la atonía uterina y entendí que lo más importante en estos casos es saber manejar la situación con calma para transmitir calma a la paciente, además actuar de manera rápida y eficaz para evitar complicaciones; es necesario informar al paciente y familiares sobre las complicaciones de la atonía uterina y educar acerca de las opciones de tratamiento, ya que la realización de una histerectomía en una paciente joven es una decisión difícil de aceptar para pacientes y familiares. Las hemorragias posparto son una emergencia obstétrica, causa de mortalidad materna tanto en países con recursos abundantes como aquellos con recursos limitados. Se define como sangrado vaginal  $> 500\text{ml}$  tras un parto vaginal o  $> 1000\text{ml}$  tras parto por cesárea, a la vez se divide en hemorragia precoz si se da antes de las 24 horas y son los casos más severos; y hemorragia tardía a partir de las 24 horas hasta 6 semanas<sup>9</sup>. La causa más frecuente de hemorragia posparto temprana es la atonía uterina, por ello es la primera presunción diagnóstica ante un sangrado profuso, esto se debe porque el miometrio no se contrae por diferentes factores predisponentes como sobre distensión uterina por embarazo múltiple, polihidramnios o macrosomía fetal; otros factores son la multiparidad, parto prolongado, ruptura prematura de membranas, útero miomatoso y empleo de relajantes uterinos como agentes anestésicos<sup>9</sup>. Ante una hemorragia posparto es crucial una actuación rápida y sistemática. Se recomienda disponer de un plan de acción frente a esta situación y capacitar al personal de ginecología obstétrica. Dentro de las medidas generales se encuentra la colocación de vía endovenosa para reposición de líquidos y administración de medicamentos; además control de funciones vitales y diuresis; oxigenoterapia a demanda y exámenes de laboratorio de urgencia<sup>10</sup>. El manejo de la atonía uterina es escalonado como inicio se aplica masaje uterino, posterior a ellos se administra medicamentos uterotónicos como oxitocina, metilergometrina y derivados de prostaglandinas como el misoprostol<sup>10</sup>. Si hasta eso el manejo no es suficiente y el sangrado persiste se indica taponamiento uterino con balón Bakri, se puede escalar hasta una oclusión vascular por embolización; el siguiente paso viene a ser la picadura de B-Lynch que consiste en comprimir el útero mediante suturas reabsorbibles

trasmurales. El último paso utilizado cuando nada de lo anteriormente mencionado dio resultados es la cirugía histerectomía<sup>10</sup>.

### **3.6 Caso Clínico 6**

3.6.1 **Anamnesis:** paciente femenina de 35 años acude al servicio de emergencia por contracciones y pérdida de tapón mucoso, niega sangrado. Se decide hospitalización por inicio de trabajo de parto porque paciente se encuentra en 2 cm de dilatación. Después de 5 horas en sala de observación se le realiza un nuevo tacto vaginal para establecer grado de dilatación, al palpar se sienten membranas integra y obstetra informa sentir el cordón umbilical por lo que se sospecha de prolapso de cordón umbilical.

#### **Antecedentes:**

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Ginecobstétricos: G2 P1001 (G1, parto eutócico 2008, G2 actual), 39 semanas de gestación por ecografía de primer trimestre, controles prenatales completos, suplementación con hierro. No interurrencias.
- RAM: niega

#### **Examen Físico:**

- PA 110/90 FC 87 x' FR 18x' SatO2 98%
- General: ABEG, ABEH, AREN, lúcida, orienta en tiempo, espacio y persona.
- Abdomen: grávido, no doloroso.
- Ginecológico: útero grávido, AU 36cm SPP LCI, LCF 142 x', dilatación 8 cm, borramiento 100%. Estructura sugestiva de cordón umbilical.

3.6.2 **Diagnósticos diferenciales:** prolapso de cordón umbilical.

#### **Plan de trabajo:**

- Luego de ser examinada por obstetra, médico ginecólogo de turno acude al llamado para confirmar diagnóstico, realiza tacto vaginal y describe latidos fetales en estructura sugestiva de cordón umbilical definiendo a la paciente con diagnóstico de vasa previa.
- Se decide cesárea de emergencia.

### 3.6.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Tabla 6

Tabla 6	
Hb	10,5 g/dl
Hto	34%
Tiempo de sangría	2''
Grupo sanguíneo y factor Rh	O positivo
PR Covid-19	No reactivo



**3.6.4 Diagnóstico:** vasa previa.

**3.6.5 Tratamiento:** el tratamiento inmediato es realizar cesárea de emergencia. Se brinda analgésico EV ketoprofeno 100mg post cesárea cada 8 horas, después del primer día rotar medicación a VO.

**3.6.6 Plan de seguimiento:** paciente ingresa a sala de operaciones para realizar cesárea de emergencia por alto riesgo de complicación para el feto. Se recibe RN masculino Apgar 8-9, sin complicaciones. Se extrae bolsa amniótica y se evidencia inserción velamentosa. Paciente queda en observación por 3 horas y luego es subida a piso de ginecología. Sin mayor interurrencia es dada de alta en su segundo día hospitalario con respectivas indicaciones y tratamiento, cita control en una semana por consultorio de ginecología.

**3.6.7 Evaluación crítica:** en este caso lo más importante por resaltar es el trabajo en equipo y reconocer cuando debemos buscar ayuda o segundas opiniones, como personal de salud también podemos cometer errores o no estar familiarizados con alguna situación ante ellos debemos consultar con otro médico u otro profesional para que pueda dar su opinión y evitar complicaciones innecesarias a los pacientes. Además, se debe de tener un control más estricto con aquellos pacientes a los que ya hemos diagnosticado una posible complicación. La paciente al desconocer la situación se rehusaba a realizarse cesárea, ya que al tratarse de una clínica no contaba con ese presupuesto, se le explicó el riesgo que significaba un parto eutócico y se le ofreció facilidades de pago al tratarse de una emergencia que no fue detectada a tiempo para buscar referencia hospitalaria.

La vasa previa es una condición anatómica raramente reportada, condición en la cual los vasos sanguíneos de la placenta se distribuyen a través de las membranas cruzando por el orificio cervical interno y se antepone a la presentación del feto. La frecuencia de esta patología es de 1 caso en cada 3000 nacimientos<sup>11</sup>. La importancia de reconocer esta condición es la elevada mortalidad que representa en caso de rotura de los vasos, ya que al no estar cubiertos por la gelatina de Wharton están expuestos a compresión y rotura. La tasa de mortalidad fetal oscila de 60% a 95% producto de hipoxia severa y hemorragia al momento de amniorrexis o a la compresión de dichos vasos<sup>11</sup>. Algunos factores de riesgo relacionados con esta entidad clínica son: placenta de inserción baja, placenta previa, variaciones anatómicas de la placenta, embarazo por fecundación in vitro o embarazo múltiple<sup>11</sup>. En una revisión sistemática de indicadores predictivos de vasa previa, se evidenció que al menos el 83% de los casos tenían como antecedente uno o más indicadores de riesgo, más comúnmente placenta previa, placenta de inserción baja, concepción asistida, inserción velamentosa del cordón y placenta bilobulada<sup>12</sup>.

### **3.7 Caso Clínico 7**

3.7.1 **Anamnesis:** paciente de 32 años gestante de 24 semanas acude a control prenatal. Niega alguna sintomatología.

**Antecedentes:**

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- RAM: niega
- Ginecobstétricos: G1 P0

**Examen Físico:**

- PA 100/70 FC 96x' FR 19x' SatO2 98%
- Abdomen: blando, depresible, no doloroso.
- Ginecológico: útero grávido, AU 30, SPP: LCI, LCF 146 x'

### 3.7.2 Diagnósticos diferenciales: primigesta de 24 semanas

#### Plan de Trabajo:

- Solicitar exámenes auxiliares: hemograma completo, examen de orina
- Prueba de tolerancia oral de glucosa

### 3.7.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Tabla 7

Tabla 7	
Hb	10 g/dl
Hto	35%
Leucocitos	9 870 mm <sup>3</sup>
Examen de orina	No patológico

- Prueba tolerancia oral de glucosa: se solicita a paciente realizar prueba de 1 solo paso en ayunas. Ingerir 75 gramos de glucosa y se obtuvo un valor de 97 mg/dl, a la primera hora 190 mg/dl, a las dos horas 153 mg/dl.

3.7.4 **Diagnóstico:** primigesta de 24 semanas. Diabetes gestacional.

3.7.5 **Tratamiento:** el principal objetivo es el control de glicemias, se indica control estricto de glicemias en ayunas entre 70 – 90 mg/dl. Continuar con suplementación de hierro. Se sugiere actividad física de baja intensidad sobre todo caminatas.

3.7.6 **Plan de seguimiento:** se realiza interconsulta a nutrición para mejorar alimentación. Control en 1 semana.

3.7.7 **Evaluación crítica:** lo resaltante de este caso al tratarse de una patología muy común durante la gestación, se basa en la educación que debemos aplicar con las pacientes gestantes para que acudan a todos sus controles prenatales y así diagnosticar a tiempo cualquier patología y con la finalidad de evitar futuras complicaciones tanto maternas como para el feto.

Diabetes gestacional es aquella diagnosticada por primera vez durante el embarazo, recordemos que el tamizaje para esta patología se debe realizar entre las semanas 24 a 28 de gestación, y la prueba utilizada es la tolerancia oral a la glucosa, puede ser la de un paso o dos pasos dependiendo del establecimiento de salud<sup>13</sup>. La paciente realizó la prueba de un paso que consiste en ingerir 75 gramos de glucosa. El manejo inicial en caso de diagnóstico de diabetes gestacional es mediante cambios en estilo de vida, acompañados del área de nutrición para una mejora en la alimentación de la paciente, también se sugiere actividad física de baja intensidad. Solo en caso de que más del 30% de los valores de control de glucosa durante los primeros 7 días están fuera del rango, se considera tratamiento farmacológico<sup>14</sup>. Por otro lado, se sugiere control estricto del feto, en las semanas 36 a 39 es importante evaluar macrosomía fetal y/o riesgo de preeclampsia.

### 3.8 Caso Clínico 8

3.8.1 **Anamnesis:** paciente femenina de 56 años acude a consulta con resultados de ecografía transvaginal, donde se evidencia un endometrio engrosado de 10 mm, paciente comenta que dicho examen fue solicitado en una anterior visita por sangrado vaginal.

#### **Antecedentes:**

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- Hospitalizaciones: niega

- Esfera sexual: inicio de relaciones sexuales 14, niega uso de anticonceptivos. Menarquia a los 15 años, reporta ultima menstruación en el 2018.
- Niega hábitos nocivos.

**Examen Físico:**

- PA 110/80mmHg FC 82x' FR 14x' SatO2 99%
- Genitourinario: al tacto vaginal no se evidencia dolor, no dolor a la movilización de cérvix, se evidencia ligero sangrado.

**3.8.2 Diagnósticos diferenciales:** hiperplasia endometrial.

**Plan de Trabajo:**

- Solicitar nueva ecografía transvaginal
- Solicitar hemograma completo
- Solicitar biopsia para descartar atipia.

**3.8.3 Resultados de pruebas diagnósticas:**

*Tabla 8*

Tabla 8	
Hb	10 g/dl
Hto	35%

- Ecografía transvaginal: endometrio engrosado de 11mm.

**3.8.4 Diagnóstico:** hiperplasia endometrial. Anemia leve

**3.8.5 Tratamiento:** el tratamiento puede ser médico o quirúrgico, opcional en pacientes con hiperplasia endometrial sin atipia. Se decide empezar tratamiento con progestina.

**3.8.6 Plan de seguimiento:** al ser una paciente sin factores de riesgo más que la edad, se decide empezar terapia con progestina y se recomienda control con biopsia endometrial en 3 a 6 meses para evaluar mejoría de síntomas.

**3.8.7 Evaluación crítica:** la hiperplasia endometrial es una proliferación de glándula endometriales con o sin atipia. Es una causa importante de hemorragias uterinas anormales, sobre todo en pacientes peri menopáusicas o postmenopáusicas. Los principales factores de riesgo son la edad, menarquia temprana, nuliparidad, síndrome de ovario poliquístico, obesidad, diabetes mellitus, historia familiar con antecedentes de cáncer de endometrio, ovario o colon, entre otros<sup>15</sup>. Es importante mejorar la promoción y prevención de esta patología en nuestra sociedad, ya que los factores de riesgo pueden ser modificables desde temprana edad, también explicar a las pacientes peri menopáusicas y post menopáusicas sobre esta patología para que puedan realizarse los controles ginecológicos necesarios. Una ecografía transvaginal por elección nos dirá el grado de engrosamiento del endometrio, los puntos de corte, 4 mm en pacientes sin terapia de reemplazo hormonal y 7mm en aquellas pacientes que, si reciben terapia de reemplazo hormonal, la ecografía solo nos brindará esta información, para conocer si existe atipia o no se requiere de biopsia y marcadores tumorales<sup>16</sup>.

### **3.9 Caso Clínico 9**

**3.9.1 Anamnesis:** paciente mujer de 77 años ingresa al servicio de emergencia, refiriendo un cuadro clínico de inicio brusco, de aproximadamente 1 día, caracterizado dolor abdominal de tipo cólico, que inicialmente se localiza en epigastrio y luego migra a FID, se agrega hiporexia y malestar general. Además, refiere náuseas y vómitos de contenido bilioso. Acude a emergencias por intensificación de síntomas.

#### **Antecedentes:**

- Patológicos: gastritis, Covid-19
- Quirúrgicos: quistectomía en ovario derecho

#### **Examen Físico:**

- FC: 88x' FR 19x' PA 130/70 mmHg T° 37 °C Sat O2 97%
- General: AREG, AREH, AREN, orientada en tiempo espacio y persona.
- Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en FID, McBurney positivo, rebote positivo, Rovsing positivo.

### 3.9.2 Diagnósticos diferenciales: apendicitis aguda

#### Plan de Trabajo:

- Solicitar exámenes auxiliares: hemograma completo, perfil de coagulación, grupo sanguíneo, glucosa, urea, creatinina, PCR, examen completo de orina
- Ecografía abdominal
- Prueba Covid-19
- Solicitar SOP

### 3.9.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Tabla 9

Tabla 9	
Hb	14,3 g/dl
Hto	43%
Leucocitos	12540 mm <sup>3</sup>
Plaquetas	255000 mm <sup>3</sup>
Tiempo de sangría	1' 30"
Grupo sanguíneo y factor Rh	O positivo
Glucosa	115 mg/dl
Urea	40 mg/dl
Creatinina	0,67 mg/dl
PCR	5,70 mg/dl
PR Covid 19	No reactivo
Examen de orina	Normal

- Ecografía abdominal: fosa iliaca derecha dolorosa a la eco presión, grasa peritoneal de ecogenicidad incrementada, entre flanco derecho y FID se evidencia imagen tubular aperistáltica y renuente a la eco presión de 44x15mm paredes de 2,66mm. No impresiona colecciones adyacentes.

**3.9.4 Diagnóstico:** proceso inflamatorio apendicular (apendicitis aguda)

**3.9.5 Tratamiento:** paciente pasa a sala de operaciones previamente con profilaxis con ceftriaxona 1gr EV cada 24 horas. Se realiza apendicectomía laparoscópica. Se prescribe para su estancia hospitalaria, ketoprofenos 100 mg EV cada 8 horas, metronidazol 500mg EV cada 8 horas, metamizol 1gr EV cada 8 horas y ranitidina 50mg EV cada 8 horas.

**3.9.6 Plan de seguimiento:** paciente es dada de alta en su día hospitalario dos, con terapia antibiótica ciprofloxacino 500mg VO cada 12 horas por 7 días, metronidazol 500mg VO cada 8 horas por 7 días, paracetamol 500mg VO cada 8 horas por 3 días y omeprazol 20mg VO en ayunas por 7 días. Control por consultorio externo de cirugía en 7 días para evaluar retiro de puntos.

**3.9.7 Evaluación crítica:** en este caso clínico, se presenta a una paciente adulta mayor con un cuadro de apendicitis aguda y a pesar de encontrarse orientada en tiempo espacio y persona, fu difícil la comunicación por el timbre de voz y la dificultad al momento de articular las palabras, por ello se necesitó la presencia de un familiar que pueda explicar el cuadro de la enfermedad, esta situación es una complicación usual al momento de atender adultos mayores, si bien los familiares pueden relatar el cuadro clínico, nunca serán los datos certeros. También es importante recordar que los adultos mayores no presentan la típica sintomatología que presentan adultos y niños, por eso es necesario hacer una historia clínica profunda con apoyo de un familiar. Con respecto a la clínica de apendicitis aguda, se caracteriza por la presencia de dolor abdominal en fosa iliaca derecha, anorexia y náuseas y vómitos. Otros síntomas que pueden presentarse son fiebre, diarrea, flatulencias y malestar general.<sup>17</sup> Asimismo, es importante mencionar algunos signos que pueden hallarse durante el examen físico como el signo de McBurney, Rovsing, Psoas y obturador.<sup>17</sup> Para el diagnóstico se utiliza principalmente la clínica, sin embargo, algunos exámenes auxiliares frecuentemente empleados son el hemograma, proteína c reactiva y la ecografía abdominal.<sup>18</sup> Para la probabilidad del diagnóstico se pueden usar los criterios de la escala de Alvarado.<sup>18</sup> Finalmente, el manejo del cuadro es quirúrgico, el cual consiste en la apendicectomía, ya sea vía laparoscópica o abierta.<sup>18</sup>



### **3.10 Caso Clínico 10**

3.10.1 **Anamnesis:** paciente mujer de 56 años, natural de Lima, ingresa al servicio de emergencia, refiriendo un cuadro clínico de inicio brusco, de aproximadamente 2 días, caracterizado dolor abdominal de tipo cólico, que se localiza en mesogastrio y se irradia a hipocondrio derecho se agrega hiporexia, náuseas y vómitos. Acude a emergencias por intensificación de síntomas.

#### **Antecedentes:**

- Niega antecedentes

#### **Examen Físico:**

- PA 120/80mmHg FC 70x' FR 18x' T° 37°C SatO2 98%
- General: AREG, AREN, AREH, lúcida orientada en tiempo espacio y persona.
- Piel: tibia, hidratada, no palidez, no ictericia.
- Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Murphy positivo, McBurney negativo, rebote negativo.

3.10.2 **Diagnósticos diferenciales:** colecistitis Aguda

#### **Plan de Trabajo:**

- Solicitar exámenes auxiliares: hemograma completo, perfil de coagulación, glucosa, urea, creatinina, perfil hepático, examen completo de orina, ecografía abdominal, prueba Covid-19.

### 3.10.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Tabla 10

Tabla 10	
Hb	14,3 g/dl
Hto	43%
Leucocitos	12540 mm <sup>3</sup>
Plaquetas	255000 mm <sup>3</sup>
Tiempo de sangría	1' 30"
Grupo sanguíneo y factor Rh	O positivo
Glucosa	115 mg/dl
Urea	40 mg/dl
Creatinina	0,67 mg/dl
Amilasa	51 u/l
Lipasa	31 u/l
BT	0,72 mg/dl
BD	0,23 mg/dl
BI	0,49 mg/dl
PCR	25,30 mg/dl
PR Covid 19	No reactivo
Examen de orina	Normal

- Ecografía abdominal: vesícula biliar con marcada distensión, mide 86x41mm, paredes engrosadas >4,4mm. Contenido anecogénico, lito enclavado a nivel de infundíbulo de 9,4mm. Murphy ecográfico presente. No liquido libre.

**3.10.4 Diagnóstico:** colecistitis aguda litiásica.

**3.10.5 Tratamiento:** paciente pasa a sala de operaciones para colecistectomía laparoscópica con las siguientes indicaciones médicas, ceftriaxona 1gr EV cada 24 horas, metronidazol 500mg EV cada 8 horas, NaCl 0,9% 100cc EV cada 8 horas, tramadol 100mg EV, metamizol 1gr 1 ampolla EV, dimenhidrinato 50mg 1 ampolla EV, ranitidina 50 mg EV cada 8 horas.

**3.10.6 Plan de seguimiento:** se indica alta en su día hospitalario tres, se recomienda dieta blanda, continuar antibioticoterapia, analgesia y deambulación. Control por consultorio externo de cirugía en 7 días para retiro de puntos.

**Evaluación crítica:** lo más importante que puedo rescatar de esta patología es que la mayoría de los pacientes que llegan a emergencia por colecistitis aguda ya han tenido al menos 2 cuadros de cólicos biliares anteriormente, situación a la que no le dieron mayor importancia y deciden automedicarse. La automedicación con analgésicos en este tipo de enfermedades que pueden progresar a un abdomen quirúrgico, son muy peligrosas por que al estar medicados no evidencian la verdadera magnitud del problema. Es muy frecuente el ingreso a emergencia por cólicos biliares y muchas veces los pacientes ya cuentan con diagnóstico, incluso con sugerencia de manejo quirúrgico; esto solo nos lleva a la conclusión de que existe una gran desinformación y poco interés acerca de la salud en nuestra población que solo busca atención médica cuando existe una emergencia. Se describe a una mujer adulta con una colecistitis aguda litiásica. Esta patología consiste en la inflamación de la vesícula biliar, a consecuencia de la obstrucción del conducto cístico ante la presencia de cálculos. La clínica destaca por la presencia de dolor abdominal en hipocondrio derecho, donde se evalúa el signo de Murphy, muy característico en este cuadro clínico.<sup>19</sup> Asimismo, pueden presentarse fiebre, náuseas, vómitos y leucocitosis con desviación izquierda como hallazgo en el hemograma.<sup>19</sup> El examen auxiliar mayormente empleado es la ecografía abdominal, la cual identifica adecuadamente la presencia del cálculo biliar.<sup>19</sup> Finalmente, el manejo del cuadro es quirúrgico, el cual consiste en la colecistectomía, ya sea vía laparoscópica o abierta.<sup>20</sup>

### 3.11 Caso Clínico 11

3.11.1 **Anamnesis:** paciente mujer de 23 años, procedente de Argentina, acude al servicio de emergencia, refiriendo un cuadro clínico de inicio insidioso, de aproximadamente 2 semanas, caracterizado por dolor moderado en zona lumbosacra, donde se evidencia un quiste inflamado. Refiere cuadros clínicos similares el año pasado y en el mes de marzo del 2021, ambos sometidos a drenaje. Ingresa a hospitalización para manejo quirúrgico.

#### **Antecedentes:**

- Niega antecedentes

#### **Examen físico:**

- PA 110/70mmHg FC 8'x' FR 20x' T° 36,8°C Sat O2 99%
- General: AREG, AREN, AREH, lúcida, orientada en tiempo espacio y persona.
- Zona Lumbosacra: tumoración blanda de aproximadamente 1cm de diámetro. Poco dolorosa a la palpación, no signos de flogosis.

3.11.2 **Diagnósticos diferenciales:** descartar quiste pilonidal.

#### **Plan de trabajo:**

- Solicitar exámenes auxiliares
- Ecografía de partes blandas (zona sacra)

### 3.11.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Tabla 11

Tabla 11	
Hb	11,3 g/dl
Hto	35%
Leucocitos	6860 mm <sup>3</sup>
Plaquetas	341 000 mm <sup>3</sup>
Tiempo de sangría	2'
Grupo sanguíneo y factor Rh	A positivo
Glucosa	86 mg/dl
Urea	19 mg/dl
Creatinina	0,59 mg/dl
PR Covid 19	No reactivo
Examen de orina	Normal

- Ecografía de partes blandas: piel de aspecto conservado. A nivel de TCSC, se observa una imagen de forma ovoidea, de paredes delgadas regulares, mide 5.8mm x 3.7mm

x 6.3mm en sus diámetros longitudinal, anteroposterior y transversal respectivamente. En su interior, se encuentra material anecoico, no se observa tabiques en su interior, no se observa detritus. Plano muscular de aspecto conservado.

3.11.4 **Diagnóstico:** forúnculo en tejido celular subcutáneo no complicado.

3.11.5 **Tratamiento:** paciente pasa a sala de operaciones y se realiza una exéresis de quiste pilonidal de aproximadamente 2x2 cm en línea interglútea. Se coloca dren Pen Rose. Se prescribe ketoprofeno 100mg cada 8 horas, tramadol 100mg PRN dolor intenso, dimenhidrinato 50 mg PRN a náuseas y vómitos.

3.11.6 **Plan de seguimiento:** paciente es dada de alta en su día hospitalario dos, se indica dieta blanda más líquidos a voluntad, curaciones diarias de herida y movilización de dren, continuar analgesia con paracetamol 500mg VO cada 8 horas por 5 días, continuar antibioticoterapia con cefuroxima 500mg VO cada 12 horas por 5 días y deambulación. Cita por consultorio externo de cirugía en 1 semana.

3.11.7 **Evaluación crítica:** se describe a una mujer joven con el diagnóstico de quiste pilonidal, el cual se define como una lesión quística de la región sacrocoxígea que se manifiesta como aumento de volumen cuando se complica.<sup>21</sup> Con respecto a la fisiopatología, se requiere de tres elementos importantes que son pelo invasor, mecanismo anómalo de inserción del pelo y susceptibilidad de la piel.<sup>21</sup> Dentro de los factores de riesgo encontramos al sexo masculino, edad entre 20 y 30 años, obesidad, sedentarismo y vello corporal excesivo.<sup>22</sup> La clínica se presenta con dolor, enrojecimiento de piel y presencia de secreción purulenta.<sup>22</sup> El tratamiento se basa en los hábitos higiénico dietéticos, drenaje de abscesos y como último recurso el manejo quirúrgico.<sup>21</sup> Finalmente, las complicaciones son la recurrencia en aproximadamente 40% de los casos, infecciones y formación de abscesos y como evento más raro, el carcinoma espinocelular<sup>21</sup>.

### 3.12 Caso Clínico 12

**3.12.1 Anamnesis:** paciente mujer de 10 días de nacida acude al servicio de emergencia junto con su madre, quien refiere un cuadro clínico de aproximadamente 3 días de evolución, inicio insidioso y curso progresivo, caracterizado por vómitos frecuentes post lactancia (10-15 minutos), de contenido lácteo, tipo proyectil. Asimismo, se muestra ávida por la lactancia después de los episodios de vómitos. Niega diarrea.

**Antecedentes:**

- **Prenatales:** madre niega consumo de antibióticos, niega infecciones intrauterinas. Consumió sulfato ferroso de forma profiláctica. Covid asintomática a las 6 semanas de gestación.
- **Natales:** primera gestación, parto eutócico, APGAR 9-9, llanto rápido, edad gestacional 40 semanas, peso al nacer 3100 kg, talla 50 cm.
- **Postnatales:** niega presencia de enfermedades, lactancia materna exclusiva.

**Examen Físico:**

- FC 138x' FR 37x' T° 36,5 °C Sat O2 98%
- Despierta, activa, responde a los estímulos
- Piel: tibia, elástica, rosada, no palidez, no cianosis, no ictericia.
- Abdomen: no distendido, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

**3.12.2 Diagnósticos diferenciales:** estenosis hipertrófica del píloro

**Plan de Trabajo:**

- Solicitar exámenes auxiliares: hemograma completo, perfil de coagulación, grupo sanguíneo, glucosa, creatinina, electrolitos.
- Ecografía pilórica.

### 3.12.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Tabla 12

Tabla 12	
Hb	15,3 g/dl
Hto	42%
Leucocitos	13750mm <sup>3</sup>
Plaquetas	573 000 mm <sup>3</sup>
Tiempo de sangría	2'
Grupo sanguíneo y factor Rh	O positivo
Glucosa	76 mg/dl
Creatinina	0,37 mg/dl
Sodio	136 mmol/l
Potasio	5,42 mmol/l
Cloro	99 mmol/l
PR Covid 19	No reactivo
Examen de orina	Normal

- Ecografía de píloro: Se explora píloro, evidenciándose: grosor de capa muscular de 3,3mm. Diámetro pilórico anteroposterior 13mm y longitud de canal pilórico 24mm.

- 3.12.4 **Diagnóstico:** estenosis hipertrófica de píloro.
- 3.12.5 **Tratamiento:** paciente ingresa a sala de operaciones, se realiza una piloromiotomía de Ramstedt, se realiza exteriorización de oliva pilórica, luego se realiza incisión en zona avascular de oliva, apertura de musculatura con pinza hasta protrusión de mucosa pilórica en toda su extensión. Dentro de los hallazgos se encontró oliva pilórica de aproximadamente 2,6cm x 1,6 cm. Se indica ranitidina 5mg EV cada 8 horas, metamizol 100mg EV cada 8 horas, ampicilina 90mg EV cada 6 horas, amikacina 25mg EV cada 12 horas.
- 3.12.6 **Plan de seguimiento:** paciente es dada de alta en su día hospitalario número tres después de probar tolerancia oral. Se indica lactancia materna exclusiva a demanda, paracetamol 100mg 6 gotas VO cada 8 horas por 2 días. Control por consultorio externo de cirugía pediátrica en 4 días o por emergencia si se evidencia signos de alarma.
- 3.12.7 **Evaluación crítica:** la importancia de este caso clínico es reconocer que la estenosis hipertrófica del píloro representa una de las condiciones patológicas más comunes en neonatos que requieren intervención quirúrgica, por ello considero que debería considerarse dentro del descarte de patologías en neonatos. Se presenta a neonato de sexo femenino con el diagnóstico de estenosis hipertrófica de píloro, el cual se define como un trastorno generado por la hipertrofia del músculo pilórico que condiciona una obstrucción progresiva del vaciamiento gástrico<sup>23</sup>. Dentro de los datos epidemiológicos, encontramos que un 95% de los casos se observan entre las semanas 3 y 12 de vida extrauterina, con mayor incidencia en la cuarta semana. Se destaca la mayor prevalencia en población blanca, en varones y primogénitos<sup>23</sup>. Las manifestaciones clínicas incluyen vómitos postprandiales inmediatos, contenido lácteo, no biliosos, tipo proyectil; irritabilidad, avidez por la lactancia, desnutrición, deshidratación, reptación gástrica, palpación de oliva pilórica y alcalosis metabólica hipokalémica hipoclorémica<sup>23</sup>. El diagnóstico se basa en la historia clínica y el examen físico, sin embargo, se puede utilizar exámenes auxiliares como el dosaje de electrolitos, la radiografía de abdomen y la ecografía pilórica<sup>24</sup>. Finalmente, se debe manejar la deshidratación y alteración electrolítica y como tratamiento quirúrgico definitivo a la piloromiotomía de Ramstedt<sup>24</sup>.



### 3.13 Caso Clínico 13

3.13.1 **Anamnesis:** paciente mujer de 18 años, procedente de Ventanilla, ingresa al servicio de emergencia de cirugía general, refiriendo un cuadro clínico de inicio insidioso, de aproximadamente 3 semanas, caracterizado dolor abdominal de tipo cólico, localizado en fosa iliaca derecha, el cual se manejó como EPI con tratamiento antibiótico en otro centro de salud. Dos días antes de su ingreso, el dolor aumenta en intensidad, al cual se agrega fiebre cuantificada en 38.5°C, por lo cual acude a emergencias.

#### **Antecedentes:**

- Patológicos: asma, rinitis, alérgica, gastritis.
- Quirúrgicos: niega
- Hábitos nocivos: alcohol y tabaco esporádico, consumo de marihuana 1 vez por mes.

#### **Examen Físico:**

- FC 90x' FR 20x' PA 100/60mmHg Sat O2 99% T° 38°C
- General: AREG, AREH, AREN. Lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.
- Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen inferior, impresiona masa en FID de aproximadamente 7x5 cm, no signos peritoneales.

3.13.2 **Diagnósticos diferenciales:** plastrón apendicular

#### **Plan de trabajo:**

- Exámenes auxiliares: hemograma completo, perfil de coagulación, grupo sanguíneo, INR, glucosa, urea, creatinina, PCR, amilasa, lipasa.
- Ecografía abdominal.

### 3.13.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Tabla 13

Tabla 13	
Hb	12,3 g/dl
Hto	36%
Leucocitos	16860mm <sup>3</sup>
Plaquetas	322000 mm <sup>3</sup>
TP	15,1 ss
INR	1,13
Grupo sanguíneo y factor Rh	O positivo
Glucosa	121 mg/dl
Urea	18 mg/dl
Creatinina	0,55 mmol/l
Amilasa	52 u/l
Lipasa	27 u/l
PCR	14,97 mg/dl
PR Covid 19	No reactivo

- Ecografía abdominal: hígado, vesícula biliar, páncreas, bazo y riñones conservados, sin alteraciones. FID con presencia de masa heterogénea de 40x35mm y formación tubular hipoecogénica de 8mm adyacente con líquido adyacente. No líquido libre en cavidad abdominal.

3.13.4 **Diagnóstico:** plastrón apendicular.

3.13.5 **Tratamiento:** se indica NPO, NaCl 0,9% 1000cc, ceftriaxona 1gr EV cada 24 horas, metronidazol 500mg EV cada 8 horas, ketoprofeno 100mg eV cada 8 horas condicional a dolor, metamizol 1gr EV cada 8 horas pasar lento y omeprazol 40mg EV cada 24 horas. Paciente con respuesta no favorable refiere dolor abdominal, al examen se evidencia masa de aproximadamente 5cm en FID sin signos peritoneales, se indica tomografía abdominal que concluye en hallazgos sugestivos de absceso apendicular.

3.13.6 **Plan de seguimiento:** paciente es dada de alta con las siguientes indicaciones, dieta blanda más líquidos a voluntad, continuar antibioticoterapia con cefuroxima 500mg VO cada 12 horas por 7 días y metronidazol 500mg VO cada 8 horas por 7 días, omeprazol 20 mg VO en ayunas durante 10 días. Cita por consultorio externo de cirugía en 1 semana para control.

3.13.7 **Evaluación crítica:** en este caso es necesario hablar sobre el error diagnóstico que cometió el médico del otro establecimiento de salud y por ende error en el tratamiento prescrito, se trata de dos patologías con criterios diagnósticos muy diferentes que no deberían ser confundidos. Al no estar seguros con un diagnóstico se debería solicitar más pruebas complementarias para no faltar al principio de no maleficencia, es decir no brindar tratamiento innecesario o equivocado y no producir más daño, en este caso una apendicitis aguda mal diagnosticada puede presentar severas complicaciones. Me gustaría describir al plastrón apendicular, el cual es una presentación poco frecuente de la apendicitis aguda. El plastrón o flemón apendicular es una masa inflamatoria debida a perforación apendicular, en la que pueden participar tanto asas de intestino delgado como epiplón, así como otros órganos. El diagnóstico se realiza en base a la exploración física, donde se evidencia la masa abdominal palpable, además de exámenes auxiliares que incluyen el hemograma y proteína C reactiva, así como pruebas de imagen donde destacan la ecografía abdominal y TEM abdominal.<sup>25</sup> Finalmente, con respecto al manejo del mismo, no existe un consenso, ya que algunos autores defienden realizar la intervención de manera precoz, mientras que otros abogan por un tratamiento conservador inicial basado en la antibioticoterapia y realizar la apendicectomía de manera diferida.<sup>25</sup> Respecto al absceso apendicular que es diagnosticado mediante imágenes como la tomografía abdominal, permite a los cirujanos definir puntos de acceso para realizar una punción seguida de un drenaje percutáneo o en caso de inaccesibilidad, permite localizar dicha lesión para el momento de la cirugía.<sup>26</sup>

### 3.14 Caso Clínico 14

3.14.1 **Anamnesis:** paciente masculino de 24 años acude a consultorio de cirugía por tumoración en cuello lado izquierdo de aproximadamente 7 x 8 centímetros, lesión se observa eritematosa, flogótica, no dolorosa a la palpación. Paciente refiere que hace aproximadamente 5 semanas notó la aparición de un nódulo en dicha zona que con el paso de los días fue aumentando de volumen y cambiando de color. Paciente niega pérdida de peso, niega fiebre, niega otra sintomatología.

**Antecedentes:**

- Patológicos: niega

- Hospitalizaciones: niega
- Quirúrgicos: niega

**Examen Físico:**

- PA 110/90 mmHg FC 73x' FR 14x' SatO2 99%
- General: ABEG, AREN, AREH, lúcido, orientado en tiempo espacio y persona.
- Piel: tibia, elástica. Llenado capilar < 2 seg.
- Cuello: tumoración supraclavicular izquierda, eritematosa, flogótica, de bordes regulares aproximadamente de 7 x 8 centímetros.
- Resto no contributorio.

**3.14.2 Diagnósticos diferenciales:** absceso supraclavicular izquierdo.

**Plan de Trabajo:**

- Solicitar exámenes auxiliares: hemograma completo, PCR, Bk de esputo.
- Drenaje cutáneo de absceso.
- Cultivo de secreción de absceso.

**3.14.3 Resultados de pruebas diagnósticas:**

Tabla 14

Tabla 14	
Hb	12.5 g/dL
Hto	37%
Leucocitos	12 500 mm <sup>3</sup>
Plaquetas	172 000 mm <sup>3</sup>
PCR	47 mg/l
Bk de esputo	Negativo

- Drenaje percutáneo: se drenó absceso a través de incisión central de 3cm, se obtiene secreción blanquecina mal oliente y se envía a cultivo. Se sutura incisión y se deja un dren.
- Cultivo de secreción: se detecta mediante inmunocromatografía la fracción proteica MPT64 producida por microorganismos del complejo Mycobacterium tuberculosis.

3.14.4 **Diagnóstico:** tuberculosis ganglionar.

3.14.5 **Tratamiento:** paracetamol 1gr cada 8 horas durante 3 días.

**3.14.6 Plan de seguimiento:** paciente es enviado a casa después de drenaje de absceso con tratamiento antibiótico para 14 días, además analgésicos para 3 días. Retorna al establecimiento de salud dos semanas después para recojo de resultados de cultivo de secreción purulenta, donde es diagnosticado con tuberculosis ganglionar. Se explica a paciente que debe recibir tratamiento en un centro de salud MINSA cerca a su domicilio.

**3.14.7 Evaluación crítica:** lo más importante de recordar con este caso clínico, es que no todos los pacientes con tuberculosis presentan la misma sintomatología, algunos como en este paciente no presentan ningún síntoma común, es importante tener presente a la tuberculosis como un diagnóstico diferencial, ya que nos encontramos en un país con alta tasa de prevalencia de esta enfermedad. Otro punto que me gustaría resaltar es el seguimiento que debemos darle a los pacientes con tuberculosis, sobre todo aquellos que son derivados de clínicas u hospitales de referencia hacia las postas de salud que son las encargadas de brindar el tratamiento antituberculoso, muchos pacientes no acuden por el tratamiento o lo abandonan con el tiempo. La linfadenitis tuberculosa o tuberculosis ganglionar es una de las presentaciones más frecuentes de tuberculosis extrapulmonar. La tuberculosis es responsable de hasta el 43% de adenopatías periféricas, si bien el paciente no mencionó ningún síntoma común de tuberculosis, al encontrarnos en un país con alta prevalencia de tuberculosis, esta patología no puede ser descartada<sup>27</sup>. La linfadenopatía tuberculosa generalmente se deba a la reactivación de una infección latente, sin embargo, también puede ocurrir una afectación de ganglios por diseminación miliar en el contexto de una infección primaria<sup>27</sup>. Es importante mencionar que la mayoría de los casos de tuberculosis extrapulmonar ocurren en pacientes coinfectados con VIH sobre todo con recuentos de  $CD4 < 300$  células/microL<sup>28</sup>. Es necesaria una ampliación de la historia clínica en nuestro paciente para poder reconocer los posibles factores de riesgo.

### 3.15 Caso Clínico 15

3.15.1 **Anamnesis:** paciente femenina de 34 años acude a centro de salud por presentar debilidad y mareos en los últimos dos días. Refiere que hace una semana presenta deposiciones negras, asimismo refiere que presenta epigastralgia de varios meses de evolución. Niega fiebre, niega náuseas y vómitos. Niega hematemesis.

#### **Antecedentes:**

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- RAM: niega
- FUR: 13/04/2021

#### **Examen Físico:**

- PA 100/60 mmHg FC 88x' FR 16x' SatO2 98%
- General: AREG, AREN, AREH, lúcida, orienta en tiempo, espacio y persona.
- Piel: tibia, elástica. Ligera palidez en conjuntivas.
- Abdomen: blando, depresible, RHA presentes, dolor a la palpación profunda de epigastrio y en fosa iliaca izquierda.

3.15.2 **Diagnósticos diferenciales:** hemorragia digestiva alta, gastritis erosiva, a descartar anemia.

#### **Plan de trabajo:**

- Paciente es hospitalizada para manejo por especialidad.
- Se solicita exámenes de laboratorio: hemograma completo, urea, creatinina, glucosa sérica, perfil de coagulación, grupo sanguíneo y factor.
- Interconsulta a gastroenterología; servicio que indica endoscopia digestiva alta.

### 3.15.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Tabla 15

Tabla 15	
Hb	9.3 g/dl
Hto	27%
Leucocitos	8 450 mm <sup>3</sup>

Plaquetas	172 500 mm <sup>3</sup>
Creatinina	0.9 mg/dl
Glucosa	87 mg/dl
Perfil de coagulación	Sin alteración
Grupo sanguíneo y factor	O positivo

- Endoscopia digestiva alta: gastritis erosiva de antro, no se evidencia úlceras. No sangrado activo.
- Servicio de gastroenterología sugiere colonoscopia: se evidencia divertículos múltiples en colon sigmoidees y colon descendente.



3.15.4 **Diagnóstico:** hemorragia digestiva baja. Enfermedad diverticular. Anemia moderada.

3.15.5 **Tratamiento:** hidratación EV con NaCl 0,9%, omeprazol 40mg EV en ayunas, paracetamol 1gr EV condicional a dolor.

3.15.6 **Plan de seguimiento:** paciente tuvo buena evolución durante su estancia hospitalaria, por lo que se decide su alta médica. Se indica tratamiento para casa con omeprazol 20mg VO una vez al día en ayunas, además se indica acudir al servicio de nutrición para manejo dietético de enfermedad diverticular. Se sugiere consulta por el servicio de cirugía general para evaluar posibilidad quirúrgica.

**3.15.7 Evaluación crítica:** este caso llamó mucho mi atención por el tipo de presentación, al evidenciar la presencia de melena sospechamos que se trata de una hemorragia digestiva alta y muy pocas veces creemos que se trate de una hemorragia digestiva baja, si bien es muy raro no debemos descartarla, mucho menos si después del examen de elección que es la endoscopia alta no evidencia ninguna probable causa.

La hemorragia de tracto digestivo alto se considera como tal aquella que se produce proximal al ligamento de Treitz. Comúnmente los síntomas que presentan los pacientes son melena (heces negras, alquitranadas) y/o hematemesis (vómitos sanguinolentos)<sup>29</sup>. Las causas más frecuentes incluyen úlcera duodenal, gastropatía erosiva, varices esofágicas, síndrome Mallory-Weiss, entre otras<sup>29</sup>. Representa al menos el 80% de todos los pacientes hospitalizados por hemorragia digestiva, por ello la primera opción diagnóstica de la paciente fue una HDA, ya que, en un 90% la causa de melena proviene de esta patología<sup>30</sup>. Es importante no olvidar que pueden existir otras causas de sangrado, sangrado de intestino delgado o colon como en el caso de nuestra paciente. Si al realizar el estudio de elección frente a una sospecha de HDA no se evidencia indicios de sangrado activo o probable causa, la exploración tras excluir el sangrado alto es una colonoscopia<sup>30</sup>.

### **3.16 Caso Clínico 16**

**3.16.1 Anamnesis:** paciente mujer de 6 años acude al servicio de emergencia de pediatría junto con su madre, quien refiere un cuadro clínico de aproximadamente 6 horas de evolución, inicio insidioso y curso progresivo, caracterizado por dolor abdominal, diarrea y fiebre. 6 horas antes del ingreso, madre refiere que paciente inicia con dolor abdominal tipo cólico y 4 cámaras de diarrea, sin moco, sin sangre y decaimiento. 4 horas antes del ingreso, se añade fiebre cuantificada en 39°C y cefalea, se le da paracetamol en jarabe 5ml, sin embargo, fiebre no remite. Acude a emergencia, donde se añaden vómitos biliosos en 5 oportunidades y dos cámaras de diarrea sin moco y sin sangre. Es hospitalizada para manejo y tratamiento.

#### **Antecedente:**

- Prenatales: controles prenatales completos, preeclampsia en tercer trimestre de gestación.
- Natales: edad gestacional 39 semanas, parto por cesárea de emergencia.
- Patológicos: niega alergias, niega hospitalizaciones, niega enfermedades previas.
- Madre refiere vacunas completas

#### **Examen Físico:**

- Funciones biológicas: apetito disminuido, sed incrementada, orina sin alteraciones, deposiciones aumentadas en frecuencia de consistencia líquida sin moco sin sangre, orina disminuida en frecuencia, sueño incrementado, estado de ánimo decaído.
- FC 86x' FR 20x' T° 36,5 °C Sat O2 98%
- General: despierta, active, colaboradora.
- Piel: tibia, elástica, mucosas levemente deshidratadas, llenado capilar < 2 seg. No edemas.
- Linfático: no se palpan adenopatías.
- Abdomen: blando, depresible, RHA incrementados. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. No se palpan masas, no visceromegalia. Puntos dolorosos negativos.

**3.16.2 Diagnósticos diferenciales:** diarrea aguda infecciosa, síndrome emético.

#### **Plan de trabajo:**

- Se solicita exámenes auxiliares: hemograma completo, creatinina, electrolitos, examen de orina completo, reacción inflamatoria en heces y coprocultivo.
- Iniciar hidratación

### 3.16.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Tabla 16

Tabla 16	
Hb	13,2 g/dl
Hto	38%
Leucocitos	20320 mm <sup>3</sup>
Plaquetas	269000 mm <sup>3</sup>
Creatinina	0,50 mmol/l
Sodio	138 mmol/l
Potasio	4,13 mmol/l
Cloro	102 mmol/l
PR Covid 19	No reactivo
Reacción inflamatoria en heces	Heces de consistencia diarreica, moco ++, no sangre, leucocitos 50-70/campo, polimorfonucleares 90%.

3.16.4 **Diagnóstico:** diarrea aguda infecciosa.

3.16.5 **Tratamiento:** se prescribe dextrosa 5% 1000cc + NaCl 20% 40cc + KCl 20% 10cc EV: 60cc por hora, ceftriaxona 1,2gr EV lento y diluido cada 24 horas, ondansetrón 3,6mg EV PRN vómitos intensos, metamizol 480 mg EV PRN  $T^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$ . Reposición de volumen.

3.16.6 **Plan de seguimiento:** paciente es dada de alta, afebril, no se reportan vómitos ni diarreas, con evolución favorable. Se indica dieta blanda, líquidos a voluntad, continuar con antibiótico terapia. Control por consultorio externo de pediatría en 48 horas.

3.16.7 **Evaluación crítica:** respecto a este caso y de todas las enfermedades diarreicas, es necesario educar a los padres de familia en cada control de niño sano, sobre conductas higiénicas al momento de la preparación de alimentos y durante el consumo, medidas como el lavado correcto de los insumos, lavado de manos, entre otros, así se podrá disminuir la frecuencia y presencia de gastroenteritis en niños. El caso describe a una niña de 6 años con el diagnóstico de diarrea aguda infecciosa, la cual se define como la disminución de consistencia de las heces y/o aumento de la frecuencia habitual de las deposiciones (mayor a 3 deposiciones en 24h), asociado o no a fiebre y/o vómitos<sup>31</sup>. Dentro de los factores de riesgo encontramos a falta de adecuado servicio de agua y desagüe, hacinamiento, malnutrición, vacunación incompleta, alergias y desnutrición<sup>32</sup>. La etiología es mayormente viral (75-90%) donde destacan el rotavirus y el norovirus, seguida de la bacteriana (Salmonella, E. coli, Shiguella, Campylobacter) y en menor frecuencia, parasitarias y asociadas a antibióticos. Es importante indagar en los síntomas y características de la diarrea, también considerar episodios anteriores, infección respiratoria aguda reciente, tipo de alimentación antes de la enfermedad, tipo y cantidad de líquidos ingeridos, medicamentos y vacunas<sup>32</sup>. Como exámenes auxiliares se pueden emplear lactoferrina fecal, reacción inflamatoria en heces y coprocultivo<sup>32</sup>. Finalmente, el manejo se basa en medidas generales y preventivas (fomentar lactancia materna exclusiva, lavado de manos y vacunación), manejo del grado de deshidratación y tratamiento antibiótico cuando sea necesario<sup>32</sup>.

### **3.17 Caso Clínico 17**

3.17.1 **Anamnesis:** paciente varón de 1 año 5 meses, acude a consultorio de cirugía pediátrica junto con su madre, quien refiere un cuadro clínico de aproximadamente 5 meses de evolución, inicio insidioso, caracterizado por dificultad al retraer el prepucio y dificultad para la micción.

#### **Antecedentes:**

- Prenatales: controles prenatales completos, niega infecciones intrauterinas. Colestasis intrahepática en la madre diagnosticada a las 36 semanas de gestación.
- Natales: producto de segunda gestación, parto por cesárea por colestasis intrahepática, APGAR 8-9, edad gestacional 36 semanas.
- Postnatales: hospitalización en neonatología durante 3 días por taquipnea transitoria del recién nacido.
- Madre refiere vacunas completas hasta la edad
- Niega alergias

#### **Examen Físico:**

- FC 117x' FR 23x' T° 36,5°C Sat O2 99%
- General: despierto, active, responde a estímulos.
- Genitourinario: pene se evidencia adherencias balanoprepuciales, presencia de discreto anillo estrecho y quiste de esmegma.

3.17.2 **Diagnósticos diferenciales:** fimosis

#### **Plan de Trabajo:**

- Se solicita exámenes auxiliares: hemograma completo, perfil de coagulación, glucosa, urea, creatinina, parasitológico directo, Test de Graham.

### 3.17.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Tabla 17

Tabla 17	
Hb	14,1 g/dl
Hto	41%
Leucocitos	7780 mm <sup>3</sup>
Plaquetas	336000 mm <sup>3</sup>
Grupo sanguíneo y factor	A positivo
Glucosa	88 mg/dl
Urea	16 mg/dl
Creatinina	0,42 mg/dl
PR Covid 19	No reactivo

**3.17.4 Diagnóstico:** fimosis

**3.17.5 Tratamiento:** se realiza liberación de adherencias balanoprepuciales más postectomía. Se realiza liberación de adherencias, luego se realiza ligadura y sección de frenillo, demarcación de mucosa y exéresis de prepucio. Se indica ibuprofeno 100mg VO cada 8 horas, betametasona 0,05% en crema cada 12 horas, aplicar en pene.

**3.17.6 Plan de seguimiento:** madre refiere que niño pasa la noche inquieto, niega dolor y niega compromiso de micción, a la evaluación de genitales se observa edema y hematoma prepucial postquirúrgico con secreción serohemática. Se decide iniciar ceftriaxona 500mg EV cada 12 horas, hidrocortisona 130mg EV stat, luego 30mg cada 6 horas por 5 días. Alta médica en el día post operatorio 5, afebril, micción dolor, se evidencia disminución de edema, hematoma de menor volumen, con las siguientes indicaciones médicas dieta blanda, cefalexina 250 mg/ 5ml, tomar 4,5 cada 8 horas por 4 días, paracetamol 120 mg/5ml, tomar 5,5 ml condicional a dolor, aplicar betametasona en ungüento con cada cambio de pañal. Control por consultorio externo de cirugía pediátrica en 4 días o por emergencia si se evidencia signos de alarma.

**3.17.7 Evaluación crítica:** como en todas las situaciones medicas que se presenta en niños, lo más importante es la educación que debemos brindar a los padres de familia, incluido cambiar los distintos mitos que comentan los familiares, ya que estas creencias pueden ocasionar daño en los menores, como en el caso de fimosis, muchas madres creen que es correcto realizar la retracción de prepucio en las duchas, sin saber que pueden causar daño. Fimosis se define como la incapacidad para retraer manualmente el prepucio por detrás del surco balanoprepucial y, por lo tanto, no es posible descubrir el glande<sup>33</sup>. Puede clasificarse en fisiológica durante los primeros 3-4 años de vida, y patológica en niños mayores de 4 años<sup>33</sup>. Con respecto a la clínica, encontramos dolor, hematuria, irritación en el glande y/o prepucio, balanitis recurrente, disuria, episodios frecuentes de infecciones urinarias y erecciones dolorosas<sup>33</sup>. Durante el examen físico, se encuentra un prepucio fibroso, grueso y rígido además de adherencias balanoprepuciales y anillo fimótico<sup>33</sup>. El diagnóstico es básicamente clínico. Dentro del tratamiento se puede utilizar corticoides tópicos y la circuncisión como medida quirúrgica<sup>33</sup>. Finalmente, las complicaciones asociadas son infecciones urinarias recurrentes, balanitis/balanopostitis recurrentes y parafimosis<sup>34</sup>.

### **3.18 Caso Clínico 18**

3.18.1 **Anamnesis:** paciente mujer de 10 años acude a emergencia por sensación de falta de aire, tos productiva de moderada intensidad y presencia de sibilantes. La madre refiere que hace 2 años fue diagnosticada de asma y actualmente se encuentra sin tratamiento de mantenimiento. Además, comenta que el día anterior su menor hija realizó actividad física, niega fiebre.

#### **Antecedentes:**

- Patológicos: asma de 2 años de evolución sin tratamiento.
- Quirúrgicos: niega
- Hospitalizaciones: niega
- RAM: niega

#### **Examen Físico:**

- FC: 110x' FR 28x' T° 36,7 °C Sat O2 90%



- General: AREG, AREN, AREH, lúcida orientada en tiempo, espacio y persona.
- Piel: tibia, elástica, no palidez, no cianosis.
- Tórax y pulmones: sibilantes espiratorios e inspiratorios, no tirajes, no aleteo. Amplexación simétrica.

**3.18.2 Diagnósticos diferenciales:** crisis asmática moderada.

**Plan de Trabajo:**

- Brindar oxigenoterapia
- Control de funciones vitales

**3.18.3 Resultados de pruebas diagnósticas:**

*Tabla 18*

Tabla 18	
SatO2 al ingreso	90%
SatO2 cánula 2 Litros	96%
FR al ingreso	28 x'
FR post oxigenoterapia	18 x'

3.18.4 **Diagnóstico:** crisis asmática moderada

3.18.5 **Tratamiento:** se prescribe oxígeno por cánula binasal 2 litros, prednisona 20mg VO cada 12 horas por 3 días, salbutamol 100 microgramos 6 puff cada 3 horas por 1 día, luego cada 4 horas por 3 días y por último cada 6 horas por 3 días. Bromuro de ipratropio 250 microgramos 2 puff cada 24 horas.

3.18.6 **Plan de seguimiento:** después del tratamiento de rescate en el servicio de emergencia, se evalúa a paciente para evaluar posibilidad de alta. Mejora de saturación de oxígeno 98%, no uso de músculos accesorios, no aleteos, cese de sibilantes. Paciente se encuentra en condiciones de alta con la medicación respectiva.

3.18.7 **Evaluación crítica:** con este caso es importante recordar la puntuación de grados de severidad ante una crisis de asma para poder definir el tratamiento. Una puntuación de 0-3 frente a un grado leve, 4-6 crisis moderada y 7-9 crisis severa.<sup>35</sup> Además de la puntuación para la severidad de las crisis asmáticas, se debe evaluar los factores de riesgo para el desarrollo de una crisis, dentro de ellas una exacerbación grave previa o crisis asmática a pesar del uso de corticoides, también uso de más de un inhalador de acción corta en 1 mes o el acudir más de 3 veces por emergencia en un año.<sup>36</sup> Con toda esta información es necesario educar a los familiares del paciente acerca de los factores de riesgo, desencadenantes y de la importancia de la adherencia al tratamiento. Nosotros como personal de salud debemos educar y concientizar acerca de la enfermedad a los familiares, eliminar mitos sobre el tratamiento y realizar seguimiento. Concluimos que, si bien el asma bronquial muy pocas veces puede ser mortal, debe ser controlada, diagnosticada a tiempo y tratada adecuadamente para poder ofrecer al menor una vida normal y no limitante.

### 3.19 Caso Clínico 19

3.19.1 **Anamnesis:** paciente masculino de 8 años acude a emergencia, padre refiere fiebre desde hace 3 días y que el niño no quiere comer por molestia en la dentadura, además comenta que al observar la boca del menor observa un bulto rojizo doloroso.

**Antecedentes:**

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega
- RAM: niega

**Examen Físico:**

- FC 82x' FR 18x' T° 38°C Sat O2 99%
- General: activo, despierto, colaborador.
- Orofaringe: se observa masa eritematosa, flogótica y dolorosa a la palpación en cavidad oral entre el segundo y primer molar derecho.

**3.19.2 Diagnósticos diferenciales:** absceso periodontal**Plan de Trabajo:**

- Iniciar antibioticoterapia
- Brindar antipiréticos.
- Exámenes auxiliares: hemograma completo
- Hospitalización.

**3.19.3 Resultados de pruebas diagnósticas:***Tabla 19*

Tabla 19	
Hb	12,5 g/dl
Hto	38%
Leucocitos	12 300 mm <sup>3</sup>

3.19.4 **Diagnóstico:** absceso periodontal

3.19.5 **Tratamiento:** se indica tratamiento antibiótico con ampicilina sulbactam EV cada 6 horas, paracetamol 500mg VO cada 12 horas.

**3.19.6 Plan de seguimiento:** se indica alta médica al segundo día hospitalario, después de realizar examen donde se observa disminución de volumen de lesión, ausencia de fiebre y mejoría en alimentación. Se continua antibioticoterapia y se indica dieta blanda en los próximos 4 días.

3.19.7 **Evaluación crítica:** con la exposición de este caso clínico, debemos hacer algunas recomendaciones a los padres sobre la salud dental, como enseñar al niño a cepillarse los dientes después de cada comida, llevarlo al odontólogo al menos dos veces al año para controles, limitar el consumo de dulces y junto con esto llevar una dieta sana con minerales y vitaminas. En el caso de un absceso se debe considerar el drenaje como la opción terapéutica primordial. Este procedimiento en este caso en particular consiste en aspirar el contenido del absceso con una aguja por vía extraoral; si bien es el tratamiento principal, se debe evaluar la incisión oportuna ya que si se hace de manera prematura puede producir una diseminación de la infección y posterior empeoramiento del cuadro clínico<sup>37</sup>. Es importante el tratamiento antimicrobiano frente a los abscesos para poder controlar los síntomas del paciente, en este caso la fiebre e inflamación que impedían la alimentación del menor, el tratamiento de elección al tratarse de cavidad oral es ampicilina-sulbactam por vía endovenosa por lo que se sugiere hospitalización<sup>38</sup>.

### 3.20 Caso Clínico 20

3.20.1 **Anamnesis:** recién nacido pretérmino de 34 semanas, producto de parto por cesárea, líquido amniótico claro, no circular de cordón. Recibió dos dosis de maduración pulmonar. presenta dificultad respiratoria Silverman 3 puntos. Madre había sido diagnosticada con amenaza de parto pretérmino, niega infecciones intrauterinas.

#### **Antecedentes:**

- Prenatales: madre cumplió con controles prenatales, suplementación con ácido fólico y sulfato ferroso.
- Natales: parto por cesárea, 34 semanas, 2460 gr 45cm, APGAR 7-9, Silverman 3 puntos.

- Madre sin antecedentes

**Examen físico:**

- FC 149 x' FR 65x' SatO2 85% T° 36.2 °C
- General: AREG, AREH. Reactivo a estímulos.
- Piel: tibia, elástica, sin lesiones evidentes.
- Cabeza: normocéfalo, fontanela anterior normotensa. Se observa aleteo nasal.
- Tórax y pulmones: simétrico, MV pasa bien en ambos campos pulmonares. Desbalance toraco-abdominal, se evidencian tirajes intercostales.
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: blando, globuloso, no visceromegalia.

3.20.2 **Diagnósticos diferenciales:** recién nacido pretérmino de 34 semanas. RN bajo peso al nacer. Síndrome de dificultad respiratoria.

**Plan de Trabajo:**

- Oxigenoterapia:
- Se hospitaliza en UCI de neonatología
- Se solicita exámenes de laboratorio: hemograma completo, PCR, PCT, BT.
- Ecografía trasfontanelar.

**3.20.3 Resultados de pruebas diagnósticas:**

Tabla 20

Tabla 20	
Hb	19.5 g/dl
Hto	57.3%
Plaquetas	220 000 mm <sup>3</sup>
PCR	0.10 normal
PCT	5.46 negativo
BT	6.75 mg/dl
BD	0.66 mg/dl
BI	6.09 mg/dl

- Ecografía trasfontanelar: Criterios normales.

- 3.20.4 Diagnóstico:** recién nacido pretérmino de 34 semanas. RN con bajo peso al nacer. Síndrome de dificultad respiratoria.
- 3.20.5 Tratamiento:** paciente es hospitalizado en UCI neonatología, a incubadora con soporte térmico y oxigenoterapia con casco cefálico FiO<sub>2</sub> 23% flujo 5L/min. Lactancia materna exclusiva 5cc VO cada 3 horas. Dextrosa 10% 98ml más KCl 20% más NaCl 20% 1.2 ml. Gluconato de calcio 10% 2.4 cc EV cada 8 horas, si frecuencia cardiaca es menor de 100 x' suspender gluconato de calcio. Inicio de fototerapia y control estricto de funciones vitales.
- 3.20.6 Plan de seguimiento:** paciente recién nacido pretérmino de 34 semanas con apoyo oxigenatorio, recibió fototerapia por 48 horas. Evolución favorable, sin complicaciones. Condiciones de alta en su décimo día hospitalario, afebril, ventilando espontáneamente sin apoyo de oxígeno, saturación 99%, tolera vía oral con buen reflejo de succión. Recupero peso adecuado para la edad. Se realizó tamizaje neonatal y colocación de vacunas.
- 3.20.7 Evaluación crítica:** como médicos debemos saber reconocer frente a que patología nos encontramos, según la historia clínica de cada paciente, en este caso en particular lo primero que se pensó es en una enfermedad de membrana hialina, ya que se trata de un recién nacido prematuro de 34 semanas, factor de riesgo importante para el desarrollo de esta condición<sup>40</sup>. El tratamiento consiste básicamente en soporte respiratorio para evitar complicaciones. Para poder evaluar la dificultad respiratoria en un recién nacido, se emplea el conocido Test de Silverman, que evalúa cinco parámetros los cuales son: Disociación tórax-abdomen, presencia de quejidos respiratorios, presencia de aleteo nasal, tirajes y retracción xifoidea. Se clasifica en no dificultad respiratoria o dificultad respiratoria leve, un puntaje de 0 a 2, dificultad respiratoria moderada con un puntaje de 3-4 y dificultad respiratoria con puntaje > de 5<sup>39</sup>. Existen distintas causas de dificultad respiratoria entre ellas: la enfermedad de membrana hialina, taquipnea transitoria del recién nacido, síndrome de aspiración meconial y displasia broncopulmonar.

### 3.21 Caso Clínico 21

3.21.1 **Anamnesis:** paciente femenina de 11 meses de edad es traída a emergencia por su madre. Madre refiere que hace 3 días presentó fiebre cuantificada de 39.2°C que no cede con paracetamol, asociado a vómitos. Acude a emergencia en otro establecimiento de salud donde le prescriben tratamiento sintomático, que no recuerda, y es dada de alta. Los síntomas persisten y se agrega hiporexia, irritabilidad y escalofríos por lo que madre decide traerla. Niega tos, estornudos, niega falta de aire. Niega familiares con sintomatología similar.

#### **Antecedentes:**

- Prenatales: sin complicaciones, controles prenatales completos.
- Natales: recién nacida a término, parto por cesárea.
- Postnatales: niega patologías.
- Inmunizaciones completas para la edad.
- Antecedentes familiares: niega

#### **Examen Físico:**

- PA 110/70 mmHg FC 87x' FR 20x' SatO2 98% T° 37 °C
- General: AREG, ABEN, AREH, irritable, responde a estímulos.
- Piel: tibia, ligero edema palpebral, mucosas orales secas.
- Resto no contributorio.

3.21.2 **Diagnósticos diferenciales:** síndrome febril a descartar infección del tracto urinario.

#### **Plan de Trabajo:**

- Se hospitaliza para manejo por especialidad.
- Se solicita exámenes de laboratorio: hemograma completo, examen de orina, urocultivo, PCR, urea, creatinina, electrolitos séricos.

### 3.21.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Tabla 21

Tabla 21	
Hb	8,7 g/dl
Hto	27%
Plaquetas	172 800 mm <sup>3</sup>
PCR	30.2
Urea	23
Urocultivo	Positivo para E. coli
Antibiograma	Resistente a amoxicilina, ampicilina, ampicilina sulbactam, piperacilina tazobactam.
Examen de orina	+ 100 leucocitos x campo.



**3.21.4 Diagnóstico:** infección del tracto urinario complicada. Anemia.

**3.21.5 Tratamiento:** lactancia materna a demanda o fórmula materna 180 cc cada 6 horas. Dextrosa 5% 1000cc más NaCl 20% 20cc más CLK 20% 10cc a 10cc por hora. Dimenhidrinato 12mg Ev cada 8 horas, ceftriaxona 370mg Ev cada 12 horas, metamizol 235mg EV condicional a  $T > 38^{\circ}\text{C}$  más medios físicos. Balance hídrico cada 12 horas. Control de funciones vitales.

**3.21.6 Plan de seguimiento:** lactante de 11 meses fue hospitalizada por infección de tracto urinario complicada. Afebril a partir del quinto día de hospitalización. Es dada de alta por mejoría de síntomas, medicación por vía oral, continuar con antibióticos hasta cumplir el día 14. Control por pediatría en 1 semana o acudir a emergencia si se presenta signos de alarma.

**3.21.7 Evaluación crítica:** las infecciones de tracto urinario son un problema clínico muy frecuente en infantes, la prevalencia es aproximadamente 7% en lactantes y niños pequeños que presentan fiebre; es más alta en niños no circuncidados, en particular menores de tres meses; las mujeres tienen una prevalencia de hasta 4 veces mayor que los hombres circuncidados<sup>41</sup>. El patógeno más común en una ITU es la bacteria *Escherichia coli*, representa aproximadamente el 80% de las infecciones urinarias en niños. Otros patógenos que se pueden encontrar son: *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Enterococcus*, entre otros<sup>42</sup>. Es importante recordar que se trata de una patología bastante frecuente en niños, por lo tanto, como médicos debemos tenerla en consideración en aquellos pacientes con síndrome febril sin causa aparente.

## **3.22 Caso Clínico 22**

**3.22.1 Anamnesis:** neonato de 47 horas de vida acude a control. Madre no refiere sintomatología de importancia, no interurrencias durante el puerperio.

### **Antecedentes:**

- Prenatal: controles prenatales completos sin interurrencias.
- Natales: producto parto por cesárea. Peso 3515 gr Apgar 8-9
- Postnatales: sin interurrencias.

### **Examen físico:**

- General: despierto, reactivo a estímulos. Fontanela anterior normotensa.

- Piel: tibia, elástica, mucosas húmedas, no ictericia.
- Tórax y pulmones: MV pasa bien en ambos campos pulmonares
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Abdomen: blando, globuloso, no visceromegalia.
- Soma: Barlow y Ortolani negativo
- Genitourinario: genitales masculinos, testículo derecho en canal inguinal, testículo izquierdo no palpable.

**3.22.2 Diagnósticos diferenciales:** criptorquidia.

**Plan de trabajo:**

- Ecografía de abdomen inferior.

**3.22.3 Resultados de pruebas diagnósticas:**

*Tabla 22*

Tabla 22	
Ecografía de abdomen inferior	Imagen hipocogénica en conducto inguinal derecho

**3.22.4 Diagnóstico:** criptorquidia

**3.22.5 Tratamiento:** por la edad de paciente el manejo fue expectante. Observación.

**3.22.6 Plan de seguimiento:** se indica a padres de familia que por la edad del recién nacido la conducta a seguir será observar hasta los 4 meses de vida, después de ese tiempo se considerará cirugía. Continuar con controles pediátricos.

**3.22.7 Evaluación crítica:** lo importante que recalcar en este caso, es que el diagnóstico no se realizó durante la atención inmediata del recién nacido y como médicos deberíamos tener la capacidad de reconocer distintas situaciones de recién nacido e informar a los padres sobre consecuencias o posibles tratamientos. La atención inmediata del recién nacido es el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos que se debe aplicar a todo recién nacido inmediatamente al nacimiento hasta las 2 primeras horas, el propósito es reducir eventuales riesgos, daños, complicaciones, diagnósticos tempranos y tratamiento oportuno<sup>43</sup>. Respecto a la criptorquidia es importante el diagnóstico oportuno, el manejo para estos pacientes idealmente es la cirugía; se recomienda manejo expectante en recién nacidos hasta los 4 meses de vida, ya que durante ese periodo los testículos pueden descender espontáneamente<sup>44</sup>. A partir del cuarto mes el descenso espontáneo es raro, por ello se considera cirugía desde este tiempo de vida hasta los 2 años, idealmente hasta el primer día. El descenso de testículos antes de los 2 años se ha asociado con un mejor crecimiento testicular y mejor potencial de fertilidad<sup>44</sup>. Las secuelas a futuro para pacientes con criptorquidia incluyen hernia inguinal, torsión testicular, trauma testicular, subfertilidad y cáncer testicular<sup>44</sup>.

### **3.23 Caso Clínico 23**

3.23.1 **Anamnesis:** paciente mujer de 22 años acude por el servicio de emergencia y refiere que 1 día antes del ingreso, presentó sensación de prurito en tercio proximal posterior de antebrazo derecho de moderada intensidad, por lo cual procede a rascarse y nota leve lesión eritematosa. Luego de 1 hora evidencia aumento de volumen en dicha zona y dolor leve a la palpación profunda y se asocia a que la piel de la zona de lesión se torna más eritematosa. Posterior al almuerzo (atún), añade que los síntomas empeoran, presentando mayor volumen de antebrazo derecho llegando hasta el codo, presenta dolor a la palpación superficial 8/10, SAT, motivo por el cual acude a farmacia y le administran una ampolla (no recuerda el nombre), mejora la SAT, pero persiste la inflamación y dolor, por lo que durante la noche no pudo conciliar el sueño. Niega lesiones similares previas.

**Antecedentes:**

- Niega antecedentes de importancia

**Examen Físico:**

- PA 110/60 mmHg FC 90x' FR 18x' Sat O2 98% T° 36,5°C
- General: AREG, AREH, AREN, lúcida en tiempo espacio y persona
- TCSC: miembro superior derecho evidencia aumento de volumen en antebrazo con lesiones ampollosas con eritema violáceo periférico de aproximadamente 3cm.

3.23.2 **Diagnósticos diferenciales:** celulitis en miembro superior derecho.

**Plan de Trabajo:**

- Solicitar exámenes auxiliares: Hemograma completo, perfil de coagulación, INR
- Ecografía de partes blandas
- Ecografía Doppler de miembro superior derecho.

### 3.23.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Tabla 23

Tabla 23	
Hb	13,1 g/dl
Hto	37%
Tiempo de protrombina	14,2''
INR	1.03
Grupo sanguíneo y factor	O positivo
Glucosa	71 mg/dl
Urea	16 mg/dl
Creatinina	0,65mg/dl
PR Covid 19	No reactivo

- Ecografía de partes blandas: signos inflamatorios de tejido celular subcutáneo y edema difuso de antebrazo derecho.
- Ecografía Doppler: no signos de trombosis venosa profunda ni superficial. Signos inflamatorios y edema de tejido subcutáneo.

3.23.4 **Diagnóstico:** celulitis en miembro superior derecho. Loxocelismo.

3.23.5 **Tratamiento:** hospitalización, se prescribe NaCl 0,9% 1000cc, suero antiloxoscélico 5ml + 100ml de NaCl, hidrocortisona 50mg EV cada 12 horas, clorfenamina 10mg EV cada 8 horas, clindamicina 600mg EV cada 8 horas, tramadol 10mg EV cada 8 horas y metamizol 1gr EV PRN T°>38 °C.

3.23.6 **Plan de seguimiento:** paciente estable, sin evidencia de compromiso sistémico, afebril, se suspende antibiótico. Al quinto día de hospitalización se constata necrosis central de lesión que evoluciona a escara necrótica. Se mantiene plan de limpieza quirúrgica cada 48 horas. Alta a los 10 días de ingreso, control por consultorio de medicina interna en 1 semana.

3.23.7 **Evaluación crítica:** las picaduras de araña son eventos médicos raros, ya que, de los miles de especies de arañas que existen son muy pocas las que ocasionan un riesgo, porque el veneno de la mayoría tiene poco o ningún efecto sobre el tejido de mamíferos<sup>45</sup>. Las arañas que pueden producir una picadura medicamente significativa en humanos son las arañas viudas y falsas viudas negras, arañas reclusas o loxosceles, arañas australianas y arañas phoneutria<sup>46</sup>. Las arañas reclusas o loxosceles se encuentran predominantemente en américa del sur y américa del norte. La penetración al momento de la picadura es indolora, por ello es que muchas personas que sufren de picadura no recuerdan el hecho; el dolor se va desarrollando con el paso de los días y puede llegar a ser de moderada intensidad<sup>46</sup>. Al inicio se observa placas eritematosas o pápulas en el área de lesión, muchos pacientes suelen ignorar esta primera fase. Es notorio una mordedura por arañas reclusas porque la lesión se torna necrótica<sup>46</sup>.

### 3.24 Caso Clínico 24

3.24.1 **Anamnesis:** paciente femenina de 27 años, acude a consultorio de medicina refiriendo cansancio excesivo en los últimos meses, comenta que ha percibido lentitud al momento de realizar sus actividades diarias y que le dificulta recordar algunas cosas. Paciente también comenta que ha notado que está perdiendo cabello.

#### **Antecedente:**

- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: niega

- Hospitalizaciones: niega
- Familiares: niega

**Examen Físico:**

- PA 100/80 FC 56x' FR 14x' Sat O2 98%
- General: AREG, AREN, AREH, lúcida, orientada en tiempo, espacio y persona.
- Piel: fría, seca, poco elástica. Se evidencia caída de cabello
- Cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos de baja intensidad, no soplos.

**3.24.2 Diagnósticos diferenciales:** hipotiroidismo. Descartar anemia

**Plan de Trabajo:**

- Solicitar exámenes auxiliares: hemograma, perfil tiroideo, glucosa.

**3.24.3 Resultados de pruebas diagnósticas**

*Tabla 24*

Tabla 24	
Hb	11 g/dl
Hto	35%
VCM	85 fL
Leucocitos	6850 mm <sup>3</sup>
TSH	5,2 mui/l
T4 libre	0,6 ng/dl
Glucosa	83 mg/dl

- 3.24.4 **Diagnóstico:** hipotiroidismo primario. Anemia normocítica hipocrómica.
- 3.24.5 **Tratamiento:** inicio de tratamiento hormonal con levotiroxina 25 microgramos dosis única por día en ayunas. Mejorar plan nutricional con alimentos ricos en hierro.
- 3.24.6 **Plan de seguimiento:** se indica a paciente exámenes auxiliares de control que incluyan, perfil tiroideo, perfil lipídico, además asistencia nutricional para cambio de estilo de vida. Control por consultorio en 1 mes para evaluación de síntomas y ajuste de dosis.
- 3.24.7 **Evaluación crítica:** este caso llamó mucho mi atención ya que la paciente presentó un cuadro clínico típico de libro, si bien en muchos casos no son así, en esta ocasión me ayudó a diagnosticar la patología de forma rápida y poner en práctica mis conocimientos. Otro punto por tratar es la demora al acudir a un centro de salud por los distintos mitos y creencias que existe dentro de la población, en este caso la paciente nos comentó que su tía le recomendó ingerir magnesol, asumiendo que su cansancio era por deficiencia de este, la población está acostumbrada a automedicarse por sugerencia de otras personas sin tener en cuenta los riesgos que involucra. El hipotiroidismo es un conjunto de manifestaciones clínicas causadas por la deficiencia de tiroxina T4 y la consiguiente acción insuficiente de triyodotironina T3, dentro de los síntomas principales y más evidentes se pueden mencionar la caída de cabello, piel seca, aumento de peso, hinchazón de rostro, párpados y manos, además de bradicardia, sudoración disminuida<sup>47</sup>. Los exámenes primordiales son el dosaje de TSH en sangre y T4 libre, posterior al diagnóstico un control más extenso que abarque glucosa, perfil lipídico, hemograma completo y perfil hepático<sup>48</sup>. Es importante recordar identificar la presencia o no de bocio en el cuello de los pacientes para un tratamiento oportuno. Reevaluación cada 3 meses con control de perfil tiroideo para ajuste de dosis<sup>48</sup>.

### 3.25 Caso Clínico 25

- 3.25.1 **Anamnesis:** paciente femenina de 53 años acude a emergencia por cefalea intensa de tipo punzante, refiere que el día anterior acudió a policlínico por misma sintomatología y le recetaron analgésicos naproxeno 550mg cada 8 horas condicional a dolor, paciente refiere ligera mejoría, pero no cese de síntomas, además se le agrega mareos en dos ocasiones.

#### **Antecedentes:**



- Patológicos: niega
- Quirúrgicos: cesárea (2)
- RAM: niega
- Familiares niega

3.25.2 **Diagnósticos diferenciales:** cefalea tensional vs crisis migrañosa.

**Plan de Trabajo:**

- Brindar analgesia
- Solicitar examen auxiliar: Glucosa

3.25.3 **Resultados de pruebas diagnósticas:**

*Tabla 25*

Tabla 25	
Glucosa	456 mg/dl

3.25.4 **Diagnóstico:** hiperglicemia, no especificada. Diabetes Mellitus tipo 2

3.25.5 **Tratamiento:** iniciar hidratación con NaCl 0.9% 1000cc EV perfusión. Insulinoterapia, inicialmente inyectar bolo EV 0,1 U/kg, luego iniciar perfusión EV a 2U/hora Control de glucosa para el alta.

3.25.6 **Plan de seguimiento:** paciente es dada de alta con valores de glucosa de 175 mg/dL y mejora de sintomatología, se le indica acudir por consultorio externo de endocrinología para diagnóstico de diabetes mellitus e iniciar tratamiento.

3.25.7 **Evaluación crítica:** el síndrome hiperglucémico es una condición donde se presenta niveles altos de glucosa en sangre, además de deshidratación y acompañado de algunos síntomas como cefaleas, mareos, visión borrosa y en algunos casos disminución de la consciencia<sup>49</sup>. La prevalencia y carga financiera de la diabetes mellitus son enormes y cada año va en aumento constituyendo la patología que mayor costo en atenciones genera, las emergencias hiperglucémicas asociadas a diabetes significan un gran porcentaje de este espectro<sup>50</sup>. Por ello, siendo una patología de alta prevalencia, es importante diagnosticarla en estadios tempranos para un oportuno tratamiento y disminución de complicaciones a largo plazo. Este caso me ayudó a notar la gran cantidad de pacientes que no son diagnosticados con hiperglucemias y/o diabetes mellitus a tiempo, ya que la clínica de presentación de esta enfermedad es muy florida como en el caso de la paciente que solo presentaba cefalea de moderada intensidad, un diagnóstico tardío implica la llegada de pacientes a los establecimientos de salud al momento de presentar complicaciones.

### 3.26 Caso Clínico 26

3.26.1 **Anamnesis:** paciente masculino de 40 años acude a emergencia por presentar palpitaciones, dolor torácico y sensación de ahogo desde las 12 de la noche. Paciente refiere que no es el primer episodio, en anteriores oportunidades presentó palpitaciones y se realizó masajes en el cuello con lo que cedían los síntomas, en esta ocasión dicha medida no cedió los síntomas por lo que decide acudir al centro de salud.

#### **Antecedentes:**

- Patológicos: TPSV
- Hospitalizaciones: niega

- Quirúrgicos: niega

- RAM: niega

Examen Físico:

- PA 119/71 mmHg FC 221x' FR 20x' Sat O2 99%

- General: AMEG, AREN, AREH, lúcido orientado en tiempo espacio y persona.

- Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

- Cardiovascular: ruidos cardíacos arrítmicos de buena intensidad. No soplos.

### 3.26.2 Diagnósticos diferenciales: arritmia cardíaca: TPSV

**Plan de Trabajo:**

- Solicitar electrocardiograma

- Solicitar troponinas en sangre

### 3.26.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Tabla 26

Tabla 26	
Troponina I	4u/l
Troponina T	0,01 u/l

- Electrocardiograma: FC 225 x', complejo QRS angosto y RR regular

**3.26.4 Diagnóstico:** taquicardia supraventricular paroxística.

**3.26.5 Tratamiento:** adenosina en bolo 6mg endovenoso.

**3.26.6 Plan de seguimiento:** paciente es dado de alta dos horas después de recibir tratamiento de emergencia. Se sugiere reposo e interconsulta al servicio de cardiología para diagnóstico específico y tratamiento.

**3.26.7 Evaluación crítica:** este caso fue una gran experiencia, si bien conocía cual era el tratamiento para una taquicardia supraventricular de manera teórica, desconocía que después de aplicar la adenosina el paciente entra en asistolia por aproximadamente 6 segundos y luego despierta con el reinicio del ciclo cardiaco con una frecuencia cardiaca correcta, es importante recalcar que el paciente se debe encontrar monitorizado en todo momento. La taquicardia supraventricular paroxística, se define como aquella arritmia con complejo QRS angosto intermitente que comienza y termina abruptamente, además tiene una respuesta ventricular regular. La prevalencia es ligeramente mayor en mujeres y aumenta progresivamente con la edad, en un estudio de cohorte en Reino Unido se evidenció que la prevalencia de TPSV fue aproximadamente 29 casos por 10 000 personas menores de 55 años y aumentó a 53 casos por 10 000 personas en mayores de 65 años<sup>51</sup>. La sintomatología puede ser variada y de diversa intensidad dependiendo de cada persona, los síntomas más comunes son las palpitaciones, la sensación de ahogo; otros síntomas que pueden aparecer son diaforesis, dolor torácico e incluso sincope. Por otro lado, dentro de las maniobras vagales utilizadas, tenemos la maniobra mencionada por el paciente que es el masaje del seno carotídeo, esta maniobra disminuye temporalmente la actividad del nódulo sinusal y la conducción del nódulo av. La técnica consiste en presionar el seno carotídeo que está ubicado por debajo del ángulo de la mandíbula a nivel del cartílago tiroides, durante 5 a 10 segundos, se recomienda una presión constante<sup>52</sup>.

### 3.27 Caso Clínico 27

3.27.1 **Anamnesis:** paciente varón de 78 años es traído al servicio de emergencia por familiar que refiere que hace dos días presenta debilidad en miembro superior derecho al momento de alimentación o sostener objetos, asimismo, presenta dificultad a la bipedestación y movilización. El día de hoy refiere disartria y dificultad para articular palabras. Niega pérdida de consciencia.

#### **Antecedentes:**

- Patológicos: hipertensión arterial desde hace 20 años con tratamiento irregular.
- Hospitalizaciones: niega
- Quirúrgicos: niega

#### **Examen Físico:**

- PA 165/90 mmHg FC 70x' FR 17x' T° 37°C SatO2 97%
- General: AREG, AREN, AREH. Lúcido, orientado en tiempo espacio y persona.
- Cara: pupilas reactivas, borramiento de surco nasogeniano. Se evidencia parálisis fácil derecha.
- Cardiovascular: ruidos rítmicos de buena intensidad, no soplos.
- Tórax y pulmones: MV pasa bien por ambos campos pulmonares.
- Extremidades: disminución de fuerza en ambas extremidades derechas 4/5

3.27.2 **Diagnósticos diferenciales:** accidente cerebrovascular.

#### **Plan de Trabajo:**

- Se solicita exámenes auxiliares: hemograma completo, electrolitos, grupo sanguíneo y factor, perfil de coagulación, urea, creatinina, examen de orina.
- Se solicita estudio por imágenes: tomografía computarizada sin contraste

3.27.3 **Resultados de pruebas diagnósticas:**

Tabla 27

Tabla 27	
Hb	12,9 g/dl
Hto	47.8%
Plaquetas	155 000
Grupo sanguíneo y factor	O positivo
Tiempo de sangría	2 min

Tiempo de coagulación	7 min
Urea	22.5 mg/dl
Creatinina	0,68 mg/dl
Magnesio	2 mEq/l
Cloro	99 mEq/l
Potasio	4 mEq/l
Sodio	135 mEq/l

- Tomografía computarizada sin contraste: se muestra imagen hipodensa a nivel de corona radiada de lado izquierdo.

**3.27.4 Diagnóstico:** accidente cerebrovascular isquémico.

**3.27.5 Tratamiento:** se decide hospitalizar a paciente para mejor observación. Se realizó interconsulta al servicio de cardiología para el manejo de la hipertensión arterial crónica sin tratamiento, se indica iniciar con irbesartán 150 mg VO cada 24 horas, además sugiere realizar un ecocardiograma. Por otro lado, se decide iniciar con terapia física para recuperación de fuerza y movimiento de extremidades afectadas.

**3.27.6 Plan de seguimiento:** paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta con las siguientes indicaciones: Dieta blanda hiposódica, ácido acetilsalicílico 100mg VO cada 24 horas, irbesartán 150mg VO cada 24 horas, se indica captopril 25 mg VO condicional a presión arterial > 190/100 mmHg, además control estricto de presiones arteriales. Control por consultorio de cardiología para seguimiento y regularización de dosis.

**3.27.7 Evaluación crítica:** en este caso en particular es necesario recalcar la importancia de la adherencia al tratamiento de las distintas patologías que presenta el paciente, ya que, este suceso fue una complicación de su enfermedad de fondo. Si no se explica adecuadamente la importancia del tratamiento de la enfermedad principal, puede volver a presentar un episodio como este y con el paso dejando secuelas más complejas. Además, en estos casos debe existir un manejo conjunto de especialidades como con el servicio de cardiología, terapia física, nutrición y psicología.

La pérdida repentina de la función cerebral focal es la característica principal de un accidente cerebrovascular, esto se debe por la disminución de flujo sanguíneo a una parte del cerebro<sup>53</sup>. La causa de esta afección puede ser de distinta etiología, la principal es la aterosclerosis de grandes vasos, seguida de émbolos cardíacos, oclusión de vasos pequeños, entre otros<sup>54</sup>. La determinación de la causa de la isquemia cerebral influye en el tratamiento que se brindará al paciente<sup>54</sup>.

### **3.28 Caso Clínico 28**

**3.28.1 Anamnesis:** paciente femenina de 55 años acude a emergencia, refiriendo mordedura de perro en la zona del antebrazo derecho. Se observa sangrado activo y paciente refiere dolor de moderada intensidad. Familiar de paciente nos comenta que se trata de un perro conocido que cuenta con sus vacunas completas.

**Antecedentes:**

- Patológicos: diabetes Mellitus hace 5 años, en tratamiento con metformina.
- Quirúrgicos: niega
- Hospitalizaciones: niega
- RAM: niega

**Examen Físico:**

- PA 100/60mmHg FC 84x' FR 18x' SatO2 97%
- General: ABEG, ABEN, ABEH, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona.
- Piel: solución de continuidad en forma de colgajo de aproximadamente 7 centímetros, ausencia de desprendimiento de tejido, ubicado en antebrazo derecho, zona lateral.

3.28.2 **Diagnósticos diferenciales:** herida traumática contaminada.

**Plan de Trabajo:**

- Analgesia.
- Limpieza de herida.
- Inicio de antibioticoterapia.
- Sutura de herida.



**3.28.3 Diagnóstico:** herida contaminada por mordedura de perro.

3.28.4 **Tratamiento:** naproxeno 550mg VO cada 8 horas por 3 días, amoxicilina 875mg más ácido clavulánico 125mg VO cada 12 horas durante 7 días. Sutura con nylon 3.0.

**3.28.5 Plan de seguimiento:** al tratarse de un perro conocido, paciente es dada de alta con tratamiento antibiótico y analgésico. Se indica control por consultorio de cirugía en 1 semana para evaluar retiro de puntos.

**3.28.6 Evaluación crítica:** las mordeduras por animales son comunes en distintas partes del mundo y pueden significar una alta morbilidad. Las mordeduras de perros son aproximadamente el 90% de las mordeduras de animales en total<sup>55</sup>. La población más afectada por mordedura de perros son los niños entre cinco y nueve años. Existen algunos factores que pueden incrementar el riesgo de infección de una herida por mordedura de perro, dentro de ellas algún tipo de inmunosupresión, en el caso de la paciente su enfermedad de fondo que es diabetes mellitus; mordeduras en zonas de riesgo que incluyen manos, pies y cara; acudir al centro de salud tras más de 12 horas de recibir el ataque, entre otros<sup>55</sup>. Si bien no es indicación el cierre primario de heridas por mordedura, en este caso se decidió afrontar la herida por la forma de esta, ya que, al tratarse de un colgajo se quiso preservar la conservación del tejido. Los patógenos en el contexto de heridas por mordeduras de animales incluyen aquellos dentro de la flora oral del animal y la flora de la piel humana. Las especies de *pasteurella* se aíslan en al menos el 50% de las heridas de perro<sup>56</sup>. En un cultivo de heridas por mordedura d animal se pueden encontrar hasta cinco tipos de bacterias, se puede observar bacterias anaerobias y aerobias<sup>56</sup>.

### 3.29 Caso Clínico 29

3.29.1 **Anamnesis:** paciente femenina de 54 años acude a emergencia con un tiempo de enfermedad de 1 día, caracterizado por dolor intenso tipo cólico en epigastrio que se irradia a ambos hipocondrios, asociado a vómitos en 4 ocasiones. Acude por intensificación de síntomas.

**Antecedentes:**

- Paciente refiere que hace aproximadamente un año presenta dolores en epigastrio e hipocondrio derecho esporádicamente sobre todo después de la ingesta de comidas copiosas, se automedica con analgésicos.
- Quirúrgicos: niega
- Hospitalizaciones: niega
- RAM: niega

**Examen físico:**

- PA 110/70 mmHg FC 80x' FR 20x' SatO2 99%
- General: AREG, AREN, AREH, lúcida orienta en tiempo, espacio y persona.
- Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación profunda y superficial. RHA presentes. Murphy negativo, no signos peritoneales.

**3.29.2 Diagnósticos diferenciales:** colecistitis aguda a descartar pancreatitis aguda.

**Plan de Trabajo:**

- Se solicita exámenes auxiliares: hemograma completo, perfil de coagulación, enzimas hepáticas, amilasa, lipasa.
- Ecografía abdominal

**3.29.3 Resultados de pruebas diagnósticas:**

Tabla 28

Tabla 28	
Hb	11.3 g/dL
Hto	37%
Leucocitos	11 850 mm3
Abastionados	0%
Perfil de coagulación	Sin alteraciones
Bilirrubina total	1,47 mg/dL
TGO	254 U/l
TGP	788 U/l
Amilasa	2305 U/l
Lipasa	2258 U/l

- Ecografía abdominal: Vías biliares intrahepáticas de calibre normal, colédoco 8mm. Vesícula biliar 75x42 mm, pared 4mm, no pólipos, múltiples cálculos ubicados en bacinete, no barro biliar. Páncreas: bordes irregulares, parénquima heterogéneo con presencia de imágenes anecogénicas periféricas, cabeza 24 mm cuerpo 15mm

3.29.4 **Diagnóstico:** pancreatitis aguda, por colelitiasis.

3.29.5 **Tratamiento:** el tratamiento consiste en soporte, se indica dieta absoluta para el primer día de hospitalización. Hidratación endovenosa intensiva con lactato de ringer con una velocidad inicial de 250-300 ml/h, tramadol EV 50mg cada 8 horas, dimenhidrinato 50mg EV cada 8 horas.

3.29.6 **Plan de seguimiento:** el plan de seguimiento con esta paciente es brindar soporte analgésico y nutricional hasta que se resuelva el cuadro principal que es la pancreatitis aguda. Se indicó una colangiorresonancia para observar los cálculos biliares y su ubicación para posteriormente realizar una CPRE. La finalidad del tratamiento es que, en un tiempo no muy lejano, la paciente sea programada para cirugía colecistectomía laparoscópica, ya que la causa de la pancreatitis fueron los cálculos biliares y si no se resuelve el problema de fondo, este episodio volverá a ocurrir.

3.29.7 **Evaluación crítica:** la importancia de este caso se basa, en que se debe recomendar a los pacientes tratar la enfermedad de fondo, es decir; la colelitiasis que es la principal causa de pancreatitis y que presenta gran parte de la población. Explicar al paciente que el tratamiento adecuado es la cirugía de colecistectomía para evitar nuevos episodios y complicaciones más severas. La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio del páncreas principalmente caracterizada por dolor abdominal en epigastrio irradiado en cinturón o banda y niveles elevados de enzimas pancreáticas en sangre<sup>57</sup>. Es una de las principales causas gastrointestinales de hospitalización<sup>57</sup>. Los cálculos biliares son la causa más común y representan aproximadamente el 40 a 70% de los casos<sup>58</sup>. El riesgo de desarrollar pancreatitis aguda en pacientes con litiasis vesicular es mayor en hombre; sin embargo, la incidencia de pancreatitis por cálculos es mayor en mujeres<sup>58</sup>. Por ello, se indica como parte del tratamiento la realización de CPRE y posterior colecistectomía, ya que, estos procedimientos previenen la recurrencia de pancreatitis aguda<sup>59</sup>.

### **3.30 Caso Clínico 30**

3.30.1 **Anamnesis:** paciente femenina de 33 años acude a emergencia refiriendo cefalea hemicraneal de intensidad moderada desde hace aproximadamente dos semanas, asociado a náuseas, fotofobia y fonofobia. Refiere que tomó migradorixina y ergotamina pero que al no ceder el dolor acude a emergencia en otro establecimiento de salud donde le indican tramadol, orfenadrina y dimenhidrinato. Paciente comenta que dolor cede por momentos, pero por la persistencia de síntomas, hace 9 días acude a consulta en el servicio de neurología donde cambian su medicación habitual por topiramato. Hace 4 días reingresa por emergencia por persistencia de cefalea y síntomas asociados, le indicaron orfenadrina, codeína, neurólogo de turno indica gabapentina, ciclobenzaprina y continuar con topiramato. El día de hoy ingresa por persistencia de síntomas a pesar de amplia medicación.

#### **Antecedentes:**

- Patológicos: asma (tratamiento con montelukast, bromuro de ipatropio), Migraña (topiramato, ergotamina).
- Quirúrgicos: apendicectomía hace 7 años
- RAM: cefalexina, aines.

#### **Examen Físico:**

- PA 120/90 mmHg FC 82 x' FR 18 x' SatO2 98%
- AREG, AREN, AREH, lúcida orientada en tiempo espacio y persona.
- Neurológico: no déficit motor, no signos meníngeos, no focalización. Hipersensibilidad a la palpación cervical.

3.30.2 **Diagnósticos diferenciales:** estatus migrañoso.

#### **Plan de trabajo:**

- Hospitalización para manejo
- Se solicita exámenes auxiliares: hemograma, PCR, creatinina
- Imágenes: angiotomografía cerebral.

### 3.30.3 Resultados de pruebas diagnósticas:

Tabla 29

Tabla 29	
Hb	13,7 g/dl
Hto	39%
PCR	0.15
Creatinina	0.9

- Exámenes de laboratorio e imágenes dentro de rangos normales.

**3.30.4 Diagnóstico:** estatus migrañoso. Neuralgia de Arnold.

**3.30.5 Tratamiento:** paciente es hospitalizada, se indica dieta blanda libre de lácteos y cítricos. Hidratación con NaCl 0,9% 1000cc. Tramadol 100mg más dexametasona 4mg más metoclopramida 10 mg en 100cc de cloruro de sodio cada 8 horas EV. Topiramato 100mg VO cada 8 horas. Amitriptilina 25mg VO una vez al día 8pm. Codeína 60mg 1 ampolla en 100cc de NaCl 0,9% lento diluido condicional a cefalea intensa.

**3.30.6 Plan de seguimiento:** paciente con evolución favorable en su tercer día de hospitalización es dada de alta con funciones vitales estables, marcada disminución del dolor. Se recomienda control por consultorio de neurología en 1 semana o acudir por emergencia si cuadro reaparece.

**3.30.7 Evaluación crítica:** la migraña es un trastorno neurológico muy común que afecta en su mayoría a la población femenina. Esta incluida dentro de las cefaleas primarias según la Clasificación Internacional de las Cefaleas<sup>60</sup>. Esta patología está caracterizada principalmente por dolor hemicraneal tipo pulsátil de moderada a severa intensidad. El estado migrañoso es cuando un ataque de migraña persiste por más de 72 horas, dolor severo y discapacitante, acompañado de síntomas típicos como náuseas, fotofobia y fonofobia<sup>60</sup>. Respecto al tratamiento frente a un estatus migrañoso, es preciso recurrir a la hospitalización para el manejo de dolor, se recomienda usar AINE por vía endovenosa o dexametasona 4mg EV cada 8 horas por 3 días, también esta descrito el uso de haloperidol 0,1 mg/Kg Ev; los opiáceos deben ser utilizados solo cuando no hay respuesta a las medidas anteriores<sup>60</sup>. Por otro lado, la neuralgia de Arnold o neuralgia occipital se describe como dolor punzante unilateral en zona cervical por afección del nervio occipital; puede estar acompañada de disminución de sensibilidad o disestesia en el área afectada<sup>61</sup>. Este caso me ayudó a entender que la cefalea por migraña es realmente un dolor discapacitante y que muchas veces requiere de tratamientos más complejos; asimismo que ante casos como lo expuesto, debemos buscar otras etiologías con ayuda de exámenes auxiliares para descartar situaciones de mayor complejidad.

## 4 CONCLUSIONES

- 4.1 La rotación por el servicio de pediatría se realizó en la clínica Aviva, fue una rotación llena de aprendizaje por la cantidad de pacientes que se pudieron atender y los tutores que se dedicaron a enseñarnos paso a paso para poder desenvolvernos y aplicar nuestros conocimientos al momento de atender pacientes. Se aprendió a establecer dosis pediátricas sobre todo de los fármacos más usados, atención primaria de recién nacidos, controles de desarrollo psicomotor y responder ante distintas emergencias pediátricas; lo más importante fue aprender a tratar con niños y sus padres de familia para brindarles comodidad y satisfacción a ambos.
- 4.2 La rotación de ginecología fue otra rotación satisfactoria gracias a la afluencia de pacientes gestantes. Se aprendió todo respecto a controles prenatales, factores de riesgo en el embarazo, tamizaje y diagnóstico temprano de patologías, gracias al gran número de partos y cesáreas pudimos participar y ayudar durante estas intervenciones. En mi perspectiva fue la rotación más agradable, servicio que no había incluido en mis planes hizo que cambiara de opinión respecto a mi futuro.
- 4.3 En el caso de la rotación por el servicio de medicina interna que también se desarrolló en la clínica Aviva, hubo baja casuística, ya que, la clínica recién tenía dos años funcionando y durante los meses de rotación era un establecimiento de salud no Covid-19. Pese a ello, los tutores lograron enseñarnos distintas habilidades sobre todo para saber actuar ante las patologías más comunes.
- 4.4 Durante el paso por el servicio de cirugía general, se logró cumplir con todas las expectativas, aprendimos a diagnosticar y diferenciar las patologías más frecuentes dentro de esta área. Participamos en diferentes cirugías, donde pusimos a prueba nuestras habilidades quirúrgicas y perfeccionarlas. Además, tuvimos unas pequeñas rotaciones dentro de las especialidades de traumatología, urología y cirugía plástica.

- 4.5 Todos los casos expuestos me ayudaron a reforzar los conocimientos obtenidos durante pregrado, también a poner en práctica el juicio clínico, a forjar carácter para enfrentar distintas situaciones éticas y aprender a tratar pacientes y familiares; con una sola finalidad ofrecer la mejor atención al paciente. Durante la participación de los casos presentados pude realizar distintos procedimientos como tomas de muestra de sangre, suturas y participar de distintas cirugías. Considero que se logró conseguir los objetivos planteados durante el desarrollo del internado médico, sobre todo conocimientos necesarios para el desenvolvimiento en la siguiente etapa de SERUMS.
- 4.6 Si bien desde los primeros ciclos de nuestra etapa universitaria nos enseñaron sobre la relación médico paciente, es en el internado donde pones en practica todo lo enseñado. La relación médico paciente es la base para una atención de calidad, ya que debemos establecer un vinculo de confianza y seguridad con el paciente para poder recopilar la información necesaria para la realización de la historia clínica, además el paciente al sentirse en confianza ofrece su disponibilidad para el examen físico o procedimientos, es importante recalcar este punto puesto que muchos pacientes no desean ser tratados por estudiantes. Considero que es una habilidad que se va adquiriendo con la práctica y la experiencia.
- 4.7 Es muy común en nuestro país que la población acuda a consulta con distintos mitos y creencias, como médicos debes tener la capacidad de explicar con respeto que muchas de estas creencias son erróneas o no convenientes y podrían provocar más daño que bienestar. Es necesario explicar detalladamente las opciones de tratamiento ofrecidas y no debemos faltar al principio de autonomía de los pacientes que implica la libre decisión de optar o no por el tratamiento expuesto, es decir con consentimiento informado.
- 4.8 Una de las dificultades encontradas durante esta etapa es la comunicación, principalmente durante la atención de adultos mayores, a pesar de que muchas veces se encuentran lúcidos existen algunas limitantes como el idioma o la dificultad para articular palabras y expresar los síntomas, por ello es necesario que los adultos mayores siempre estén acompañados por un familiar cercano que esté pendiente de ellos y pueda explicar con la mayor claridad posible sobre la cronología de la enfermedad para poder llegar a un diagnóstico con precisión.



4.9 Por último, considero que sería ideal la creación de un sistema de historias clínicas universal, es decir una misma historia clínica que se pueda observar tanto en clínicas privadas como en establecimientos MINSA o ESSALUD, con la finalidad de un mejor seguimiento de pacientes sobre todo en aquellos con enfermedades como tuberculosis o VIH que son derivados de la atención privada a establecimientos de salud del estado para tratamiento, esto ayudaría a confirmar que los pacientes acudieron a recibir tratamiento, su adherencia o abandono al tratamiento. Además, he observado muchos casos en que los pacientes deciden retirarse de las clínicas privadas, en la mayoría de los casos por factores económicos, y prefieren continuar con su atención en hospitales públicos, la existencia de la historia clínica universal facilitaría información antigua obtenida en otros establecimientos de salud, agilizaría el tratamiento y habría un ahorro de recursos.

## 5 REFERENCIAS

1. Berkowitz LR, Foust-Wright CE. Approach to episiotomy. Uptodate, 2021.
2. Camacho-Morell F, García-Barba I, López-Simó A, Belda-Pérez A. Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. *Matronas Prof.* 2017; 18(3): 98-104.
3. Shih G, Wallace R. First-trimester pregnancy termination: Uterine aspiration. UpToDate, 2021.
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente. Quito, 2013.
5. Means RT, Brodsky RA. Diagnostic approach to anemia in adults. Uptodate, 2021.
6. Stovall TG, Mann WJ. Abdominal hysterectomy. Uptodate, 2021.
7. Servei de Medicina Materno-fetal. Hematomas placentarios y desprendimiento prematuro de placenta. Hospital Clínic, Universitat de Barcelona. 2019
8. Ananth CV, Kinzler WL. Placental abruption: Pathophysiology, clinical features, diagnosis, and consequences. Uptodate, 2021
9. SEGO. Guía práctica de asistencia. Hemorragia posparto precoz. 2006
10. Karlsson H, Pérez Sanz C. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2009, Vol 32, Suplemento1.
11. Oholeguy P, Cheda I, Sotero G. Vasa Previa: comunicación de un caso. *Rev Med Urug* 2011; 27(3): 161-165.
12. Ruitter L, Kok N, Limpens J, Derks JB, de Graaf IM, Mol B, Pajkrt E. Incidence of and risk indicators for vasa praevia: a systematic review. *BJOG.* 2016;123(8):1278.
13. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, Metzger BE, Gabbe SG, et al. international association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes Care* 2010; 33:676.
14. Harrison RK, Cruz M, Wong A, et al. The timing of initiation of pharmacotherapy for women with gestational diabetes mellitus. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020; 20:773.
15. Susan D Reed, MD, MPH Renata R Urban. Endometrial hyperplasia: Clinical features, diagnosis, and differential diagnosis [Internet]. Uptodate.com. 2021 [citado el 31 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/endometrial-hyperplasia-clinical-features-diagnosis-and-differential>
16. Mutter GL, Baak JP, Crum CP, et al. Endometrial precancer diagnosis by histopathology, clonal analysis, and computerized morphometry. *J Pathol* 2000; 190:462.
17. Martin RF. Acute appendicitis in adults: Clinical manifestations and differential diagnosis. Uptodate, 2021.
18. Martin RF, Kang SK. Acute appendicitis in adults: Diagnostic evaluation. Uptodate, 2021.
19. Zakko SF, Afdhal NH. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis. Uptodate, 2021.
20. Vollmer CM, Zakko SF, Afdhal NH. Treatment of acute calculous cholecystitis. Uptodate, 2021.

21. Gamboa-Pacheo C. Quiste pilonidal. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*. LXXII (614). 201-203, 2016.
22. Mayo Clinic. Quiste pilonidal. 2020.
23. Mendez-Sanchez R. Estenosis hipertrófica de píloro. *Revista Médica Sinergia* 2018; 3 (11): 10 – 13.
24. Olive AP, Endom EE. Infantile hypertrophic pyloric stenosis. Uptodate, 2020.
25. Villalón F, et al. Tratamiento y seguimiento del plastrón apendicular. *Cir Pediatr* 2013; 26: 164-166
26. Moss RL, Dimmitt RA, Barnhart DC, Sylvester KG, Brown RL, Powell DM et al. Laparotomy versus peritoneal drainage for necrotizing enterocolitis and perforation. *N Engl J Med* 2006; 354: 2225-2234.
27. Dandapat MC, Mishra BM, Dash SP, Kar PK. Peripheral lymph node tuberculosis: a review of 80 cases. *Br J Surg*. 1990;77(8):911.
28. Hill AR, Premkumar S, Brustein S, Vaidya K, Powell S, Li PW, Suster B. Disseminated tuberculosis in the acquired immunodeficiency syndrome era. *Am Rev Respir Dis*. 1991;144(5):1164.
29. Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, Martel M, Leontiadis GI. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(5):899.
30. Saltzman JR. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults. En: *UpToDate*, Post TW (Ed), *UpToDate*, Waltham, MA.
31. IDSA Guidelines for de diagnosis and management of infectious diarrhea, 2017.
32. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad diarreica aguda en la niña y el niño – MINSA 2017.
33. Oconitrillo Chaves M. Fimosis en niños. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*. LXXIII (619). 261-263, 2016.
34. Wilcox D. Care of the uncircumcised penis in infants and children. Uptodate, 2021.
35. Chalut DS, Ducharme FM, Davis GM. The Preschool Respiratory Assessment Measure (PRAM): a responsive index of acute asthma severity. *J Pediatr* 2000; 137:762.
36. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org) (Accessed on Dec 05, 2021).
37. Chow AW. Infections of the oral cavity, neck and head. In: *Principles and Practices of Infectious Diseases*, 8, Mandell GL, Dolin R, Blaser MJ (Eds), Elsevier Churchill Livingstone, Philadelphia 2014. p.789.
38. Hull MW, Chow AW. An Approach to Oral Infections and Their Management. *Curr Infect Dis Rep* 2005; 7:17.
39. Asociación Española de Pediatría- Sociedad española de neonatología. *Protocolos diagnósticos-terapéuticos de Neonatología*. 2, ed., 2008.
40. Cloherty JP, Eichenwald EC, Hansen AR, Stark AR. *Manual de Neonatología*. Lippincott Williams & Wilkins, 2012.
41. Shaw KN, Gorelick M, McGowan KL, Yakscoe NM, Schwartz JS. Prevalence of urinary tract infection in febrile young children in the emergency department *Pediatrics*. 1998;102(2): e16.

42. Edlin RS, Shapiro DJ, Hersh AL, Copp HL. Antibiotic resistance patterns of outpatient pediatric urinary tract infections. *J Urol*. 2013 Jul;190(1):222-7. Epub 2013 Jan 28.
43. Norma técnica de salud para la atención integral de salud del neonato. NTS N°106-MINSA/DGSP- V.01.
44. Cooper CS. Undescended testes (cryptorchidism) in children: Management. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA.
45. RS, Isbister GK. Aspectos médicos de las picaduras de araña. *Anu Rev Entomol*. 2008; 53:409.
46. Isbister GK, Fan HW. Spider bite. *Lancet*. 2011;378(9808):2039. Epub 2011 jul 15.
47. Diekman T, Lansberg PJ, Kastelein JJ, Wiersinga WM. Prevalence and correction of hypothyroidism in a large cohort of patients referred for dyslipidaemia. *Arch Intern Med* 1995; 155:1490.
48. McDermott MT. In the clinic. Hypothyroidism. *Ann Intern Med* 2009; 151: ITC61.
49. Maletkovic J & Drexler A. Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar State. *Endocrinology Metabolic Clin N Am* 42 (2013) 677–695
50. Corwell B. et al. Current Diagnosis and Treatment of Hyperglycaemic Emergencies. *Emerg Med Clin N Am* 32 (2014) 437–452
51. Khurshid S, Choi SH, Weng LC, Wang EY, Trinquart L, Benjamin EJ, Ellinor PT, Lubitz SA. Frecuencia de anomalías del ritmo cardíaco en medio millón de adultos. *Circ Arrhythmia Electrophysiol*. 2018;11(7): e006273.
52. Waxman MB, Wald RW, Sharma AD, Huerta F, Cameron DA. Técnicas vagales para la terminación de la taquicardia supraventricular paroxística. *J Cardiol*. 1980;46(4):655.
53. Adams HP Jr, Bendixen BH, Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL, Marsh EE 3.º Clasificación del subtipo de ictus isquémico agudo. Definiciones para el uso en un ensayo clínico multicéntrico. Prueba de Org 10172 en el tratamiento del accidente cerebrovascular agudo. *Carrera*. 1993;24(1):35.
54. Caplán LR. Patología básica, anatomía y fisiopatología del ictus. En: *Caplan's Stroke: A Clinical Approach*, 4.ª ed., Saunders Elsevier, Philadelphia 2009. p.22.
55. Ellis R, Ellis C. Mordeduras de perros y gatos. *Am Fam Médico*. PubMed. 2014;90(4):239.
56. Talan DA, Citron DM, Abrahamian FM, Moran GJ, Goldstein EJ. Análisis bacteriológico de mordeduras de perros y gatos infectados. Grupo de estudio de infecciones por mordeduras de animales en medicina de urgencias. *N Engl J Med*. 1999;340(2):85.
57. Peery AF, Crockett SD, Murphy CC, Lund JL, Dellon ES, Williams JL, Jensen ET, Shaheen NJ, Barritt AS, Lieber SR, Kochar B, Barnes EL, Fan YC, Pate V, Galanko J, Baron TH, Sandler RS. Carga y costo de las enfermedades gastrointestinales, hepáticas y pancreáticas en los Estados Unidos: actualización de 2018. *Gastroenterología*. 2019;156(1):254. Epub 2018 10 de octubre.
58. Riela A, Zinsmeister AR, Melton LJ, Di Magno EP. Etiología, incidencia y supervivencia de la pancreatitis aguda en el condado de Olmsted, Minnesota. *Gastroenterología*. 1991;100: A296.

59. Moreau JA, Zinsmeister AR, Melton LJ tercero, Di Magno EP. Pancreatitis por cálculos biliares y el efecto de la colecistectomía: un estudio de cohorte basado en la población. *Mayo Clin Proc.* 1988;63(5):466.
60. Takeuchi Y. Actualización en migraña. *Acta Neurol Colomb* 2008; 24: S44-S52.
61. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018;38(1):1.