



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA

Experiencias durante el Internado Médico en Detecta Clínica en los servicios de Gineco-
obstetricia, Pediatría; Medicina Interna y Cirugía, periodo 2022

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTORA

Gianuzzi Gaviria, Ximena (0000-0001-6497-9615)

ASESOR

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

Lima, 12 de Noviembre, 2022

DEDICATORIA

A mí amado esposo y mi querida hija, sin su apoyo no hubiese podido culminar este arduo y duro proceso.

A mis padres que sin ellos nada sería posible.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer a mi familia y amigos por el apoyo incondicional a lo largo de este proceso, sin ellos, nada de esto hubiese sido posible. A mis compañeros de trabajo, que tuve la suerte de conocer y formar un gran equipo; hicieron de este proceso algo llevadero y enriquecedor. También me gustaría agradecer a la Clínica Detecta y el equipo tan humano que allí trabaja, todos muy profesionales, de todos aprendí algo y siento que parto a Chile con el corazón lleno de emociones y con un gran crecimiento profesional.

RESUMEN

Este trabajo es una recopilación de los casos vividos en este periodo de internado y que considero muchos marcaron y marcaran mi formación como futuro profesional de la salud. Los casos presentados fueron recolectados entre los meses de mayo 2022 y diciembre 2022 en Detecta Clínica.

Palabras clave: Internado, Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Cirugía, Medicina interna.

Objetivo: Describir y realizar un análisis crítico de los casos clínicos vistos durante el internado de la carrera de medicina en Detecta Clínica.

Metodología: Es un trabajo descriptivo y analítico de la experiencia clínica obtenida durante el periodo de mayo 2022 a febrero 2023 en el internado médico realizado en Detecta Clínica.

Resultados principales o hallazgos: Se presentan 30 casos clínicos, de las principales especialidades médicas como son ginecología- obstetricia, pediatría, cirugía y medicina interna. De los casos presentados se puede aprender habilidades clínicas importantes como es la recopilación de datos útiles para una buena elaboración de la historia clínica y el desarrollo de un pensamiento crítico y analítico que nos permita elaborar un manejo integral y profesional con el paciente.

Conclusiones El internado médico es una etapa elemental en la carrera de medicina, con el fin de formar excelentes futuros médicos, y poner en práctica todos los conocimientos adquiridos durante los 6 años previos de formación académica, conseguidos en la facultad. En esta etapa se obtienen las competencias suficientes para cuidar, proteger y recuperar la salud individual y colectiva de los pacientes y su entorno, respectivamente. Esto bajo la actuación profesional, considerando los principios éticos, realizando una atención integral y colocando gran relevancia en promoción y prevención de salud.

Experiences during the Medical Internship at Detecta Clínica in the services of Obstetrics and Gynecology, Pediatrics; Internal Medicine and Surgery, period 2022

ABSTRACT

This work is a compilation of the cases lived in this internship period and that I consider many marked and will mark my training as a future health professional. The cases presented were collected between the months of may 2022 and december 2022 at Detecta Clínica.

Sección obligatoria en la que el autor o los autores exponen en breves líneas lo esencial del trabajo.

Objective: To describe and carry out a critical analysis of the clinical cases seen during the internship of the medical career at Detecta Clínica.

Methodology: It is a descriptive and analytical work of the clinical experience obtained during the period from may 2022 to february 2023 in the medical internship carried out at Detecta Clínica.

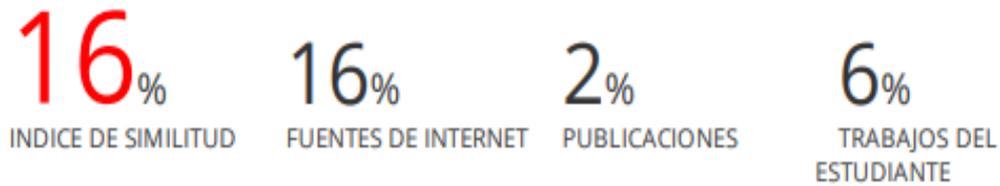
Results: 30 clinical cases are presented, from the main medical specialties such as gynecology-obstetrics, pediatrics, surgery and internal medicine. From the cases presented, important clinical skills can be learned, such as the collection of useful data for a good preparation of the clinical history and the development of critical and analytical thinking that allows us to develop a comprehensive and professional management with the patient.

Conclusions: The medical internship is an elementary stage in the medical career, in order to train excellent future doctors, and put into practice all the knowledge acquired during the previous 6 years of academic training, obtained in the faculty. In this stage, sufficient skills are obtained to care for, protect and recover the individual and collective health of patients and their environment, respectively. This under professional performance, considering ethical principles, providing comprehensive care and placing great importance on health promotion and prevention.

Keywords: Internship; Gynecology; Obstetrics; Pediatrics; Surgery; Internal Medicine.

N°3464_Experiencias durante el Internado Médico en Detecta Clínica en los servicios de Gineco-obstetricia, Pediatría; Medicina Interna y Cirugía, periodo 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	upc.aws.openrepository.com Fuente de Internet	2%
3	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
5	www.ins.gob.pe Fuente de Internet	1%
6	www.scielo.org.pe Fuente de Internet	1%
7	doku.pub Fuente de Internet	<1%
8	idoc.pub Fuente de Internet	<1%

9	intra.uigv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
10	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
11	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	www.elsevier.es Fuente de Internet	<1 %
13	docplayer.es Fuente de Internet	<1 %
14	joquecosas.wordpress.com Fuente de Internet	<1 %
15	aprenderly.com Fuente de Internet	<1 %
16	medicina.uc.cl Fuente de Internet	<1 %
17	quimicayalgomas.com Fuente de Internet	<1 %
18	de.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
19	revistas.unimagdalena.edu.co Fuente de Internet	<1 %
20	dspace.utpl.edu.ec Fuente de Internet	<1 %

21	www.cun.es Fuente de Internet	<1 %
22	inba.info Fuente de Internet	<1 %
23	Submitted to Universidad Anahuac México Sur Trabajo del estudiante	<1 %
24	vsip.info Fuente de Internet	<1 %
25	www.colegiomedico.org.uy Fuente de Internet	<1 %
26	www.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
27	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1 %
28	scielosp.org Fuente de Internet	<1 %
29	Submitted to Infile Trabajo del estudiante	<1 %
30	archive.org Fuente de Internet	<1 %
31	medicinafamiliar.uc.cl Fuente de Internet	<1 %
32	vbook.pub	

	Fuente de Internet	<1 %
33	claytontimes.com Fuente de Internet	<1 %
34	scielo.isciii.es Fuente de Internet	<1 %
35	documentop.com Fuente de Internet	<1 %
36	sintesis.med.uchile.cl Fuente de Internet	<1 %
37	www.revista-portalesmedicos.com Fuente de Internet	<1 %
38	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
39	Submitted to CACACE Informática Trabajo del estudiante	<1 %
40	www.scielo.cl Fuente de Internet	<1 %
41	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %
42	jrg2706.tiddlyspot.com Fuente de Internet	<1 %
43	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %

44	www.lecturio.com Fuente de Internet	<1 %
45	www.who.int Fuente de Internet	<1 %
46	repositorio.ujcm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
47	www.medicoscubanos.com Fuente de Internet	<1 %
48	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	<1 %
49	repositorioinstitucional.buap.mx Fuente de Internet	<1 %
50	www.revistacirugia.org Fuente de Internet	<1 %
51	summithealth.adam.com Fuente de Internet	<1 %
52	Submitted to Pontificia Universidad Católica del Ecuador - PUCE Trabajo del estudiante	<1 %
53	www.clinicamora.com Fuente de Internet	<1 %
54	www.msmanuals.com Fuente de Internet	<1 %

TABLA DE CONTENIDOS

1	CONTENIDO	
2	INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	1
3	METODOLOGÍA	2
4	RESULTADOS- CASOS CLÍNICOS	3
4.1	CASO CLÍNICO 1: PIE- MANO- BOCA	3
4.1.1	Historia Clínica y examen físico	3
4.1.2	Diagnósticos Planteados	5
4.1.3	Analizando diagnósticos diferenciales	6
4.1.4	Plan de trabajo diagnostico	6
4.1.5	Plan terapéutico	7
4.1.6	Seguimiento	7
4.1.7	Reflexión	8
5	CASO CLINICO 2: NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	9
5.1.1	Historia Clínica	9
5.1.2	Diagnósticos Planteados	11
5.1.3	Analizando diagnósticos diferenciales	12
5.1.4	Plan de trabajo diagnostico	12
5.1.5	Plan Terapéutico	13
5.1.6	Seguimiento	14
5.1.7	Reflexión	14
6	CASO CLINICO 3: INFECCION DEL TRACTO URINARIO	15
6.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	15
6.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	18
6.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS	18
6.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO	19
6.5	PLAN TERAPÉUTICO	21
6.6	SEGUIMIENTO	21
6.7	REFLEXIÓN	21
7	CASO CLINICO 4: HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)	22

7.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	22
7.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	25
7.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	25
7.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	27
7.5	SEGUIMIENTO.....	28
7.6	REFLEXIÓN	28
8	CASO CLINICO 5: OTITIS.....	29
8.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	29
8.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	31
8.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	32
8.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	33
8.5	PLAN TERAPÉUTICO	33
8.6	SEGUIMIENTO.....	33
8.7	REFLEXIÓN	33
9	CASO CLINICO 6: COLECISTITIS	34
9.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	34
9.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	37
9.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	37
9.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	38
9.5	PLAN TERAPÉUTICO	38
9.6	SEGUIMIENTO.....	38
9.7	REFLEXIÓN	39
10	CASO CLINICO 7: CANCER DE PROSTATA	40
10.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	40
10.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	42
10.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	43
10.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	43
10.5	PLAN TERAPÉUTICO	44
10.6	SEGUIMIENTO.....	44
10.7	REFLEXIÓN	45
11	CASO CLINICO 8: RETINOBLASTOMA.....	46

11.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	46
11.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	49
11.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	49
11.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	50
11.5	PLAN TERAPÉUTICO	50
11.6	SEGUIMIENTO.....	51
11.7	REFLEXIÓN	51
12	CASO CLINICO 9: INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.....	52
12.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	52
12.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	54
12.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	54
12.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	55
12.5	PLAN TERAPÉUTICO	57
12.6	SEGUIMIENTO.....	57
12.7	REFLEXIÓN	58
13	CASO CLINICO 10 CÁNCER DE MAMA.....	58
13.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	58
13.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	61
13.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	61
13.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	61
13.5	PLAN TERAPÉUTICO	61
13.6	SEGUIMIENTO.....	62
13.7	REFLEXIÓN	62
14	CASO CLINICO 11 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL	62
14.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	62
14.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	65
14.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	65
14.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	66
14.5	PLAN TERAPÉUTICO	67
14.6	SEGUIMIENTO.....	68
14.7	REFLEXIÓN	68

15	CASO CLINICO 12 CÁNCER DE OVARIO.....	69
15.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	69
15.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	71
15.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	71
15.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	72
15.5	PLAN TERAPÉUTICO	73
15.6	SEGUIMIENTO.....	74
15.7	REFLEXIÓN	74
16	CASO CLINICO 13 VULVOVAGINITIS.....	75
16.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	75
16.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	77
16.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	77
16.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	78
16.5	PLAN TERAPÉUTICO	78
16.6	SEGUIMIENTO.....	78
16.7	REFLEXIÓN	78
17	CASO CLINICO 14 MIOMATOSIS UTERINA.....	79
17.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	79
17.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	82
17.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	82
17.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	83
17.5	PLAN TERAPÉUTICO	84
17.6	SEGUIMIENTO.....	85
17.7	REFLEXIÓN	85
18	CASO CLINICO 15 ACNÉ QUISTICO	85
18.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	85
18.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	88
18.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	88
18.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	89
0.1- 1.0.....		90
18.5	PLAN TERAPÉUTICO	91

18.6	SEGUIMIENTO.....	91
18.7	REFLEXIÓN	91
19	CASO CLINICO 16 HERNIA INGUINAL	92
19.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	92
19.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	94
19.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	95
19.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	96
19.5	PLAN TERAPÉUTICO	99
19.6	SEGUIMIENTO.....	99
19.7	REFLEXIÓN	99
20	CASO CLINICO 17: LUMBALGIA.....	100
20.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	100
20.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	102
20.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	103
20.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	103
20.5	PLAN TERAPÉUTICO	103
20.6	SEGUIMIENTO.....	104
20.7	REFLEXIÓN	104
21	CASO CLINICO 18 INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	104
21.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	104
21.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	107
21.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	107
21.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	108
21.5	PLAN TERAPÉUTICO	111
21.6	SEGUIMIENTO.....	111
21.7	REFLEXIÓN	112
22	CASO CLINICO 19 PANCREATITIS AGUDA	113
22.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	113
22.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	115
22.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	115
22.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	116

22.5	PLAN TERAPÉUTICO	120
22.6	SEGUIMIENTO.....	120
22.7	REFLEXIÓN	120
23	CASO CLINICO 20 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	121
23.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	121
23.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	123
23.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	124
23.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	124
23.5	PLAN TERAPÉUTICO	125
23.6	SEGUIMIENTO.....	125
23.7	REFLEXIÓN	125
24	CASO CLINICO 21 QUISTE DE OVARIO.....	126
24.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	126
24.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	129
24.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	129
24.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	129
24.5	PLAN TERAPÉUTICO	135
24.6	SEGUIMIENTO.....	135
24.7	REFLEXIÓN	135
25	CASO CLINICO 22 ANGIOEDEMA	136
25.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	136
25.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	138
25.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	138
25.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	139
25.5	PLAN TERAPÉUTICO	141
25.6	SEGUIMIENTO.....	141
25.7	REFLEXIÓN	142
26	CASO CLINICO 23 ABORTO ESPONTÁNEO	143
26.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	143
26.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	146
26.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	146

26.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	146
26.5	PLAN TERAPÉUTICO	152
26.6	SEGUIMIENTO.....	152
26.7	REFLEXIÓN	152
27	CASO CLINICO 24 CEFALEA.....	153
27.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	153
27.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	155
27.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	156
27.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	156
27.5	PLAN TERAPÉUTICO	156
27.6	SEGUIMIENTO.....	157
27.7	REFLEXIÓN	157
28	CASO CLINICO 25 ATAQUE DE PANICO	157
28.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	157
28.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	160
28.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	160
28.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	161
28.5	PLAN TERAPÉUTICO	161
28.6	SEGUIMIENTO.....	161
28.7	REFLEXIÓN	161
29	CASO CLINICO 26 EMBARAZO.....	162
29.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	162
29.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	164
29.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	164
29.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	165
29.5	PLAN TERAPÉUTICO	167
29.6	SEGUIMIENTO.....	167
29.7	REFLEXIÓN	167
30	CASO CLINICO 27 DIVERTICULITIS	167
30.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	167
30.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	170

30.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	170
30.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	171
30.5	PLAN TERAPÉUTICO	172
30.6	SEGUIMIENTO.....	172
30.7	REFLEXIÓN	172
31	CASO CLINICO 28 PROSTATITIS	173
31.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	173
31.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	176
31.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	176
31.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	176
31.5	PLAN TERAPÉUTICO	178
31.6	SEGUIMIENTO.....	178
31.7	REFLEXIÓN	179
32	CASO CLINICO 29 PIELONEFRITIS	179
32.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	179
32.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	182
32.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	182
32.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	183
32.5	PLAN TERAPÉUTICO	185
32.6	SEGUIMIENTO.....	185
32.7	REFLEXIÓN	186
33	CASO CLINICO 30 HERPES.....	186
33.1	HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO	186
33.2	DIAGNÓSTICOS PLANTEADOS	189
33.3	ANALIZANDO DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES.....	189
33.4	PLAN DE TRABAJO DIAGNOSTICO.....	189
33.5	PLAN TERAPÉUTICO	189
33.6	SEGUIMIENTO.....	190
33.7	REFLEXIÓN	190
34	CONCLUSIONES.....	191
35	REFERENCIAS.....	193

36	[ANEXOS]	202
36.1	IMÁGENES.....	202
36.2	ABREVIATURAS.....	216

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Datos personales.....	3
Tabla 2. Funciones biológicas	4
Tabla 3. Funciones biológicas caso pie-mano-boca.	4
Tabla 4. Datos personales caso neumonía adquirida en la comunidad	9
Tabla 5. Funciones biológicas caso neumonía adquirida en la comunidad.	10
Tabla 6. Datos personales caso Insuficiencia del Tracto Urinario (ITU)	15
Tabla 7. Funciones vitales caso 3 ITU.	16
Tabla 8. Examen completo de orina.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 9. Hemograma completo caso 3.	21
Tabla 10. Datos personales caso 4, Hiperplasia Benigna de Próstata.....	22
Tabla 11. Funciones biológicas caso 4, hiperplasia benigna de próstata	23
Tabla 12. Valores de APE según rango etario.....	26
Tabla 13. Examen de orina completo caso 4.....	27
Tabla 14. Datos personales caso Otitis.	29
Tabla 15. Funciones biológicas caso Otitis.	30
Tabla 16. Diagnóstico diferencial entre otitis externa y otitis media aguda en niños. (9) ...	33
Tabla 17. Datos personales caso 6.	34
Tabla 18. Funciones biológicas caso 6.....	35
Tabla 19. Datos personales caso 7.	40
Tabla 20. Funciones biológicas caso 7.....	41
Tabla 21. Datos personales caso 8.	46
Tabla 22. Funciones biológicas caso 8.....	47
Tabla 23. Datos Personales caso 9.....	52
Tabla 24. Funciones biológicas caso 9.....	53
Tabla 25. Hemograma completo caso 9.....	56
Tabla 26. Exámenes bioquímicos caso 9.	56
Tabla 27: Electrolitos plasmáticos caso 9.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 28. Examen pro-BNP, caso 9.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 29. PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA caso 9.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 30. Datos Personales caso 10.....	59
Tabla 31. Funciones biológicas caso 10.....	60

Tabla 32. Datos Personales caso 11.....	62
Tabla 33. Funciones biológicas caso 11.....	64
Tabla 34. Exámenes de laboratorio electrolitos caso 11.....	67
Tabla 35. Datos Personales caso 12.....	69
Tabla 36. Funciones biológicas caso 12.....	70
Tabla 37. Marcadores tumorales.....	73
Tabla 38. Datos Personales caso 13.....	75
Tabla 39. Funciones biológicas caso 13.....	76
Tabla 40. Características del flujo vaginal.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 41. Datos Personales caso 12.....	79
Tabla 42. Funciones biológicas caso 14.....	80
Tabla 43. Hemograma completo caso 14.....	84
Tabla 44. Datos Personales caso 15.....	85
Tabla 45. Funciones biológicas caso 14.....	86
Tabla 46. Hemograma completo caso 15.....	90
Tabla 47. Perfil hepático caso 15.....	90
Tabla 48. Perfil Lipídico caso 15.....	91
Tabla 49. Datos Personales caso 16.....	92
Tabla 50. Funciones biológicas caso 16.....	93
Tabla 51. Hemograma completo caso 16.....	97
Tabla 52. Electrolitos caso 16.....	97
Tabla 53. Exámenes de laboratorio- pre quirúrgicos caso 16.....	97
Tabla 54. Examen de orina caso 16.....	98
Tabla 55. Datos Personales caso 17.....	100
Tabla 56. Funciones biológicas caso 17.....	101
Tabla 57. Datos Personales caso 18.....	105
Tabla 58. Funciones biológicas caso 18.....	106
Tabla 59. Hemograma completo caso 18.....	109
Tabla 60. Perfil bioquímico caso 18.....	110
Tabla 61. Electrolitos plasmáticos caso 18.....	110
Tabla 62. Perfil lipídico caso 18.....	110
Tabla 63. Enzimas cardiacas caso 18.....	111

Tabla 64. Escala de riesgo TIMI abreviada para impresión en lámina de uso clínico.(64)	
.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 65. Datos Personales caso 19.....	113
Tabla 66. Funciones biológicas caso 19.....	114
Tabla 67. Hemograma completo caso 19.....	118
Tabla 68. Perfil Bioquímico caso 19.....	119
Tabla 69.Examen completo de orina cado 19.	120
Tabla 70. Evolución de resultados del caso 19.....	120
Tabla 71. Datos Personales caso 20.....	121
Tabla 72. Funciones biológicas caso 20.....	122
Tabla 73. Criterios de Wells para TVP.(73).....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 74. Datos de Filiación caso 21.....	126
Tabla 75. Funciones biológicas caso 21.....	127
Tabla 76. Hemograma completo caso 21.....	131
Tabla 77. Marcadores tumorales caso 21.....	131
Tabla 78. Examen completo de orina caso 21.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 79. Otros exámenes auxiliares caso 21.....	134
Tabla 80. Datos Personales caso 22.....	136
Tabla 81. Funciones biológicas caso 22.....	137
Tabla 82. Hemograma completo caso 22.....	140
Tabla 83. Perfil bioquímico caso 22.....	141
Tabla 84. Proteína C reactiva caso 22.....	141
Tabla 85. Clasificación de la urticaria. (80).....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 86. Datos Personales caso 23.....	143
Tabla 87. Funciones biológicas caso 23.....	144
Tabla 88. Hemograma completo caso 23.....	147
Tabla 89. Perfil de coagulación caso 23.....	148
Tabla 90. Grupo sanguíneo y factor RH caso 23.....	148
Tabla 91. Urea y creatinina caso 23.....	149
Tabla 92. Hepatitis B, HIV y RPR caso 23.....	149
Tabla 93. Examen completo de orina caso 23.....	151
Tabla 94. Datos Personales caso 24.....	153
Tabla 95. Funciones biológicas caso 24.....	154

Tabla 96. Datos Personales caso 25.....	158
Tabla 97. Funciones biológicas caso 25.....	159
Tabla 98. Enzimas cardiacas, caso 25.....	161
Tabla 99. Datos Personales caso 26.....	162
Tabla 100. Funciones biológicas caso 24.....	163
Tabla 101. Beta Hcg, caso 26.....	165
Tabla 102. Hemograma completo, caso 26.....	166
Tabla 103. Proteína C reactiva, caso 26.....	167
Tabla 104. Datos Personales caso 27.....	168
Tabla 105. Funciones biológicas caso 27.....	169
Tabla 106. Hemograma completo caso 27.....	171
Tabla 107. Proteína C reactiva, caso 27.....	172
Tabla 108. Clasificación de Hynchey modificada, caso 27	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 109. Datos personales caso 28.....	173
Tabla 110. Funciones biológicas caso 28.....	174
Tabla 111. Evaluación de puño percusión y puntos reno-ureterales.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 112. Hemograma completo, caso 28.....	177
Tabla 113. Proteína C reactiva, caso 28.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 114. Urea y creatinina, caso 28.....	177
Tabla 115. Examen de orina, caso 28.....	178
Tabla 116. Datos Personales caso 29.....	179
Tabla 117. Funciones biológicas caso 29.....	180
Tabla 118. Evaluación de puño percusión y puntos reno-ureterales	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 119. Hemograma completo, caso 29.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 120. Examen de orina, caso 29.....	184
Tabla 121. Proteína C reactiva, caso 29.....	185
Tabla 122. Urea y creatinina, caso 29.....	185
Tabla 123. Electrolitos plasmáticos, caso 29.....	185
Tabla 124. Datos Personales caso 30.....	186
Tabla 125. Funciones biológicas caso 30.....	187

ÍNDICE DE FIGURAS

- Imagen 1: Lesiones observadas en paciente con diagnóstico de pie- mano- boca. 202
- Imagen 2: Radiografía de caso neumonía adquirida en la comunidad. 202
- Imagen 3: Ecotomografía vesico-prostática, caso 4. 203
- Imagen 4: Escala IPSS (International Prostatic Symptom Score), caso 4. 203
- Imagen 5: Colocación de arpón en mama, caso 10. 204
- Imagen 6: Radiografía de abdomen, caso 11. 204
- Imagen 7: Radiografía de tórax, caso 12. 205
- Imagen 8: Fibroscan caso 12. 206
- Imagen 9: Ecografía transvaginal, caso 14. 207
- Imagen 10: Lesiones en rostro de caso 15. 201
- Imagen 11: Ecografía de partes blandas, caso 16. 208
- Imagen 12: Ecografía testicular, caso 16. 208
- Imagen 13: Electrocardiograma caso 18. 202
- Imagen 14: Electrocardiograma caso 18. 203
- Imagen 15: Radiografía de tórax caso 18.. 210
- Imagen 16: Angioplastia arteria coronaria derecha, caso 18. 211
- Imagen 17: Ecografía de pelvis caso 21. 214
- Imagen 18: Electrocardiograma caso 19. 206
- Imagen 19: Ecodoppler de MMII, caso 20. 207
- Imagen 20: Electrocardiograma, caso 20. 207
- Imagen 21: Ecografía de pelvis caso 21. 208
- Imagen 22: Electrocardiograma caso 25. 208
- Imagen 23: Tomografía caso 27. 209
- Imagen 24: Placa de tórax caso 29. 209

2 INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El internado médico en el plan de estudio de la carrera de medicina, forma parte de un proceso indispensable para que el alumno logre integrar y consolidar los conocimientos adquiridos durante los seis años previos de formación, bajo la supervisión de los médicos asistentes y residentes. En esta etapa el alumno adquiere responsabilidad sobre sus pacientes, manejo, cuidados, tratamiento y seguimiento de ellos.

“La educación médica requiere por lo tanto, centrarse en las particularidades inherentes a las distintas ramas de las ciencias médicas que implica la unidad de lo docente y lo científico, por cuanto se estudia la ciencia en desarrollo a fin de alcanzar la apropiación de sus métodos, mediante el despegamiento didáctico, lo que permite la constitución de los referentes profesionales sobre bases sólidas y el desarrollo de capacidades de auto preparación permanente durante toda la vida profesional” (1,p.5).

El desarrollo de los casos, fue realizado en Detecta Clínica, un centro de salud nivel II-E, fundada con el objetivo de llevar salud con los más altos estándares de calidad, lo cual contribuye al cuidado de la vida y la recuperación de la salud, mediante un servicio integral, seguro, humanizado con profesionales altamente calificados y con gran compromiso en la calidad, ofreciendo un trato humano importante en la relación médico-paciente. Este portafolio se realizó en el periodo de mayo 2022 a febrero del 2023, en los servicios de cirugía, medicina, ginecología-obstetricia y pediatría, si bien la clínica no presenta un servicio propiamente tal de pediatría, de igual forma se atienden algunos pacientes pediátricos, los cuales se describirán en el desarrollo del trabajo.

El propósito de este portafolio es describir y realizar un análisis crítico de los casos clínicos vistos durante el internado de la carrera de medicina en Detecta Clínica, con el fin de integrar los conceptos adquiridos en años previos y desarrollar actitudes y realizar procedimientos, que incluyen un pensamiento crítico, atento a las necesidades de los pacientes y de nuestro sistema de salud, para de esta forma tomar las mejores decisiones para un adecuado manejo del paciente.

3 METODOLOGÍA

Este trabajo de suficiencia profesional es de tipo descriptivo, analítico que incluyen las prácticas compiladas durante el proceso de internado médico en el periodo de mayo 2022 a febrero 2023 realizado en Detecta Clínica.

Se presentan 30 casos clínicos observados en el periodo de tiempo antes descrito, los cuales fueron desarrollados en las 4 principales especialidades de la medicina como lo son pediatría, ginecología-obstetricia, cirugía y medicina interna. Cada caso clínico se presenta como un resumen de la historia clínica y examen físico que se relacione con la patología presentada, posteriormente se describen los diagnósticos planteados, se analizan los diagnósticos diferenciales, se exponen los exámenes auxiliares, según corresponda, se presenta el plan terapéutico y se describe la evolución del paciente. Finalmente, cada caso concluye con una reflexión tanto acerca del manejo del paciente como de los aprendizajes adquiridos según corresponda.

4 RESULTADOS- CASOS CLÍNICOS

4.1 Caso clínico 1: Pie- mano- boca

4.1.1 Historia Clínica y examen físico

Datos personales:

Tabla 1. Datos personales

Nombre	AAG
Edad	2 años
Sexo	Femenino
Ocupación	Infante
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. * Datos personales caso pie, mano, boca

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 2 días.
- Forma de inicio: Insidiosa
- Curso: Agudo

Síntomas principales: fiebre y lesiones eritematosas.

Paciente mujer de 2 años, que acude con su mamá a la emergencia por fiebre que inicio hace 2 días (38.5, 39), las cuales ha controlado con paracetamol infantil y duchas tibias. Refiere que el día de ayer nota leves erupciones en pie, manos y boca. Presenta pérdida del apetito, se encuentra irritable. Madre menciona que no come por lesiones en mucosa oral, tipo vesículas. Niega náuseas y vómitos. Paciente acude a jardín infantil, en donde la madre

menciona que se le ha informado de un brote de enfermedad pie-mano-boca, la refiere no saber de qué se trata y se encuentra algo ansiosa por la salud de su hija.

Funciones biológicas:

Tabla 2. Funciones biológicas

Apetito	Disminuido
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Sin alteración
Sudor	Sin alteración
Peso	Sin alteración
Sueño	Aumentado
Animo	Irritable

Nota. * Funciones biológicas caso pie-mano-boca.

Antecedentes:

- Personales: natural de Lima, procedente de Lima. Acude a jardín infantil. Niega enfermedades de importancia. Presenta controles sanos al día y esquema de vacunación completo.
- Fisiológicos: parto eutócico, de 40 semanas, sin complicaciones durante el embarazo.
- Patológicos: no presenta antecedentes.
- Familiares: padres aparentemente sanos.

Examen físico:

- Apreciación general: regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- Funciones vitales: FC: 85 lpm FR: 20 rpm. T°: 37.5°C. Sat 99%
- Somatometría: sin datos.

- Cabeza: presenta zonas eritematosas en mucosa oral y lesiones en labios, mejillas y mentón, algunas costrosas de aproximadamente 0.3 cm de diámetro. (ver imagen 1)
- Cuello: Móvil. No se observa ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular (-). No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplos o ruidos agregados.
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasas bien en ACP. No presencia de ruidos estertores.
- Abdomen: RHA (+), timpánico, blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni visceromegalias.
- Extremidades: Móviles sin edema, fuerza conservada, pulsos presentes.
- Otorrinolaringología: No se evidencian lesiones.
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Deambula sin dificultad.
- Genitourinario: paciente con micción espontanea, con uso de pañales, aun no control de esfínter.
- Piel y anexos: Piel tibia, elástica, hidratada, sin palidez ni ictericia. Se aprecian lesiones eritematosas en pies, rodillas, mentón y manos, todas con las mismas características: lesiones vesiculosas de pequeño tamaño rodeadas de un halo eritematoso. (ver imagen 1)

4.1.2 Diagnósticos Planteados

- Enfermedad de pie, mano, boca
- Estomatitis aftosa
- Eritema exudativo multiforme
- Herpangina

4.1.3 Analizando diagnósticos diferenciales

- Enfermedad pie, mano, boca es generada por un agente viral, que se caracteriza por manifestarse con lesiones en piel y mucosa oral, estas afectaciones se localizan, en su mayoría de veces, en regiones periféricas como manos y pies. En la mayoría de los casos el agente causal son los virus Coxsackie. Esta enfermedad presenta mayor prevalencia en jardines infantiles o colegios como es el caso de nuestra paciente (2).
- La estomatitis aftosa presenta lesiones erosivo-ulceradas las cuales varían de tamaño, son intensamente dolorosas, tienen la característica que son recurrentes y se localizan en la mucosa oral. Esta enfermedad, no presenta afectación cutánea, lo cual aleja la posibilidad diagnóstica en el caso de nuestra paciente.
- La varicela no suele presentar lesiones orales, las lesiones cutáneas se presentan como vesiculopústulas generalizadas y no se localizan habitualmente en las palmas y las plantas de los pies.
- El eritema exudativo multiforme se caracteriza por la aparición de lesiones, las cuales son en diana o escarapela, esta presenta extensión cutánea y/o mucosa y se asocia a infecciones virales, específicamente de virus herpes simple, previa.
- La herpangina es una infección viral que afecta a la población pediátrica, causada por virus Coxsackie tipo A, en esta enfermedad, se observan lesiones de tipo ulcerativas en la mucosa oral (frecuentemente en los pilares amigdalinos, la mucosa faríngea, el paladar blando y la región posterior de la mucosa oral). A diferencia de la enfermedad pie, mano, boca en la herpangina no se observan lesiones cutáneas, por lo cual descartamos este diagnóstico como algo que le esté afectando a nuestra paciente.

4.1.4 Plan de trabajo diagnóstico

El diagnóstico fue clínico, solo se describieron y observaron las lesiones. No se solicitó ningún examen auxiliar.

4.1.5 Plan terapéutico

Se diagnosticó a la paciente de una enfermedad mano-pie-boca (EMPB), y fue tratada de forma sintomática.

Se le explica a la mamá que es necesario presentar descanso médico para no contribuir a la propagación de EMPB en el nido, además de informar a la institución del contagio, para que ellos tomen las medidas adecuadas de prevención. Por otra parte, se informa de los cuidados que debe tener en casa, sobre todo la importancia del lavado de manos, limpiar los juguetes, no compartir utensilios de uso personal, limpiar constantemente las superficies que el niño toca con frecuencia, para evitar la propagación de la enfermedad en otros integrantes de la familia.

Se deja a la paciente con medicación:

-Paracetamol 160 mg/ml 5 ml en jarabe c/8 hrs por 5 días

-Lidocaína viscosa al 1% antes de las comidas

-Fomentos de sulfato de cinc 1/1.000, 2 veces al día, para las lesiones cutáneas (dado su poder astringente y antiséptico).

Además, se explica sobre las posibles complicaciones, como puede ser la sobreinfección de las lesiones, por lo que se le explica lo necesario de un adecuado aseo personal, sin tanta manipulación de las lesiones, evitar el rascado sobre las lesiones, ya que pueden ocasionar pequeñas cicatrices y se le informa la posibilidad de descamación de la piel una vez pase la etapa aguda de la enfermedad, inclusive puede existir, en algunos casos, onicomadesis.

4.1.6 Seguimiento

- Se explica sobre las posibles complicaciones, como puede ser la sobreinfección de las lesiones, por lo que se le educa lo necesario de un adecuado aseo personal, sin tanta manipulación de las lesiones, evitar el rascado sobre las lesiones, ya que pueden ocasionar pequeñas cicatrices. Además, se le informa la posibilidad de descamación

de la piel una vez pase la etapa aguda de la enfermedad, inclusive puede existir, en algunos casos, onicomadesis.

- Se le refiere a la paciente que acuda a control en una semana, por consultorio externo, para control y evolución de las lesiones.

4.1.7 Reflexión

La EMPB está causada habitualmente por el virus Coxsackie A16. Es común que este tipo de afectación se ocasione de manera aislada, aunque a veces puede producirse epidemias medianamente extensas. Es una enfermedad muy común, que se presenta con brotes principalmente a fines de verano y principios de otoño como se dio en nuestra paciente. La infección por Coxsackie es realmente contagiosa y se transmite mediante contacto directo con secreciones nasales y/u orales, material fecal, o mediante gotitas, por vía fecal oral u oral-oral, es por esto que la mayoría de los casos se ocasionan en la edad pediátrica, sobretodo en niños que asisten a guarderías, jardines infantiles, etc, como el caso de la paciente. Debido a lo mencionado anteriormente, se brindó educación de la enfermedad y se le informo de los cuidados que debía de presentar en casa, con los otros integrantes de la familia y el correcto lavado de manos(3).

Las lesiones cutáneas, son tan características en este caso, que el diagnóstico fue netamente clínico, sin necesidad de recurrir a estudios de laboratorio. Por otra parte, fue fundamental la historia clínica de la paciente, en donde la madre menciona que en el jardín infantil informaron sobre un brote de dicha patología, es por esto mismo, que el diagnóstico fue sencillo, ya que la clínica indicaba que se trataba de una enfermedad pie- mano- boca. Recordar, además que el pronóstico, en general, es excelente(4).

Por último, no debemos dejar de recalcar los derechos en la atención de los pacientes pediátricos, ya que deben de recibir cuidado personalizado, pero a la vez es importante respetar los deseos de los padres o apoderados en la decisión del tratamiento. Es también importante el resguardo médico, de que un paciente pediátrico, al momento de ser examinado debe de estar acompañado de un familiar durante la examinación para evitar cualquier malinterpretación.

5 CASO CLINICO 2: NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

5.1.1 Historia Clínica

Datos personales

Tabla 3. Datos personales

Nombre	FAV
Edad	61 años
Sexo	Masculino
Ocupación	Secretario
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos personales caso neumonía adquirida en la comunidad.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 1 semanas.
- Forma de inicio: Insidioso.
- Curso: Subagudo

Síntomas principales: Disnea, tos, fiebre.

Paciente adulto mayor refiere que hace 1 semana presenta disnea a moderados esfuerzos, pero que en los últimos dos días comenzó con tos mucopurulenta. Posteriormente se le agregó sensación de alza térmica no cuantificada en períodos intermitentes; hace un día la tos se volvió más exigente y la disnea progresó de moderados a leves esfuerzos con persistencia de la sensación de alza térmica, por lo que acudió al establecimiento. Refiere que solo se auto medicó con paracetamol 500 mg 2 tabletas vía oral cada vez que se sentía muy mal. Al ingreso la disnea se incrementó siendo esta en reposo con intolerancia al decúbito y, además, fiebre de 38°C.

Funciones biológicas:

Tabla 4. Funciones biológicas.

Apetito	Disminuido
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Sin alteración
Sudor	Sin alteración
Peso	Sin alteración
Sueño	Disminuido (por tos)
Animo	Preocupado

Nota. *Funciones biológicas caso neumonía adquirida en la comunidad.

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente de Lima. Trabaja como secretario en una agencia de publicidad desde hace 12 años. Consume alcohol en reuniones sociales 2 copas de vino, no consume tabaco, ni drogas. Presenta hipertensión arterial en tratamiento con enalapril de 5 mg c/24 hrs. Niega enfermedades de transmisión sexual.
- Fisiológicos: Sin datos.
- Patológicos: Paciente con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril de 5 mg c/24 hrs. Niega diabetes mellitus, hepatitis B o C. No presenta cirugías previas. Niega transfusiones sanguíneas.
- Familiares: Padre falleció de cáncer gástrico, mamá y hermanos aparentemente sanos.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, buen estado de nutrición, regular estado de hidratación.

- Funciones vitales: FC: 84 lpm FR: 24 rpm. PA: 110/70 mmHg. T°: 37.5°C. Sat 94%
- Somatometría: Sin datos.
- Cabeza: Sin alteraciones aparentes.
- Cuello: Móvil. No se observa ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular (-). No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplos o ruidos agregados.
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular disminuido en hemitórax derecho. Presencia de crépitos bibasales.
- Abdomen: RHA (+), timpánico, blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni visceromegalias.
- Extremidades: Móviles sin edema, fuerza conservada, pulsos presentes.
- Otorrinolaringología: No se evidencian lesiones.
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Sin alteración.
- Genitourinario: micción espontánea.
- Piel y anexos: Piel aumentada de temperatura, elástica, hidratada, sin palidez ni ictericia. No se aprecian edema ni acropaquía.

5.1.2 Diagnósticos Planteados

- Síndrome dificultad respiratoria
 - Neumonía
 - Etiología bacteriana v/s viral.
 - COVID
- d/c Edema agudo de pulmón por insuficiencia cardíaca.

- Hipertensión arterial controlada

5.1.3 Analizando diagnósticos diferenciales

- Neumonía: Recordemos que la neumonía es de diagnóstico clínico caracterizado por presentar síntomas como tos, disnea y taquipnea, además de otros signos y/o síntomas como fiebre, crépitos, tal como los presenta el paciente. Se debe tomar en cuenta la edad del paciente, ya que el riesgo aumenta al ser adulto mayor. Puede ser de ayuda un hemocultivo o cultivo de aspirado bronquial(5).
- COVID: Debido a que nos encontramos en “la cuarta ola” de casos de COVID, es un diagnóstico que tenemos que considerar, sobre todo porque el paciente presenta signos respiratorios y hay que recordar que aún estamos bajo un contexto de pandemia. La clínica se asemeja a la de neumonía, pero debiesen de presentarse síntomas como mialgias, anosmia o dolor pleurítico.(6)
- Insuficiencia cardíaca: La disnea progresiva, junto con los antecedentes patológicos cardíacos, como el infarto, pueden sugerir que el paciente está sufriendo de una insuficiencia cardíaca, por lo que la toma de pruebas cardíacas puede ayudar a confirmar el diagnóstico.
- Hipertensión arterial controlada: Cuenta con el antecedente de ser hipertenso, manejándola adecuadamente con fármacos antihipertensivos.

5.1.4 Plan de trabajo diagnóstico

- Hemograma:
 - Hemoglobina: 13.4 g/dL
 - Leucocitos: 11900/mm³ sin desviación izquierda
 - Plaquetas: 295000/mm³
- Electrolitos:
 - Na: 133 mEq/L
 - K: 3.3 mEq/L

- Cl: 103 mEq/L
- Análisis de gases arteriales:
 - pH: 7.44
 - PCO₂: 31.5 mmHg
 - HCO₃⁻: 19.5 mEq/L
 - SatO₂: 90.7% a FiO₂: 21%
- Glucosa: 112 mg/dL
- Urea: 35 mg/dL
- Creatinina: 1 mg/dL
- Proteínas totales: 7 g/dL
- Albúmina: 3.3 g/dL
- Perfil hepático: Normal.
- Perfil de coagulación: Normal.
- DHL: 1652 UI/L
- Electrocardiograma: Ritmo sinusal, crecimiento de la aurícula izquierda y extrasístoles supraventriculares aisladas.
- Imágenes:
 - Radiografía de tórax: Infiltrados intersticiales. (ver Imagen 2)
- CURB 65: 1 → Moderado riesgo
- PSI: Riesgo 1
- Cultivo: Streptococo Neumoniae

5.1.5 Plan Terapéutico

- Hospitalización
- NPO
- Control de funciones vitales
- Control de diuresis
- Balance hidroelectrolítico
- Oxigenoterapia con cánula binasal 2Ltrs
- Hidratación con cloruro de sodio 9%
- Ceftriaxona 1gr/12 hrs x 5 días EV

5.1.6 Seguimiento

- Reevaluación de tórax y pulmones.
- Control de funciones vitales.
- Control de diuresis.
- Observación de signos de alarma.

5.1.7 Reflexión

La Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) , según la Organización Panamericana de Salud (OPS) sigue siendo “la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en muchos hospitales de nuestro país, convirtiéndose así en una de las principales causas que contribuyen a la mortalidad hospitalaria”(5, p.7).

La neumonía severa es una patología que debemos tratar de forma precoz, cubriéndola rápidamente con los antibióticos endovenosos adecuados y este debe ser idealmente biasociada. Con respecto a los patógenos clásicos, una buena línea de cobertura son las cefalosporinas de 2ª o 3ª generación (ej. ceftriaxona, cefotaximo, o cefuroxima) que en terapia biasociada se le agrega un macrólido como azitromicina o claritromicina. La literatura recomienda que “en pacientes con intolerancia a betalactámicos o macrólidos, se puede administrar una monoterapia con quinolonas con acción antineumocócica como levofloxacino”(7, p. 9).

El paciente puede continuar su tratamiento por vía ambulatoria si presenta los siguientes criterios, frecuencia cardiaca y respiratoria dentro de los valores normales, adecuada tolerancia oral, no presencia de fiebre (48 horas), saturación de oxígeno mayor a 90%, adecuado estado de conciencia y no menos importante, soporte social o familiar apropiado, este último punto, es muy importante, ya que muchas veces los pacientes afectados son adultos mayores, que se encuentran en situación de abandono y en casa no pueden cumplir un tratamiento adecuado, con los cuidados básicos elementales, lo que contribuye al empeoramiento de los síntomas. Debido a este motivo, el paciente es hospitalizado en la clínica.

La vacunación contra influenza, cumple un rol importante y es recomendada en pacientes que presentan como factor de riesgo, enfermedades crónicas de importancia, como por ejemplo, cardiopatía crónica, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus, mayores de 60 años, trabajadores de la salud y otros pacientes inmunocomprometidos.(8)

6 CASO CLINICO 3: INFECCION DEL TRACTO URINARIO

6.1 Historia clínica y examen físico

Datos personales

Tabla 5. Datos personales

Nombre	ICV
Edad	55 años
Sexo	Femenino
Ocupación	Arquitecta
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. * Datos personales caso Insuficiencia del Tracto Urinario (ITU)

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 12 horas.
- Forma de inicio: Brusca
- Curso: Agudo

Síntomas principales: Hematuria, disuria.

Paciente mujer de 55 años, con antecedente de cáncer de mama, en tratamiento con quimioterapia, acude a urgencias debido a que, de manera brusca, presento hematuria franca con disuria. Niega haber tomado fármacos nuevos y comer frutos que puedan teñir la orina.

Niega fiebre, solo refiere presentar escalofríos, pero al cuantificar la temperatura esta es normal, niega otros síntomas.

Funciones biológicas:

Tabla 6. Funciones vitales

Apetito	Sin alteración
Sed	Sin alteración
Orina	Hematuria
Deposiciones	Sin alteración
Sudor	Sin alteración
Peso	Sin alteración
Sueño	Sin alteración
Animo	Preocupada

Nota. *Funciones vitales caso 3 ITU.

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente de Lima. Trabajaba como arquitecta, actualmente se encuentra en descanso médico, debido al tratamiento de quimioterapia del cáncer de mama. No bebe alcohol, niega consumo de tabaco y uso de drogas. Niega enfermedades de transmisión sexual.
- Fisiológicos: Sin datos.
- Patológicos: Antecedente de cáncer de mama, en tratamiento con quimioterapia. Previamente le realizaron una cuadrantectomía de mama derecha más extracción de ganglio centinela. Niega diabetes mellitus, fiebre tifoidea, hepatitis B o C. Presenta antecedente de colecistectomía laparoscópica en el año 2012. Niega transfusiones sanguíneas.
- Familiares: Padre aparentemente sano, mamá falleció de cáncer de mama, hermana aparentemente sana.

Examen físico:

- **Apreciación general:** Buen estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- **Funciones vitales:** FC: 85 lpm FR: 20 rpm. PA: 110/70 mmHg. T°: 36.5°C. Sat 99%
- **Somatometría:** Sin datos.
- **Cabeza:** Sin alteraciones aparentes.
- **Cuello:** Móvil. No se observa ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular (-). No masas, no bocio.
- **Aparato cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplos o ruidos agregados.
- **Aparato respiratorio:** Simétrico, murmullo vesicular pasas bien en ACP. No presencia de ruidos estertores.
- **Abdomen:** RHA (+), timpánico, blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni visceromegalias.
- **Extremidades:** Móviles sin edema, fuerza conservada, pulsos presentes.
- **Otorrinolaringología:** No se evidencian lesiones.
- **Neurológico:** Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Deambula sin dificultad.
- **Genitourinario:** Paciente con micción espontanea, sin presencia de globo vesical. No existe signo de puño percusión ni puntos uretrales positivos.
- **Piel y anexos:** Piel tibia, elástica, hidratada, sin palidez ni ictericia. No se aprecian edema ni acropaquía.

6.2 Diagnósticos planteados

- Infección del tracto urinario
- Litiasis renal
- Hematuria por fármacos

6.3 Analizando diagnósticos

- La infección del tracto urinario (ITU) es provocada por gérmenes que invaden o proliferan dentro del tracto urinario ocasionando bacteriuria, piuria y diferentes síntomas. Generalmente las infecciones que se localizan en el tracto inferior urinario como la uretra y vejiga produce síntomas miccionales como disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, incontinencia urinaria, etc. (9). En la paciente solo encontramos la disuria como síntoma, asociada a hematuria, pero recordemos que la hematuria se puede observar en pacientes que cursan con cistitis aguda. Dentro de los organismos más habituales encontrados en los urocultivos como agente causal de ITU se encuentra la *Escherichia coli*.
- Litiasis renal: se presenta clásicamente como un cólico renal intenso, en donde el dolor es característico y es el síntoma principal. Este dolor se caracteriza por no ser constante, sino al contrario es episódico y de gran intensidad. El dolor se asocia a una obstrucción urinaria que puede migrar a medida que el cálculo se moviliza. La hematuria muchas veces puede estar presente siendo esta macro o microscópica, recordar que esta se produce por el daño que puede generar el cálculo sobre los tejidos. Ahora, es importante recalcar que la ausencia de hematuria no se relaciona con la exclusión del diagnóstico. Además la litiasis renal puede asociarse a otros síntomas como son la disuria, vómitos, dolor genital, urgencia miccional entre otros.(10)
- Sangrado urinario: Existen otras causas de sangrado urinario, una de ellas es el ocasionado por fármacos, la ciclofosfamida, por ejemplo (tratamiento utilizado muchas veces en pacientes con cáncer) es uno de los medicamentos que como efecto adverso puede ocasionar sangrado urinario. Otros medicamentos que pueden asociarse es el uso de anticoagulantes como por ejemplo la heparina, la aspirina

también se ha visto asociada. En este caso, la paciente niega la presencia de fármacos que puedan ocasionar la hematuria.

6.4 Plan de trabajo diagnóstico

Examen de orina completo

Tabla 7. Examen completo de orina

Examen macroscópico		
Color	Sanguinolento	Valores Referenciales
Aspecto	Turbio	
Densidad	1.005	1.005-1.030
Examen Bioquímico		
PH	6.50	
Glucosa	Negativo	
Bilirrubina	Negativo	
Cuerpos Cetónicos	Negativo	
Proteínas	1+	
Urobilinógeno	Negativo	
Nitritos	Negativo	
Sangre	3+	
Examen Microscópico		
Hematías	25-50 cél/cam	<5
Células epiteliales	Escasas	
Leucocitos	>100	<5
Gérmenes	3+	
Cristales	No se observan	
Cilindros	No se observan	
Filamentos Mucoides	Ausentes	

2. Hemograma Completo

Tabla 8. Hemograma completo

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
Leucocitos	11.16	Mil/uL	4.5- 10.9
Hematíes	3.62	10 6/uL	4.5- 6.5
Plaquetas	385	10 3/uL	150-450
Hemoglobina	11.5	gr/dL	Hombre: 13.5-18.0 Mujer: 12.5- 16.0
Hematocrito	35.3	%	Hombre: 42-52 Mujer: 37-47
Volumen Corpuscular Media	97.6	fl	80.0 - 97.0
Hemoglobina Corpuscular Media	31.7	Pg	26.0 - 33.0
Conc. De Hb Corpuscular Media	32.4	g/dL	33.3 – 35.2
RDW-CV	14.8	%	11.8- 15.6
VPM	10.1	fl	
Abastondados	0	%	0.0 – 5.0
Segmentados	93	%	45.0 – 74.0
Eosinófilos	0	%	0.0 – 4.4
Basófilos	0	%	0.7 – 7.5
Monocitos	3	%	0.7 – 7.5
Linfocitos	20	%	22.3- 49.9
Abastondados Absoluto	0.00	Mil/uL	0.00 – 0.40

Segmentados Absoluto	10.38	Mil/uL	1.40 - 6.60
Eosinófilos Absoluto	0.00	Mil/uL	0.0 - 0.30
Monocitos Absoluto	0.31	Mil/uL	0.00 – 0.50
Linfocitos Absoluto	0.47	Mil/uL	1.20 – 3.50

Nota. *Hemograma completo caso 3.

6.5 Plan terapéutico

Se determinó por medico de piso, dar tratamiento:

- Amoxicilina clavulánico 1 gr c/12 horas por 5 días.
- Fenazopiridina 1tb c/12 horas por 5 días.

6.6 Seguimiento

Se le refiere a la paciente que acuda a control en una semana, por consultorio externo, y queda pendiente urocultivo.

6.7 Reflexión

La resistencia antibiótica es una realidad en el desarrollo de la práctica clínica, y el personal médico tiene gran responsabilidad de ello, debido a la mala administración de antibióticos. Actualmente la terapéutica de la ITU presenta gran resistencia antibiótica y es necesario muchas veces la realización de un urocultivo con antibiograma para entregar un tratamiento óptimo y evitar el desarrollo de resistencia.

“Según datos del laboratorio de microbiología de la P. Universidad Católica de Chile del año 2016, E. coli es la bacteria más frecuente encontrada en muestras de orina de procedencia ambulatoria resultando positiva en el 79% de las muestras”(11, p. 3).

La duración del tratamiento siempre será un gran dilema en la práctica clínica, algunos defienden el uso de terapia corta (3 días) para la cistitis aguda. Una revisión sistemática de Cochrane (12) compara la terapia corta versus la terapia prolongada de 5 días a más, usándose diferentes familias de antibióticos, y concluye que no existen diferencias significativas sintomáticas, pero el tratamiento prolongado demostró ser más efectivo en

mantener la orina estéril a largo plazo versus la terapia corta. En el caso de la paciente, se indicó una terapia prolongada, ya que la realidad de resistencia antibiótica hoy en día se sabe que es elevada. En el Perú, existe un gran problema en la venta y prescripción de medicamentos, en donde un paciente debido a altos costos en la atención médica, largas esperas en el sistema de seguro social, o por falta de tiempo, etc, es más fácil acudir a la farmacia y el personal del mesón te prescribe un tratamiento para el alivio de sus síntomas, muchas veces, este no es el adecuado para la patología y solo conlleva a generar resistencia u empeoramiento de estos.

Finalmente, nunca antes, había recetado amoxicilina más ácido clavulánico para el tratamiento de una infección urinaria, y lo considero una mala praxis de la medicina. En este caso, me faltó ser más insistente quizás para cambiar el tratamiento u poder discutir mejor con el médico de piso una mejor posibilidad.

7 CASO CLINICO 4: HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA (HBP)

7.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 9. Datos personales

Nombre	AGC
Edad	73 años
Sexo	Masculino
Ocupación	Economista
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos personales caso 4, Hiperplasia Benigna de Próstata.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 2 semanas.
- Forma de inicio: Insidioso.
- Curso: Crónico

Síntomas principales: Nicturia, goteo postmiccional, urgencia urinaria.

Paciente adulto mayor refiere que hace 2 semanas, acude a su chequeo anual con urólogo. Tiene como antecedente hiperplasia benigna de próstata en tratamiento con tamsulosina. Refiere que desde hace un par de semanas ha notado que el medicamento ya no está dando resultados, evidenciándose en la nicturia (se levanta 3 veces a orinar por la noche), goteo postmiccional y urgencia urinaria.

Al chequeo médico, acude con su examen de Antígeno Prostático Específico (APE) 7 ng/ml.

Funciones biológicas:

Tabla 10. Funciones biológicas

Apetito	Sin alteración
Sed	Sin alteración
Orina	Aumentada
Deposiciones	Sin alteración
Sudor	Sin alteración
Peso	Sin alteración
Sueño	Disminuido (nicturia)
Animo	Preocupado

Nota. *Funciones biológicas caso 4, hiperplasia benigna de próstata

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente de Lima. Trabaja como economista en una gran empresa de inversiones desde hace 22 años. Consume alcohol en reuniones sociales 2-3 copas de vino, actualmente no consume tabaco, pero fue fumador por 10 años hace 30 años, consumía 5 cigarrillos/día. Refiere antecedente de infarto de miocardio hace 15 años. Presenta hipertensión arterial en tratamiento con enalapril de 5 mg c/24 hrs. Niega enfermedades de transmisión sexual.

- Fisiológicos: Sin datos.

- Patológicos: Antecedente de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril de 5 mg c/24 hrs. Niega diabetes mellitus, fiebre tifoidea, hepatitis B o C. Presenta antecedente de colecistectomía laparoscópica en el año 2003. Niega transfusiones sanguíneas.
- Familiares: Padre falleció de tétano, mamá falleció de cáncer de mama, hermana con antecedente de HTA.

Examen físico:

- Apreciación general: Buen estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- Funciones vitales: FC: 80 lpm FR: 18 rpm. PA: 110/70 mmHg. T°: 36.3°C. Sat 98%
- Somatometría: Sin datos.
- Cabeza: Sin alteraciones aparentes.
- Cuello: Móvil. No se observa ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular (-). No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplos o ruidos agregados.
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasas bien en ACP. No presencia de ruidos estertores.
- Abdomen: RHA (+), timpánico, blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni visceromegalias.
- Extremidades: Móviles sin edema, fuerza conservada, pulsos presentes.
- Otorrinolaringología: No se evidencian lesiones.
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Deambula sin dificultad.
- Genitourinario: tacto rectal: esfínter eutócico, ampolla vacua, próstata de 5x5, adenomatosa, móvil, no dolorosa, no induraciones.

- Piel y anexos: Piel tibia, elástica, hidratada, sin palidez ni ictericia. No se aprecian edema ni acropaquía.

7.2 Diagnósticos planteados

- Síndrome prostático
- Hiperplasia benigna de próstata
 - d/c infección del tracto urinario
 - d/c prostatitis
 - d/c cáncer de próstata
- Hipertensión arterial controlada

7.3 Analizando diagnósticos diferenciales

- Hiperplasia benigna de próstata: Se plantea la HBP, ya que esta enfermedad puede presentar síntomas obstructivos como dificultad para miccionar, también puede existir alteración de la fuerza del flujo urinario, ocasionando debilidad o interrupción del chorro más goteo post miccional. En cuanto a los síntomas irritativos, estos se relacionan a la disminución funcional que sufre la vejiga, y se pueden presentar como nicturia o aumento de la frecuencia urinaria diurna, urgencia miccional y sensación de vaciamiento incompleto vesical. Para el diagnóstico es fundamental el tacto rectal y la ecografía. En caso de síntomas obstructivos el estudio de la uroflujometría y la medición del residuo postmiccional mediante ecografía es elemental. Eventualmente, se puede hacer una cistoscopia. De igual forma, no se debe olvidar que para el estudio diagnóstico es importante realizar un examen de orina que descarte una ITU y medir el antígeno prostático específico para descartar la posibilidad de cáncer.
- Infección del tracto urinario: En hombres la ITU es mucho menos frecuente que en las mujeres, pero el riesgo de adquirirla aumenta con la edad. El patógeno más

común, como se mencionó anteriormente, causante de ITU es la Escherichia coli. Cuando mencionamos que el riesgo aumenta con la edad, se debe a que se asocia generalmente con la obstrucción prostática, produciéndose la infección debido a que el aumento del tamaño de esta constituye un reservorio para las bacterias, originando la ITU. Recordemos que debido a esto el tratamiento debe de ser prolongado, con antibióticos que presenten una buena penetración en el tejido prostático como es el ciprofloxacino.(9)

- Prostatitis: Esta enfermedad se trata de una inflamación de la glándula prostática. Es importante resaltar que la prostatitis se caracteriza por generar dolor en la zona pélvica, genitales y zona de ingle, además de dificultad para miccionar. Muchas veces las infecciones bacterianas son la causa de algunos casos de prostatitis.(13) En este caso, estamos ausentes de disuria que es una de las características importantes.
- Cáncer de próstata: se considera esta enfermedad debido a que un factor importante es la edad, esta ocurre generalmente en personas mayores de 45 años, como el caso presentado, rara vez puede ser ocasionado en personas menores. Usualmente se presenta de forma asintomática y se detecta en el examen físico (tacto rectal de rutina) en el cual se puede palpar una próstata con presencia de nódulos, de bordes no definidos y áreas asimétricas. En pacientes con progresión de la enfermedad se puede manifestar con pérdida de peso, dolor óseo, anemia, etc, pero también se asocia a síntomas locales como la hematuria, uropatía obstructiva, etc. El antígeno prostático (APE) presenta un valor predictivo positivo que ronda entre un 26-52%, logrando una sensibilidad de un 70%. Es importante resaltar, que existe un ajuste del valor del APE con respecto a la edad que presenta el paciente como se muestra en la tabla presentada a continuación. (14)

Tabla 11. Valores de Antígeno prostático específico.

Edad	APE (ng/ml)
40-49	2.5
50-59	3.5
60-69	4.5
70-79	6.5

Nota. *Valores de APE según rango etario.

7.4 Plan de trabajo diagnóstico

Examen de orina complete (TABLA 12)

Tabla 12. Examen de orina.

Urobilinógeno	Negativo
Cetonas	Negativo
Bilirrubina	Negativo
Glucosa	Negativo
Proteínas	Negativo
PH	6.0
Densidad	1020
Sangre	Negativo
Nitritos	Negativo
Leucocitos	Negativo
Bacterias	+ /+++

Nota. *Examen de orina completo caso 4.

Antígeno Prostático Específico (APE): 7.0 ng/ml

Creatinina sérica: 1.0 mg/dl

Ecotomografía vésico-prostática (Ver Imagen 3)

Escala IPSS (International Prostatic Symptom Score) = 8 (Ver Imagen 4)

Plan terapéutico

Tamsulosina 0.4 mg c/24 hrs por 3 meses, hasta próximo control.

Finasteride 1 mg c/24 hrs por 3 meses, hasta el próximo control.

Se ha demostrado mayor eficacia de la terapia combinada de un bloqueador adrenérgico $\alpha 1$ e inhibidores de la enzima 5 α reductasa.(15)

7.5 Seguimiento

- Control en un mes para ver si la terapia ajustada está funcionando o requiere de otra intervención.

7.6 Reflexión

La hiperplasia benigna de próstata es una patología común en el género masculino, asociado a adultos mayores. El diagnóstico consta de una buena historia clínica, un adecuado examen físico, solicitud de examen de orina, PSA, ecografía vesicoprostática y renal. Una vez confirmado el diagnóstico se puede valorar la gravedad de los síntomas con la escala de IPSS, como se realizó con el paciente presentado. (16)

En cuanto al tratamiento, existe uno farmacológico que se indica a pacientes con sintomatología moderada a grave, el cual consiste en agregar un bloqueador alfa adrenérgico asociado a un inhibidor de la 5 alfa reductasa, lo cual genera alivio de los síntomas y presenta pocos efectos adversos. (17)

Si el paciente no presenta alivio de los síntomas con terapia farmacológica, se recomienda derivación al especialista, así como también en casos que presenten complicaciones como la hematuria persistente, retención urinaria, ITU recurrentes o dilatación del tracto urinario por HPB con o sin insuficiencia renal.

Por último y muy importante, es la parte emocional del paciente, ya que en la hiperplasia benigna de próstata los síntomas influyen en el estado anímico de este. Generalmente en el hombre genera mucha inseguridad, ya que se ven enfrentados a manchas de orina por rebosamiento, uso de toallas higiénicas o pañales para evitar momentos vergonzosos. Claramente esto afecta la parte emocional del paciente, generando inseguridad, disminuyendo la libido, etc. Por lo que el apoyo emocional es fundamental para tratar esta enfermedad de forma integral.

8 CASO CLINICO 5: OTITIS

8.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 13. Datos Personales

Nombre	AAG
Edad	2 años
Sexo	Femenino
Ocupación	Infante
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos personales caso Otitis.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 1 día.
- Forma de inicio: Brusco
- Curso: Agudo

Síntomas principales: Dolor auricular con sangrado escaso.

Paciente mujer de 2 años, que acude a la urgencia por presentar dolor auricular. Madre refiere que la noche anterior intento realizar limpieza de conducto auditivo con ayuda de un hisopo y su linterna, en donde observo un tapón de cerumen al final del conducto auditivo, por lo que intento retirarlo, usando un objeto puntiagudo (pinza de cabello). Debido a la incomodidad de la paciente, la pequeña se mueve. Acto seguido, la madre dice observar un poco de sangre en el conducto auditivo. Madre refiere consolar a su hija, y que la paciente termino quedándose dormida. Actualmente acude a la emergencia, debido a que la infanta, hoy por la mañana, aun se queja de molestias en ese oído, además madre teme haber perforado la membrana timpánica.

Funciones biológicas:

Tabla 14. Funciones biológicas

Apetito	Sin alteración
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración, aun usuaria de pañales.
Deposiciones	Sin alteración
Sudor	Sin alteración
Peso	Sin alteración
Sueño	Sin alteración
Animo	Inquieta, irritable

Nota. * Funciones biológicas caso Otitis.

Antecedentes

- Personales: Natural de Santiago, procedente de Lima. Acude a jardín infantil. Niega enfermedades de importancia. Presenta controles sanos al día y esquema de vacunación completo.
- Fisiológicos: Parto eutócico, de 39 semanas, sin complicaciones durante el embarazo.
- Patológicos: No presenta antecedentes.
- Familiares: Padres aparentemente sanos.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación, paciente irritable, que no permite una adecuada examinación.
- Funciones vitales: FC: 97 lpm FR: 20 rpm. T°: 36.6°C. Sat 100%

- Somatometría: Peso: 15 kilos, Talla: 92cm, IMC 17.7 kg/m².
- Oído izquierdo: membrana timpánica con leve opacidad, no se observa perforación. Presenta lesión en conducto auditivo externo con pequeño punto sangrante y lesiones costrosas. Resto del examen otoscópico, sin alteración.
- Oído derecho: abultamiento leve de la membrana timpánica derecha, no se evidencia lesiones.
- Cuello: Móvil. No se observa ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular (-). No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos no se auscultan soplos, ni ruidos patológicos.
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presencia de ruidos estertores.
- Abdomen: RHA (+), timpánico, blando, depresible. No doloroso a la palpación. No se palpan masas ni visceromegalias.
- Extremidades: Móviles sin edema, fuerza conservada, pulsos presentes.
- Neurológico: Lucida, despierta. Deambula sin dificultad.
- Genitourinario: Paciente con micción espontánea, puntos renoureterales y puño percusión lumbar negativa.
- Piel y anexos: Piel tibia, elástica, hidratada, sin palidez ni ictericia.

8.2 Diagnósticos planteados

- Traumatismo de conducto auditivo externo
- Otitis externa
- Otitis media aguda

8.3 Analizando diagnósticos diferenciales

- El traumatismo del oído externo, se produce por una lesión traumática ocasionado en el oído externo que afecta generalmente al pabellón auricular, pudiendo lesionar las paredes del conducto auditivo externo y afectar la zona timpánica. La etiología de esto es diversa, siendo la causa más común traumatismos mecánicos, químicos o físicos, en el caso presentado se trata de una probable herida y/o laceración, ya que se introdujo un objeto extraño en pabellón auricular, pudiendo lesionar la piel y partes blandas.(18)
- Por otra parte, la otitis externa, es una enfermedad que presenta una gran incidencia en la población general, siendo más frecuente en niños (debido a condiciones anatómicas). Esta enfermedad compromete la piel del conducto auditivo externo, como en el caso de nuestra paciente, pero se caracteriza además por la presencia de una celulitis de la piel y subdermis del conducto auditivo externo que genera una inflamación aguda y edema variable del conducto, hallazgos no encontrados en nuestra paciente. Por otra parte, generalmente es producida por una causa infecciosa. (19)
- La otitis media aguda, este diagnóstico debemos de considerarlo, aunque más alejado, se trata de un proceso séptico- inflamatorio, en donde se ve afectado el recubrimiento mucoperióstico del oído medio y/o mastoides, existiendo así una efusión retro timpánica. Está asociado a causas infecciosa tanto viral como bacteriana, hallazgos no encontrados en nuestra paciente, por lo que aleja un poco más la opción diagnóstica.(20)

Tabla 15. Diagnóstico diferencial entre otitis externa y otitis media aguda en niños.

	OTITIS EXTERNA	OTITIS MEDIA AGUDA
Edad más frecuente	Mayores de 5 años	Entre 2 y 5 años
Estación más frecuente	Verano	Invierno
Antecedente de natación	Presente	Ausente
Síntomas catarrales previos	Ausentes	Presentes
Dolor a la masticación	Presente	Ausente

Dolor a la tracción del pabellón auricular o a la compresión del trago	Presente	Ausente
Adenopatía cervical	Frecuente	Menos frecuente

Nota. *Se muestra tabla comparativa entre otitis externa y otitis media aguda en niños. (9)

8.4 Plan de trabajo diagnóstico

No se solicitan exámenes auxiliares, solo se procede a realizar una otoscopia con la ayuda de la madre, que nos permite observar que no existe edema, ni perforación de la membrana timpánica. Solo se observa:

- Oído izquierdo: membrana timpánica con leve opacidad, no se observa perforación. Presenta lesión en conducto auditivo externo con pequeño punto sangrante y lesiones costrosas. Resto del examen otoscópico, sin alteración.
- Oído derecho: abultamiento leve de la membrana timpánica derecha, no se evidencia lesiones.

8.5 Plan terapéutico

Por historia clínica paciente niega fiebre, o infección viral resiente que nos haga pensar en una otitis media o una otitis externa aguda. De igual forma, se decide dar tratamiento con unas gotas óticas en ambos oídos, de manera profiláctica y se le explica a la madre de signos de alarma por lo cual debiese regresar a la urgencia.

Paciente recibe tratamiento ambulatorio. Se le receta:

- Otozambon gotas óticas (furaladona, neomicina, polimixina B, fluorhidrocortisona y lidocaína). Aplicar 2 gotas en el oído izquierdo cada 4 horas por 5 días.

8.6 Seguimiento

Paciente es referida a control por consultorio con otorrinolaringólogo para ver evolución en una semana.

8.7 Reflexión

A diferencia del resto del cuerpo, que puede ser aseado diariamente, los oídos, aunque parece extraño, no deben de ser limpiados con hisopos, ni tantos productos que hoy en día existen en el comercio o farmacias para realizar una “adecuada” limpieza, ni menos objetos que se introduzcan dentro del conducto auditivo externo. La razón de esto es bastante sencilla, el

oído posee su propio sistema de auto limpieza, o sea este se limpia de forma autónoma. El mayor aseo que uno puede realizar al oído es limpiar exclusivamente la parte externa, o sea el pabellón auricular y lo que alcance a verse del conducto, sin introducir ningún objeto dentro.

El cerumen, aunque muchas veces molesto y discriminado como suciedad, cumple un rol importante de protección contra la humedad, además posee propiedades antibacterianas, por lo que es bueno que el oído posea una cubierta de cerumen, el uso de elementos externos para su limpieza hace que la capa de cerumen no se encuentre presente y, por lo tanto, quede expuesta la piel a cualquier otro elemento, como, por ejemplo, agua contaminada que puede producir enfermedades. Además, el uso de hisopos en los oídos, o cualquier instrumento semejante, empuja el cerumen a zonas del oído que no debiesen tener cerumen, produciendo de esta forma tapones que son muy difíciles de sacar, sobre todo en los niños, como el caso presentado. Es por esto que es muy importante educar al paciente y a las madres sobre lo anteriormente expuesto y generar un cambio, no solo en la práctica con el paciente, sino a nivel familiar, ya que es muy probable que estas conductas las presente el resto de la familia.

9 CASO CLINICO 6: COLECISTITIS

9.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 16. Datos personales

Nombre	AAJ
Edad	48 años
Sexo	Femenino
Ocupación	Secretaria
Religión	Católico
Procedencia	Cañete

Nota. *Datos personales caso 6.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 7 días.
- Forma de inicio: Insidioso

- Curso: Progresivo

Síntomas principales: Fiebre y exantema maculopapular.

Paciente mujer de 48 años de edad, refiere que hace aproximadamente 7 días inicia con dolor súbito de intensidad 8/10 en zona escapular derecha que migra hacia hipocondrio ipsilateral, el dolor es tipo cólico y sede con antiespasmódicos. Se asocia a náuseas, vómitos, hiporexia y mareos. Niega fiebre. Comenta que ya había presentado síntomas similares en otras ocasiones, post ingesta de alimentos copiosos, ricos en grasas. Refiere tener conocimiento de que posee cálculos vesiculares diagnosticados por ecografía, en el año 2021, pero debido a pandemia no realizo cirugía. Actualmente acude por reagudización de los síntomas.

Funciones biológicas:

Tabla 17. Funciones biológicas.

Apetito	Disminuido
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Estreñimiento
Sudor	Sin alteración
Peso	Sin alteración
Sueño	Sin alteración
Animo	Preocupado

Nota. *Funciones biológicas caso 6.

Antecedentes

- Personales: Natural de Cañete, procedente de Cañete. Actualmente no fuma, pero refiere haber sido fumadora hace 10 años, consumía 2 cigarros diarios por 5 años. Consume alcohol en reuniones sociales esporádicas, puede consumir 2-3 copas de vino. Paciente refiere consumo de anticonceptivos orales Diane 2 mg/0.03 mg.
- Fisiológicos: Sin datos.

- Patológicos: Presenta como antecedente diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina 850 mg c /24 h. Además, ha sido diagnosticada hace 1 mes de hipercolesterolemia, por lo cual ha iniciado tratamiento con atorvastatina 20 mg c/24 h.
- Familiares: Madre con hipertensión arterial.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, buen estado de nutrición, regular estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 120/75mmHg, FC: 70 lpm FR: 20 rpm. T°: 37.7°C. Sat 98%
- Somatometría: Peso: 80 kilos, Talla: 1.60, IMC 31.3 kg/m2.
- Cuello: Móvil. No se observa ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular (-). No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplos o ruidos agregados.
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasas bien en ACP. No presencia de ruidos estertores.
- Abdomen: RHA (+), timpánico, blando, depresible. Doloroso a la palpación en cuadrante superior derecho abdominal. Signo de Murphy (+). No se palpan masas ni visceromegalias.
- Extremidades: Móviles sin edema, fuerza conservada, pulsos presentes.
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Deambula sin dificultad.
- Genitourinario: paciente con micción espontanea, puntos renoureterales y puño percusión lumbar negativa.
- Piel y anexos: Piel tibia, elástica, hidratada, sin palidez ni ictericia.

9.2 Diagnósticos planteados

- Colecistitis crónica
- Cólico biliar
- Pancreatitis

9.3 Analizando diagnósticos diferenciales

- Colecistitis crónica: es la inflamación de la vesícula ocasionada por cálculos biliares que genera irritación prolongada, debido a la presencia de estos durante un largo periodo. En el caso de la paciente, se describe un episodio de colecistitis crónica, recordemos que la paciente posee conocimiento y estudios diagnósticos en donde se confirma la presencia de cálculos biliares, y que por diversos motivos no ha realizado el tratamiento adecuado, el cual es netamente quirúrgico, es importante en ella realizar el tratamiento para evitar complicaciones como perforación, fistula, vesícula en porcelana que podría transformarse en cáncer, etc.
- Cólico biliar: este diagnóstico se caracteriza por la presencia de dolor tipo cólico, intenso, náuseas que pueden o no llegar al vomito. Esta sintomatología, puede ser ocasionado debido a la obstrucción intermitente (breve) del conducto cístico. Es probable que la paciente, además de la inflamación de la pared pueda presentar un cólico biliar, pero este diagnóstico queda descartado, ya que se caracteriza por la presencia de una ecografía en donde se observan cálculos biliares, pero la vesícula se muestra sin signos de inflamación. (21)
- Pancreatitis: es la inflamación del páncreas. Esta se caracteriza por dolor en epigastrio y es de inicio repentino, tal como lo presenta nuestra paciente, pero este dolor se caracteriza por irradiarse a zona lumbar, muchas veces descrito como dolor en cinturón. Dentro de las etiologías se encuentra la presencia de cálculos biliares y abuso de alcohol. Nuestra paciente presenta un diagnóstico de cálculos biliares, pero este queda algo descartado, debido que el consumo de antiespasmódicos no calma el dolor en una pancreatitis, de igual forma es un diagnostico que debemos de considerar.

9.4 Plan de trabajo diagnóstico

Se solicita radiografía de tórax, al cual no muestra hallazgos significativos. Además, se solicita ecografía abdominal el cual muestra engrosamiento de pared de la vesícula biliar 8mm (VN <4 mm). Se evidencia múltiples imágenes hiperecogénicas con sombra acústica posterior, la mayor de 10 mm. Colédoco de adecuado calibre. Vena porta sin alteraciones. Signo ecográfico de Murphy (+). Se concluye litiasis vesicular múltiple, con esteatosis hepática moderada asociada a hepatomegalia.

Se solicitan exámenes de sangre:

- Glucemia basal: 160 mg/dl
- PCR: 12 mg/l
- Bilirrubina total: 3.3 mg/dl
- Leucocitos: 18.000
- Plaquetas: 220.000
- Hemoglobina: 11.5 g/dl
- Hematocrito: 38%

9.5 Plan terapéutico

La paciente, al tener un tiempo de ayuno necesario, se decide realizar una intervención quirúrgica de urgencia (se toman exámenes prequirúrgicos durante el día) para realizar una colecistectomía laparoscópica. Paciente recibió, previamente, tratamiento de profilaxis antibiótica con cefazolina 2g y manejo del dolor con analgesia.

9.6 Seguimiento

Se realizó intervención quirúrgica en donde se realiza exéresis de la vesícula biliar y extracción de los cálculos correspondientes. Este procedimiento, se realizó por vía laparoscópica, mediante tres incisiones para el pase de los trocares, en el abdomen de la paciente. Al salir de la cirugía la paciente pasa a la unidad de recuperación, saliendo posteriormente a su habitación, continuando con:

- NPO
- CFV+BHE
- Ceftriaxona 2 g EV c/24 hrs
- ClNa 9 % 1000 cc
- Metamizol 1gr EV 1 amp.
- Ketoprofeno 100g EV c/ 8 hrs

Al alta, se le indica una dieta hipocalórica, hipoglúcida e hipograsa para lograr pérdida de peso, tratamiento de analgesia y se le da una serie de recomendaciones para mejorar sus hábitos alimenticios durante su día a día, incluyendo la realización de ejercicio moderado, al menos 30 min diarios.

9.7 Reflexión

La colecistitis, como se mencionó anteriormente, es la inflamación de la vesícula biliar, y en la mayoría de los casos es causada por una obstrucción del conducto cístico, a esto se le denomina colecistitis aguda, en cambio la irritación mecánica por cálculos biliares, produce una inflamación crónica de la vesícula, que es lo sucedido en la paciente presentada. Debido a lo anteriormente mencionado, la colecistitis calculosa, es una de las complicaciones más comúnmente presentadas a consecuencia de una colelitiasis. El diagnóstico, en la mayoría de los casos es clínico y se confirma gracias a una ecografía, en donde el engrosamiento de la pared como lo presento la paciente son hallazgos que indican inflamación. El tratamiento definitivo es la colecistectomía, preferentemente debe ser realizada dentro de las 72 horas posterior a los síntomas, ya que de lo contrario, puede existir riesgo de presentar complicaciones como lo son empiema, perforación, etc.(22)

En cuanto a la epidemiología de la enfermedad, es habitualmente presentado en mujeres, tal como se demuestra en nuestra paciente y la incidencia máxima es entre 40-50 años, nuestra paciente presenta 48 años. En cuanto, a los factores de riesgo, estos son principalmente: embarazo o terapia hormonal, edad avanzada, nativo americano o hispano como nuestra paciente, obesidad, diabetes.(23)

En cuanto al tratamiento, se habla de una intervención quirúrgica dentro de las primeras 72 horas, a excepción que este contraindicada la cirugía, pero ese no es el caso presentado. Recordemos, en todo caso, que el abordaje quirúrgico, principalmente el laparoscópico es el mejor debido a menor riesgo de infección, estancia hospitalaria corta, etc.

Por último, es importante resaltar el resto de comorbilidades que presenta nuestra paciente, como la obesidad, la diabetes y la hipercolesterolemia. Esta paciente es un fiel reflejo de muchas otras, las cuales comentan hacer dietas interminables, vivir intentando perder peso, las “el lunes, inicio la dieta”. Es importante en un paciente obeso tratar el problema de forma multidisciplinaria, con nutriólogos, nutricionistas, psicólogos, endocrinólogos, etc. ya que la enfermedad discutida, probablemente se trate solo de complicaciones del problema de base. Por lo que es importante, en este tipo de pacientes, una evaluación más exhaustiva, además recordemos que la paciente proviene de provincia, donde el acceso a veces no es el adecuado o la falta de especialistas no satisface a la cantidad de la población, viéndose necesario muchas veces acudir a Lima, para recibir atención oportuna y de calidad.

10 CASO CLINICO 7: CANCER DE PROSTATA

10.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 18. Datos personales

Nombre	RCG
Edad	67 años
Sexo	Femenino
Ocupación	Militar retirado
Religión	Católico
Procedencia	Callao

Nota. *Datos personales caso 7.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 4 meses.
- Forma de inicio: Insidiosa
- Curso: Crónico

Síntomas principales: Dolor intenso tipo punzante en región glútea derecha.

Paciente varón de 67 años, acude al centro de salud, debido a dolor intenso tipo punzante en zona glútea derecha que es irradiado a cara posterior de muslo ipsilateral. Comenta que el dolor se intensifica con la marcha y al permanecer sentado por largo tiempo, se hace insoportable. Refiere que hace tres meses, acude al médico, y recibió tratamiento para manejo de lumbago, indicándole orfenadrina con diclofenaco vía oral, más sesiones de kinesioterapia durante un mes sin obtener mayor mejoría.

Funciones biológicas:

Tabla 19. Funciones biológicas

Apetito	Disminuido
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Estreñimiento
Sudor	Sin alteración
Peso	Disminuido, ha bajado 15 kilos en 3 meses
Sueño	Aumentado
Animo	Preocupado

Nota. *Funciones biológicas caso 7.

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente del Callao. Presenta como antecedente que, en consulta ambulatoria en el mes de julio, se difirió el examen del tacto rectal por presentar intenso dolor durante el examen, además refiere sensación de evacuación incompleta y heces acompañadas con sangre.
- Fisiológicos: Sin datos.
- Patológicos: Hipertensión arterial diagnosticada hace 4 años, en tratamiento con ibersartán de 150 mg. Hiperplasia benigna de próstata diagnosticada hace 2 años, en tratamiento con tamsulosina, ultimo PSA (3/12/2021): 4 ng/mL. Fractura vertebral

de 1era lumbar en accidente automovilístico hace 6 años. Hernioplastia inguinal hace 6 años.

- Familiares: Madre con hipertensión arterial.

Examen físico:

- **Apreciación general:** Regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- **Funciones vitales:** PA: 120/70mmHg, FC: 75 lpm FR: 18 rpm. T°: 37°C. Sat 99%
- **Somatometría:** Sin datos.
- **Cuello:** Móvil. No se observa ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular (-). No masas, no bocio.
- **Aparato cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplos o ruidos agregados.
- **Aparato respiratorio:** Simétrico, murmullo vesicular pasas bien en ACP. No presencia de ruidos estertores.
- **Abdomen:** RHA (+), timpánico, blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni visceromegalias.
- **Extremidades:** Móviles sin edema, fuerza conservada, pulsos presentes.
- **Neurológico:** Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Deambula sin dificultad. Signo de Dandy positivo a nivel sacro. Dolor a la presión digital en cuadrado lumbar, glúteo mayor y gemelo derecho.
- **Genitourinario:** paciente con micción espontanea, puntos renoureterales y puño percusión lumbar negativa.
- **Piel y anexos:** Piel tibia, elástica, hidratada, sin palidez ni ictericia.

10.2 Diagnósticos planteados

- Inflamación del nervio ciático

- Artrosis de cadera
- Tumoración en zona sacra.

10.3 Analizando diagnósticos diferenciales

- Enfermedad ciática. Esta patología es causada por una lesión y/o presión que comprime la salida del nervio ciático que inerva cada pierna. Sus síntomas son dolor, debilidad, entumecimiento u hormigueo en la pierna, que el paciente describe presentar en algunas ocasiones como sensación de corriente. En el caso de nuestro paciente tenemos el dolor lumbar bajo irradiado a región glútea. Además, ya contaba con el antecedente de manejo y tratamiento por lumbago, por lo que el diagnóstico diferencial incluye esta patología. Como sale de sus antecedentes, el paciente recibió terapia del dolor y no presentó mejoría al respecto.
- Artrosis de cadera. También en el contexto de la edad y antecedentes, considerar patología degenerativa de cadera es parte del diagnóstico diferencial. Ahora faltan elementos y sobran otros como los síntomas en otros sistemas.
- Cáncer de Próstata. Paciente con antecedentes de Hiperplasia Prostática benigna, sin adecuado control ya que no se hizo adecuada evaluación de tacto rectal por molestias desde hace un tiempo y tampoco aporta control con antígeno prostático en sangre. Si bien faltan más síntomas urinarios, uno podría considerar que, si hay un cáncer primario de próstata, podrían existir metástasis óseas más frecuentes en este tipo de cáncer, y de estas alguna en ubicación lumbosacra puede dar los síntomas descritos por el paciente. Además, esto puede comprimir el colon y explicar otros síntomas como sangre en deposiciones.

10.4 Plan de trabajo diagnóstico

Se solicita tomografía abdominopélvica, la cual muestra un proceso neoplásico en zona sacra que parece afectar partes blandas.

Se solicita resonancia magnética, la cual reafirma el proceso infiltrativo que, efectivamente, afecta los cuerpos vertebrales S1 y S2 con hipointensidad en T1 y T2. Dicho proceso se expande hacia zona de pelvis, ocluyendo el canal raquídeo y se expande hacia ambos lados

de la línea media comprometiendo los alerones sacros, siendo el lado derecho el de mayor compromiso.

Se solicita marcadores tumorales:

- PSA total: 4.62 ng/mL
- PSA libre: 0.16 ng/mL
- Antígeno carcinoembrionario: 3.33 ng/mL
- Alfafetoproteína: 0.96 ng/mL

Se realiza biopsia de la zona sacra: mostrando tejido óseo infiltrado por neoplasia maligna indiferenciada.

El examen inmunohistoquímico, mostro adenocarcinoma poco diferenciado.

Paciente es derivado al servicio urología, en donde realizan tacto rectal, palpando un nódulo de aproximadamente 1 cm de diámetro en el lóbulo derecho; se realiza una biopsia de próstata. El informe de anatomía patológica reveló adenocarcinoma pobremente diferenciado, Gleason 4+4=8/10. El adenocarcinoma invade el 50% de la muestra, con permeación perineural presente. La gammagrafía ósea mostró lesiones activas relacionadas con metástasis en tercio medio de clavícula derecha, hueso sacro y región púbica derecha.

10.5 Plan terapéutico

Paciente es derivado al servicio de Oncología iniciando tratamiento con bicalutamida 150 mg/día y acetato de leuprolide 7.5 mg/mes y bisfonatos.

10.6 Seguimiento

- Paciente refiere gran mejoría a los dos meses de recepción de quimioterapia. Comenta que dolor mejora de forma importante, además ha aumentado de peso. Al control de los 4 meses del tratamiento, muestra niveles de APE en 0.04 ng/ml.
- Presentó una evolución estacionaria. Si bien, existió una respuesta de mejoría del dolor y del peso, con el tratamiento de bloqueo hormonal, el paciente presentó progresión de la enfermedad, por esto se decidió continuar con radioterapia.

10.7 Reflexión

El cáncer de próstata es uno de los cánceres más comunes que afectan a los hombres. Este es de lenta progresión, tardando años en convertirse en una enfermedad avanzada. Muchos de los pacientes masculinos que presentan cáncer de próstata son asintomáticos, pero este puede presentarse con dolor óseo, pérdida de peso y síntomas urinarios. Muchos de los pacientes con cáncer de próstata se diagnostican mediante la medición de niveles de antígeno prostático (PSA), el cual es uno de los pocos marcadores tumorales con gran especificidad, pero debemos de confirmar siempre el diagnóstico mediante una biopsia transrectal, que se realiza mediante guía ecográfica. El tratamiento del cáncer, dependerá de la esperanza de vida del paciente, las condiciones y preferencias de este, las comorbilidades que presenta, la estratificación del riesgo, por lo que las opciones de tratamiento son variadas y variables. Se debe de estudiar el entorno y las condiciones de este para poder elegir el tratamiento adecuado, ya que no solo depende de su salud, sino también de una evaluación psicosocial. La terapia hormonal de andrógenos, radioterapia, quimioterapia y cirugía de prostatectomía, requieren una vigilancia y lamentablemente incluyen un costo, que no todos los pacientes están dispuestos a optar, por lo que el no realizar nada, también es una opción si ponemos todas las opciones dentro de la balanza.

Por otra parte, al hablar de niveles de PSA, debemos saber que es un predictor de cáncer de próstata, pero tiene mayor valor junto con un tacto rectal y una ecografía transrectal. Valores sobre 4 ng/ml hacen pensar, en incluir como diagnóstico diferencial, el cáncer de próstata. Sin embargo, estudios recientes, comentan que “en personas mayores de 55 años con PSA entre 0.5 a 4 ng/mL con tacto rectal normal por un lapso de 7 años, se encontró cáncer en el 6.6 % a 26.9%” (24, p.124). Según lo anterior, niveles bajos de APE pueden tratarse de cáncer en estadios iniciales. Las investigaciones postulan que “la transcripción del gen PSA es regulado positivamente por el receptor androgénico, por lo que una delección de este receptor podría ser el responsable de los bajos niveles séricos de PSA en el cáncer de próstata metastásico” (24, p. 124).

En este caso, el paciente en el momento del diagnóstico, presento inicialmente un valor de PSA en 4ng/mL (dentro de los rangos normales para la edad). Por lo que el examen físico y el dolor óseo como síntoma principal permitieron encausar el proceso de diagnóstico diferencial, encontrando metástasis ósea en zona sacra, además de una pérdida ponderal de 15 kg en el último tiempo. Asimismo, el Score de Gleason de 8, nos da indicios que se trata

de un tumor indiferenciado de rápido crecimiento y con desarrollo de neovascularización concordante con el estado avanzado de la enfermedad.(25)

Es importante resaltar que los casos de cáncer de próstata metastásico, con valores menores a 10 ng/mL de PSA, son de mal pronóstico ya que se consideran enormemente agresivos. Otro punto a resaltar, es el control de la efectividad del tratamiento, ya que este generalmente es medido bajo el marcador sérico (PSA), que en el caso del paciente al inicialmente ser bajo, dificulta el control y manejo de la enfermedad. (25).

En conclusión, es importante recalcar, que como todo marcador tumoral, su ausencia no es específico de libre de enfermedad, por lo que como muestra el caso, es importante que pacientes con síndrome consuntivo y dolor sacro, se considere como posibilidad diagnóstica el cáncer de próstata. Como hemos visto, puede presentarse con niveles bajo de PSA (menores de 10 ng/dL) y tratarse de un cáncer de próstata metastásico.

11 CASO CLINICO 8: RETINOBLASTOMA

11.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 20. Datos personales

Nombre	MVC
Edad	7 meses
Sexo	Masculino
Ocupación	Infante
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos personales caso 8.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 2 semanas.
- Forma de inicio: Brusco
- Curso: Agudo

Síntomas principales: Leucocoria de ojo izquierdo.

Paciente varón de 7 meses, que acude por presentar leucocoria de ojo izquierdo. Madre refiere que llevo al bebe al pediatra, debido a que observo pupila blanca en ojo izquierdo de 2 semanas de evolución. Este síntoma lo evidencio al tomarle una foto. Ocho días después observa estrabismo divergente del mismo ojo. Luego de la evaluación en centro de salud, fue derivado al Hospital Rebagleatti, pero debido a no encontrar cita, acude a la atención privada. Niega ojo rojo, secreción ocular, fotofobia y cambios inflamatorios. No presenta antecedentes familiares de importancia, niega afecciones previas y problemas durante el embarazo que se relacione con el problema actual.

Funciones biológicas:

Tabla 21. Funciones biológicas

Apetito	Sin alteración
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Sin alteración
Sudor	Sin alteración
Peso	Sin variación
Sueño	Aumentado
Animo	De vez en cuando irritable

Nota. *Funciones biológicas caso 8.

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente de Lima. Niega asistir a guardería. Niega enfermedades de importancia. Presenta controles sanos al día y esquema de vacunación completo.
- Fisiológicos: Parto eutócico, de 38 semanas, sin complicaciones durante el embarazo.
- Patológicos: no presenta antecedentes.
- Familiares: Padres aparentemente sanos.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- Funciones vitales: FC: 85 lpm FR: 20 rpm. T°: 36.3°C. Sat 100%
- Ojos: piel palpebral, conjuntiva y pestañas sin alteración. Presenta apertura ocular sin secreciones; reflejos corneales normales. No presenta exoftalmia. Ausencia del leucocoria en ojo izquierdo, y estrabismo divergente de ojo izquierdo.
- Fondo de ojo: se observa patológico; se encuentra lesión de 4mm en 2/3 de la retina del ojo izquierdo. No presenta dilatación de vasos, tortuosidad ni acumulación de lípidos. Ojo derecho no patológico, fondo de ojo normal.
- Otorrinolaringología: No se evidencian lesiones.
- Cuello: Móvil. No se observa ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular (-). No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplos o ruidos agregados.
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasas bien en ACP. No presencia de ruidos estertores.

- Abdomen: RHA (+), timpánico, blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpan masas ni visceromegalias.
- Extremidades: Móviles sin edema, fuerza conservada, pulsos presentes.
- Otorrinolaringología: No se evidencian lesiones.
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Deambula sin dificultad.
- Genitourinario: paciente con micción espontánea, con uso de pañales, aun no control de esfínter.
- Piel y anexos: Piel tibia, elástica, hidratada, sin palidez ni ictericia.

11.2 Diagnósticos planteados

- Retinoblastoma
- Persistencia del vítreo primario hiperplásico
- Enfermedad de Coats
- Uveítis por Toxocaras

11.3 Analizando diagnósticos diferenciales

- Retinoblastoma, el diagnóstico se realiza entre los niños de 2 años de edad, y es la enfermedad que implica leucocoria en la mayoría de los casos. Un importante síntoma que se puede observar es la presencia de estrabismo.(26)
- Persistencia del vítreo primario hiperplásico: es un diagnóstico raro, pero que también como el caso presentado se puede dar con leucocoria. La gran diferencia y por lo que descarta y aleja de la posibilidad diagnóstica es la presencia de un ojo microftálmico.
- Enfermedad de Coats, se trata de una vasculopatía exudativa retiniana de origen idiopático, en el cual no se observan lesiones en retina al observar a través del oftalmoscopio, por lo que aleja la posibilidad diagnóstica.
- Uveítis por Toxocara, se trata de una infección por este parásito en la región de la úvea. Un antecedente importante que nuestro paciente no presenta es, según lo

expuesto por la madre, contacto con animales como perros, conejos, etc. Por lo que descarta la posibilidad diagnóstica. (27)

11.4 Plan de trabajo diagnóstico

Se solicita hemograma, examen de orina y de heces presentando resultados dentro de los parámetros normales. Se le realiza serología para *Toxocara canis* la cual resulto negativa.

Se solicita estudios de imágenes:

La ecografía ocular presenta masa sólida hiperecólica de contornos irregulares, con calcificaciones. La lesión abarca casi toda la cámara posterior del ojo izquierdo, mide aproximadamente 1.84 cm. Ojo derecho sin lesiones.

Se solicita TAC, el cual informa la existencia de hipotrofia cortical bilateral predominante en zona temporal más una lesión calcificada, sólida en ojo izquierdo que abarca solo el globo ocular. No presenta infiltración a otras cavidades. La imagen es compatible con el diagnóstico de retinoblastoma, corroborar con historia clínica.

Se solicita RM de órbita izquierda, la cual informa masa hiperdensa con presencia de bordes irregulares que abarca solo cámara posterior del globo ocular izquierdo. No presenta invasión en nervio óptico.

11.5 Plan terapéutico

El paciente fue llevado a sala de operaciones, en donde se le practico enucleación de ojo izquierdo. La intervención fue llevada a cabo por el servicio de oftalmología pediátrica. La cirugía no presento complicaciones y fue de forma ambulatoria.

11.6 Seguimiento

Al control post operado, se determina que no existe necesidad de someter al paciente a sesiones de quimioterapia y es dado de alto, se cita a oncología pediátrica.

11.7 Reflexión

El caso presentado, llama la atención la edad de diagnóstico del paciente, ya que la literatura menciona que nuestro paciente presenta una edad por debajo del promedio. Es importante, recalcar que la posibilidad de herencia genética en este caso se descarta, debido a que la enfermedad se presentó de forma unilateral y al preguntar la historia clínica niegan antecedentes de enfermedad positivos.

Según la literatura, las manifestaciones clínicas que con mayor frecuencia llevan a consultar a estos pacientes son la leucocoria, seguida por el estrabismo, endoftalmitis y heterocromia.(28) En este caso, se evidencio estrabismo y leucocoria. Generalmente, estos dos síntomas no se presentan juntos, pero debido a estas manifestaciones los apoderados del paciente acuden al médico. La madre había notado la leucocoria de forma temprana.

Se sugiere mayor seguimiento del caso, y acompañamiento en la familia, ya que la enucleación es un tratamiento quirúrgico invasivo que genera dolor y pena en la madre y familiares, pensar en una terapia de grupo para casos como este lo encuentro provechoso, ya que ayudaría a compartir experiencias, tips de ejercicios, y como sobrellevar una vida monocular. Por otra parte, en el niño, terapia física de control y manejo en la adaptación de la visualización es importante.

12 CASO CLINICO 9: INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

12.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 22. Datos personales

Nombre	GMC
Edad	82 años
Sexo	Masculino
Ocupación	Jubilado
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 9.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 8 días.
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo

Síntomas principales: Insuficiencia respiratoria, ortopnea.

Paciente varón de 82 años, es traído a la emergencia por familiar. Familiar refiere que hace 8 días antes de ingreso, inicio con disnea a leves esfuerzos y que este progreso inclusive al reposo. Hace cinco días, presentaba ortopnea por lo que debía usar 3-4 almohadas para dormir, familiar comenta que el paciente se ha levantado durante la madrugada refiriendo falta de aire, la cual mejora al sentarse. Paciente el día de ayer presento hiporexia y alteración de la conciencia, familiar comenta que lo nota algo agresivo y no reconoce a los familiares. Actualmente, los síntomas respiratorios persisten y paciente se encuentra somnoliento debido a esto acuden a la emergencia.

Funciones biológicas:

Tabla 23. Funciones biológicas

Apetito	Disminuido
Sed	Disminuido
Orina	Disminuida
Deposiciones	Estreñimiento
Sudor	Sin alteración
Peso	Sin variación
Sueño	Aumentado
Animo	Somnoliento

Nota. *Funciones biológicas caso 9.

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente de Lima.
- Fisiológicos: Parto eutócico, durante la infancia presento varicela.
- Patológicos: Diabetes mellitus tipo 2 (hace 25 años), Enfermedad renal crónica en hemodiálisis (hace 3 años). Se ha hospitalizado 2 veces por manejo de pie diabético. Actualmente en tratamiento de hemodiálisis (lunes, miércoles y sábados)
- Cirugías previas: amputación supracondilea izquierda.
- Familiares: Padre con cirrosis alcohólica, madre y hermano con diabetes.

Examen físico:

- Apreciación general: Mal estado general, regular estado de nutrición, mal estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 140/90 FC: 95 lpm FR: 33rpm. T°: 36.8°C. Sat 88%
- Piel: tibia, húmeda, palidez ++/+++, llenado capilar <2seg.
- TCSC: Edema en zonas de declive. No se palpan adenopatías
- Otorrinolaringología: No se evidencian lesiones.

- Cuello: Móvil. Se observa ingurgitación yugular. No danza arterial. No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Choque de punta desplazado a la izquierda. Ruidos cardiacos arrítmicos de intensidad moderada. S3 presenta
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasas disminuido en bases de ACP. Submatidez a la percusión. Crépitos finos difusos en ACP.
- Abdomen: RHA (+). Leve dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho y epigastrio, Matidez en flancos, desplazable.
- Extremidades: Móviles con presencia de edema. Presenta muñón en pierna izquierda.
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 14/15. Minimental 26/30, Pares craneales conservados.
- Genitourinario: paciente con micción espontanea, con uso de pañales, no control de esfínter.

12.2 Diagnósticos planteados

- Síndrome dificultad respiratoria a d/c Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Enfermedad renal crónica por historia clínica
- DM2 por historia clínica

12.3 Analizando diagnósticos diferenciales

- ICC es la incapacidad del corazón de expulsar la sangre suficiente para los requerimientos metabólicos de los tejidos. La causa más frecuente es la cardiopatía isquémica. Entre otras causas se encuentran: miocardiopatías, valvulopatías, enfermedades endocrinológicas como la DM, tirotoxicosis, enfermedad renal

crónica, hipertensión, arritmias, tromboembolismo pulmonar, hipofosfatemia, entre otras. Los síntomas y signos principales son la disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, edema en miembros inferiores, edema agudo de pulmón, ingurgitación yugular, hepatomegalia, reflujo hepatoyugular positivo, ritmo de galope (S3), cardiomegalia, astenia, confusión, pulso alternante.(29) Todos estos síntomas son presentados por el paciente.

12.4 Plan de trabajo diagnostico

➤ Hemograma

Tabla 24. Hemograma completo.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
LEUCOCITOS	8.50	Mil/uL	4.5- 10.9
HEMATÍES	3.22	10 ⁶ /uL	4.5- 6.5
PLAQUETAS	293	10 ³ /uL	150-450
HEMOGLOBINA	13.5	gr/dL	Hombre: 13.5-18.0 Mujer: 12.5- 16.0
HEMATOCRITO	41.6	%	Hombre: 42-52 Mujer: 37-47
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIA HEMOGLOBINA	94.4	fl	80.0 - 97.0
CORPUSCULAR MEDIA HEMOGLOBINA	29.9	Pg	26.0 - 33.0
CONC. DE HB CORPUSCULAR MEDIA	31.7	g/dL	33.3 – 35.2
ABASTONADOS	0	%	0.0 – 5.0
NEUTROFILOS	82	%	45.0 – 74.0
SEGMENTADOS			
EOSINÓFILOS	1	%	0.0 – 4.4
BASÓFILOS	0.0	%	0.7 – 7.5
MONOCITOS	9	%	0.7 – 7.5
LINFOCITOS	8	%	22.3- 49.9
ABASTONADOS ABSOLUTO	0.00	Mil/uL	0.00 – 0.40

NEUTROFILOS SEGMENTADOS ABSOLUTO	6.97	Mil/uL	1.40 - 6.60
EOSINÓFILOS ABSOLUTO	0.005	Mil/uL	0.0 - 0.30
MONOCITOS ABSOLUTO	0.72	Mil/uL	0.00 – 0.50
LINFOCITOS ABSOLUTO	0.65	Mil/uL	1.20 – 3.50

Nota. *Hemograma completo caso 9.

➤ Bioquímicos

Tabla 25. Exámenes bioquímicos

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
UREA	53	mg/dl	10-50
CREATININA	1.48	mg/dl	Hombres: 0.7 a 1.3
GLUCOSA BASAL	148	mg/dl	Adultos 70-110

Nota. *Exámenes bioquímicos caso 9.

a) Electrolitos

Tabla 26. Electrolitos plasmáticos.

ELECTROLITOS PLASMATICOS			
ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
SODIO	141	mmol/L	136 – 145
CLORO	97	mmol/L	98 – 109
POTASIO	4.79	mmol/L	3.5 – 5.1

b) pro-BNP

Tabla 27. Examen pro-BNP

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
pro-BNP (PEPTIDO NATRIURETICO)	11840	pg/mL	0 - 531pg/MI

c) PCR

Tabla 288. Proteína C reactiva cuantitativa.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA	55.4	mg/L	<5.0 mg/L

➤ Radiografía de tórax (ver Imagen 5)

Opacidad heterogénea basal izquierda con obturación del seno costofrénico derecho a considerar proceso inflamatorio con derrame pleural. El diagnóstico diferencial incluye ICC descompensada. El resto de ambos campos pulmonares muestran densidad y transparencia conservada. Silueta cardiovascular incrementada de tamaño con botón aórtico prominente parcialmente calcificada.

12.5 Plan terapéutico

No farmacológico:

- Cumplimiento terapéutico
- Restricción de ingesta de sal y restricción hídrica a 1.5-2L diarios.
- Mantener IMC <30
- Actividad física moderada y regular
- Limitar consumo de alcohol (10-20g/día)
- Evitar consumo de AINES, corticoides.

Farmacológico

- CVF
- Oxígeno suplementario: alto flujo
- Vasodilatadores: nitroglicerina IV

12.6 Seguimiento

Paciente queda hospitalizado, para monitoreo continuo y realización de evoluciones.

12.7 Reflexión

Se trata de un paciente que presenta varias patologías importantes. Además, lleva un mal control de esta, debido a que es un diabético avanzado, mal controlado. Es importante recordar, que el paciente diabético mal controlado que no es responsable con la dieta ni el tratamiento farmacológico, presenta hasta dos tercios más de posibles reagudizaciones de insuficiencia cardiaca crónica, especialmente en adultos mayores. Debido a esto la literatura menciona que la mortalidad en pacientes con diabetes e ICC es mayor, y los síntomas son más frecuentes y severos que en los no diabéticos. Por otra parte, la edad es un factor importante como agravante de la enfermedad es por esto que debemos de tener un buen manejo con el paciente.

Otro aspecto importante que logre aprender en casos como este, es la importancia de la relación médico paciente, y como la educación se transforma en algo fundamental para mejorar su calidad de vida. Es importante educar sobre la importancia de la actividad física, pese a sus 82 años, las personas deben realizar algo de ejercicio, manteniendo los cuidados necesarios para evitar caídas, que en la tercera edad pueden ser muy riesgosas, además es importante enfatizar en el mejorar la dieta, transformándola en saludable, con disminución de carbohidratos, sal, etc. Cabe la pena resaltar el aspecto psicológico de los pacientes adultos mayores, en donde la depresión es muy frecuente, debido a la desocupación de este y muchas veces no sentirse útil e importante, por lo que es importante inspeccionar más sobre su salud mental.

13 CASO CLINICO 10 CÁNCER DE MAMA

13.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 29. Datos personales

Nombre	GMS
Edad	56
Sexo	Femenino
Ocupación	Medico
Religión	Católico

Procedencia Iquitos

Nota. *Datos Personales caso 10.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 9 meses.
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo

Síntomas principales: Tumor de mama derecha.

Paciente mujer de 56 años, refiere que acudió a chequeo preventivo oncológico. En mamografía notan lesión espiculada, hiperdensa en mama derecha asociada a asimetría focal con microcalcificaciones sugerentes de malignidad (BIRADS 5), debido a esto sugieren realizar ecografía mamaria la cual informa de lesión solida de contornos irregulares, con microcalcificaciones internas en mama derecha (BIRADS 5), por lo que sugieren biopsia de la lesión. A los 2 días de los hallazgos en imágenes, realiza biopsia core de mama con guía ecográfica, donde informan de carcinoma infiltrante de mama subtipo NOS/Ordinario. Se solicita inmunohistoquímica (RE, RP, HER2; KI67) el cual resulta ser un tripe positivo ((+) HER2, PROGESTERONA (+) ESTROGENOS (+)). Debido al diagnóstico realiza sesiones de quimioterapia, (a través de catéter Porth previamente colocado) las cuales culminaron hace 3 semanas. Actualmente, paciente acude para realización de tumorectomía guiada por arpón de mama derecha.

Funciones biológicas:

Tabla 29. Funciones biológicas.

Apetito	Sin alteración
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Estreñimiento
Sudor	Sin alteración

Peso	Levemente disminuido
Sueño	Sin variación
Animo	Tranquila

Nota. *Funciones biológicas caso 10.

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente de Iquitos.
- Fisiológicos: Parto eutócico, no entrega mayor información.
- Patológicos: Niega Diabetes, HTA. Refiere haber tenido Dengue en varias oportunidades, ultima 2019. Fiebre amarilla en 1998 (paciente es infectologa).
- Cirugías previas: Apendicetomía a los 17 años. Colocación de catéter Porth hace 9 meses aprox.
- Familiares: padre y madre, aparentemente sanos, niega antecedentes de cáncer en la familia.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 120/80 FC: 75 lpm FR: 18rpm. T°: 36.8°C. Sat 99%
- Piel: tibia, elástica, hidratada. No presenta palidez, llenado capilar <2seg.
- TCSC: No presenta edema.
- Otorrinolaringología: No se evidencian lesiones.
- Cuello: Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos de intensidad moderada.
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. Presenta catéter Porth yugular derecho.

- Abdomen: RHA (+). Blando, depresible, de percusión timpánica. No presenta dolor a la palpación.
- Extremidades: Móviles, fuerza y sensibilidad conservadas. Pulsos palpables.
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados.
- Genitourinario: paciente con micción espontánea.

13.2 Diagnósticos planteados

- Cáncer de mama derecha en tratamiento.
 - Carcinoma infiltrante de mama derecha

13.3 Analizando diagnósticos diferenciales

En el caso presentado, la paciente ya contaba con el diagnóstico, pero faltaba el abordaje quirúrgico para el tratamiento definitivo (BIRADS 6).

13.4 Plan de trabajo diagnóstico

- Se solicita EXAMENES pre quirúrgicos
- Se solicita radiografía de tórax
- Se solicita colocación de arpón eco guiado

13.5 Plan terapéutico

Paciente pasa a SOP para realización de tumorectomía guiada por arpón. (ver imagen 5)

13.6 Seguimiento

Se realiza tumorectomía guiada por arpón de mama derecha, sin interurrencia, se coloca dren hemovac y se cita a paciente para control en una semana.

13.7 Reflexión

Actualmente, el cáncer de mama se sitúa entre las primeras causas de mortalidad en mujeres, compitiendo con el cáncer cervicouterino. A nivel mundial se presentan 1.67 millones de nuevos casos y 459.000 casos de defunciones anuales.(30) Es por esto que es muy importante trabajar en la prevención contra el cáncer de mama. El chequeo preventivo oncológico es una buena medida, para disminuir la mortalidad por esta causa. Además de la importancia de enseñarle a la paciente sobre el auto-chequeo mamario. La palpación es fundamental para la prevención, el tamizaje con mamografía también forma parte importante de la prevención para mujeres mayores de 40 años, los cuales se pueden realizar cada 2 años.(31) Todas estas medidas ayudan a la detección precoz del cáncer de mama, mejorando así el pronóstico de vida de la paciente.

14 CASO CLINICO 11 OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

14.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 301. Datos personales

Nombre	CCG
Edad	75 años
Sexo	Femenino
Ocupación	Ama de Casa
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. * Datos Personales caso 11

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 7 días.
- Forma de inicio: Insidiosa
- Curso: Agudo

Síntomas principales: anorexia, dolor en epigastrio e hipogastrio, náuseas y vómitos biliosos.

Paciente mujer de 75 años, con antecedente de cáncer de ovario (diagnosticado hace 1 año y 2 meses), en tratamiento con quimioterapia. Recibió un ciclo previo de quimioterapia con CARBOPLATINO- PACLITAXEL el cual culmino en Enero/2021. Al control de Mayo /2022 presento elevación de marcadores tumorales, por lo cual inicia 2do ciclo de quimioterapia.

El día viernes (22/07) recibió su primera sesión del segundo ciclo de quimioterapia, presentando disminución del apetito.

Actualmente, acude a la emergencia por presentar anorexia de hace ± 7 días, refiere solamente tomar “flutiflex” y agua. No ha realizado deposiciones y presenta dolor tipo cólico en epi e hipogastrio. No presenta tolerancia oral, con la ingesta de alimentos, comenta, que presentaba vómitos, inicialmente de contenido alimenticio, luego estos progresaron a ser solo biliosos. Niega eliminación de flatos.

Funciones biológicas:

Tabla 32. Funciones biológicas.

Apetito	Disminuido
Sed	Aumentada
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Disminuido
Sudor	Sin alteración
Peso	Disminuido
Sueño	Aumentado

Animo Decaído

Nota. *Funciones biológicas caso 11.

Antecedentes

- Personales: Natural de Piura, procedente de Lima. No fuma. Actualmente no consume bebidas alcohólicas, pero refiere que antes del diagnóstico, bebía alcohol en reuniones sociales esporádicas, llegando a consumir 1 copa de vino.
- Fisiológicos: Sin datos.
- Patológicos: Presenta como antecedente hipertensión arterial con tratamiento suspendido por médico tratante (Se suspende tratamiento de hipertensión debido a que la quimioterapia ocasiona disminución de la presión, por lo que agregar un antihipertensivo podría ocasionar hipotensión patológica).
- Familiares: padres, aparentemente sanos, padre falleció en accidente automovilístico. Hermanos, aparentemente sanos.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, regular estado de nutrición, mal estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 130/80 FC: 70 lpm FR: 20 rpm. T°: 36.2°C. Sat 96%
- Somatometría: Fuerza muscular disminuida, pero moviliza extremidades.
- Cabeza: Sin alteración.
- Cuello: Móvil. No se observa ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular (-). No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplos o ruidos agregados.
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasas bien en ACP. No presencia de ruidos estertores.

- Abdomen: abdomen distendido, RHA (+) aumentados, de lucha o también llamados metálicos. A la percusión, abdomen timpánico, leve resistencia a la palpación, dolor difuso. No se palpan masas ni visceromegalias.
- Extremidades: Móviles sin edema, fuerza levemente disminuida, pulsos presentes.
- Otorrinolaringología: No se evidencian lesiones. Leve sequedad de mucosas.
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Deambula sin dificultad.
- Genitourinario: paciente con micción espontánea. Puño percusión ausente.
- Piel y anexos: Piel tibia, elástica, hidratada, sin palidez ni ictericia. Llenado capilar <2 segundos.

14.2 Diagnósticos planteados

- Íleo adinámico
 - Alteración hidroelectrolítica → hipopotasemia
- Obstrucción intestinal
 - Intramural
 - Neoplasias / carcinomatosis
 - Diverticulitis
 - Inducida por medicamentos
 - Extrínsecas
 - Carcinomatosis
 - Vólvulo

14.3 Analizando diagnósticos diferenciales

- Íleo adinámico: La hipopotasemia induce la hiperpolarización de las células, de tal forma que se dificulta el inicio del potencial de acción, es por esto que niveles inferiores a 2.5 mEq/l generan compromiso de la musculatura lisa, pudiéndose manifestarse como hipotonía intestinal, distensión abdominal e íleo paralítico.
- Obstrucción intestinal
 - Carcinomatosis: La carcinomatosis peritoneal es una diseminación a distancia de una primera localización del tumor. Generalmente es de mal pronóstico. Como se presenta en el caso, puede tratarse de una obstrucción intestinal, debido a una tumoración, la cual es una complicación de la enfermedad.
 - Diverticulitis: Según diferentes estudios, la diverticulitis se presenta de manera localizada en un 75% de los pacientes, pero existen posibilidades de complicaciones, una de ellas descritas en la literatura es la obstrucción intestinal, otras son abscesos, peritonitis o fístulas.(32) En el caso de la paciente, es un diagnóstico a considerar, pero claramente más alejado según la historia clínica relatada y los antecedentes mencionados.
 - Inducida por medicamentos, existe evidencia que fármacos como opiáceos, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, antidiarreicos, antiarrítmicos, principalmente, pueden ocasionar episodios de obstrucción intestinal, en este caso la paciente no menciona consumir ninguno de ellos.
 - Vólvulo Sigmoideo: Se produce cuando la última parte del colon (sigmoides) se torciona sobre sí misma, lo que provoca una obstrucción y pone en peligro la circulación de sanguínea del colon.(33)

14.4 Plan de trabajo diagnóstico

Se solicitaron exámenes de laboratorio:

1. Electrolitos

Tabla 313. Electrolitos

Cloro (Cl) VN: 98-109 mmol/L	99.00 mmol/L
Potasio (K) VN: 3.5-4.9 mmol/L	2.10 mmol/L
Sodio (Na) VN: 138-146 mmol/L	137.00 mmol/L

Nota. *Exámenes de laboratorio electrolitos caso 11.

2. Hemograma completo

Recuento celular:

Leucocitos 7.58

Hematíes 4.13

Plaquetas 504

Hemoglobina, Hematocrito

Hemoglobina: 13.0

Hematocrito: 38.2

Urea: 22

Creatinina: 0.69

Se solicita radiografía de Abdomen de pie y decúbito: (ver Imagen 6)

Resultado: Se evidencia escaso contenido en la cámara gástrica. Marco colónico totalmente con nivel hidro-aéreo, hallazgos que sugiere cuadro inflamatorio (GECA) con megacolon tóxico vs vólvulo de sigmoides.

14.5 Plan terapéutico

Se diagnosticó a la paciente de una Obstrucción intestinal/ Íleo adinámico con antecedente de Nm. de ovario.

- NPO

- NaCl 0.9% 1000cc + 01 hipersodio+ 01 kalium→ 55 gotas/min
- ClK (01)+So4Mg (01)+ 100 cc NaCl→1 reto cada 12 h.
- Metronidazol 100 mg EV c/ 8h
- Metoclopramida 1 amp c/8h
- Omeprazol 40 mg c/ 24h
- IC para colocación de CVC (mal acceso venoso)
- IC con cirugía para evaluación por sospecha de vólvulo

14.6 Seguimiento

Paciente es derivada al servicio de cirugía, siendo determinada la necesidad de un manejo quirúrgico.

14.7 Reflexión

Es importante saber clasificar las principales causas de obstrucción intestinal, por ejemplo, según su localización, origen, tiempo de inicio y progresión. La mayoría de los casos se localizan en el intestino delgado (60% aproximadamente) y de estas, la mayoría es producida por una hernia, tumores cancerígenos, como el caso de la paciente, que presenta cáncer de ovario.

Otro aspecto importante, es distinguir entre un íleo paralítico y una obstrucción intestinal, esta primera consiste en una parálisis del músculo liso que produce una alteración en la motilidad intestinal. El íleo paralítico, extrañamente, mantiene tratamiento quirúrgico.(34) En esta paciente se pudo realizar un manejo más óptimo. En cuanto al manejo, debe de ser lo más rápido posible, para evitar las complicaciones. Los puntos estratégicos son la corrección de los trastornos hidroelectrolíticos, en el caso de la paciente la hipokalemia, la cual no fue manejada correctamente, ya que la velocidad de la infusión intravenosa es muy lenta para la corrección adecuada del potasio, esta debió ser tratada de manera más agresiva con controles periódicos, para objetivar la eficacia del tratamiento. Además, por otra parte, se debió de solicitar un AGA, para saber cómo estaba el equilibrio ácido-base, por otra parte se debió colocar una sonda nasogástrica a gravedad para vaciar el contenido gástrico y disminuir el dolor ocasionado por la distensión, además este procedimiento previene la posibilidad de broncoaspiración.(35)

15 CASO CLINICO 12 CÁNCER DE OVARIO

15.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 324. Datos personales

Nombre	BBM
Edad	66 años
Sexo	Femenino
Ocupación	Vendedora
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 12.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 25 días.
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo

Síntomas principales: Estreñimiento con gastritis.

Paciente mujer de 66 años, acude a consultorio externo hace 20 ya que presenta estreñimiento y gastritis persistente. No refiere tomar medicación para aliviar los síntomas. Medico indica exámenes auxiliares como endoscopia y colonoscopia (realizados en otro centro de salud). En endoscopia, paciente refiere que informan hernia hiatal, y en colonoscopia examen no se pudo completar debido a obstrucción de la luz del colón. Debido a estos hallazgos, realizan exámenes de laboratorio como marcadores tumorales, encontrando uno de ellos fuera de los parámetros normales, (CA-125: 1.366 UI/ml).

Actualmente, paciente refiere debilidad de miembros inferiores, presenta ascitis la cual inicia hace 15 días, pero refiere que comenzó de forma leve, y que hace 5 días aumentó de manera significativa, abalonado más la zona abdominal. Refiere dolor lumbar, niega problemas respiratorios. Actualmente acude para realización de laparoscopia diagnostica.

Funciones biológicas:

Tabla 35. Funciones biológicas

Apetito	Disminuido
Sed	Aumentada
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Estreñimiento
Sudor	Sin alteración
Peso	Disminuido
Sueño	Insomnio
Animo	Preocupada

Nota. *Funciones biológicas caso 12.

Antecedentes

- Personales: Natural de Chiclayo, procedente de Lima.
- Fisiológicos: No presenta información.
- Patológicos: Niega hipertensión arterial, diabetes. Presento tuberculosis (TBC) en la etapa de la niñez, actualmente presenta gastritis, artritis reumatoide e hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina. Niega ulcera duodenal y enfermedad de transmisión sexual.
- Cirugías previas: Cesárea hace 43 años
- Familiares: madre con cáncer peritoneal, hermanas presencia de cáncer de ovario. Padre con cirrosis alcohólica, madre y hermano con diabetes.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 100/0 FC: 110 lpm FR: 20rpm. T°: 36.0°C. Sat 99%

- Piel: tibia, seca, palidez +/+++ , llenado capilar <2seg.
- TCSC: No edemas.
- Otorrinolaringología: No se evidencian lesiones.
- Cuello: Móvil. Se observa leve ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, No soplos
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.
- Abdomen: RHA (-), distendido, presenta ascitis con matidez desplazable en abdomen globuloso a predominio de flancos. Leve dolor a la palpación profunda en hipogastrio. Matidez en cavidad.
- Extremidades: Móviles, presenta leve debilidad. Presenta tremor en manos.
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No signos de focalización.
- Genitourinario: paciente con micción espontanea.

15.2 Diagnósticos planteados

- Síndrome Ascítico
 - Cirrosis hepática
 - Enfermedades peritoneales
 - Peritonitis carcinomatosa
- Síndrome de Meigs
- Cáncer de ovario

15.3 Analizando diagnósticos diferenciales

El síndrome ascítico es la acumulación moderada de líquido en cavidad abdominal que aumenta la circunferencia de esta misma y puede generar aumento de peso. Si la ascitis eleva el diafragma el paciente puede experimentar disnea; En este caso, la ascitis es evidente que

se observa a la exploración física. Es importante que de presentar ascitis de reciente comienzo, la causa es desconocida debe de indicarse una paracentesis diagnóstica, ya que la causa principal es hepática y el 90% de los casos hepáticos se deben a la cirrosis.(36)

Por otra parte, la ascitis se observa en varios tipos de cáncer como el de ovario, mama, estomago, páncreas, bronquios, endometrio en un 15-50% de los pacientes con esta patología. (37).

El síndrome de Meigs se presenta con una triada clásica que incluye hidrotórax, presencia de tumor ovárico y ascitis. El tumor se presenta macroscópicamente como un fibroma. La cirugía en este caso alivia la ascitis y el hidrotórax.(38) En el caso presentado, no cumple con la triada, ya que no presenta hidrotórax.

El cáncer de ovario es un cáncer silencioso, de no muy buen pronóstico. Se ha demostrado que el tamizaje con el uso de marcadores tumorales, principalmente CA-125 y estudios de imagen, como la ecografía transvaginal ayudan de manera preventiva al diagnóstico de la enfermedad.

15.4 Plan de trabajo diagnostico

Se solicita:

- TEM de abdomen completo con contraste:

Engrosamiento y edema mural difuso del marco colonico asociado a divertículos y plastronamiento parcial del sigmoides dista con estenosis de su luz. Considerar Nm. de sigmoides vs Patología inflamatoria complicada.

Ascitis severa asociada a signos sugestivos de carcinomatosis peritoneal en diagnóstico diferencial.

Hepatopatía crónica sugestiva de cirrosis

Otros: Litiasis renal bilateral y enfermedad aterosclerótica de aorta.

- Marcadores tumorales

Tabla 336. Marcadores tumorales

CA 125 (VN: 0 - 35.0 UI/mL)	1.366
CEA (AG. CARCINOEMBRIÓNICO) (VN 0 - 5.00 ng/mL)	0.86
CA 19-9 (VN 0 – 37.0 UI/mL)	7.8

Nota. *Marcadores tumorales.

- Exámenes prequirúrgicos.: Todos dentro de los parámetros normales.
- Rx de tórax (ver imagen 7)
- Fibroscan: 10.20 Kpa, compatible con fibrosis F3. (ver imagen 8)
- IC con cirugía oncológica: Se realiza laparoscopia diagnóstica → Hallazgos operatorios:

Carcinomatosis, múltiples nódulos de 0.5-0.2 cm en peritoneo parietal, visceral, epiplón cake. Pelvis congelada.

Indicaciones Post Operatorias:

- NPO por 6 h, luego TO + dieta líquida
- Dextrosa 5% + (01 ampolla) Kalium+ (01 ampolla) NaCl 20% → I, II
- Ketoprofeno 100 mg EV c/ 8 h
- Omeprazol 40 mg Ev c/24h

15.5 Plan terapéutico

Paciente es dada de alta, al día siguiente de la intervención.

Se va de alta con las siguientes indicaciones:

- Ketoprofeno 100 mg c/12 horas por 4 días
- Lactulosa 3.3G/5ml, tomar 15 ml c/8 h PRN deposiciones.

15.6 Seguimiento

Se informa a los familiares sobre el hallazgo operatorio y se decide dar tratamiento sintomático, paliativo.

15.7 Reflexión

El cáncer de ovario generalmente es de muy mal pronóstico, debido que gran parte no causa signos ni síntomas en estadio temprano. Los síntomas se presentan en estadios avanzados del cáncer. Es por esto que la estadificación (etapa o estadio) del cáncer de ovario es parte fundamental para aclarar el tratamiento y el pronóstico de la paciente.(39) Según la FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) o el sistema de clasificación del cáncer TNM del AJCC (American Joint Committee on Cancer) clasifican en base a tres parámetros: tumor, nódulos y metástasis (40). “La mayoría de las pacientes es diagnosticada con mayor frecuencia después de la menopausia y en una etapa avanzada”(40, p.36).

Es importante hablar de sobrevida, las tasas de supervivencia se han modificado con el tiempo, ya que hoy en día existen diferentes tipos de tratamientos. El estadio I cuenta con tasas de sobrevida a 5 años mayor del 80%, los estadios II es alrededor del 70%, y por último, en el estadio III la sobrevida se ve disminuida a un 35% ,inclusive con tratamiento quirúrgico de citorreducción completa (la mayoría de los casos se diagnostican en este último estadio)(39). Además al hablar de sobrevida, se deben de incluir variables importantes como lo son la edad de la paciente, teniendo mejor pronóstico menores de 50 años, que no es el caso presentado, el grado histológico también influye en la sobrevida.(41)

Por último, es importante centrarnos en los cuidados al final de la vida en pacientes oncológicos, en donde el equipo médico realiza los esfuerzos necesarios para mejorar la calidad de vida, no solo del paciente, si no de los familiares, ayudando a mantener el bienestar de ellos durante las semanas o meses que se avecinan. Es importante controlar el dolor, estreñimiento, como se hizo en las indicaciones entregadas al alta, pero también es elemental enfocar el tratamiento, en ayuda psicológica, social y espiritual relacionada a la muerte.

16 CASO CLINICO 13 VULVOVAGINITIS

16.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 347. Datos personales

Nombre	MSV
Edad	36
Sexo	Femenino
Ocupación	Secretaria
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 13.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 1 mes.
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo

Síntomas principales: Secreción vaginal.

Paciente mujer de 36 años, acude a chequeo preventivo oncológico. Refiere que hace 1 mes aproximadamente presenta flujo vaginal blanquecino, la cual causa prurito y dolor en zona vaginal, no refiere mal olor. Es sexualmente activa. Comenta que la secreción es de aspecto grumosa, tipo leche cortada, y que durante la semana previa a la menstruación nota exacerbación de los síntomas.

Funciones biológicas:

Tabla 358. Funciones biológicas

Apetito	Sin alteración
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración

Deposiciones	Estreñimiento
Sudor	Sin alteración
Peso	Sin alteración
Sueño	Sin variación
Animo	Tranquila

Nota. *Funciones biológicas caso 13.

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente de Lima.
- Fisiológicos: No entrega información.
- Patológicos: Niega Diabetes, HTA. No presenta antecedentes patológicos
- Cirugías previas: Niega.
- Familiares: Madre presenta HTA en tratamiento.

Examen físico:

- Apreciación general: Buen estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 120/80 FC: 62 lpm FR: 18rpm. T°:36.3°C. Sat 100%
- Piel: tibia, elástica, hidratada. No presenta palidez, llenado capilar <2seg.
- TCSC: No presenta edemas.
- Otorrinolaringología: No se evidencian lesiones.
- Cuello: Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, Buena intensidad. No soplos
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.
- Abdomen: RHA (+). Blando, depresible, de percusión timpánico. No presenta dolor a la palpación.
- Extremidades: Móviles, fuerza y sensibilidad conservadas. Pulsos palpables.

- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados.
- Genitourinario: paciente con micción espontánea.
- Ex. Ginecológico: mamas densas, no presentan nódulos. Vagina se evidencia secreción blanquecina de consistencia grumosa con placas en las paredes. Presenta eritema y edema vulvar con lesiones pápulo-pustulosas. Cuello uterino móvil, no se palpan tumoración en anexos

16.2 Diagnósticos planteados

- Vulvovaginitis infecciosas
 - Candidiasis
 - Tricomoniasis
 - Vaginosis bacteriana

16.3 Analizando diagnósticos diferenciales

- La candidiasis es una vulvovaginitis infecciosa producida por *Cándida*, albicans, es frecuente en mujeres jóvenes. Clínicamente, suele presentarse con inflamación vulva-vaginal que se exacerba los días previos a la menstruación, se acompaña de prurito, abundante flujo vaginal que es de color blanco-amarillento de consistencia grumosa y de olor indiferente (42) como es el caso de la paciente presentada.
- La tricomoniasis es producida por *Trichomona vaginalis*, cuya transmisión es generalmente ocasionada por vía sexual, pero esta produce un flujo vaginal abundante, espumoso, maloliente de coloración amarillo-verdoso, que es muy característico.(43) Esta infección se puede acompañar de prurito, dispareunia y disuria que se acentúan con la menstruación, en el caso presentado, la paciente solo presenta prurito, el resto de los síntomas los niega. Por otra parte, a la exploración se puede ver eritema vaginal y cervical, que da un aspecto de fresa al cérvix, esto no se encontró en la paciente.

- La vaginosis bacteriana es producida por una alteración de la flora vaginal, lo que permite el sobrecrecimiento de Gardnerella vaginales y otras bacterias anaerobias, no se considera una enfermedad de transmisión sexual.(44)En esta enfermedad la secreción es homogénea, de aspecto grisáceo y con un característico olor a pescado. Esta última característica, la paciente no la presenta, y la coloración del flujo en la paciente es blanquecino y no grisáceo.

16.4 Plan de trabajo diagnóstico

Se realiza examen físico con espejito, en donde se evidencia secreción típica de una candidiasis vaginal.

Se realiza Papanicolaou (PAP) y resultados quedan pendientes para próximo control

16.5 Plan terapéutico

Médico tratante indica:

- Clotrimazol 500mg óvulos vaginales, colocar el óvulo en región vaginal por las noches, por 6 noches.

Se le educa al paciente para que durante el tratamiento no tenga relaciones sexuales y que no use el tratamiento mientras este con la menstruación.

16.6 Seguimiento

Paciente es citado a control en 2 semanas.

16.7 Reflexión

La vulvovaginitis infecciosa más frecuente es la candidiasis seguida de la tricomoniasis. Es importante resaltar las características del flujo vaginal, las cuales son prácticas para el diagnóstico de estas infecciones.(45) Es muy importante realizar un examen pélvico, en donde la especuloscopia se hace elemental tanto para la observación del flujo vaginal como las condiciones de las paredes de la vagina y cérvix. Se pueden hacer pruebas de pH, la cual es rápida y el resultado inmediato(46), en este caso no se realizó. La historia clínica y el examen físico fueron suficientes para el diagnóstico.

Las características del flujo vaginal son muy importantes para tener una sospecha del diagnóstico a continuación se presenta una tabla con las principales características del flujo vaginal que debemos de considerar al presentar secreción vaginal.(47)

Tabla 3936. Características del flujo vaginal.

	Cantidad	Color	Consistencia	Olor
Tricomonas	Aumentada	Amarillo-verdoso	Espumosa	Maloliente
Vaginosis	Moderada- escasa	Blanco grisáceo	Homogénea- adherente	Maloliente (pescado)
Candidiasis	Moderada	Blanco- amarillento	Grumosa	Indiferente

Es importante también enfatizar que, cuando se presenta una infección como la vulvovaginitis, existe una inflamación a nivel vaginal, por lo que mantener relaciones sexuales puede resultar incómodo, además de empeorar los síntomas, más aun si la fuente de infección es una infección de transmisión sexual se podría contagiar a la pareja, por lo que es importante ante casos como este, se instruya que durante el uso de óvulos se suspenda las relaciones sexuales, ya que si se mantiene sexualmente activa reduce la eficacia de métodos anticonceptivos como el preservativo, por ejemplo.

17 CASO CLINICO 14 MIOMATOSIS UTERINA

17.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 370. Datos personales.

Nombre	LCY
Edad	39 años
Sexo	Femenino
Ocupación	Ingeniera
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 12.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 1 año.
- Forma de inicio: Insidioso

- Curso: Progresivo

Síntomas principales: Sangrado menstrual abundante.

Paciente mujer de 39 años, acude a consultorio externo por que hace aproximadamente un año presenta sangrado menstrual abundante, llegando a cambiarse la copa menstrual cada 4 horas, inclusive refiere haber notado coágulos de sangre, pero estos no se presentan en todos los periodos. Hace 5 meses, aproximadamente, ha notado que el periodo menstrual ha durado más de lo normal (7 días, siendo los días 2-5 más intensos) y los dos últimos meses ha tenido sangrado entre periodos los cuales han durado 2-3 días, debido a esto último el día de hoy acude a consulta. Niega cualquier otra eventualidad de salud.

Funciones biológicas:

Tabla 41. Funciones biológicas.

Apetito	Sin alteración
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Sin alteración
Sudor	Sin alteración
Peso	Sin alteración
Sueño	Aumentado
Animo	Preocupada- cansada

Nota. *Funciones biológicas caso 14.

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente de Lima.
- Fisiológicos: No presenta información.
- Patológicos: Niega hipertensión arterial, diabetes. Niega enfermedad de transmisión sexual.

- Ginecológicos:
 - Menarquia: 12 años
 - FUR: 16.06.2022
 - RC: 7/30, abundante.
 - Inicio de relaciones sexuales: 18 años.
 - Número de parejas sexuales: 02
 - Gestaciones: 0
 - PARA:0000
 - PAP: último en marzo 2021. Resultado: (-)
 - Método anticonceptivo: Niega
- Cirugías previas: Niega.
- Familiares: Tío paterno con diabetes mellitus, madre y tío materno con cáncer gástrico ya fallecidos.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 110/70 FC: 110 lpm FR: 20rpm. T°: 36.0°C. Sat 99%
- Piel: tibia, seca, palidez +/-, llenado capilar <2seg.
- TCSC: No edemas.
- Otorrinolaringología: No se evidencian lesiones.
- Cuello: Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, No soplos
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.

- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso, de percusión timpánica.
- Extremidades: Móviles, fuerza conservada.
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No signos de focalización.
- Genitourinario: paciente con micción espontánea.
- Ginecológico (especuloscopia): cérvix anterior, sin lesiones macroscópicas, no secreciones.
- Examen bimanual: útero anteverso, no doloroso, no se palpan anexos, parametrio libre.

17.2 Diagnósticos planteados

- Miomatosis uterina
- Embarazo
- Endometriosis
- Hipertrofia miometrial

17.3 Analizando diagnósticos diferenciales

Los miomas uterinos, son los tumores más frecuentes de la pelvis de característica sólida. La mayoría no ocasiona síntomas, la gravedad dependerá del número de miomas (leiomiomas o fibromas), tamaño y localización de los mismos. El sangrado abundante o prolongado es el síntoma más importante asociado, pero este no se considera como un síntoma patognomónico de mioma, hay que considerar otros diagnósticos y realizar exámenes complementarios que nos confirmen el diagnóstico(48).

Es importante descartar el embarazo, ya que muchas veces los sangrados entre periodos, podrían ser problemas durante la gestación, acompañado esto con sensación de masa en útero. Por lo que es importante descartar embarazo.(49)

“La endometriosis es una enfermedad benigna que afecta a las mujeres en edad reproductiva”(50, p. 2), como es el caso de la paciente, que puede generar alteraciones en el

ciclo menstrual generando pequeñas pérdidas extemporáneas. Aún se desconoce la casusa, existen muchas teorías al respecto, pero se sabe que la ecografía ayuda en el diagnóstico.

La hipertrofia difusa del miometrio, es el crecimiento homogéneo de este, sin otra patología uterina evidente. Se ha comprobado que la hipertrofia difusa del miometrio es una entidad clinicopatológica propia y es una de las causas de sangrado uterino anormal que debemos de considerar en el caso de nuestra paciente.

17.4 Plan de trabajo diagnostico

- Hemograma completo:

Tabla 382. Hemograma completo.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
Leucocitos	11.16	Mil/uL	4.5- 10.9
Hematíes	3.62	10 ⁶ /uL	4.5- 6.5
Plaquetas	385	10 ³ /uL	150-450
Hemoglobina	11.5	gr/dL	Hombre: 13.5-18.0 Mujer: 12.5- 16.0
Hematocrito	35.3	%	Hombre: 42-52 Mujer: 37-47
Volumen Corpuscular Media	97.6	Fl	80.0 - 97.0
Hemoglobina Corpuscular Media	31.7	Pg	26.0 - 33.0
Conc. De Hb Corpuscular Media	32.4	g/dL	33.3 – 35.2
RDW-CV	14.8	%	11.8- 15.6
VPM	10.1	Fl	
Abastoados	0	%	0.0 – 5.0
Segmentados	93	%	45.0 – 74.0
Eosinófilos	0	%	0.0 – 4.4
Basófilos	0	%	0.7 – 7.5

Monocitos	3	%	0.7 – 7.5
Linfocitos	20	%	22.3- 49.9
Abastondados Absoluto	0.00	Mil/uL	0.00 – 0.40
Segmentados Absoluto	10.38	Mil/uL	1.40 - 6.60
Eosinófilos Absoluto	0.00	Mil/uL	0.0 - 0.30
Monocitos Absoluto	0.31	Mil/uL	0.00 – 0.50
Linfocitos Absoluto	0.47	Mil/uL	1.20 – 3.50

Nota. *Hemograma completo caso 14.

- Ecografía transvaginal, la que informa: (Ver imagen 10)

Útero anteverso flexo, de tamaño y morfología conservada, mide 92 x 64 x 61 mm, en sus diámetros longitudinal, antero posterior y transverso. Miometrio heterogéneo, con presencia de mioma intramural anterior derecho de 42 x 36 mm; otro intramural izquierdo anterior de 23 mm, otros de aspecto fibroso subseroso posterior derecho de 22 y 20 mm, otro subseroso lateral izquierdo de 17 mm. Cérvix conservado, sin alteraciones. Endometrio hiperecogénico, de 6 mm. Ovario derecho de adecuada localización, de tamaño y morfología conservados, mide 30 x 16 mm. Estroma con presencia de imágenes anecogénicas menores de 9 mm. Ovario izquierdo de adecuada localización, de tamaño y morfología conservados, mide 33 x 22 mm. Estroma con presencia de cuerpo lúteo de 20 x 16 mm. Se observa imagen quística adyacente al ovario de 27mm. Ausencia de líquido libre en fondo de saco de Douglas.

- PAP: pendiente aún de resultados.
- Exámenes pre quirúrgicos.

17.5 Plan terapéutico

Se le diagnostica de miomatosis uterina, con múltiples miomas que deforman el endometrio. Debido a los hallazgos, se deriva a la paciente a cirugía ginecológica, ya que presenta intención de comenzar con tratamiento de fertilidad para quedar embarazada, por lo que se decide operar para optimizar tratamiento.

17.6 Seguimiento

Paciente es intervenida para realización de miomatosis uterina convencional. Procedimiento fue realizado con éxito y paciente es dada de alta al día siguiente de la intervención quirúrgica, sin presentar intercurrentia.

17.7 Reflexión

Los miomas uterinos pueden contribuir a un problema de infertilidad asociado a una posible causa de abortos a repetición. Existen distintos tipos de miomas, los subserosos (más habitual) que se desarrolla hacia el exterior del útero y no impiden la gestación, los intramural, aunque pueden ser de gran tamaño tampoco se vinculan a problemas de fertilidad, excepto que produzca deformación del endometrio, pero los miomas submucosos si se relacionan directamente con la dificultad de quedar embarazada(51). Lo anteriormente mencionado, se relaciona por el bloqueo de la entrada del óvulo a las trompas de Falopio o dificultar la implantación del embrión. (52)Es por esto que el tratamiento de los miomas submucosos en el útero consiste en una histeroscopia, y alteraciones intramurales requieren de una intervención quirúrgica como miomectomía convencional o laparoscópica, según las habilidades desarrolladas por el operador.(53) En el caso de la paciente, se realizó una miomectomía convencional con buenos resultados.

18 CASO CLINICO 15 ACNÉ QUISTICO

18.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 393. Datos personales

Nombre	RHP
Edad	17 años
Sexo	Masculino
Ocupación	Estudiante
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Notas. *Datos Personales caso 15.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 3 años.
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo

Síntomas principales: Quistes en rostro y espalda.

Paciente varón de 17 años, acude a consultorio externo, debido a que hace aproximadamente tres años presenta lesiones en rostro que iniciaron como comedones abiertos y cerrados junto con alguna lesión papulopustulosa aislada. Durante el transcurso de los años, estas lesiones se expandieron a zonas de tórax anterior y posterior, produciendo lesiones de nódulos y quistes que llegan a producir dolor. Comenta que usó exfoliantes, jabones de glicerina (recomendado por especialista en dermatología), etc, sin presentar mejoría. Actualmente, acude a consulta con su madre quien nos comenta del impacto psicológico (falta de autoestima) y bullying que generan las lesiones, en su diario vivir.

Funciones biológicas:

Tabla 404. Funciones biológicas

Apetito	Sin alteración
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Sin alteración
Sudor	Sin alteración
Peso	Sin alteración
Sueño	Sin alteración
Animo	Depresivo

Nota. *Funciones biológicas caso 14.

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente de Lima.
- Fisiológicos: Parto eutócico, embarazo sin alteración.
- Patológicos: Niega hipertensión arterial, diabetes. Niega enfermedad de transmisión sexual.
- Cirugías previas: Niega.
- Familiares: Madre sana, padre refiere haber tenido acné en la adolescencia, pero no de las características del hijo.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 120/80 FC: 68 lpm FR: 19 rpm. T°: 36.0°C. Sat 99%
- Rostro: presencia de comedones abiertos y cerrados en zona de frente y mejillas, con lesiones cicatriciales de comedones cerrados reventados. Presenta quistes en zona inframandibular. (ver Imagen 11)
- Cuero cabelludo: Afectación de cuero cabelludo, con presencia de nódulos dolorosos entre folículo pilosos.
- Piel: tibia, grasa, no se evidencia palidez, ni ictericia.
- TCSC: No edemas.
- Otorrinolaringología: No se evidencian lesiones.
- Cuello: Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, No soplos
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso, de percusión timpánico.

- Extremidades: Móviles, fuerza conservada.
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No signos de focalización.
- Genitourinario: paciente con micción espontánea.

18.2 Diagnósticos planteados

- Acné quístico
- Rosácea
- Erupciones acneiformes por medicamentos

18.3 Analizando diagnósticos diferenciales

Acné quístico: este diagnóstico se basa clásicamente en la clínica y presenta poca necesidad de pruebas diagnósticas específicas. Es una forma grave del acné en el que existen lesiones tipo quistes y nódulos. Se puede asociar a otras lesiones propias del acné como las pústulas, pápulas y comedones.(54)

Rosácea: esta enfermedad afecta la zona del rostro pero no el tórax, se caracteriza por presentar pústulas, pápulas y en raras ocasiones abscesos. Lo más característico es la presencia de las lesiones antes descritas sobre un fondo eritematoso, con telangiectasias, pero sin comedones.(55) Es predominante en mujeres de 30-50 años, el caso presentado, se trata de un paciente varón de 17 años, que presenta comedones, por lo que esto aleja la posibilidad de diagnóstico.

Erupciones acneiformes por medicamentos: la literatura describe estas erupciones como “similares al acné y estas pueden ser producidas por algunos halógenos, corticoesteroides, isoniácida, vitamina B12 y los anticonceptivos orales. Se asocia a cualquier edad; la erupción es monomorfa con pápulas foliculares queratósicas, que simulan comedones y aparecen en cara y tronco”(56, p. 3). En este caso queda descartado, ya que el paciente no presentaba como antecedente consumir ninguno de los medicamentos antes mencionados.

18.4 Plan de trabajo diagnóstico

No es necesario realizar exámenes auxiliares para establecer el diagnóstico, pero si se solicita al paciente, antes de iniciar la terapia con isotretinoína.

Hemograma completo

Tabla 415. Hemograma completo.

ANÁLISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
Leucocitos	6.07	Mil/uL	4.5- 10.9
Hematíes	4.94	10 ⁶ /uL	4.5- 6.5
Plaquetas	357	10 ³ /uL	150-450
Hemoglobina	14.2	gr/dL	Hombre: 13.5-18.0 Mujer: 12.5- 16.0
Hematocrito	44.1	%	Hombre: 42-52 Mujer: 37-47
Volumen Corpuscular Media	89.2	fl	80.0 - 97.0
Hemoglobina Corpuscular Media	28.8	Pg	26.0 - 33.0
Conc. De Hb Corpuscular Media	34.2	g/dL	33.3 – 35.2
RDW-CV	12.7	%	11.8- 15.6
VPM	10.6	fl	
Abastondados	0	%	0.0 – 5.0
Segmentados	55.0	%	45.0 – 74.0
Eosinófilos	1.8	%	0.0 – 4.4
Basófilos	0	%	0.7 – 7.5
Monocitos	0.8	%	0.7 – 7.5
Linfocitos	34.7	%	22.3- 49.9
Abastondados Absoluto	0.00	Mil/uL	0.00 – 0.40

Segmentados Absoluto	3.34	Mil/uL	1.40 - 6.60
Eosinófilos Absoluto	0.11	Mil/uL	0.0 - 0.30
Monocitos Absoluto	0.31	Mil/uL	0.00 – 0.50
Linfocitos Absoluto	2.11	Mil/uL	1.20 – 3.50

Nota. * Hemograma completo caso 15.

Perfil hepático

Tabla 426. Perfil Hepático.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
Transaminasa Oxalacetica (TGO)	7	U/L	Hombres: < 35 Mujeres: < 31
Transaminasa Pirúvica (TGP)	14	U/L	Hombres: <45 Mujeres: <34
Proteína Total	7.37	g/dl	Adultos 6.0-8.0 RN: 5.0-9.0
Albumina	4.16	g/dl	Adultos y RN: 3.5-5.0
Globulina	3.21	gr/dl	1.6 - 3.5 0.4 – 3.7 < 1 año
Bilirrubina Total	0.28	mg/dl	Adultos: 0.1 – 1.2 Hasta las 24h: 1.4 – 8.7 Hasta las 48h: 3.4 – 11.5 Del 3° al 5° día: 1.5 – 12.0
Bilirrubina directa	0.08	Mg/dl	Adultos: 0.0 – 0.3
Bilirrubina indirecta	0.20	Mg/dl	0.1- 1.0
Gamma Glutamil Transpeptidasa (GGTP)	30	U/L	Hombres: 10 – 50 Mujeres: 7 - 32
Fosfatasa Alcalina	300	U/L	65 – 300

Nota. *Perfil hepático caso 15.

Perfil lipídico

Tabla 437. Perfil lipídico.

ANALISIS	VALORES	UNIDAD	VALOR REFERENCIAL
HDL- Colesterol	52	mg/dL	40 - 60
LDL- Colesterol	70	mg/dL	>100
VLDL Colesterol	22	mg/dL	2 - 30
Colesterol Total	92	mg/dL	>200
Triglicéridos	97	mg/dL	>150

Nota. *Perfil Lipídico caso 15.

18.5 Plan terapéutico

Se indica:

- Syndet Roche Posay Effaclar, lavar el rostro 2 veces al día y enjuagar con agua.
- Isotretinoína 20 mg c/24h por 30 días
- Acniben repair gel ISDIN, aplicar mañana y noche.

18.6 Seguimiento

Paciente es citado a control dentro de un mes, para evaluar el tratamiento. Pero se educa al paciente y se explica que esta es una enfermedad crónica que requiere varios meses de tratamiento.

18.7 Reflexión

Hoy en día la enfermedad de acné es considerada una enfermedad crónica y la decisión de dar de alta al paciente es individualizada. El tratamiento ya sea sistémico o tópico debe administrarse durante un periodo determinado de acuerdo a la evolución de síntomas y signos.(57)

Se estima que la involución completa tiene lugar cuando ya no aparecen nuevas lesiones activas. En los casos más severos es posible cicatrización residual.

Por otra parte, el acné no es una enfermedad que afecte la vida, pero si se puede producir muchos efectos sicosociales de por vida. Los pacientes con acné y cicatrices post acné pueden desarrollar ansiedad y depresión. El pronóstico en general con un adecuado tratamiento es bueno. Es por esto que, en el caso presentado, es importante educar, dar soporte y ver como esto afecta su diario vivir, con el fin de evitar situaciones de bullying en colegio y problemas de baja autoestima que afecten su desenvolvimiento como adolescente.

19 CASO CLINICO 16: HERNIA INGUINAL

19.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 448. Datos personales

Nombre	DNF
Edad	83 años
Sexo	Masculino
Ocupación	Jubilado
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 16.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 8 meses.
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo

Síntomas principales: Dolor en zona inguinal izquierda.

Paciente varón de 83 años, es traído por su familiar ya que presenta dolor en región inguinal derecha, a la cual se le observa una protrusión de masa en la misma zona. El paciente refiere que hace aproximadamente 8 meses inicia con dolor en fosa iliaca derecha y nota una masa en esta misma zona con aumento de tamaño en el testículo ipsilateral. Refiere que este dolor se presenta al realizar actividades cotidianas. Comenta que el testículo ha aumentado de tamaño con el pasar de los meses. Actualmente presenta dolor continuo de intensidad moderada. Refiere pérdida de peso, la cual no ha cuantificado, pero refiere que ha bajado como 15 kilos.

Funciones biológicas:

Tabla 45. Funciones biológicas.

Apetito	Sin alteración
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Sin alteración
Sudor	Sin alteración
Peso	Disminuido
Sueño	Sin alteración
Animo	Preocupado

Nota. *Funciones biológicas caso 16.

Antecedentes

- Personales: Natural de Apurímac, procedente de Lima.
- Fisiológicos: No refiere datos.
- Patológicos: Presenta hipertensión arterial en tratamiento. Niega diabetes. Niega enfermedad de transmisión sexual.
- Cirugías previas: Colecistectomía laparoscópica, niega otras intervenciones.

- Familiares: Madre aparentemente sana, padre con HTA.

Examen físico:

- **Apreciación general:** Regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- **Funciones vitales:** PA: 100/70 FC: 80 lpm FR: 15 rpm. T°: 36.7°C. Sat 99%
- **Piel:** tibia, hidratada, no se evidencia palidez, ni ictericia. Llenado capilar <2 seg. Onicomycosis en pies.
- **TCSC:** No edemas.
- **Otorrinolaringología:** No se evidencian lesiones.
- **Cuello:** Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- **Aparato cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, No soplos. Pulsos periféricos presentes.
- **Aparato respiratorio:** Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.
- **Abdomen:** RHA (+), blando, depresible, leve dolor a la palpación en fosa iliaca derecha, de percusión timpánica. Se observa tumoración inguinal derecha de 2x2 cm irreductible, no estrangulada, sin signos de hipoperfusión tisular. Se palpa anillo >2 cm en región inguinal izquierda.
- **Extremidades:** Móviles, fuerza conservada.
- **Genitourinario:** paciente con micción espontanea. PPL (-), PRU (-). Presenta testículo derecho aumentado de tamaño.
- **Neurológico:** Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No signos de focalización.

19.2 Diagnósticos planteados

- Síndrome Tumoral inguinal izquierdo

- Hernia Inguinal
- Hernia femoral
- Tumor testicular

19.3 Analizando diagnósticos diferenciales

Una hernia inguinal puede ser directa (0.05%) o indirecta (99%). La hernia inguinal indirecta corresponde a la salida de contenido abdominal por el canal inguinal y se origina por una falla en el cierre del Conducto peritoneo- vaginal, también llamado proceso vaginal. Según la literatura, “este normalmente permanece abierto al nacer en un 80%, al año de vida un 50% y en el adulto un 15%” (58, p 3). En cambio, la hernia inguinal indirecta es más frecuente en los niños. En la hernia inguinal, el “bulto” se hace más notorio con el esfuerzo físico, puede además afectar los testículos como el caso del paciente presentado, ya que existe desplazamiento del intestino, el cual desciende e ingresa al escroto. (59)

Por otra parte, la hernia femoral se presenta entre el 2-5% de los casos, o sea no es tan frecuente. Se observa predominantemente en las mujeres, este dato difiere del caso presentado, otro de los factores de riesgo son los embarazos, debido a esto, este diagnóstico se aleja más de la posibilidad.

Por último, debemos de pensar en un tumor testicular, aunque este es más frecuente en varones jóvenes, entre los 15-35 años, es una neoplasia poco usual, pero se caracteriza por su gran capacidad de diferenciación. Generalmente se palpa un nódulo, duro, de consistencia pétreo, adherido a planos profundos. Este diagnóstico, con la historia clínica, se descarta un poco, ya que el paciente es un adulto mayor, que no presenta las características antes mencionadas.

19.4 Plan de trabajo diagnóstico

Se solicitan exámenes auxiliares

Hemograma

Tabla 460. Hemograma.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
Leucocitos	6.82	Mil/uL	4.5- 10.9
Hematíes	4.08	10 ⁶ /uL	4.5- 6.5
Plaquetas	242	10 ³ /uL	150-450
Hemoglobina	13.2	gr/dL	Hombre: 13.5-18.0 Mujer: 12.5- 16.0
Hematocrito	39.9	%	Hombre: 42-52 Mujer: 37-47
Volumen Corpuscular Media	97.8	fl	80.0 - 97.0
Hemoglobina Corpuscular Media	32.5	Pg	26.0 - 33.0
Conc. De Hb Corpuscular Media	33.3	g/dL	33.3 – 35.2
RDW-CV	12.3	%	11.8- 15.6
VPM	9.2	fl	
Abastondados	0	%	0.0 – 5.0
Neutrófilos Segmentados	65.0	%	45.0 – 74.0
Eosinófilos	2.0	%	0.0 – 4.4
Basófilos	0	%	0.7 – 7.5
Monocitos	6.0	%	0.7 – 7.5
Linfocitos	27.0	%	22.3- 49.9
Abastondados Absoluto	0.00	Mil/uL	0.00 – 0.40

Neutrófilos	4.43	Mil/uL	1.40 - 6.60
Segmentados Absoluto			
Eosinófilos Absoluto	0.14	Mil/uL	0.0 - 0.30
Monocitos Absoluto	0.41	Mil/uL	0.00 – 0.50
Linfocitos Absoluto	1.84	Mil/uL	1.20 – 3.50

Nota. *Hemograma completo caso 16.

Electrolitos

Tabla 471. Electrolitos plasmáticos.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
SODIO	141	mmol/L	136 – 145
CLORO	111	mmol/L	98 – 109
POTASIO	4.1	mmol/L	3.5 – 5.1
MAGNESIO	2.0	ml/dL	Adultos: 1.9 – 2.5

Nota. *Electrolitos caso 16.

Tabla 482. Exámenes de laboratorio-pre quirúrgicos.

GRUPO SANGUINEO	“O”		
FACTOR RH	Negativo		
TIEMPO DE COAGULACIÓN	DE	7 MIN	
TIEMPO DE SANGRIA			1.0 - 5.0 min.
TIEMPO DE PROTROMBINA	DE	13	SEGUNDOS 10-14 seg
INR	1.22		
HBSAG	NO REACTIVO		
HIV	NO REACTIVO		
RPR	NO REACTIVO		

Nota. *Exámenes de laboratorio- pre quirúrgicos caso 16.

EXAMEN DE ORINA

Tabla 53. Examen completo de orina.

EXAMEN	RESULTADO	UNIDAD
MACROSCOPICO		
COLOR	Amarillo	
ASPECTO	Transparente	
DENSIDAD	1.010	1.005 - 1.030
EXAMEN BIOQUIMICO		
PH	5.0	4.5 - 8
GLUCOSA	Negativo	
BILIRRUBINA	Negativo	
CUERPOS CETONICOS	Negativo	
PROTEINAS	Negativo	
UROBILINOGENO	Negativo	
NITRITOS	Negativo	
SANGRE	Negativo	
EXAMEN MICROSCOPICO		
LEUCOCITOS	0-2	X Campo <5
HEMATIES	0-2	X Campo <5
CELULAS EPITELIALES	Escasas	Cel/camp
GERMENES	Escasos	
CRISTALES	No se observa	
CILINDROS	No se observa	
FILAMENTOS	Ausentes	
MUCIODES		

Nota. *Examen de orina caso 16.

Ecografía de partes blandas (ver imagen 12)

Pequeña hernia inguinal indirecta izquierda con solución de continuidad de 12mm de diámetro antero posterior. Significativa hernia inguinal indirecta derecha con contenido intestinal en bolsa escrotal ipsilateral y solución de continuidad de 25mm de diámetro antero posterior. El resto del estudio de la pared abdominal no mostró anormalidades. No evidencia de masas ni colecciones.

Ecografía testicular (ver imagen 13)

TESTICULO DERECHO De dimensiones conservadas de ecoestructura interna homogénea, con márgenes regulares. Epidídimo de apariencia y morfología habitual, sin evidencia de lesiones focales sólidas o quísticas. No hidrocele. Incipiente varicocele. Significativa hernia inguinal indirecta derecha con contenido intestinal en bolsa escrotal ipsilateral. TESTICULO IZQUIERDO De dimensiones conservadas de ecoestructura interna homogénea, con márgenes regulares. Epidídimo de apariencia y morfología habitual, se evidencia lesión quística de 5mm en la cabeza del epidídimo. No hidrocele. Varicocele grado II - III.

19.5 Plan terapéutico

Se determina que debe de pasar a cirugía general, para realización de hernioplastia laparoscópica y se realiza reparación de pared abdominal sin intercurrencias.

Es dado de alta con las siguientes indicaciones:

- Ketoprofeno 100 mg cada 8 horas por 4 días.
- Omeprazol 20 mg cada 24 horas por 5 días.
- Control por servicio de cirugía al quinto día post alta.

19.6 Seguimiento

Paciente acude a control por cirugía post operación y paciente refiere sentir mejoría total de los síntomas. De igual forma cirujano refiere al paciente al servicio de nutrición, para tener un mejor manejo de una dieta balanceada.

19.7 Reflexión

La hernia inguinal es un defecto de la pared abdominal que permite el deslizamiento de vísceras o tejido graso a través del anillo inguinal o femoral. Entre un 10- 15% de la población mundial desarrollara una hernia, y dentro de estas la más común es la hernia

inguinal (60%). Esta es mucho más predominante en el varón, como el caso presentado. Definitivamente la edad más frecuente es entre los 30- 59 años, el paciente es mucho mayor al rango etario frecuente, pero esto no aleja el diagnóstico. Es importante, de igual forma recalcar que existe un riesgo de recurrencia que va de un 5-23% dependiendo la técnica quirúrgica utilizada.(60)

De acuerdo a las diferentes clasificaciones de las hernias, según la clasificación de Nyhus, (61) la hernia presentada del paciente corresponde a una tipo IVb ya que se trata de una hernia inguinal indirecta. Por otra parte, según la clasificación de Gilbert modificada por Rutkow y Robbins, (62) el caso es considerado como Tipo III ya que es una hernia indirecta con componente escrotal.

20 CASO CLINICO 17: LUMBALGIA

20.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 494. Datos personales.

Nombre	FAV
Edad	47 años
Sexo	Masculino
Ocupación	Administrador
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 17.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 15 días.
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo

Síntomas principales: Dolor lumbar.

Paciente varón de 47 años, acude al centro de salud, debido a que hace 15 días inicia con dolor lumbar 5/10 EVA, no refiere un desencadenante claro, niega caída o realizar un mal movimiento, pero refiere que el dolor, inicialmente, se centraba en la espalda, pero actualmente afecta la nalga y la cara posterosuperior del muslo derecho con región inguinal. Actualmente, el dolor es tipo sordo, de moderada intensidad 7/10 y mejora parcialmente con el reposo y los analgésicos. Refiere tomar ketoprofeno 100 mg 2 veces al día y paracetamol 500 mg cada 8 horas. No presenta molestias urinarias, ni refiere sintomatología adicional.

Funciones biológicas:

Tabla 505. Funciones biológicas.

Apetito	Sin alteración
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Sin alteración
Sudor	Sin alteración
Peso	Aumentado
Sueño	Disminuido (por dolor lumbar)
Animo	Preocupado

Nota. *Funciones biológicas caso 17.

Antecedentes

- Personales: Natural de Arequipa, procedente de Lima.
- Fisiológicos: No refiere datos.
- Patológicos: Paciente con obesidad tipo II, presenta hipertensión arterial en tratamiento con losartán de 50mg cada 12 horas. Diabetes mellitus en tratamiento con metformina 850mg dos veces al día (desayuno y almuerzo) y presenta dislipidemia, en tratamiento con atorvastatina de 20mg cada 24 horas. Niega enfermedad de transmisión sexual.
- Cirugías previas: Colectomía laparoscópica, niega otras intervenciones.
- Familiares: Madre HTA y cáncer de ovario. Padre con HTA y DM2.

Examen físico:

- **Apreciación general:** Regular estado general, mal estado de nutrición, regular estado de hidratación.
- **Funciones vitales:** PA: 110/70 FC: 80 lpm FR: 20 rpm. T°: 36°C. Sat 97%
- **Piel:** tibia, hidratada, no se evidencia palidez, ni ictericia. Llenado capilar <2 seg.
- **TCSC:** Leve edema de MMII +/-++++.
- **Otorrinolaringología:** No se evidencian lesiones.
- **Cuello:** Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- **Aparato cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, No soplos. Pulsos periféricos presentes.
- **Aparato respiratorio:** Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.
- **Abdomen:** RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpa masas.
- **SOMA:** No se evidencia lesiones dérmicas, no presenta desviaciones laterales; presenta movilidad adecuada. Laségue derecho (-), Laségue contralateral (-). Fuerza y sensibilidad normal. Reflejos simétricos.
- **Extremidades:** Móviles, fuerza conservada.
- **Genitourinario:** paciente con micción espontanea. PPL (-), PRU (-).
- **Neurológico:** Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No signos de focalización.

20.2 Diagnósticos planteados

- Lumbalgia inespecífica
- Lumbalgia asociada a radiculopatía o estenosis espinal.

- Lumbalgia asociada a otras causas

20.3 Analizando diagnósticos diferenciales

La gran mayoría de las lumbalgias se clasifican como inespecíficas, y se deben a una correcta utilización de la espalda, posturas inadecuadas, microtraumatismos recurrentes, pérdida de musculatura paravertebral y abdominal o causas desconocidas, como es el caso del paciente, se presentan de un momento a otro y mejoran generalmente con un buen tratamiento anti-inflamatorios y analgesia. Muchas veces, estas se deben al sobrepeso, como es el caso de nuestro paciente, quien presenta obesidad, el cual es un factor importante que se deben de considerar en las lumbalgias.(63)

Por otra parte, lumbalgias asociadas a procesos inflamatorios como lo son espondiloartropatías seronegativas, tumores, infecciones o patología metabólica como osteoporosis son lumbalgias menos frecuentes, en donde la edad del paciente es definitoria para pensarlas, generalmente en pacientes mayores de 50 años, el paciente presentado tiene 47 años, por lo que no califica en estos diagnósticos.

20.4 Plan de trabajo diagnostico

Solo con la historia clínica del paciente se le diagnostica de lumbalgia inespecífica, no se le solicitan exámenes auxiliares.

20.5 Plan terapéutico

Médico tratante indica:

- Reposo durante 5 días.
- Tratamiento con fisioterapeuta.
- Tensodox 10 mg c/12 horas por 4días.
- Ketoprofeno 100 mg c/ 8 horas por 4 días.
- Control en una semana.

20.6 Seguimiento

Paciente acude a control y refiere que inicio tratamiento con fisioterapia y ha llevado una sesión en una semana y ahora continuara con las sesiones semanales. Además, refiere que fisioterapeuta lo derivó con nutricionista por lo que también ha iniciado un plan de alimentación saludable para disminuir de peso.

Comenta que dolor ha mejorado, ya casi no presenta molestias, pero refiere que la fisioterapeuta noto otros problemas posturales el cual continuara trabajando.

20.7 Reflexión

El dolor lumbar es una causa frecuente de consulta, y es una de las patologías que producen mayor cantidad de descansos médicos prolongados.(64) Su origen se asocia principalmente a patologías osteomuscular inespecíficas, de los cuales los hallazgos en la historia clínica y examen físico no nos orientan a causas puntuales. Solicitar de manera inmediata una radiografía de columna vertebral, se ha visto que no aporta para el diagnóstico, ya que no nos refiere datos sobre el origen del dolor, ni mejora el pronóstico del paciente.(65)

Es muy importante tratar los problemas anexos del paciente, como la obesidad, que es una enfermedad de importancia que además de provocar problemas metabólicos, con el tiempo ocasiona problemas articulares por la carga del peso y esto se relaciona con probables recurrencias de la lumbalgia.(64) Por lo que la derivación oportuna para disminuir los riesgos de otras complicaciones involucradas con la obesidad es muy importante, sobre todo en medicina, que siempre debe de existir un tratamiento multidisciplinario y saber derivar a los pacientes de manera oportuna.

21 CASO CLINICO 18: INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

21.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 516. Datos personales.

Nombre	HCB
Edad	60 años
Sexo	Masculino
Ocupación	Ingeniero
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 18.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 9 horas.
- Forma de inicio: Brusco
- Curso: Agudo

Síntomas principales: Dolor en epigastrio.

Paciente varón de 60 años, acude a la emergencia debido a la presencia de dolor opresivo en epigastrio que inicio a las 12 de la noche (tiempo de evolución de 9 horas), el cual no se irradia, de intensidad EVA 9/10, sin síntomas neurovegetativos. Niega palpitaciones y disnea. Actualmente consulta por persistencia del dolor asociado a nauseas, sudor frío y húmedo.

Funciones biológicas:

Tabla 57. Funciones biológicas.

Apetito	Disminuido
Sed	Disminuido
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Sin alteración
Sudor	Aumentado
Peso	Sin alteración
Sueño	Disminuido

Animo Preocupado

Nota. *Funciones biológicas caso 18.

Antecedentes

- Personales: Natural y procedente de Lima.
- Fisiológicos: No refiere datos.
- Patológicos: Paciente con antecedente de dislipidemia en tratamiento con atorvastatina de 20 mg cada 24 horas. Presenta neuralgia del trigémino en tratamiento con pregabalina y carbamazepina. Niega otras enfermedades.
- Alergias: penicilina
- Cirugías previas: niega intervenciones.
- Familiares: Madre y padre con HTA.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 165/86 FC: 74 lpm FR: 41 rpm. T°: 36.1°C. Sat 100%
- Piel: húmeda, leve palidez, no ictericia. Llenado capilar <2 seg.
- TCSC: Leve edema de MMII +/-++++.
- Otorrinolaringología: No se evidencian lesiones.
- Cuello: Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, No soplos. Pulsos periféricos presentes.
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.

- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpa masas.
- SOMA: Sin alteración.
- Extremidades: Móviles, fuerza conservada.
- Genitourinario: micción espontánea. PPL (-), PRU (-).
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No signos de focalización.

21.2 Diagnósticos planteados

Síndrome coronario agudo:

- Infarto agudo de miocardio
- Angina inestable
- Costocondritis

21.3 Analizando diagnósticos diferenciales

Síndrome Coronario agudo agrupa 3 patologías cardiovasculares en relación a la sospecha y elementos diagnósticos presentes en el paciente. Estos son infarto agudo al miocardio con Supradesnivel del segmento ST en el Electrocardiograma(ECG), el infarto agudo al miocardio sin elevación del ST en el ECG, pero con enzimas positivas-; y por último, a la Angina Inestable que reúne todos los síntomas y elementos pero sin alteración del ECG ni las enzimas de laboratorio.(66)

En el caso actual, el paciente ha cursado con dolor torácico asociado a disnea, desde hace horas, tomándose de ingreso un ECG que objetiva elevación del segmento ST en pared inferior. Recordar que en base al lugar de la alteración de los segmentos del ST uno puede inferir que zona está afectada del corazón. (67)Con esto se activa el laboratorio de Hemodinamia para la angioplastia. En sangre se recibe posteriormente resultados compatibles con elevación de la troponina.

Respecto a costocondritis aguda, se trata de un dolor torácico anterior o posterior, en relación a las articulaciones costocondrales, que se inflaman. Esta causa de dolor torácico se debe

considerar si exámenes ECG y laboratorio con enzimas cardiacas, en estudio de dolor torácico, no son compatibles con un síndrome coronario agudo, además de la ubicación del dolor (sobre articulaciones costocondrales), y que este dolor se pueda reproducir al palparlas con la presión de un dedo sobre estas, causando algo que se define como “one finger pain”, lo que es el dolor producido por la presión del dedo durante el examen físico.(68)

21.4 Plan de trabajo diagnostico

Se solicita hemograma completo

Tabla 528. Hemograma completo.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
Leucocitos	13.11	Mil/uL	4.5- 10.9
Hematíes	4.69	10 ⁶ /uL	4.5- 6.5
Plaquetas	441	10 ³ /uL	150-450
Hemoglobina	14.20	gr/dL	Hombre: 13.5-18.0 Mujer: 12.5-16.0
Hematocrito	41	%	Hombre: 42-52 Mujer: 37-47
Volumen Corpuscular Media	87.42	fl	80.0 - 97.0
Hemoglobina Corpuscular Media	30.28	Pg	26.0 - 33.0
Conc. De Hb Corpuscular Media	34.63	g/dL	33.3 – 35.2
Abastoados	0	%	0.0 – 5.0

Neutrófilos	83.0	%	45.0 – 74.0
Segmentados			
Eosinófilos	0	%	0.0 – 4.4
Basófilos	0	%	0.7 – 7.5
Monocitos	11.0	%	0.7 – 7.5
Linfocitos	6.0	%	22.3- 49.9
Abastoados	0	Mil/uL	0.00 – 0.40
Absoluto			
Neutrófilos	0	Mil/uL	1.40 - 6.60
Segmentados			
Absoluto			
Eosinófilos	0	Mil/uL	0.0 - 0.30
Absoluto			
Monocitos	1.44	Mil/uL	0.00 – 0.50
Absoluto			
Linfocitos	0.79	Mil/uL	1.20 – 3.50
Absoluto			

Nota. *Hemograma completo caso 18.

Se solicita Perfil bioquímico

Tabla 53. Perfil bioquímico.

ANALISIS	RESULTADO
Albumina	4.6
Ácido úrico	3.7
Bilirrubina	0.45
Calcio	9.2
Colesterol Total	221
LDH	436
Fosfatasa alcalina	119
Fosforo	1.5
Glucosa	147

Nitrógeno ureico	9.60
Proteínas totales	6.81
Transaminasa oxaloacética	120.5
Creatinina	0.91
IFG estimada	90
(Otras razas)	
IGF estimada	109
(Afroamericanos)	

Nota. *Perfil bioquímico caso 18.

Se solicita electrolitos plasmáticos

Tabla 540. Electrolitos plasmáticos.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	VALOR REFERENCIAL
SODIO	136.1	mmol/l	136-145
POTASIO	4.34	mmol/l	3.5- 5.1
CLORO	97.6	mmol/l	98- 109

Nota. *Electrolitos plasmáticos caso 18.

Se solicita perfil lipídico

Tabla 551. Perfil lipídico.

ANALISIS	VALORES	UNIDAD	VALOR REFERENCIAL
HDL- Colesterol	52	mg/dL	40 - 60
LDL- Colesterol	134	mg/dL	>100
VLDL Colesterol	35	mg/dL	2 - 30
Colesterol Total	169	mg/dL	>200
Triglicéridos	175	mg/dL	>150

Nota. *Perfil lipídico caso 18.

Se solicita enzimas cardiacas

Tabla 562. Enzimas cardiacas.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	VALOR REFERENCIAL
TROPONINA I	1530	ng/ml	0.005-0.014
CK-MB MASA	227.50	ng/ml	0.1- 4.94
CREATINQUINASA	1906	U/L	39- 190
CK TOTAL			

Nota. * Enzimas cardiacas caso 18.

Se solicita EKG (ver Imagen 14 -15): Se observa elevación de segmento ST en cara inferior y R presente.

Se solicita Radiografía de Tórax (ver Imagen 16)

21.5 Plan terapéutico

- Vía salinizada
- Monitorización continua
- Aspirina 500 mg VO
- Atorvastatina 80 mg VO
- Heparina 5000 U en bolo EV
- Clopidrogel 300 mg VO
- Paracetamol 1 gr EV
- Morfina 3 mg EV
- Se IC a cardiólogo hemodinamista.

21.6 Seguimiento

Al tratarse de un infarto agudo de miocardio (IAM), evidente con presencia de electrocardiograma que presenta elevación del segmento ST, más enzimas cardiacas elevadas. Se llama a hemodinamista, quien queda a cargo del paciente. En la urgencia se aplicó el protocolo de IAM.

Al paciente se le realiza coronariografía y debido a los hallazgos anioográficos se decide realizar angioplastia transluminal coronaria de arteria coronaria derecha. (Ver imagen 17).

21.7 Reflexión

El Síndrome Coronario y en específico el Infarto Agudo al Miocardio son patologías que siguen siendo las principales causas de morbi-mortalidad. Su diagnóstico precoz y activación de flujos adecuados y en tiempo permiten una recuperación adecuada en la mayoría de los casos. De acuerdo a la evidencia actual un paciente con esta sospecha diagnóstica, con cuadro compatible y ECG con supradesnivel del ST debería ingresar a laboratorio de Hemodinamia para eventual angiografía, o en caso de no contar con esta opción, recibir terapia de trombolisis, si no tiene contraindicaciones.(67) Si bien este paciente llegó con más de 10 horas de evolución, considerando las complicaciones que pueden presentarse en un infarto agudo, su manejo rápido y adecuado permitió que en angioplastia se destapara arteria coronaria derecha y esta quedara con flujo posterior. El paso por Hemodinamia y angioplastia no está exento de riesgos, pero hoy son cada vez menos. Ahora siempre es mejor la prevención primaria o secundaria cómo será el caso de este paciente en adelante cuidando de presentar dislipidemias, hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad, además agregando hábitos de vida sana como deportes, no fumar y comer adecuadamente.(69)

Con respecto al riesgo de mortalidad existe un score llamado TIMI, el cual predice la mortalidad a 30 días y al año luego de ocurrido un infarto agudo de miocardio ST elevado.(70) En el caso de este paciente su TIMI es de 7, lo que se asocia a un riesgo de 23.4% a 30 días.

Tabla 573. Escala de riesgo TIMI abreviada para impresión en lámina de uso clínico. (70)

Puntaje de Riesgo TIMI para IAM con SDST		Puntaje de Riesgo	Probabilidad de muerte a los 30 días*
Historia		0	0.1 (0.1-0.2)
Edad 65-74 años	2 puntos	1	0.3 (0.2-0.3)
≥ 75 años	3 puntos	2	0.4 (0.4-0.5)
DM/HTA/angina	1 punto	3	0.7 (0.6-0.9)
Examen Físico		4	1.2 (1.0-1.5)
PAS <100 mmHg	3 puntos	5	2.2 (1.9-2.6)
FC > 100 lpm	2 puntos	6	3.0 (2.5-3.6)
Killip II-IV	2 puntos	7	4.8 (3.8-6.1)
Peso < 67 kg	1 punto	8	5.8 (4.2-7.8)
Presentación		>8	8.8 (6.3 -12)
SDST anterior o BCRI	1 punto		
Tiempo pre-reperusión >4 hrs	1 punto		
Puntaje de Riesgo = Total	(0-14 puntos)		

*Respecto a mortalidad promedio (Intervalos de confianza del 95%)

Nota. *Escala de riesgo TIMI abreviada. Adaptado de “Ugalde H, Yubini MC, Rozas S, Sanhueza, Jara H. Validación del puntaje de riesgo TIMI como predictor de mortalidad en pacientes chilenos con infarto agudo al miocardio con supradesnivel de ST. Rev Médica Chile. mayo de 2017. (<https://medes.com/publication/123908>)

22 CASO CLINICO 19 PANCREATITIS AGUDA

22.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 64. Datos personales.

Nombre	EGJ
Edad	77 años
Sexo	Femenino
Ocupación	Ama de casa
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 19.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 4 días.
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo

Síntomas principales: Dolor abdominal.

Paciente mujer de 77 años, acude a la urgencia por presentar dolor tipo cólico en hipocondrio derecho el cual se irradia a la espalda y epigastrio (tipo cinturón) el cual inició hace 4 días. Refiere que el dolor se acompaña de náuseas y vómitos el cual en un inicio fue de contenido alimenticio, luego estos se tornan biliosos. Niega tolerancia oral, comenta que intento comer en estos días, pero todo lo llega a vomitar. Presenta sensación de alza térmica, pero no ha cuantificado temperatura. Niega síntomas urinarios.

Funciones biológicas:

Tabla 65. Funciones biológicas.

Apetito	Disminuido
Sed	Aumentada
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Estreñimiento
Sudor	Sin alteración
Peso	Levemente disminuido
Sueño	Insomnio
Animo	Preocupada- cansada

Nota. *Funciones biológicas caso 19.

Antecedentes

- Personales: Natural de España, procedente de Lima.
- Fisiológicos: No presenta información.
- Patológicos: Presenta hipertensión arterial en tratamiento con hidroclorotiazida 50 mg cada 24 horas y lisinoprol 20 mg cada 24 horas y dislipidemia, manejada con dieta. Además, cuenta con trastorno depresivo en tratamiento con Zolpidem, Targin, argomelatina, Ac ibandrónico (todos entregados por el seguro social español)
- Ginecológicos:
 - Menarquia: 12 años
 - FUR: 50 años
 - Gestaciones: 2
 - PARA: 2002
 - PAP: último en febrero 2022. Resultado: (-)
 - Método anticonceptivo: Niega

- Cirugías previas: Cataratas bilaterales.
- Familiares: madre HTA, padre desconoce.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 120/50 FC: 68 lpm FR: 20rpm. T°: 36.1°C. Sat 100%
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2seg.
- TCSC: No edemas.
- Otorrinolaringología: No se evidencian lesiones.
- Cuello: Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, No soplos
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy (+), no masas ni hepatomegalia.
- Extremidades: Móviles, fuerza conservada.
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No signos de focalización.

22.2 Diagnósticos planteados

- Pancreatitis aguda
- Colecistitis
- Diverticulitis aguda

22.3 Analizando diagnósticos diferenciales

Según la literatura, “la inflamación brusca del páncreas provoca la activación de las enzimas pancreáticas que producen la digestión”(71, p.3). En los casos graves, se produce una

necrosis pancreática, debido a una destrucción celular, que puede llegar a producir dentro de sus complicaciones afectación a otros órganos. Se manifiesta como un dolor abdominal intenso, continuo, localizado principalmente en la parte superior, pudiendo ocupar todo el vientre, es irradiado a la espalda, llamado también dolor en cinturón y se acompaña generalmente con náuseas y vómitos.(72) Este es el mismo cuadro mencionado por la paciente.

Por otra parte, la literatura describe a la colecistitis, como “la inflamación de la vesícula. En la mayoría de los casos la colecistitis se produce por cálculos, que obstruyen el paso normal de la bilis, ocasionando inflamación por acumulación de bilis en esta. Se presenta con dolor intenso en la parte superior derecha o centro del abdomen, que puede extenderse al hombro o espalda, provoca náuseas y vómitos y en ocasiones fiebre" (73, p.1). Se caracteriza presentar dolor post ingesta de alimentos, especialmente si son abundantes o ricas en grasas. Es un diagnóstico que descartar en el caso presentado, ya que la clínica es similar. El diagnóstico se basa en parámetros clínicos y hallazgos radiológicos.(22)

Por último, se debe de considerar una diverticulitis, esta ocurre cuando una o más bolsas (divertículos) se inflaman y en algunos casos se infectan. Generalmente causa dolor abdominal intenso, fiebre, náuseas y cambios en los hábitos intestinales (estreñimiento o diarrea). Los factores de riesgo son edad aumentada, obesidad, tabaquismo, falta de ejercicio, dieta elevada en grasas y disminuida en fibras, el consumo de algunos medicamentos. En el caso de la paciente, no es tan característica la clínica, pero se debe considerar de todas formas.(74)

22.4 Plan de trabajo diagnóstico

Se solicita Hemograma completo

Tabla 586. Hemograma completo.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
Leucocitos	14.60	Mil/uL	4.5- 10.9
Hematíes	4.69	10 ⁶ /uL	4.5- 6.5
Plaquetas	222	10 ³ /uL	150-450

Hemoglobina	15.0	gr/dL	Hombre: 13.5-18.0
			Mujer: 12.5- 16.0
Hematocrito	43.8	%	Hombre: 42-52
			Mujer: 37-47
Volumen Corpuscular Media	87.42	fl	80.0 - 97.0
Hemoglobina Corpuscular Media	30.28	Pg	26.0 - 33.0
Conc. De Hb Corpuscular Media	34.63	g/dL	33.3 – 35.2
Abastondados	0	%	0.0 – 5.0
Neutr6filos Segmentados	83.4	%	45.0 – 74.0
Eosin6filos	0	%	0.0 – 4.4
Bas6filos	0	%	0.7 – 7.5
Monocitos	6.0	%	0.7 – 7.5
Linfocitos	22.5	%	22.3- 49.9
Abastondados Absoluto	0	Mil/uL	0.00 – 0.40

Neutrófilos	0	Mil/uL	1.40 - 6.60
Segmentados			
Absoluto			
Eosinófilos	0	Mil/uL	0.0 - 0.30
Absoluto			
Monocitos	0.5	Mil/uL	0.00 – 0.50
Absoluto			
Linfocitos	1.9	Mil/uL	1.20 – 3.50
Absoluto			

Nota. *Hemograma completo caso 19.

Se solicita Perfil bioquímico

Tabla 6759. Perfil bioquímico.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
Bilirrubina	1.8	mg/dl	Adultos: 0.1- 1.2 Hasta las 24 hs: 1.4 - 8.7 Hasta las 48 hs: 3.4 - 11.5 Del 3° al 5° día: 1.5 - 12.0
LDH	567		
Glucosa	143	mg/dl	Adultos: 70 -110 Niños: 60 - 100 Neonatos 1 día: 40 - 60 Neonatos mayores de un día: 50 - 80
PCR	1.0		
Amilasa	1654		

Transaminasa oxaloacética (TGO)	548	U/L	Hombres < 35 Mujeres < 31
Transaminasa Pirúvica (TGP)	410	U/L	Hombres < 45 Mujeres < 34
Creatinina	0.91	mg/dl	Mujeres 0.6 a 1.1

Nota. *Perfil Bioquímico caso 19.

Se solicita electrocardiograma (ver Imagen N° 18)

Se solicita examen de orina

Tabla 6860. Examen completo de orina.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
EXAMEN MACROSCOPICO			
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	Transparente		
DENSIDAD	1.015		1.005-1.030
EXAMEN BIOQUIMICO			
PH	5.00		4.5-8
GLUCOSA	NEGATIVO		
BILIRRUBINA	NEGATIVO		
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO		
PROTEINAS	NEGATIVO		
UROBILINOGENO	NEGATIVO		
NITRITOS	NEGATIVO		
SANGRE	NEGATIVO		
EXAMEN MICROSCOPICO			
LEUCOCITOS	0-2	X CAMPO	< 5
HEMATIES	0-2	X CAMPO	< 5
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS	Cel/camp	
GERMENES	ESCASOS		
CRISTALES	NO SE OBSERVA		
CILINDROS	NO SE OBSERVA		

FILAMENTOS MUCOIDES	AUSENTES
--------------------------------	----------

Nota. *Examen completo de orina cado 19.

22.5 Plan terapéutico

- Nada por vía oral (NPO)
- Dextrosa 5% + (1) Kalium + (1) ClNa 20% → I,II
- Metamizol 1 ampolla EV
- Pirepacilina/ tazobactam 1mg/ml EV
- Omeprazol 40 mg EV

22.6 Seguimiento

Paciente, presento evolución favorable. Recibió por 7 días piperacilina/ tazobactam.

Al control de los exámenes de laboratorio.

Tabla 69. Evolución de resultados en el tiempo.

ANALISIS	Día 1	48 hrs	Día 7
AMILASA	1654	1230	36
GOT	548	139	24
GPT	410	242	56
PCR	1	82	21

Nota. *Evolución de resultados del caso 19.

22.7 Reflexión

La pancreatitis aguda, es la inflamación de manera súbita que le sucede a la glándula pancreática. Esta enfermedad presenta la mayoría de las veces un curso leve, pero alrededor del 15-20% puede progresar a una pancreatitis aguda severa, la cual puede llegar a producir una falla orgánica. Debido a esto es importante predecir la severidad para identificar a los pacientes con riesgo elevado de morbimortalidad. Para esto existe el indicaron de Ranson que consta de 11 parámetros, los cuales 5 de los puntos corresponde al ingreso y los 6 puntos restantes se evalúan a las 48 horas(75), en el caso de la paciente presentada es de 3, eso quiere decir que tiene una mortalidad de 0-3%. Según la puntuación de BISAP pancreatitis aguda (76), el caso presentado presenta un puntaje de 1, bajo riesgo de mortalidad, 0.4%.

Existen varios predictores, pero el ideal será el más rápido, reproducible, mínimamente invasivo y exacto para predecir el riesgo de muerte.

23 CASO CLINICO 20 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

23.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 610. Datos personales.

Nombre	ENG
Edad	41 años
Sexo	Femenino
Ocupación	Decoradora
Religión	Católica
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 20.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 10 días.
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo

Síntomas principales: Dolor de miembro inferior.

Paciente mujer de 41 años, acude a la urgencia por presentar hace 10 días aumento de volumen de miembro inferior derecho, el cual ha crecido progresivamente. Refiere sentir dolor, el cual empeora al pasar de posición decúbito (EVA 4/10) a bipedestación (EVA 7/10), además nota aumento de temperatura en la pierna afectada. Para el dolor se auto medicó con Paracetamol de 1 gr cada 8 horas, por una semana, refiere leve mejoría del dolor. Niega fiebre. No refiere haber sufrido algún traumatismo, que se relacione con su malestar. Comenta que hace 2 semanas, aproximadamente viajó en bus desde Arequipa hacia Lima luego de visitar a su hija.

Desde hace un par de horas nota franca asimetría en sus piernas con dolor, el cual se ha incrementado EVA 9/10 por lo que acude a Urgencias.

Funciones biológicas:

Tabla 71. Funciones biológicas.

Apetito	Conservado
Sed	Disminuido
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Estreñimiento
Sudor	Sin alteración
Peso	Sin variación
Sueño	Insomnio
Animo	Preocupada

Nota. *Funciones biológicas caso 20.

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente de Lima.
- Fisiológicos: No presenta información.
- Patológicos: Presenta Diabetes Mellitus diagnosticada hace 12 años, en tratamiento con Insulina regular (NPH) 25 UI por la mañana y 12 UI por la tarde. Niega otras enfermedades.
- Quirúrgicos: pólipo rectal a los 14 años.
- Ginecológicos:
 - Menarquia: 11 años
 - FUR: 12.07.2022
 - RC: 7 días cada 28 días
 - Gestaciones: 1
 - PARA: 1011

- PAP: último hace 3 años (pre-pandemia). Resultado: (-)
- Método anticonceptivo: anticonceptivos orales diarios.
- Familiares: madre y padre con diabetes mellitus tipo 2.

Examen físico:

- **Apreciación general:** Regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- **Funciones vitales:** PA: 120/60 FC: 70 lpm FR: 18rpm. T°: 36.1°C. Sat 98%
- **Piel:** tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2seg.
- **TCSC:** Aumento de volumen de miembro inferior derecho, con leve aumento de la temperatura, no rubor, dolor a la digito presión, Fóvea ++. Signo de Homans (+). Miembro inferior izquierdo sin alteración.
- **Otorrinolaringología:** No se evidencian lesiones.
- **Cuello:** Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- **Aparato cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, No soplos
- **Aparato respiratorio:** Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.
- **Abdomen:** RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni hepatomegalia.
- **Neurológico:** Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No signos de focalización.

23.2 Diagnósticos planteados

- Aumento de volumen de miembro inferior derecho
 - Trombosis venosa profunda
 - Síndrome postflebítico

- Linfedema

- Diabetes Mellitus tipo 2 por Historia clínica

23.3 Analizando diagnósticos diferenciales

La trombosis venosa profunda tiene una presentación clínica muy variable, el paciente puede llegar a ser asintomático, hasta presentar manifestaciones clásicas como lo son el dolor, edema unilateral con fóvea, aumento de calor en el miembro afectado, puede existir cambios en la coloración de la piel (púrpura o rojizo azulado). Puede presentar signo de Homan (+), lo cual sugiere el diagnóstico, pero no es patognomónico. Todo lo descrito anteriormente la paciente lo presenta, exceptuando el cambio de coloración.(77) Además se asocia a factores de riesgo como son el uso de anticonceptivos orales, sobrepeso y obesidad y reposo prolongado como lo presenta nuestra paciente.

El síndrome posflebítico se trata de una insuficiencia venosa crónica, originada por un coagulo de sangre que en las venas. Pudiendo producir malestar en las piernas, erupciones cutáneas, inflamación, despigmentación de la piel y/o úlceras. En esta enfermedad el edema disminuye durante la noche, debido a la posición en decúbito. Definitivamente, el caso presentado no se trata de un síndrome postflebítico (78).

El linfedema es la inflamación de los tejidos causada por acumulación de proteínas que generalmente drenan a través del sistema linfático, afecta mayormente brazos o piernas, pero puede ocurrir en otras partes del cuerpo también, como lo son tórax, genitales, etc. Ocasionalmente inflamación del total de una extremidad, por ejemplo, sensación de pesadez u opresión, limita el movimiento, existe endurecimiento y engrosamiento de la piel (fibrosis). Generalmente los factores de riesgo con cáncer, tratamiento con radioterapia, cirugías, y de manera más alejada los parásitos. Este diagnóstico, también se descarta un poco, ya que la paciente no presenta estos antecedentes como factores de riesgo, pero de igual forma hay que considerarlo. (79)

23.4 Plan de trabajo diagnóstico

Se solicita ecodoppler de miembros inferiores. (Ver imagen 19)

Se solicita electrocardiograma para descartar anomalías compatibles con trombosis venosa profunda. (Ver imagen 20)

23.5 Plan terapéutico

1. Ketoprofeno 100 mg EV STAT
2. Heparina de bajo peso molecular 1mg/kg cada 12 horas.
3. Xarelto 15 mg c/12 horas
4. Pasa a hospitalización abreviada por 5 días para traslape de anticoagulante inyectable a anticoagulante oral.

23.6 Seguimiento

Paciente pasa a hospitalización abreviada por 5 días para traslape de anticoagulante inyectable a anticoagulante oral. Al alta, se va con las siguientes indicaciones.

1. Xarelto 20 mg c/24 horas por 3 meses.
2. Control en 2 semanas con hematólogo.
3. Se le educa con signos de alarma como: tromboembolismo pulmonar, que se puede presentar con dolor torácico, dificultad respiratoria, tos de inicio súbito, taquicardia/palpitaciones. Además, si presenta dolor en miembro inferior o mayor aumento de volumen acudir inmediatamente a la urgencia. Con respecto al uso de anticoagulantes orales, se educa a la paciente que de tener caídas o golpes importantes en cabeza o heridas con sangrado asociado consulte en urgencia.

23.7 Reflexión

Cuando se presentan estos casos, es importante considerar las patologías vasculares como es el caso de la trombosis venosa profunda, su diagnóstico es importante en las primeras etapas, ya que de no realizarse, además de complicaciones locales, puede generar riesgos de tromboembolismo pulmonar, cabe resaltar, que los de tipo masivo ponen en riesgo la vida del paciente.(80)

Debido a que la ecografía no siempre puede estar disponible y además tiene costos asociados, se han creado scores como el de Wells para trombosis venosa profunda que mediante el test se puede ver la probabilidad de padecer esta enfermedad, indicando una alta probabilidad >2 puntos, mediana probabilidad 1-2 puntos y probabilidad baja <1 punto. (Ver tabla 71)(81). Según los criterios de Wells el caso presentado presenta una puntuación de 5 puntos.

Tabla 72. Criterios de Wells para TVP.

CRITERIOS	PUNTUACIÓN
Neoplasia activa	1
Parálisis o yesos reciente	1
Inmovilización o cirugía mayor reciente	1
Dolor localizado a nivel EEII	1
Tumefacción en EEII	1
Asimetría de perímetros > 3cm en tobillo	1
Edema con fovea en la pierna afecta	1
Venas superficiales dilatadas	1
Diagnostico alternativo probable	-2

Nota. *Criterios de Wells para TVP. Adaptado de Ambid-Lacombe C, Cambou JP, Bataille V, Baudoin D, Vassal-Hebrard B, Boccalon H, et al. Excellentes performances du score de Wells et du score de Wells modifié dans le diagnostic de thrombose veineuse profonde proximale ou distale chez des patients hospitalisés ou ambulatoires au CHU de Toulouse : étude TVP-PREDICT. J Mal Vasc. mayo de 2009. (<https://www.em-consulte.com/article/219026/excellentes-performances-du-score-de-wells-et-du-s>)

24 CASO CLINICO 21: QUISTE DE OVARIO

24.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 73. Datos personales.

Nombre	PBV
Edad	13 años
Sexo	Femenino
Ocupación	Estudiante
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos de Filiación caso 21.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 11 meses.

- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Crónico

Síntomas principales: menorragia y polimenorrea.

Madre de la paciente refiere que hace aproximadamente 11 meses hija inicia con menarquia, la cual duro 14 días aproximadamente. Con el pasar de los meses, paciente y madre notan que la menstruación es irregular, llegando a durar en algunas oportunidades entre 5-14 días. Además, comentan que, durante el mes de agosto, hija menstruo en 2 oportunidades. Paciente refiere dolores pre-menstruales los cuales calma con antiinflamatorios por vía oral. Debido a la irregularidad del régimen catamenial acuden a ginecólogo, para evaluación.

Funciones biológicas:

Tabla 624. Funciones biológicas.

Apetito	Sin alteración
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Sin alteración
Sudor	Sin alteración
Peso	Sin variación
Sueño	Insomnio
Animo	Activa

Nota. *Funciones biológicas caso 21.

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente de Lima. No fuma. No consume bebidas alcohólicas.
- Fisiológicos: Parto eutócico, de 40 semanas, sin complicaciones durante el embarazo. Recibió lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses. Niega problemas del desarrollo.
- Patológicos: No presenta antecedentes.

- Familiares: padres aparentemente sanos. Abuela materna cáncer de cérvix; abuelo materno con HTA, abuelo paterno HTA y cáncer de mediastino.

Examen físico:

- Apreciación general: Buen estado general, regular estado de nutrición, mal estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 120/60 FC: 68 lpm FR: 19 rpm. T°: 36.5°C. Sat 99%
- Somatometría: Sin alteración.
- Piel y anexos: Piel tibia, elástica, hidratada, sin palidez ni ictericia. Llenado capilar <2 segundos.
- Cabeza: Sin alteración.
- Cuello: Móvil. No se observa ingurgitación yugular, reflujo hepatoyugular (-). No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos sin presencia de soplos o ruidos agregados.
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasas bien en ACP. No presencia de ruidos estertores.
- Abdomen: abdomen simétrico, RHA (+). A la percusión, abdomen timpánico con matidez en hipogastrio, no doloroso, se palpa masa de 10 cm aprox. en región de hipogastrio, blanda y móvil.
- Extremidades: Móviles sin edema, fuerza conservada, pulsos presentes.
- Otorrinolaringología: No se evidencian lesiones. Mucosas húmedas.
- Genitourinario: paciente con micción espontanea. Puño percusión ausente.

- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Deambula sin dificultad.

24.2 Diagnósticos planteados

- Quiste de ovario
- Tumor de células germinales
- Inmadurez del eje hipotalámico- hipofisario

24.3 Analizando diagnósticos diferenciales

Los quistes de ovario, es una patología común, que por lo general causa poca o ninguna molestia, pero estos dependen del tamaño. Los quistes de ovario grandes pueden generar dolor abdominal. En la adolescencia además pueden crecer entre 6-8 cm de diámetro, pero suelen ser inofensivos. (82)

Por otra parte, los tumores de células germinales se forman a partir de células reproductoras y estos pueden ser malignos o no. El tratamiento puede incluir la cirugía para la exéresis del tumor con ayuda de quimioterapia y /o radioterapia según sea el caso. (83)

Por último, considerar como diagnostico la inmadurez del eje hipotalámico- hipofisario, puede ser propio durante los primeros años de edad ginecológica, siendo una de las causas de trastornos del ciclo menstrual frecuentes en la adolescencia, que se puede manifestar como amenorrea u oligomenorrea, pero también como metrorragia o polimenorrea. Debemos recordar que el diagnóstico es de exclusión, por lo que debemos descartar todas las causas de origen orgánico o funcional. (84)

24.4 Plan de trabajo diagnostico

Se solicita hemograma completo.

Tabla 635. Hemograma completo.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
Leucocitos	5.87	Mil/uL	4.5- 10.9
Hematíes	4.78	10 ⁶ /uL	4.5- 6.5
Plaquetas	334	10 ³ /uL	150-450
Hemoglobina	12.9	gr/dL	Hombre: 13.5- 18.0 Mujer: 12.5- 16.0
Hematocrito	38.0	%	Hombre: 42-52 Mujer: 37-47
Volumen Corpuscular Media	79.5	Fl	80.0 - 97.0
Hemoglobina Corpuscular Media	27.0	Pg	26.0 - 33.0
Conc. De Hb Corpuscular Media	34.0	g/dL	33.3 – 35.2
Abastoados	0	%	0.0 – 5.0
Neutrófilos Segmentados	50.0	%	45.0 – 74.0
Eosinófilos	3.0	%	0.0 – 4.4
Basófilos	0	%	0.7 – 7.5
Monocitos	4.0	%	0.7 – 7.5
Linfocitos	43.0	%	22.3- 49.9

Abastionados	0	Mil/uL	0.00 – 0.40
Absoluto			
Neutrófilos	2.94	Mil/uL	1.40 - 6.60
Segmentados			
Absoluto			
Eosinófilos	0.18	Mil/uL	0.0 - 0.30
Absoluto			
Monocitos	0.23	Mil/uL	0.00 – 0.50
Absoluto			
Linfocitos	2.52	Mil/uL	1.20 – 3.50
Absoluto			

Nota. *Hemograma completo caso 21.

Se solicita marcadores tumorales

Tabla 646. Marcadores tumorales.

Nota. *Marcadores tumorales caso 21.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
CEA CARCINOEMBRIONARIO)	(AG. 0.70	ng/mL	<5.8
AFP (ALFA FETO PROTEINA)	<1.00	ng/mL	<5.63
CA 125.	25.70	U/ml	<35
HCG CUANTITATIVO	0.50	mUI/ml	1 SEMANA: 5-50 2 SEMANA: 40- 1000

Se solicita examen de orina.

Tabla 77. Examen completo de orina.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
EXAMEN MACROSCOPICO			
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	LIGERAMENTE TURBIO		
DENSIDAD	1.015		1.005-1.030
EXAMEN BIOQUIMICO			
PH	5.00		4.5-8
GLUCOSA	NEGATIVO		
BILIRRUBINA	NEGATIVO		
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO		
PROTEINAS	NEGATIVO		
UROBILINOGENO	NEGATIVO		
NITRITOS	NEGATIVO		
SANGRE	NEGATIVO		
EXAMEN MICROSCOPICO			
LEUCOCITOS	0-2	X CAMPO	< 5
HEMATIES	0-2	X CAMPO	< 5
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS	Cel/camp	
GERMENES	1+		
CRISTALES	NO OBSERVA	SE	
CILINDROS	NO OBSERVA	SE	

FILAMENTOS	AUSENTES
MUCOIDES	

Se solicitan otros exámenes, para completar perfil quirúrgico.

Tabla 78. Otros exámenes auxiliares.

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH			
ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	VALOR REFERENCIAL
GRUPO SANGUINEO	"A"		
FACTOR RH	Positivo		
TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRIA			
TIEMPO DE COAGULACION	7 min		5 - 12 MIN
TIEMPO DE SANGRIA	3 min		1.0 - 5.0 MIN
TIEMPO DE PROTROMBINA			
TIEMPO DE PROTROMBINA	12	Segundos	10 - 14 seg.
INR	1.12		
HEPATITIS B ANTIGENO AUSTRALIANO			
HBSAG	NO REACTIVO		Reactivo: > 1.0 No reactivo: < 1.0
HIV- ANTIGENO ANTICUERPO	NO REACTIVO		< 0.90 No reactivo 0.90 - 0.99 Indeterminado > = 1.00 Reactivo
RPR	NO REACTIVO		

Nota. *Otros exámenes auxiliares caso 21.

Se realiza ecografía de pelvis. (Ver imagen 21)

Hallazgos:

Vejiga a repleción de paredes lisas y delgadas sin evidencia de pólipos ni cálculos; los planos grasos peri vesicales no muestran alteraciones. Útero anteverso, central, de contornos lisos y parénquima miometrial homogéneo, con endometrio lineal homogéneo, no evidencia de pólipos ni colecciones endometriales. En anexo derecho se evidencia extensa lesión quística de pared delgada, con múltiples tabiques, algunos completos y otros incompletos, algunos delgados y otros gruesos, que desplaza el útero hacia la izquierda, dicha lesión mide 14x10x12 cm con un volumen de 947 cc. Ovario izquierdo mide 32 x 17 mm presenta folículos periféricos menores de 8mm. No se evidencia líquido libre periuterino.

24.5 Plan terapéutico

Paciente es ingresada a servicio de ginecología oncológica en donde se realiza resección de quiste de ovario.

24.6 Seguimiento

Paciente es dada de alta al día siguiente de la operación con las siguientes indicaciones:

1. Ketesse 25 mg c/ 12 horas por 4 días.
2. Levofloxacino 500 mg c/24 horas por 5 días.
3. Control por consultorio en 7 días.

24.7 Reflexión

Los quistes de ovario son bolsas membranosas que pueden estar llenos de líquido o pueden presentar contenido sólido. Normalmente a la edad de la paciente, estos son de observación, ya que existe la posibilidad de que desaparezcan con el tiempo, pero en el caso de la niña, esta presentaba indicación de tratamiento quirúrgico, debido al tamaño mayor de 10 cm y sintomatología asociada. Otro de los tratamientos entregados por el especialista, para los casos de quistes ováricos son las pastillas anticonceptivas, pero hay que mencionar que el tamaño del quiste en este caso juega un rol fundamental en la elección del tratamiento.

Es importante en la paciente generar educación al respecto. Hoy en día, si bien las redes sociales y la información que existe en la web es amplia, en este caso, es importante conocer

el cuerpo, debido a que la tumoración en ella se palpaba, además de la educación que se debe brindar a una niña con respecto a su ciclo menstrual y al desarrollo de sus caracteres sexuales, para que ante cualquier anomalía no dude en acudir al médico.

25 CASO CLINICO 22 ANGIOEDEMA

25.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 65. Datos personales.

Nombre	JPS
Edad	70 años
Sexo	Masculino
Ocupación	Jubilado
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 22.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 9 horas.
- Forma de inicio: Brusco
- Curso: Agudo

Síntomas principales: Macroglosia.

Paciente varón de 70 años, acude a la emergencia debido a que hace 3 horas presenta aumento de volumen lingual con dificultad para emitir sonidos, niega disnea y dolor torácico. No presenta lesiones en lengua. Niega otros síntomas. Refiere auto medicarse con prednisona de 4 mg, pero persiste con los síntomas y comenta que presenta lengua de mayor volumen.

Funciones biológicas:

Tabla 660. Funciones biológicas.

Apetito	Sin alteración
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Sin alteración
Sudor	Aumentado
Peso	Sin alteración
Sueño	Sin alteración
Animo	Preocupado

Nota. *Funciones biológicas caso 22.

Antecedentes

- Personales: Natural y procedente de Lima.
- Fisiológicos: No refiere datos.
- Patológicos: Paciente niega enfermedades.
- Alergias: AINES.
- Cirugías previas: niega intervenciones.
- Familiares: Aparentemente sanos.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 175/77 FC: 76 lpm FR: 21 rpm. T°: 36.1°C. Sat 98%
- Piel: elástica, hidratada, no palidez, ni ictericia. Llenado capilar <2 seg.
- Cavidad oral: macroglosia (+++) desde la base con dificultad para emitir lenguaje, pero sin otras lesiones en lengua. No se palpan adenopatías. (ver imagen 19).

- Otorrinolaringología: No se evidencian lesiones. macroglosia (+++) desde la base con dificultad para emitir lenguaje, pero sin otras lesiones en lengua (ver imagen 19).
- Cuello: Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, No soplos. Pulsos periféricos presentes.
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso a la palpación. No se palpa masas.
- SOMA: Sin alteración.
- Extremidades: Móviles, fuerza conservada.
- Genitourinario: micción espontanea. PPL (-), PRU (-).
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No signos de focalización.

25.2 Diagnósticos planteados

- Anafilaxia
- Angioedema
- Urticaria

25.3 Analizando diagnósticos diferenciales

La anafilaxia es una reacción alérgica Se trata de una enfermedad grave que compromete todo el cuerpo debido a la liberación de histamina y otras sustancias, el manejo debe de ser inmediato debido a que puede comprometer las vías respiratorias ocasionando constricción de las vías aéreas, produciendo así problemas respiratorios. Presenta síntomas variados entre ellos el ocasionado en nuestro paciente, edema de cara, ojos y lengua.(85)

Por otra parte, el angioedema es una hinchazón, similar a la urticaria, pero que se presenta bajo la piel, puede estar causado por una reacción alérgica, en la mayoría de los casos no se encuentra la causa que la origina, pero es una patología que requiere ser tratada cuando se

considera moderada a grave. La dificultad respiratoria siempre será un signo de alarma que genera una situación de emergencia.(86)

Más alejada en la opción diagnóstica se encuentra la urticaria que se caracteriza por ronchas, habones, generalmente pruriginosas que aparecen en la superficie de la piel, también se trata de una reacción alérgica producida por un alérgeno. Se puede presentar en cualquier parte del cuerpo, los síntomas pueden ser severos si se presentan en boca o garganta, ya que puede provocar el bloqueo de las vías respiratorias. En este caso, se aleja del diagnóstico, ya que el paciente no refiere lesiones en piel. Igual cabe resaltar que el angiodema se puede presentar con urticaria. (87)

25.4 Plan de trabajo diagnóstico

Plan:

Se solicita Hemograma

Tabla 81. Hemograma completo.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
Leucocitos	6.77	Mil/uL	4.5- 10.9
Hematíes	5.65	10 ⁶ /uL	4.5- 6.5
Plaquetas	256	10 ³ /uL	150-450
Hemoglobina	16.90	gr/dL	Hombre: 13.5-18.0 Mujer: 12.5- 16.0
Hematocrito	49.7	%	Hombre: 42-52 Mujer: 37-47
Volumen Corpuscular	87.96	fl	80.0 - 97.0
Media			
Hemoglobina Corpuscular	29.91	Pg	26.0 - 33.0
Media			
Conc. De Hb Corpuscular	34.00	g/dL	33.3 – 35.2
Media			
Abastones	0	%	0.0 – 5.0
Neutrófilos Segmentados	69.0	%	45.0 – 74.0

Eosinófilos	4.0	%	0.0 – 4.4
Basófilos	1.0	%	0.7 – 7.5
Monocitos	5.0	%	0.7 – 7.5
Linfocitos	20.0	%	22.3- 49.9
Abastados Absoluto	0.07	Mil/uL	0.00 – 0.40
Neutrófilos Segmentados	4.74	Mil/uL	1.40 - 6.60
Absoluto			
Eosinófilos Absoluto	0.27	Mil/uL	0.0 - 0.30
Monocitos Absoluto	0.34	Mil/uL	0.00 – 0.50
Linfocitos Absoluto	1.35	Mil/uL	1.20 – 3.50

Nota. *Hemograma completo caso 22.

Se solicita perfil bioquímico

Tabla 82. Perfil bioquímico.

ANALISIS	RESULTADO
Albumina	4.8
Ácido úrico	7.1
Bilirrubina	0.59
Calcio	9.5
Colesterol Total	105
LDH	178
Fosfatasa alcalina	69
Fosforo	3.4
Glucosa	105
Nitrógeno ureico	14.40
Proteínas totales	7.97
Transaminasa oxaloacética	26.40
Creatinina	1.08

IFG estimada (Otras razas)	72
IGF estimada (Afroamericanos)	87

Nota. *Perfil bioquímico caso 22.

Se solicita proteína C reactiva

Tabla 673. Proteína C reactiva.

PROTEINAS EN SANGRE		
ANALISIS	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL
PROTEINA C REACTIVA	7	0 – 5

Nota. *Proteína C reactiva caso 22.

25.5 Plan terapéutico

1. Hidratación. ClNa 0.9% →I
2. Hidrocortisona 300 mg EV STAT
3. Clorfenamina 10 mg EV STAT
4. Se evaluará uso de adrenalina 05 mg IM por una vez según reevaluación.

25.6 Seguimiento

1era evolución: Paciente se encuentra más tranquilo, hemodinámicamente estable, ha disminuido parcialmente macroglosia, ya puede hablar un poco. Ha completado primer ClNa 0.9% de 1000cc. Se decide agregar:

- Epinefrina 0.5 mg IM por una vez (para prevenir riesgo de compromiso de vía aérea)
- Hidratación ClNa 0.9% →I

Se reevalúa al paciente a los 30 minutos y paciente presenta evolución favorable con disminución de volumen lingual, por lo que se decide alta con indicaciones médicas:

- Clorfenamina 4 mg c/12 horas por 5 días

- Prednisona 40 mg día por 5 días
- Hidratación abundante con dieta liviana.
- Control ambulatorio precoz con inmunólogo
- Se sugiere considerar tener epipen inyectable ante eventual episodio de mayor severidad sin posibilidad de atención de urgencia inmediata.
- Acudir a urgencia si temperatura mayor a 38° C, extensión de lesiones, compromiso de mucosas, dificultad respiratoria o según necesidad.

25.7 Reflexión

El angioedema es un edema de piel, mucosas o de ambas, en el caso presentado solo es de mucosas. Se caracteriza por iniciar de forma rápida y dura un corto periodo de tiempo. Según datos bibliográficos, el 49% de los pacientes que presenta urticaria, conjuntamente desarrolla angioedema. La población afectada, mayoritariamente, es femenina, pero en el caso de los hombres, es más frecuente su prevalencia de angioedema idiopático. (88)

El angioedema, como se menciona en la literatura, es producido por el aumento local de la permeabilidad de los capilares subcutáneos o submucoso y de las vénulas postcapilares, lo que produce una extravasación local de plasma y como resultado un edema transitorio. Desde el punto de vista fisiopatológico, el angioedema se divide en tres tipos:(89)

1. Dependientes de la degranulación de mastocitos.
2. Por inhibición de la ciclooxygenasa.
3. Mediado por bradicininas.

Según esto los dos primeros se presentan con urticaria y el tercero no. Así los podemos clasificar como muestra la tabla a continuación.

Tabla 684. Clasificación de la urticaria.

CON URTICARIA

Alérgico agudo

Por AINES

Asociado a urticarias físicas

Relacionado con infecciones

Relacionado con eosinofilia

Adquirido idiopático, asociado a urticaria crónica idiopática o autoinmune

SIN URTICARIA

Por IECA

Hereditario

Adquirido

Idiopático

Nota. *Etiologías del angioedema con y sin urticaria. Adaptado de “Idiopathic Angioedema: Current Challenges”, por Belbézier A, Bocquet A, Bouillet L. Idiopathic Angioedema: Current Challenges, 2020. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32368100/>)

Según lo presentado con anterioridad, el paciente presenta una angioedema sin urticaria de tipo idiopático. Esto quiere decir que no se le puede atribuir una causa específica. Sin embargo, investigaciones recientes han mostrado su asociación con procesos autoinmunes en 30% a 50%.(88)

26 CASO CLINICO 23: ABORTO ESPONTÁNEO

26.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 695. Datos personales.

Nombre	PMMR
Edad	37 años
Sexo	Femenino
Ocupación	Enfermera
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 23.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 10 días.

- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo

Síntomas principales: Sangrado.

Paciente mujer de 37 años, refiere que presentaba embarazo planificado de 6 semanas de gestación. Hasta hace 10 días inicia con sangrado escaso, siendo evaluada por ginecólogo que ante amenaza de aborto indica reposo en cama más pastillas de progesterona. Durante la última semana presento controles ecográficos periódicos y desde hace 3 días embrión no presenta latidos cardíofetales. A partir de ayer a las 6 am presenta contracciones leves que se han ido intensificando, siendo más seguidas presentándose cada 5 minutos.

En base a lo anterior acude a urgencia.

Funciones biológicas:

Tabla 706. Funciones biológicas.

Apetito	Disminuido
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Estreñimiento
Sudor	Sin alteración
Peso	Levemente aumentado
Sueño	Aumentado
Animo	Labilidad emocional

Nota. *Funciones biológicas caso 23.

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente de Lima.
- Fisiológicos: No presenta información.
- Patológicos: Asma cuando era niña, niega eventos en los últimos años. Niega hipertensión arterial, diabetes. Niega enfermedad de transmisión sexual.
- Ginecológicos:

- Menarquia: 10 años
- FUR: 26.10.2022
- RC: 7/26-28 días, abundante.
- Inicio de relaciones sexuales: 18 años.
- Número de parejas sexuales: 02
- Gestaciones: 2
- PARA:1011
- FPP: 26 junio 2023
- Edad gestacional: 6 semanas
- Controles prenatales: Si
- Método anticonceptivo: Niega
- PAP: último en junio 2022. Resultado: (-)
- Cirugías previas: Niega.
- Familiares: Madre cáncer de mama y linfoma no Hodking.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 120/74 FC: 69 lpm FR: 18rpm. T°: 36.0°C. Sat 100%
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2seg.
- TCSC: No edemas.
- Cuello: Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, No soplos
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.

- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso, de percusión timpánica.
- Genitourinario: paciente con micción espontánea.
- Ginecológico: presenta dilatación cervical de aproximadamente 3cm. Con cérvix blando, con presencia de sangrado.
- Extremidades: Móviles, fuerza conservada.
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No signos de focalización.

26.2 Diagnósticos planteados

- Gestante de 6 semanas
- Aborto espontáneo

26.3 Analizando diagnósticos diferenciales

El aborto espontáneo es la pérdida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación. En este caso cumple con el criterio ya que la paciente presenta 6 semanas de gestación. Este se puede subdividir en amenaza de aborto, aborto inevitable, aborto incompleto, aborto retenido, aborto séptico, aborto completo y aborto espontáneo recurrente. En este caso, el diagnóstico está dado, ya que la paciente presentó inicialmente una amenaza de aborto, el cual recibió tratamiento.⁽⁹⁰⁾ El diagnóstico de un aborto espontáneo es inevitable si encontramos un cuello uterino dilatado, como lo presenta la paciente, sin embargo siempre debe confirmarse mediante una ecografía transvaginal para ver si este es completo o incompleto. En el caso presentado, este es confirmado mediante ecografía, que confirma la ausencia de latidos fetales, con restos de productos retenidos en útero.

26.4 Plan de trabajo diagnóstico

Se solicita hemograma completo

Tabla 87. Hemograma completo.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
----------	-----------	--------	----------------------

Leucocitos	7.55	Mil/uL	4.5- 10.9
Hematíes	4.92	10 ⁶ /uL	4.5- 6.5
Plaquetas	346	10 ³ /uL	150-450
Hemoglobina	13.7	gr/dL	Hombre: 13.5-18.0 Mujer: 12.5- 16.0
Hematocrito	41.6	%	Hombre: 42-52 Mujer: 37-47
Volumen Corpuscular	84.6	fl	80.0 - 97.0
Media			
Hemoglobina Corpuscular	27.9	Pg	26.0 - 33.0
Media			
Conc. De Hb Corpuscular	33.0	g/dL	33.3 – 35.2
Media			
Abastoados	0	%	0.0 – 5.0
Neutrófilos Segmentados	70.0	%	45.0 – 74.0
Eosinófilos	0.0	%	0.0 – 4.4
Basófilos	0.0	%	0.7 – 7.5
Monocitos	4.0	%	0.7 – 7.5
Linfocitos	26.0	%	22.3- 49.9
Abastoados Absoluto	0.00	Mil/uL	0.00 – 0.40
Neutrófilos Segmentados Absoluto	5.29	Mil/uL	1.40 - 6.60
Eosinófilos Absoluto	0.00	Mil/uL	0.0 - 0.30
Monocitos Absoluto	0.30	Mil/uL	0.00 – 0.50
Linfocitos Absoluto	1.96	Mil/uL	1.20 – 3.50

Nota. *Hemograma completo caso 23.

Se solicita perfil de coagulación.

Tabla 71. Perfil de coagulación.

TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRIA			
ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
TIEMPO DE COAGULACION	7 min		5 - 12 MIN
TIEMPO DE SANGRIA	3 min		1.0 - 5.0 MIN
TIEMPO DE PROTROMBINA			
TIEMPO DE PROTROMBINA	13	segundos	10 - 14 seg.
INR	1.22		

Nota. *Perfil de coagulación caso 23.

Se solicita grupo sanguíneo.

Tabla 8972. Grupo sanguíneo y factor RH.

GRUPO SANGUINEO Y FACTOR RH	
ANALISIS	RESULTADO
GRUPO SANGUINEO	"O"
FACTOR RH	Positivo

Nota. *Grupo sanguíneo y factor RH caso 23.

Se solicita urea y creatinina.

Tabla 90. Urea y Creatinina.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
UREA	17	mg/dl	10- 50
CREATININA	0.73	mg/dl	Mujeres :0.6 a 1.1

Nota. *Urea y creatinina caso 23.

Se solicita hepatitis, HIV, RPR.

Tabla 91. Hepatitis B, HIV y RPR.

HEPATITIS B ANTIGENO AUSTRALIANO			
ANALISIS	RESULTADO	RANGO REFERENCIAL	
HBSAG	NO REACTIVO	Reactivo: >	1.0 No reactivo: < 1.0
HIV- ANTIGENO ANTICUERPO	NO REACTIVO	< 0.90	No reactivo 0.90 - 0.99 Indeterminado > = 1.00 Reactivo
RPR	NO REACTIVO		

Nota. *Hepatitis B, HIV y RPR caso 23.

Se solicita examen de orina.

Tabla 732. Examen completo de orina.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
EXAMEN MACROSCOPICO			
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	Turbio		
DENSIDAD	1.015		1.005-1.030
EXAMEN BIOQUIMICO			
PH	6.00		4.5-8
GLUCOSA	NEGATIVO		
BILIRRUBINA	NEGATIVO		
CUERPOS CETONICOS	1+		
PROTEINAS	NEGATIVO		
UROBILINOGENO	NEGATIVO		
NITRITOS	NEGATIVO		
SANGRE	3 +		
EXAMEN MICROSCOPICO			
LEUCOCITOS	0-2	X CAMPO	< 5
HEMATIES	> 100	X CAMPO	< 5
CELULAS EPITELIALES	REGULAR CANTIDAD	Cel/camp	
GERMENES	1 +		
CRISTALES	NO SE OBSERVA		
CILINDROS	NO SE OBSERVA		
FILAMENTOS MUCOIDES	1 +		

Nota. *Examen completo de orina caso 23.

26.5 Plan terapéutico

Se decide realizar un legrado uterino. Debido a dolor, se administra previamente al legrado:

- Hidratación ClNa 0.9 % 500 cc
- Ketoprofeno 100 mg EV STAT
- Paracetamol 1 gr EV STAT
- Misoprostol 200 mcg 2 tabletas vía vaginal

26.6 Seguimiento

Se realiza legrado uterino a la paciente, este procedimiento se realiza de manera ambulatoria.

Paciente se retira de la institución con las siguientes indicaciones:

- Ketesse 25 mg c/12 horas por 4 días
- Levofloxacino 500 mg c/24 horas por 5 días.

26.7 Reflexión

Casi el 20 % de las mujeres embarazadas tendrán algún sangrado antes de las 20 semanas de gestación y de estos el 50% terminan en aborto espontáneo. Las anomalías cromosómicas conforman el 49% de las causas directas de aborto espontáneo. Otros de los factores de riesgo es la edad avanzada de la madre, consumo de alcohol, enfermedades maternas crónicas, tabaco, entre otros.(91) En cuanto al tratamiento, en la paciente se realizó la dilatación y el legrado uterino, pero estudios mencionan que se debe de considerar las preferencias de la paciente al elegir el tratamiento para el aborto espontáneo. El personal de salud debe de discutir las opciones disponibles y la evidencia para respaldar cada opción con el paciente. Existe evidencia que menciona, que las mujeres, que se les da la oportunidad de elegir una opción de tratamiento tienen una mejor salud mental posterior al aborto, que las mujeres que no se les permite elegir su terapia. Se considera muy importante este punto, ya que la paciente se encontraba sensible con la situación vivida. Por otra parte, los tiempos de pandemia y los protocolos, no permiten el acompañamiento de la pareja en este proceso, lo cual para la salud mental también es un factor importante.(92)

27 CASO CLINICO 24 CEFALEA

27.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 743. Datos personales.

Nombre	MFA
Edad	50 años
Sexo	Femenino
Ocupación	Abogada
Religión	Cristiana
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 24.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 3 días.
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo

Síntomas principales: Cefalea

Paciente mujer de 50 años, refiere que hace 3 días presenta cefalea de inicio progresivo, las cuales se presentan por las tardes. Se caracteriza por ser un dolor tipo pulsátil, constante, de predominio frontal que evoluciona a hemicraneo derecho y después de un par de horas se hace holocraneana. Refiere fotofobia y fonofobia. Comenta que al inicio de estos episodios presenta un dolor frontal y “pesadez” visual. Paciente niega dificultades para hablar. No refiere pérdida de fuerza muscular ni signos de focalización. Comenta que, ante los síntomas, se auto médica con paracetamol 500 mg cada 12 horas y además agrega sumigran (Sumatriptan 85mg/ Naproxeno 500 mg) una vez al día. Paciente acude, debido a que el dolor es invalidante. Como antecedente, menciona que hace 6 días inicia con dieta de ayuno intermitente y refiere aumento del estrés laboral. Además de presentar episodios similares previos, pero que siempre los ha auto-controlado con una adecuada analgesia.

Funciones biológicas:

Tabla 754. Funciones biológicas.

Apetito	Disminuido
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Estreñimiento
Sudor	Sin alteración
Peso	Sin alteración
Sueño	Disminuido
Animo	Estresada

Nota. *Funciones biológicas caso 24.

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente de Lima.
- Fisiológicos: No presenta información.
- Patológicos: Niega antecedentes patológicos.
- Ginecológicos:
 - Menarquia: 12 años
 - FUR: menopaúsica
 - Inicio de relaciones sexuales: 17 años.
 - Número de parejas sexuales: 05
 - Gestaciones: 1
 - PARA: 2002
 - Método anticonceptivo: Niega
 - PAP: último en mayo 2022. Resultado: (-)
- Cirugías previas: Niega.

- Familiares: Madre cáncer de mama, padre HTA.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 120/60 FC: 71 lpm FR: 19rpm. T°: 36.3°C. Sat 100%
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2seg.
- TCSC: No edemas.
- Cuello: Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, No soplos
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso, de percusión timpánico.
- Genitourinario: paciente con micción espontanea.
- Extremidades: Móviles, fuerza conservada.
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No signos de focalización.

27.2 Diagnósticos planteados

- Síndrome de cefalea aguda recurrente
 - Migraña
 - Cefalea tensional episódica
 - Cefalea en racimo

27.3 Analizando diagnósticos diferenciales

La migraña es una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Es una cefalea que puede o no presentar aura. En este caso la paciente presentó una migraña con aura, ya que presentó síntomas sensoriales, visuales. Se sabe, que el aura generalmente inicia antes de presentarse la migraña, pero también puede ocurrir con el inicio de los síntomas o una vez cesado la cefalea.

La cefalea tensional episódica, se define como el dolor de cabeza que se presenta más de una a 14 veces en un mes. Es común que se vincule con problemas musculares de la zona cervical o estrés. Al ocasionarse eventualmente, cada episodio, generalmente, es de corta conservación (unas pocas horas), pero puede durar algunos días.(93)

Por último, la cefalea en racimo, se caracteriza por presentar episodios recurrentes y frecuentes (varias veces en el día), pero estas son sumamente dolorosas. La cefalea se concentra en torno a un ojo, produciendo lagrimeo, y enrojecimiento de este. Además, se puede acompañar de rinorrea u obstrucción de la fosa nasal del lado afectado, sumándosele ptosis palpebral del lado afectado. En este caso, este diagnóstico es más alejado, ya que la paciente no presenta la clínica. (94)

27.4 Plan de trabajo diagnóstico

Paciente presenta cefalea sin signos de alarma por lo que no es necesario tomar una tomografía cerebral sin contraste, por lo que se trata sintomáticamente.

27.5 Plan terapéutico

Se le indica:

- ClNa 0.9% 500 cc EV STAT
- Ketorolaco 30 mg EV STAT
- Paracetamol 1 gr EV STAT
- Metoclopramida 10 mg EV STAT
- Betametasona 4 mg EV STAT
- Se reevalúa a la paciente en 1 hora.

27.6 Seguimiento

Se reevalúa a la paciente hemodinámicamente estable, afebril, con dolor 1/10 EVA, sin náuseas. Dado la buena respuesta al tratamiento se da de alta sin requerir mayor estudio actualmente. Paciente es dada de alta con las siguientes indicaciones:

- Ketorolaco 10 mg c/ 8 horas por 4 días.
- Paracetamol 1 gr c/ 8 horas por 5 días.
- Metoclopramida 10 mg c/ 12 horas por 5 días.
- Omeprazol 20 mg c/24 horas por 5 días.

27.7 Reflexión

La cefalea es una de las enfermedades con mayor índice de incapacidad. Según la literatura, una de “las principales causas de ausentismo laboral se encuentra, por ejemplo, la migraña como sexta causa mundial de años perdidos por discapacidad” (95, p 2). Los pacientes con cefaleas frecuentes, presentan la preocupación constante con respecto al siguiente episodio, por lo que esto daña su vida social y laboral. (95)

Por otra parte, el tratamiento agudo muchas veces ineficaz, el uso excesivo de medicamentos para la migraña aguda, la obesidad, y eventos estresantes son factores de riesgo modificables que pueden aumentar el riesgo de progresión de la migraña.(96) Muchas veces, en la urgencia, el personal de salud, no tiene el tiempo adecuado para educar al paciente sobre estos factores que pueden aumentar el umbral de la migraña, incluido en esto el uso adecuado de medicamentos preventivos de la migraña, el ejercicio físico y el manejo del estrés.

28 CASO CLINICO 25 ATAQUE DE PANICO

28.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 765. Datos personales.

Nombre	SCA
Edad	33 años

Sexo	Masculino
Ocupación	Ingeniero
Religión	
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 25.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 12 horas.
- Forma de inicio: Insidioso.
- Curso: Progresivo.

Síntomas principales: Crisis de pánico.

Paciente varón de 33 años, refiere que hace 12 horas presenta episodio de palpitations, que se han intensificado con el pasar de las horas, asociándose a sensación de ahogo o disnea. Desde hace una hora, se agrega dolor torácico anterior de intensidad moderada 7/10 EVA. Asociado a esto refiere sudoración en ambas manos. Comenta que hace 2 meses un compañero de oficina presento síntomas similares y falleció de un infarto agudo al miocardio. Se encuentra muy preocupado debido a que será papá dentro de algunas semanas y tiene miedo a morir, por lo que acude a urgencia.

Funciones biológicas:

Tabla 776. Funciones biológicas.

Apetito	Disminuido
Sed	Disminuida
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Sin alteración
Sudor	Aumentado
Peso	Sin alteración

Sueño	Disminuido
Animo	Ansioso

Nota. *Funciones biológicas caso 25.

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente de Lima.
- Fisiológicos: No presenta información.
- Patológicos: Niega antecedentes patológicos.
- Cirugías previas: Niega.
- Familiares: Aparentemente sanos.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 141/75 FC: 96 lpm FR: 18rpm. T°: 36.7°C. Sat 99%
- Piel: tibia, sudorosa en manos, hidratada, llenado capilar <2seg.
- TCSC: No edemas.
- Cuello: Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, No soplos. Leve dolor al palpar articulaciones costoverbrales anteriores 6to y 7mo arco costal.
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso, de percusión timpánica.
- Genitourinario: paciente con micción espontánea.
- Extremidades: Móviles, fuerza conservada.

- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No signos de focalización.

28.2 Diagnósticos planteados

- Síndrome coronario agudo
 - Infarto agudo de miocardio
 - Angina de pecho
- Crisis de pánico

28.3 Analizando diagnósticos diferenciales

El síndrome coronario agudo incluye la angina inestable y el infarto de miocardio con o sin elevación del segmento ST. Todos estos diagnósticos, implican isquemia coronaria que se pueden distinguir según los síntomas, hallazgos en el electrocardiograma y enzimas cardíacas. Es importante poder distinguir el diagnóstico, asociado al síndrome, ya que el manejo y el pronóstico difieren.

La angina inestable, se puede manifestar con inestabilidad hemodinámica y ser predictora de un infarto agudo de miocardio, o del desarrollo de arritmias. Presenta cambios en el electrocardiograma, pero no se modifican los marcadores cardíacos. En cambio, el infarto de miocardio sea con elevación o no del segmento ST presenta elevación de las enzimas cardíacas, se ven cambios electrocardiográficos como infra-desnivel del segmento ST, inversión de la onda T, supra-desnivel del segmento ST, bloqueo de rama izquierda, etc. (97) Es por esto que para la confirmación de estos diagnósticos en el paciente presentado es importante la realización de exámenes auxiliares.

Por último, la crisis de pánico, este diagnóstico debe ser considerado entre los diagnósticos diferenciales, pero hay que recordar, que será un diagnóstico de descarte, una vez se compruebe no existir causas biológicas que produzcan los síntomas. Esta enfermedad puede ocasionar palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de falta de aire, molestias torácicas, náuseas, mareos, miedo, opresión o dolor torácico, miedo a morir entre otros. El paciente presenta gran parte de los síntomas mencionados.

28.4 Plan de trabajo diagnostico

Se solicita electrocardiograma (Ver Imagen 22)

Se solicitan enzimas cardiacas

Tabla 97. Enzimas cardiacas.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	VALOR REFERENCIAL
TROPONINA I	1530	ng/ml	0.005-0.014
CK-MB MASA	227.50	ng/ml	0.1- 4.94
CREATINQUINASA CK TOTAL	1906	U/l	39- 190

Nota. *Enzimas cardiacas, caso 25.

28.5 Plan terapéutico

- Lorazepam 4 mg en 1 ml EV; dar 1-2 mg EV.
- IC a Psiquiatría
- Alta

28.6 Seguimiento

Servicio de psiquiatría indica tratamiento:

- Sertralina 50 mg/día
- Alprazolam 2 mg/ día
- Control con el servicio en 2 semanas y evaluación psicológica continúa.

28.7 Reflexión

El ataque de pánico es una enfermedad frecuente en el primer nivel de atención, o atención primaria de salud, pero esta no es diagnosticada correctamente. Se estima que un 50% de los pacientes no fueron diagnosticados, por lo que continúan sufriendo este problema, probablemente visitando servicios de urgencia, por las mismas molestias. Además, se asocia a trastornos de ansiedad, que es el miedo frecuente a que nuevamente ocurra una crisis de pánico. (98)

Es importante como equipo multidisciplinario de salud, no menospreciar este tipo de diagnóstico, es más es obligación del personal de salud conocerlo y diagnosticarlo adecuadamente, ya que ocasiona invalidez en el paciente aislándolo de su entorno o de actividades habituales.(99)

29 CASO CLINICO 26 EMBARAZO

29.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 98. Datos personales.

Nombre	DCE
Edad	33 años
Sexo	Femenino
Ocupación	Periodista
Religión	Católica
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 26.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 5 días.
- Forma de inicio: Brusco
- Curso: Agudo

Síntomas principales: Dolor abdominal

Paciente mujer de 33 años, refiere que hace 5 días presenta dolor abdominal de inicio brusco, tipo espasmódico, de intensidad leve 3/10 EVA, asociado a náuseas y en algunas ocasiones vómitos de contenido alimenticio. Consulto hace 2 días en el servicio de Urgencia de otra institución, donde por antecedente de consumo de sushi el día anterior al inicio de los síntomas, se decide manejo con antieméticos, analgesia e hidratación, dando el alta con diagnóstico de gastroenteritis. A pesar del tratamiento, los últimos días han persistido las

molestias abdominales bajas, las náuseas y vómitos post prandiales, por lo cual acude nuevamente a re-consultar.

Funciones biológicas:

Tabla 99. Funciones biológicas.

Apetito	Disminuido
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Estreñimiento
Sudor	Sin alteración
Peso	Sin alteración (sobrepeso)
Sueño	Disminuido
Animo	Ansiosa

Nota. *Funciones biológicas caso 24.

Antecedentes:

- Personales: Natural de Lima, procedente de Lima.
- Fisiológicos: No presenta información.
- Patológicos: Refiere presentar ovario poliquístico en tratamiento con anticonceptivos orales.
- Ginecológicos:
 - Menarquia: 11 años
 - FUR: 05.11.2022
 - Inicio de relaciones sexuales: 18 años.
 - Número de parejas sexuales: 02
 - Gestaciones: 0
 - PARA: 0000
 - Método anticonceptivo: Acos
 - PAP: último en febrero 2022. Resultado: (-)

- Cirugías previas: Niega.
- Familiares: Aparentemente sanos.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, regular estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 126/70 FC: 70 lpm FR: 20rpm. T°: 36.6°C. Sat 100%
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2seg.
- TCSC: No edemas.
- Cuello: Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, No soplos
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso, de percusión timpánico.
- Genitourinario: paciente con micción espontanea.
- Extremidades: Móviles, fuerza conservada.
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No signos de focalización.

29.2 Diagnósticos planteados

- Gastroenteritis aguda
- Reflujo gastroesofágico
- d/c embarazo

29.3 Analizando diagnósticos diferenciales

La gastroenteritis aguda, es una inflamación de la mucosa intestinal que puede afectar distintas partes del sistema digestivo. Las causas más frecuentes son infecciones virales e

intoxicaciones alimentarias. Sus principales síntomas incluyen dolor abdominal, que habitualmente es de tipo cólico, náuseas, vómitos y diarrea. En el caso de nuestra paciente, se debe considerar este diagnóstico, ya que ella presenta los síntomas antes mencionados.

Por otra parte, se debe considerar el diagnóstico de reflujo gastroesofágico, el cual consiste en sensación de acidez, dolor urente en epigastrio que se irradia a faringe con sensación de pirosis, lo que genera regurgitación y en algunos pacientes da sensación de náuseas que pueden llegar a los vómitos, tal como lo presenta el caso descrito.

Por último, en el contexto de que solo presenta náuseas, un par de vómitos alimentarios biliosos sin elementos patológicos, sin alteración de las deposiciones, con tolerancia oral conservada y dolor/ molestias hipogástricas inespecíficas se hace necesario descartar en una mujer en edad fértil con actividad sexual positiva, un embarazo en curso.

29.4 Plan de trabajo diagnóstico

Se solicita Beta-hcg

Tabla 780. Beta Hcg.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
HCG CUANTITATIVO	97450	mUI/ml	1 SEMANA: 5-50
			2 SEMANA: 40- 1000
			3 SEMANA: 100-5000
			4 SEMANA: 600-10000
			5- 6 SEMANAS: 1500-100000
			7-8 SEMANAS: 16000-200000
			2-3 MESES: 12000- 300000
			2DO TRIMESTRE: 24000-55000
			3ER TRIMESTRE: 6000-48000

Nota. *Beta Hcg, caso 26.

Hemograma

Tabla 791. Hemograma completo.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
Leucocitos	8.50	Mil/uL	4.5- 10.9
Hematíes	4.8	10 ⁶ /uL	4.5- 6.5
Plaquetas	295	10 ³ /uL	150-450
Hemoglobina	12.3	gr/dL	Hombre: 13.5-18.0 Mujer: 12.5- 16.0
Hematocrito	36.8	%	Hombre: 42-52 Mujer: 37-47
Volumen Corpuscular Media	96.3	fl	80.0 - 97.0
Hemoglobina Corpuscular Media	29.9	Pg	26.0 - 33.0
Conc. De Hb Corpuscular Media	32.9	g/dL	33.3 – 35.2
Abastionados	0	%	0.0 – 5.0
Neutrófilos Segmentados	56	%	45.0 – 74.0
Eosinófilos	1	%	0.0 – 4.4
Basófilos	0.7	%	0.7 – 7.5
Monocitos	4.3	%	0.7 – 7.5
Linfocitos	22.3	%	22.3- 49.9
Abastionados Absoluto	0.00	Mil/uL	0.00 – 0.40
Neutrófilos Segmentados Absoluto	5.34	Mil/uL	1.40 - 6.60
Eosinófilos Absoluto	0.005	Mil/uL	0.0 - 0.30
Monocitos Absoluto	0.34	Mil/uL	0.00 – 0.50
Linfocitos Absoluto	1.65	Mil/uL	1.20 – 3.50

Nota. *Hemograma completo, caso 26.

PCR

Tabla 802. Proteína C reactiva.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA	2	mg/L	<5.0 mg/L

Nota. *Proteína C reactiva, caso 26

29.5 Plan terapéutico

1. CIna 0.9% 1000cc EV STAT
2. Ondansetron 4mg EV STAT
3. Omeprazol 40 mg EV STAT
4. Paracetamol 1 gr EV STAT

29.6 Seguimiento

Paciente es dada de alta con interconsulta con ginecología para control prenatal.

29.7 Reflexión

En paciente joven, mujer, en edad fértil, sexualmente activa no se debe dejar de sospechar en embarazo, si bien se debe de considerar diagnósticos diferenciales no se debe dejar de descartar la posibilidad diagnóstica de embarazo. Desde el punto de vista del plan terapéutico, este puede influir directamente en el desarrollo del embarazo, en caso se administren drogas que pueden estar contraindicadas, sobre todo durante el primer trimestre, o solicitar exámenes que atenten con el desarrollo del embrión o feto.

Por otra parte, es importante educar a la paciente sobre lo fundamental que es llevar un buen y correcto desarrollo prenatal para disminuir los riesgos de malformaciones u retrasos de crecimiento embrionario, etc.

30 CASO CLINICO 27 DIVERTICULITIS

30.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 813. Datos personales.

Nombre	DAU
Edad	68 años

Sexo	Masculino
Ocupación	Jubilado
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 27.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 4 días.
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo

Síntomas principales: Dolor abdominal

Paciente varón de 68 años, refiere que hace 4 días presenta dolor abdominal difuso que al segundo día se focaliza en flanco izquierdo, tipo cólico, asociado a deposiciones diarreicas. Desde ayer sus deposiciones presentan rasgos de sangre. Sumado a esto ha presentado dos episodios de fiebre, cuantificada hasta 38.5°C, la cual ha intentado controlar con paracetamol 1 gr SOS con respuesta parcial. No refiere consumo de mayonesa casera, mariscos, viajes al extranjero, ni uso de antibióticos recientemente. Actualmente acude a urgencia debido a persistencia de los síntomas.

Funciones biológicas:

Tabla 824. Funciones biológicas.

Apetito	Disminuido
Sed	Aumentada
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Diarrea- disentería
Sudor	Aumentado
Peso	Sin alteración (obesidad grado I)

Sueño	Disminuido
--------------	------------

Animo	Preocupado
--------------	------------

Nota: *Funciones biológicas caso 27.

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente de Lima.
- Fisiológicos: No presenta información.
- Patológicos: Hipertensión arterial en tratamiento con losartán de 50 mg cada 12 horas. Resistencia a la insulina en tratamiento con metformina de 850 mg cada 24 horas.
- Cirugías previas: colecistectomía convencional hace 10 años.
- Familiares: Aparentemente sanos.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, mal estado de nutrición, regular estado de hidratación.
- Funciones vitales: PA: 126/70 FC: 70 lpm FR: 20rpm. T°: 36.6°C. Sat 100%
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2seg.
- TCSC: No edemas.
- Cuello: Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, No soplos
- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso, de percusión timpánico, presenta evidente distensión abdominal.
- Genitourinario: paciente con micción espontanea.

- Extremidades: Móviles, fuerza conservada.
- Neurológico: Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No signos de focalización.

30.2 Diagnósticos planteados

- Diverticulitis
- Carcinoma colorrectal
- Enfermedad de Crohn

30.3 Analizando diagnósticos diferenciales

La diverticulitis aguda, es la inflamación activa del divertículo del colón que dentro de sus complicaciones incluye la perforación o microperforación. Esta enfermedad, se puede presentar como leve dolor intermitente o como un dolor abdominal intenso, constante generalmente en cuadrante inferior izquierdo. La diverticulitis se puede presentar con estreñimiento o diarrea. Los síntomas sistémicos más comunes es la fiebre, náuseas, vómitos y en algunos casos síntomas urinarios. Según lo descrito el paciente refiere varios de los síntomas mencionados.(74)

El cáncer colorrectal es el que se origina en el colon o el recto, pero se agrupan debido a que comparten características comunes. La mayoría inicia como un crecimiento de pólipos que se pueden volver malignos, generalmente estos son los pólipos de tipo adenomatosos (se consideran una afectación precancerosa). (100) Los síntomas asociados son diarrea o estreñimiento, sensación de que el intestino no se evacua por completo, sangre en las heces, heces más delgadas de lo normal, dolor abdominal tipo calambre. Estos síntomas no son presentados por el paciente, así que se considera un diagnóstico más alejado.(101)

Por último, se debe considerar la enfermedad de Crohn, la cual consiste en una afección inflamatoria del tubo digestivo, por lo que se considera una enfermedad inflamatoria intestinal. Se desconoce su causa, pero se cree que es un proceso autoinmune. Los principales síntomas incluyen dolor abdominal tipo cólico, fiebre, fatiga, pérdida de peso, diarreas acuosas sanguinolentas, tenesmo rectal, entre otros. Este diagnóstico, más alejado, se debe considerar, pero se deben de descartar otras causas más comunes antes. (102)

30.4 Plan de trabajo diagnostico

Se solicita hemograma completo

Tabla 835. Hemograma completo.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
Leucocitos	14.8	Mil/uL	4.5- 10.9
Hematíes	4.8	10 ⁶ /uL	4.5- 6.5
Plaquetas	225	10 ³ /uL	150-450
Hemoglobina	15.0	gr/dL	Hombre: 13.5-18.0 Mujer: 12.5- 16.0
Hematocrito	44	%	Hombre: 42-52 Mujer: 37-47
Volumen Corpuscular Media	96.3	fl	80.0 - 97.0
Hemoglobina Corpuscular Media	31.3	Pg	26.0 - 33.0
Conc. De Hb Corpuscular Media	33.8	g/dL	33.3 – 35.2
Abastionados	0	%	0.0 – 5.0
Neutrófilos Segmentados	75	%	45.0 – 74.0
Eosinófilos	0	%	0.0 – 4.4
Basófilos	1.2	%	0.7 – 7.5
Monocitos	4.3	%	0.7 – 7.5
Linfocitos	50.1	%	22.3- 49.9
Abastionados Absoluto	0.00	Mil/uL	0.00 – 0.40
Neutrófilos Segmentados Absoluto	4.3	Mil/uL	1.40 - 6.60
Eosinófilos Absoluto	0.0	Mil/uL	0.0 - 0.30
Monocitos Absoluto	0.34	Mil/uL	0.00 – 0.50
Linfocitos Absoluto	3.56	Mil/uL	1.20 – 3.50

Nota. *Hemograma completo caso 27.

Se solicita PCR

Tabla 846. Proteína C reactiva.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA	87	mg/L	<5.0 mg/L

Nota. *Proteína C reactiva, caso 27.

Se solicita Tomografía con contraste (ver Imagen 23)

30.5 Plan terapéutico

1. ClNa 0.9 % 1000cc EV STAT
2. Ketoprofeno 200 mg EV STAT
3. Paracetamol 1 gr EV STAT
4. Ceftriaxona 2 gr EV STAT
5. Metronidazol 500 mg EV STAT
6. Omeprazol 20 mg EV STAT
7. Hioscina 20 mg EV STAT

30.6 Seguimiento

Paciente pasa a hospitalización para ser observado por 48 horas al servicio de medicina interna.

30.7 Reflexión

Hay que recordar, que para el diagnóstico inicial de diverticulitis y determinar la gravedad es necesaria la clasificación de Hinchey modificada, que nos ayuda a distinguir etapas de diverticulitis complicada, absceso o peritonitis (Ver tabla 105) y según el estadio definir el tratamiento, en el caso presentado, el paciente presenta una clasificación 0, por lo que se da tratamiento farmacológico.

Tabla 1857. Clasificación de Hinchey modificada.

DESCRIPCION
0 Diverticulitis clínicamente moderada
1a Inflamación pericólica limitada, no absceso

Ib	Inflamación pericólica limitada, con absceso
II	Absceso pélvico retroperitoneal o distancia
III	Peritonitis generalizada, no comunicación con luz intestinal
IV	Peritonitis fecaloidea, comunicación libre con luz intestinal

Esta enfermedad es producida por divertículos que aparecen durante la etapa adulta, los cuales al no llevar una dieta adecuada (alta en proteínas, pobre en fibras), se puede inflamar y sobre infectar ocasionando una diverticulitis, es por esto que hay que entender que esta enfermedad se trata, mas no se cura, por lo que los cuidados posteriores son fundamentales para el buen manejo de la enfermedad. Para esto la dieta cumple un factor elemental, es un mito urbano, el no ingerir semillas ni algunas cascarras de frutas, ya que la evidencia no asocia el consumo de estos para generar alguna crisis. Debido a esto se recomienda una dieta saludable, una vez pasado el evento agudo, una dieta alta en fibras, y ejercicio diarios.(74)

31 CASO CLINICO 28 PROSTATITIS

31.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 8608. Datos personales.

Nombre	CFD
Edad	61 años
Sexo	Masculino
Ocupación	Profesor
Religión	Católico
Procedencia	Lima

Nota. *Datos personales caso 28.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 4 días.
- Forma de inicio: Insidioso
- Curso: Progresivo

Síntomas principales: Dolor abdominal

Paciente varón de 61 años, refiere que hace 4 días presenta dolor abdominal bajo de intensidad leve, asociado a molestias urinarias que se caracterizan por disuria y poliaquiuria, sin hematuria. Al segundo día de inicio de los síntomas, evoluciona con fiebre 38.5° C y mayor dolor abdominal bajo con persistencia de molestias urinarias. Consultado dirigidamente, niega secreción uretral, pero reconoce mal aseo genital, últimamente ha presentado dolor a la eyaculación. Se automedico con paracetamol 500 mg, con respuesta parcial, debido a la persistencia de fiebre y molestias, consulta por emergencia.

Funciones biológicas:

Tabla 8709. Funciones biológicas.

Apetito	Sin alteración
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Estreñimiento
Sudor	Aumentado
Peso	Sin alteración
Sueño	Disminuido (nicturia)
Animo	Preocupado

Nota. *Funciones biológicas caso 28.

Antecedentes

- Personales: Natural de Lima, procedente de Lima.
- Fisiológicos: No presenta información.
- Patológicos: Aparentemente sano.
- Cirugías previas: apendicetomía hace 30 años.
- Familiares: Aparentemente sanos.

Examen físico:

- **Apreciación general:** Regular estado general, buen estado de nutrición, buen estado de hidratación.
- **Funciones vitales:** PA: 120/70 FC: 70 lpm FR: 19rpm. T°: 38.1°C. Sat 100%
- **Piel:** tibia, elástica, hidratada, llenado capilar <2seg.
- **TCSC:** No edemas.
- **Cuello:** Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- **Aparato cardiovascular:** Ruidos cardiacos rítmicos, No soplos
- **Aparato respiratorio:** Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.
- **Abdomen:** RHA (+), blando, depresible, no doloroso, de percusión timpánica.
- **Genitourinario:** paciente con micción espontanea.

Tabla 880. Evaluación de puño percusión y puntos reno-ureterales.

	+/-		+/-		+/-
PPL	-	PRUSD	-	PRUSI	-
Der.					
PPL	+	PRUMD	-	PRUMI	+
Izq.					
		PRUID	-	PRUII	+

- **Tacto rectal:** próstata aumentada de tamaño, no induraciones, no se aprecian nódulos, de consistencia blanda.
- **Extremidades:** Móviles, fuerza conservada.
- **Neurológico:** Lucido, orientado en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No signos de focalización.

31.2 Diagnósticos planteados

- Infección urinaria
- Prostatitis

31.3 Analizando diagnósticos diferenciales

En el varón la infección del tracto urinario no es un diagnóstico común, pero en el paciente debido a la sintomatología sugerente y sumada a esto, el hallazgo, de próstata aumentada de tamaño, debemos de considerarlo.(9)

Por otra parte, “la prostatitis, es la inflamación de la glándula prostática” (103, p.41) , la cual puede ser causada o no por una infección bacteriana, esta genera “problemas miccionales, sexuales y perineales en mayor o menor medida, dependiendo de la causa, si se trata o no de una causa infecciosa” (103, p. 53). En el caso presentado, además de los síntomas miccionales, el paciente se presenta con fiebre, dolor con la eyaculación, lo que nos hace pensar aún más en ese diagnóstico.(13)

31.4 Plan de trabajo diagnostico

Se solicita Hemograma

Tabla 891. Hemograma completo.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
Leucocitos	14.48	Mil/uL	4.5- 10.9
Hematíes	4.26	10 6/uL	4.5- 6.5
Plaquetas	216	10 3/uL	150-450
Hemoglobina	13.3	gr/dL	Hombre: 13.5-18.0 Mujer: 12.5- 16.0
Hematocrito	39.3	%	Hombre: 42-52 Mujer: 37-47
Volumen Corpuscular Media	92.3	fl	80.0 - 97.0
Hemoglobina Corpuscular Media	31.1	Pg	26.0 - 33.0
Conc. De Hb Corpuscular Media	33.7	g/dL	33.3 – 35.2
RDW-CV	13.6	%	11.8-15.6
VPM	10.8	fl	

Eosinófilos	0.1	%	0.0 – 4.4
Basófilos	0.1	%	0.7 – 7.5
Monocitos	5.0	%	0.7 – 7.5
Linfocitos	3.3	%	22.3- 49.9
Abastados Absoluto	0.00	Mil/uL	0.00 – 0.40
Neutrófilos Segmentados	91.5	Mil/uL	45.0-74.0

Nota. *Hemograma completo, caso 28

PCR

Tabla 902. Proteína C reactiva.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA	56.7	mg/L	<5.0 mg/L

Urea y creatinina

Tabla 913. Urea y creatinina.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
UREA	24	mg/dl	10- 50
CREATININA	0.96	mg/dl	Mujeres :0.6 a 1.1

Nota. *Urea y creatinina, caso 28.

Examen de orina

Tabla 924. Examen de orina.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
EXAMEN MACROSCOPICO			
COLOR	AMARILLO		
ASPECTO	TURBIO		
DENSIDAD	1.010		1.005-1.030
EXAMEN BIOQUIMICO			
PH	6.00		4.5-8
GLUCOSA	NEGATIVO		
BILIRRUBINA	NEGATIVO		
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO		
PROTEINAS	NEGATIVO		
UROBILINOGENO	NEGATIVO		

NITRITOS	NEGATIVO		
SANGRE	POSITIVO		
EXAMEN MICROSCOPICO			
LEUCOCITOS	20-30	X CAMPO	< 5
HEMATIES	5-10	X CAMPO	< 5
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS	Cel/camp	
GERMENES	1+		
CRISTALES	NO SE OBSERVA		
CILINDROS	NO SE OBSERVA		
FILAMENTOS MUCOIDES	AUSENTES		

Nota. *Examen de orina, caso 28.

Urocultivo: resultado pendiente

Antígeno prostático

Tabla 935. Antígeno prostático.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
PSA TOTAL	17.3	ng/ml	<4

31.5 Plan terapéutico

1. CIna 0.9% EV STAT
2. Metamizol 1gr EV STAT
3. Paracetamol 1gr EV STAT
4. Ceftriaxona 2 gr EV STAT
5. Omeprazol 20 mg EV STAT

31.6 Seguimiento

Paciente con buena respuesta a tratamiento sintomático en urgencia, exámenes compatibles con infección urinaria e irritación prostática aguda, lo que configura un cuadro de prostatitis. No presenta comorbilidades, sin falla renal, por lo que conversado con el paciente y por temas financieros se da la chance de tratamiento ambulatorio.

Se da el alta con las siguientes indicciones:

- Ciprofloxacino 500 mg VO cada 12/ horas por 14 días
- Paracetamol 1 gr c/8 horas por 5 días y luego SOS
- Ketoprofeno 100 mg c/ 8 horas por 5 días
- Control en urología en 3 días, para ajuste de tratamiento según resultados de urocultivo.

31.7 Reflexión

Al ser la prostatitis un proceso infeccioso o inflamatorio del área uretro-prostato-seminal que cursa con alteraciones urinarias como disuria, poliaquiuria, nicturia, retención urinaria, pero también puede cursar con síntomas sexuales como pérdida del libido, disfunción eréctil total o parcial, dolor en la eyaculación, a veces precoz, hemoespermia e infertilidad. Junto con los trastornos miccionales, la literatura destaca, también, “dolor perineal que se puede irradiar a la zona del pubis, región lumbosacra, escroto, pene y cara interna de muslos”(103, p.52).

Es importante, resaltar que el diagnóstico de la prostatitis se hará en base a la historia clínica, exploración, cultivo de orina, se puede solicitar ecografía, y cultivo de semen, pero en este caso no fue necesario, debido a que el diagnóstico fue muy sugerente, pero el análisis de PSA cumple un rol importante, ya que este antígeno se eleva de manera aguda a valores significativos y eso configura el cuadro de prostatitis. (13)

32 CASO CLINICO 29 PIELONEFRITIS

32.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 9416. Datos personales.

Nombre	VOJ
Edad	70 años
Sexo	Femenino
Ocupación	Jubilada (profesora)
Religión	Católica
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 29.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 7 días.
- Forma de inicio: Brusco
- Curso: Agudo

Síntomas principales: Fiebre y desorientación.

Paciente mujer de 70 años, autovalente, que vive sola, acude hoy a evento familiar en casa de la hija, quien refiere que, durante el día de hoy, inicia con fiebre y leve desorientación. Comenta que, por la mañana, refiere dolor abdominal, el cual no le dieron mayor importancia y leves molestias al orinar. Por la tarde inicia con fiebre 39° C la cual intenta controlar con Paracetamol de 500mg, pero tienen respuesta parcial. Con el pasar de las horas se suma un dolor toraco-lumbar izquierdo, y se agrega tendencia al sueño con leve desorientación, por lo cual es traída a urgencia. Niega síntomas respiratorios, vómitos ni diarrea ni caídas.

Funciones biológicas:

Tabla 957. Funciones biológicas.

Apetito	Disminuido
Sed	Sin alteración
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Sin alteración
Sudor	Aumentado
Peso	Sin alteración
Sueño	Aumentado
Animo	Desorientada

Nota. *Funciones biológicas caso 29.

Antecedentes

- Personales: Natural de Arequipa, procedente de Lima.
- Fisiológicos: No presenta información.
- Patológicos: Refiere presentar hipertensión arterial controlada con ibersartán de 150 mg c/24 horas, deterioro cognitivo leve en estudios con neurología (aun autovalente).
 - Ginecológicos:
 - Menarquia: 12 años
 - FUR: 51 años
 - Inicio de relaciones sexuales: 17 años.
 - Número de parejas sexuales: 01
 - Gestaciones: 1
 - PARA: 1001
 - Método anticonceptivo: Ninguna
 - PAP: siempre negativo hasta menopausia.
- Cirugías previas: Apendicectomía a los 19 años, colecistectomía a los 57 años.
- Familiares: Aparentemente sanos.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, buen estado de nutrición, regular estado de hidratación. Eutrófica.
- Funciones vitales: PA: 148/100 FC: 112 lpm FR: 20rpm. T°: 38.6°C. Sat 98%
- Piel: caliente, elástica, hidratada, llenado capilar 2seg.
- TCSC: No edemas.
- Cuello: Móvil. No ingurgitación yugular. No masas, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, leve taquicardia. No soplos.

- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso, de percusión timpánica.
- Genitourinario: paciente con micción espontánea.

Tabla 9618. Evaluación de puño percusión y puntos reno-ureterales.

	+/-		+/-		+/-
PPL	-	PRUSD	-	PRUSI	-
Der.					
PPL	+	PRUMD	-	PRUMI	+
Izq.					
		PRUID	-	PRUII	+

- Extremidades: Móviles, fuerza conservada.
- Neurológico: Sopor superficial. Glasgow 14/15: Apertura ocular al llamado, resto sin alteración. Pares craneales conservados. No signos de focalización.

32.2 Diagnósticos planteados

- Infección del tracto urinario a d/c Pielonefritis
- Neumonía

32.3 Analizando diagnósticos diferenciales

Debido a que la paciente es una persona adulta mayor, con síntomas inespecíficos, se busca el origen de la infección por esto se debe descartar, en primer lugar, una infección del tracto urinario, la que puede ser alta (pielonefritis) o baja (cistitis). Además, incluimos en los diagnósticos diferenciales la neumonía.

La infección del tracto urinario se puede presentar principalmente con disuria, hematuria y poliaquiuria, en el caso, nuestra paciente refiere haber cursado con disuria. En la pielonefritis

a los síntomas anteriores que pueden o no estar, se agrega dolor lumbar, dolor abdominal, náuseas, vómitos y fiebre (9)

La neumonía en el adulto mayor, puede presentarse sin ningún síntoma, ni malestar, pero se asocia muchas veces a alteraciones del sensorio y según estudios esto incrementa el riesgo de desarrollo de demencia o sirve como gatillante en la enfermedad de Alzheimer, este fenómeno se produce en adultos mayores (< 65 años), como el caso presentado. Además este paciente presento fiebre y dolor toraco- lumbar que puede relacionarse con la irritación pleural que se produce en algunas neumonías.(8)

32.4 Plan de trabajo diagnostico

Se solicita hemograma completo

Tabla 9719. Hemograma completo.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
Leucocitos	15.9	Mil/uL	4.5- 10.9
Hematíes	3.42	10 ⁶ /uL	4.5- 6.5
Plaquetas	331	10 ³ /uL	150-450
Hemoglobina	10.7	gr/dL	Hombre: 13.5-18.0 Mujer: 12.5- 16.0
Hematocrito	32.6	%	Hombre: 42-52 Mujer: 37-47
Volumen Corpuscular Media	95.4	fl	80.0 - 97.0
Hemoglobina Corpuscular Media	31.2	Pg	26.0 - 33.0
Conc. De Hb Corpuscular Media	32.7	g/dL	33.3 – 35.2
RDW-CV	12.6	%	11.8-15.6
VPM	9.9	fl	
Eosinófilos	4.0	%	0.0 – 4.4
Basófilos	0.0	%	0.7 – 7.5
Monocitos	9.0	%	0.7 – 7.5
Linfocitos	23.0	%	22.3- 49.9
Abastoados Absoluto	0.00	Mil/uL	0.00 – 0.40
Neutrófilos Segmentados Absoluto	64.0	Mil/uL	1.40 - 6.60

Eosinófilos Absoluto	0.64	Mil/uL	0.0 - 0.30
Monocitos Absoluto	1.43	Mil/uL	0.00 – 0.50
Linfocitos Absoluto	3.66	Mil/uL	1.20 – 3.50

Se solicita placa de tórax. (Ver imagen 24)

Examen de orina

Tabla 980. Examen completo de orina.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
EXAMEN MACROSCOPICO			
COLOR	MARRON OSCURO		
ASPECTO	TURBIO		
DENSIDAD	1.030		1.005-1.030
EXAMEN BIOQUIMICO			
PH	5.00		4.5-8
GLUCOSA		1	
BILIRRUBINA	NEGATIVO		
CUERPOS CETONICOS	NEGATIVO		
PROTEINAS		2	
UROBILINOGENO	NEGATIVO		
NITRITOS	NEGATIVO		
SANGRE		3	
EXAMEN MICROSCOPICO			
LEUCOCITOS	10-25	X CAMPO	< 5
HEMATIES	50-100	X CAMPO	< 5
CELULAS EPITELIALES	ESCASAS	Cel/camp	
GERMENES		2	
CRISTALES	NO SE OBSERVA		
CILINDROS	NO SE OBSERVA		
FILAMENTOS MUCOIDES	AUSENTES		

**Nota: Examen de orina, caso 29.*

Se solicita urocultivo, resultados aún pendientes.

Se solicita PCR

Tabla 991. Proteína C reactiva.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA	50.7	mg/L	<5.0 mg/L

Nota. *Proteína C reactiva, caso 29.

Urea y Creatinina

Tabla 1002. Urea y creatinina.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	RANGO REFERENCIAL
UREA	19	mg/dl	10- 50
CREATININA	0.88	mg/dl	Mujeres :0.6 a 1.1

Nota. *Urea y creatinina, caso 29.

Se solicita electrolitos.

Tabla 1013. Electrolitos plasmáticos.

ANALISIS	RESULTADO	UNIDAD	VALOR REFERENCIAL
SODIO	137.0	mmol/l	136-145
POTASIO	4.30	mmol/l	3.5- 5.1
CLORO	97.0	mmol/l	98- 109

Nota. *Electrolitos plasmáticos, caso 29.

Tomografía de abdomen y pelvis con contraste (paciente, por temas de costos, rechaza el examen).

32.5 Plan terapéutico

1. CNa 0.9% 1000 cc EV STAT
2. Paracetamol 1gr EV c/ 8 horas
3. Ceftriaxona 2 gr EV c/12 horas
4. Omeprazol 20mg EV c/24 horas

32.6 Seguimiento

Paciente pasa a hospitalización del servicio de medicina interna.

32.7 Reflexión

No se debe de olvidar que en el adulto mayor hay que estar atentos a las manifestaciones, ya que muchas veces, no perciben la enfermedad propiamente como tal pudiendo presentar en estadios más tardíos o avanzados de la enfermedad, alteración de la conciencia, irritabilidad, tendencia al sueño y sopor superficial.

En este caso es muy importante obtener los resultados del urocultivo y el antibiograma, para verificar o de ser necesario, se ajuste el tratamiento antibiótico a la mejor opción para la paciente.

Por otra parte, es muy importante saber que en este caso se usó paracetamol y no metamizol, dado que este último, es un buen antipirético y analgésico, pero en adultos mayores puede producir hipotensión, lo que, en el contexto de un cuadro infeccioso, puede complicar aún más, evolucionando a un shock séptico.

33 CASO CLINICO 30 HERPES

33.1 Historia Clínica y examen físico

Tabla 1024. Datos personales.

Nombre	SFP
Edad	38 años
Sexo	Femenino
Ocupación	Administradora
Religión	Cristiana
Procedencia	Lima

Nota. *Datos Personales caso 30.

Enfermedad actual:

- Tiempo de enfermedad: 5 días
- Forma de inicio: Insidioso

- Curso: Agudo

Síntomas principales: Dolor,

Paciente mujer de 38 años, acude a urgencia debido a que hace 5 días presenta lesiones en cavidad oral que han ido en aumento, las cuales son muy dolorosas, refiere que lesiones partieron siendo pocas y en paladar blando, pero con los días se han extendido a gran parte de la boca y que incluso le produce dolor al tragar (disfagia). Las últimas lesiones se han agregado en el labio inferior. Refiere ganglios inflamados en zona cervical. Niega fiebre, náuseas y vómitos. No presenta cuadros similares previos. Niega contacto con niños pequeños y adultos que presenten síntomas similares. Comenta hacer estado en situación de estrés laboral en el último tiempo. Niega conductas sexuales de riesgo.

Funciones biológicas:

Tabla 1035. Funciones biológicas

Apetito	Disminuido
Sed	Disminuida
Orina	Sin alteración
Deposiciones	Sin alteración
Sudor	Sin alteración
Peso	Sin alteración
Sueño	Disminuido
Animo	Preocupada/ estresada

Nota. *Funciones biológicas caso 30.

Antecedentes

- Personales: Natural de Chiclayo, procedente de Lima.
- Fisiológicos: No presenta información.
- Patológicos: Aparentemente sana.

- Ginecológicos:
 - Menarquia: 12 años
 - FUR: 15.11.2022
 - Inicio de relaciones sexuales: 17 años.
 - Número de parejas sexuales: 04
 - Gestaciones: 0
 - PARA: 0000
 - Método anticonceptivo: Preservativo
 - PAP: ultimo realizado en febrero 2022, resultado: negativo.
- Cirugías previas: Niega
- Familiares: Madre HTA, padre con DM.

Examen físico:

- Apreciación general: Regular estado general, buen estado de nutrición, regular estado de hidratación. Eutrófica.
- Funciones vitales: PA: 130/90 FC: 87 lpm FR: 18rpm. T°: 36.3°C. Sat 99%
- Piel: tibia, elástica, hidratada, llenado capilar 2seg.
- Cavidad oral: presenta múltiples lesiones de tipo vesicular, erosivo y costrosas en labios (no melicéricas). Las vesículas, se encuentran en paladar blando, lengua y encías, estas son muy dolorosas al examen.
- TCSC: No edemas.
- Cuello: Móvil. No ingurgitación yugular. Presenta ganglios cervicales palpables, móviles, levemente dolorosos, blandos, no bocio.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos. No soplos.

- Aparato respiratorio: Simétrico, murmullo vesicular pasa bien en ACP. No presenta estertores.
- Abdomen: RHA (+), blando, depresible, no doloroso, de percusión timpánica.
- Genitourinario: paciente con micción espontánea.
- Extremidades: Móviles, fuerza conservada.
- Neurológico: Lucida, orientada en tiempo espacio y persona. Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. No signos de focalización.

33.2 Diagnósticos planteados

- Estomatitis herpética
- Herpangina

33.3 Analizando diagnósticos diferenciales

La estomatitis herpética, es una infección ocasionada por el virus herpes simple (VHS). Se caracteriza porque el primer brote es intenso, produciendo lesiones vesiculares en cavidad oral. Las ampollas por la ubicación se revientan ocasionando úlceras que ocasiona problemas con el consumo de los alimentos, debido al dolor producido por las lesiones, tal cual lo presenta el caso descrito.(104)

Por otra parte, se debe considerar la herpangina ya que es una enfermedad viral que es más común en la infancia, pero puede presentarse en cualquier edad. Esta es una enfermedad viral que produce úlceras dentro de la boca, ocasionando dolor de garganta y fiebre (paciente no presenta estos dos últimos), además las úlceras se caracterizan por presentar una base de color blanco-grisáceo con un borde rojo, son muy dolorosas y la mayoría de los casos sólo hay unas cuantas, no como lo menciona nuestro paciente.(105)

33.4 Plan de trabajo diagnóstico

Se realiza el diagnóstico por su presentación clínica, no se solicitan exámenes auxiliares.

33.5 Plan terapéutico

- Paracetamol 1 gr EV STAT

- Ketoprofeno 100 mg EV STAT

33.6 Seguimiento

Alta con indicaciones médicas y control en 5 días con medicina interna.

Indicaciones médicas:

- Valaciclovir 1 gr c/8 horas por 7 días.
- Paracetamol 1 gr VO c/8 horas por 5 días.
- Ketoprofeno 100 mg VO c/ 8 horas por 5 días.
- Omeprazol 20 mg VO c/12 horas por 7 días.

Se le explica al paciente que es probable que a los 10 días curen las lesiones, pero que el virus permanecerá inactivo en el cuerpo, y puede reactivarse frente a situaciones de estrés, cuadros virales estomacales, componentes de reflujo gastroesofágico e inmunosupresión.

33.7 Reflexión

Es importante discutir en este caso, que existen varios esquemas para el tratamiento del virus del herpes, incluyendo los de mayor efectividad, el tratamiento clásico utilizado y con buenos resultados para la prima infección del herpes simple se basa en el uso del aciclovir. Sin embargo, “su análogo el valaciclovir, es un éster L valil prodrogra del aciclovir, que tiene similar mecanismo de acción, pero es absorbido rápidamente y convertido a aciclovir por la enzima hepática valaciclovir hidrolasa” (106, p. 2). Esto provoca una mejoría que se “basa en su gran biodisponibilidad aproximadamente entre 55-63% cuando se administra por vía oral, gracias a esto se disminuye la dosificación diaria de 5-6 veces del Aciclovir a 2-3 veces del valaciclovir lo cual supone un efecto más potente contra el virus del herpes simple” (106, p.2-3) y por lo tanto es una dosificación más fácil para el paciente ayudando a una mejor adherencia al tratamiento. Lo que es también importante mencionar, y educar al paciente, es que el uso de cualquiera de los dos, ocasiona molestias estomacales como acides, por lo que agregar un protector gástrico, en este caso, el omeprazol, resulta beneficioso para el tratamiento y prevenir los efectos secundarios del antiviral.(25)

34 CONCLUSIONES

El internado médico, es una experiencia pre-profesional la cual es muy importante para la formación del futuro médico. Como estudiante, esta etapa me ayudo a adquirir diferentes competencias médicas, aplicando los conocimientos clínicos adquiridos durante los años previos y centrando estos en la persona, su enfermedad, su contexto familiar y comunitario. Además, el desarrollo de los casos clínicos nos vio enfrentados al trabajo multidisciplinario y multiprofesional, ayudándonos a entender lo fundamental que es el trabajo en equipo y que no solo el médico, si no las enfermeras, los terapeutas físicos, los técnicos en enfermería, todo el personal juega un rol importante a la hora de hacer medicina.

Por otra parte, la elaboración del trabajo de suficiencia profesional me permitió abordar, reconocer y priorizar los problemas que presenta el paciente, definir adecuadamente un plan de trabajo diagnóstico y terapéutico coherente a las necesidades de este, como lo vivido en el caso del paciente que sufrió un ataque de pánico en donde reforzar la relación médico-paciente manteniendo un trato respetuoso, pero a la vez empático, resulta fundamental. En Detecta clínica, la mayor cantidad de pacientes son oncológicos, como es el caso de la paciente con cáncer de mama, en el cual establecer una relación estrecha es inevitable, sobretodo en tiempos de pandemia, donde las visitas son limitadas y muchas veces, fuimos solo nosotros, los internos, el acompañamiento de esta, el cual no solo fue para tratar la enfermedad, sino la progresión. En Detecta clínica nos enseñaron a que no solo brindamos un apoyo médico, sino también entregamos un acompañamiento personal, humano ya que muchas veces brindamos tratamiento paliativo de diferentes patologías, que en estos casos resulta fundamental. Por eso la Salud mental tanto del paciente, cuidadora y familia resulta fundamental para llevar de mejor forma estos procesos, y es algo que tenemos que integrar y entender como necesario en el proceso de enfermedad y tratamiento.

Finalmente, el trabajo de suficiencia profesional, ayudó en mi formación, obligándome a desarrollar las aptitudes adecuadas, pensamiento crítico, rápido y suficiente para mantener y recuperar la salud individual del paciente, a través de una atención integral de salud, aplicando estrategias, pero a la vez comprendiendo las oportunidades y limitaciones del

sistema de salud en el Perú, que además de tener diferencias en los distintos riesgos (patologías) dependiendo de la zona del Perú al que el paciente pertenece, también es importante entender la multiculturalidad que el país presenta, adaptándonos a las distintas creencias, interpretaciones y formas de vivir del día a día. De esta forma fue importante aplicar las tres “e” alguna vez enseñadas en mi clase de aprendiendo a ser médico, que habla de “escuchar” con atención lo que el paciente tiene por contar, “empatizar” con lo que nos puedan transmitir, “educar” al paciente sobre su enfermedad y llevar el mensaje de forma clara, y por último “enrolar”, como el paciente logra aplicar lo informado en su día a día y en el tratamiento de su enfermedad.

Por último, la experiencia en el trabajo de prevención de salud, educando a los pacientes y familiares, como el caso de la otitis o la enfermedad de pie-mano-boca, nos ayuda a entender, no solo la importancia de la salud individual, sino también la salud colectiva, que forma parte fundamental en la función de la práctica médica.

35 REFERENCIAS

1. Villanueva RMT, Tapia RMN, Perea RSS, Rodríguez-Orozco R. El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano. 2007. 21(4).
2. Demographic characteristics of patients with hand-foot-and-mouth disease. Atypical cases series. Arch Argent Pediatr [Internet]. 1 de agosto de 2015 [citado 14 de diciembre de 2022];113(04). Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n4a17e.pdf>
3. Cabrera Escobar D, Ramos Plasencia A, Espinosa González L. Enfermedad boca mano pie. Presentación de un caso. MediSur. junio de 2018;16(3):469-74.
4. Cisterna DM, Lema CL, Martínez LM, Verón E, Contarino LP, Acosta D, et al. Atypical hand, foot, and mouth disease caused by Coxsackievirus A6 in Argentina in 2015. Rev Argent Microbiol. abril de 2019;51(2):140-3.
5. Guía de práctica clínica: neumonía adquirida en la comunidad en adultos. Lima: SPEIT : OPS; 2009.
6. Santos-López G, Cortés-Hernández P, Vallejo-Ruiz V, Reyes-Leyva J. SARS-CoV-2: basic concepts, origin and treatment advances. Gac M^{exico}. 14 de junio de 2021;157(1):6501.
7. Lanks CW, Musani AI, Hsia DW. Community-acquired Pneumonia and Hospital-acquired Pneumonia. Med Clin North Am. mayo de 2019;103(3):487-501.
8. Lozano JA. Neumonía adquirida en la comunidad. 2003;22:4.
9. Echevarría-Zarate J, Aguilar ES, Osorio-Plenge F. Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. :6.
10. López Martínez JM, Sierra Del Rio A, Luque Galvez MP. Medical treatment of renal stones. Arch Esp Urol. enero de 2021;74(1):63-70.
11. Gonzalez, Alejandra M Isabel. ¿Cómo Diagnosticar Y Tratar La Infección Urinaria En Mujeres En Aps? 2021. septiembre de 2021;1(1):1.
12. Milo G, Katchman E, Christiaens T, Baerheim A, Soares-Weiser K, Leibovici L. Duration of antibacterial treatment for uncomplicated urinary tract infection in women. En: The Cochrane Collaboration, editor. The Cochrane Database of Systematic Reviews

- [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2001 [citado 10 de enero de 2023]. p. CD004682. Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004682>
13. Coker TJ, Dierfeldt DM. Acute Bacterial Prostatitis: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*. 15 de enero de 2016;93(2):114-20.
 14. Bernabé Caro R, Moreno Nogueira JA. Valores de los marcadores séricos tumorales en el diagnóstico precoz de las neoplasias y en los exámenes de salud a personas asintomáticas. *Rev Clínica Esp*. enero de 2002;202(4):212-4.
 15. López-Ramos H, Gómez Cusnir P, Moreno M, Patiño G, Rasch-Isla A, Dallos A, et al. Guía de manejo de la hiperplasia prostática benigna. Sociedad Colombiana de Urología 2014. *Urol Colomb*. diciembre de 2015;24(3):187.e1-187.e32.
 16. Carrero-López VM, Cózar-Olmo JM, Miñana-López B. Hiperplasia prostática benigna y síntomas del tracto urinario inferior. Revisión de las evidencias actuales. *Actas Urol Esp*. junio de 2016;40(5):288-94.
 17. Alcántara Montero A. Perspectivas futuras en el tratamiento médico de la hiperplasia benigna de próstata. *Actas Urol Esp*. junio de 2017;41(5):343-4.
 18. François M. Patología del conducto auditivo externo. EMC - Pediatría. marzo de 2020;55(1):1-10.
 19. Larach F, Astorquiza C. OTITIS EXTERNA: DIAGNÓSTICO Y MANEJO PRÁCTICO. *Rev Médica Clínica Las Condes*. noviembre de 2016;27(6):898-904.
 20. Krause FJ. OTITIS MEDIA AGUDA. DIAGNÓSTICO Y MANEJO PRÁCTICO. *Rev Médica Clínica Las Condes*. noviembre de 2016;27(6):915-23.
 21. Montenegro A, Andújar X, Fernández-Bañares F, Esteve M, Loras C. Usefulness of endoscopic ultrasound in patients with minilithiasis and/or biliary sludge as a cause of symptoms of probable biliary origin after cholecystectomy. *Gastroenterol Hepatol*. febrero de 2022;45(2):91-8.
 22. Gómez Cabeza de Vaca V, Alba Mesa F, Piñero González L, Komorowski AL. ¿Colecistitis aguda, crónica o cáncer de vesícula biliar? *Gastroenterol Hepatol*. diciembre de 2017;40(10):671-3.
 23. Escartín A, González M, Muriel P, Cuello E, Pinillos A, Santamaría M, et al. Colecistitis aguda litiásica: aplicación de las Guías de Tokio en los criterios de gravedad. *Cir Cir*. 28 de octubre de 2020;89(1):4750.
 24. Morote J, Maldonado X, Morales-Bárrera R. Cáncer de próstata. *Med Clínica*. febrero de 2016;146(3):121-7.
 25. Gelpi-Méndez JA, Gómez-Fernández E, Martín-Barallat J, Cortés-Arcas MV, Monsonis-Artero JV, Calvo-Mora A. [Reference values of prostate specific antigen (PSA) in 63926 workers without prostatic symptoms who participated in prostate screening cancer developed by the Ibermutuamur Prevention Society in 2006]. *Actas Urol Esp*. septiembre de 2010;34(8):669-76.

26. Dimaras H, Corson TW. Retinoblastoma, the visible CNS tumor: A review: DIMARAS and CORSON. *J Neurosci Res.* enero de 2019;97(1):29-44.
27. Pulcha-Ugarte R, Figueroa-Vásquez V, Lazo-Porras M, Maguiña-Vargas C. Infección por *Toxocara canis* en niños de una escuela pública de Iquitos, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.* 2 de julio de 2021;38(2):363-4.
28. Fabian ID, Onadim Z, Karaa E, Duncan C, Chowdhury T, Scheimberg I, et al. The management of retinoblastoma. *Oncogene.* marzo de 2018;37(12):1551-60.
29. Berrazueta JR de. Necesidad del manejo de la insuficiencia cardiaca congestiva por el internista y ventajas de la investigación clínica. *An Med Interna [Internet].* octubre de 2006 [citado 15 de diciembre de 2022];23(10). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006001000001&lng=en&nrm=iso&tlng=en
30. Merino Bonilla JA, Torres Tabanera M, Ros Mendoza LH. El cáncer de mama en el siglo XXI: de la detección precoz a los nuevos tratamientos. *Radiología.* septiembre de 2017;59(5):368-79.
31. Alonso Roca S, Delgado Laguna AB, Arantzeta Lexarreta J, Cajal Campo B, Santamaría Jareño S. Cribado en pacientes con riesgo incrementado de cáncer de mama (parte 1). Pros y contras del cribado con resonancia magnética. *Radiología.* julio de 2020;62(4):252-65.
32. Peery AF, Shaukat A, Strate LL. AGA Clinical Practice Update on Medical Management of Colonic Diverticulitis: Expert Review. *Gastroenterology.* febrero de 2021;160(3):906-911.e1.
33. Atamanalp SS, Peksoz R. Comments on Ó?synchronous volvulus of the cecum and sigmoid colon: a rare cause of intestinal obstructionÓ. *Cir Cir.* 2 de noviembre de 2022;90(6):8177.
34. Bower KL, Lollar DI, Williams SL, Adkins FC, Luyimbazi DT, Bower CE. Small Bowel Obstruction. *Surg Clin North Am.* octubre de 2018;98(5):945-71.
35. Rodríguez Baldassari EX, Calderón Portilla AP, Torres Criollo LM. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. *Tesla Rev Científica [Internet].* 1 de julio de 2022 [citado 15 de diciembre de 2022]; Disponible en: <https://tesla.puertomaderoeditorial.com.ar/index.php/tesla/article/view/69>
36. Torre LA, Trabert B, DeSantis CE, Miller KD, Samimi G, Runowicz CD, et al. Ovarian cancer statistics, 2018: Ovarian Cancer Statistics, 2018. *CA Cancer J Clin.* julio de 2018;68(4):284-96.
37. Plancarte R, Guillén MR, Guajardo J. Ascitis en los pacientes oncológicos. *Fisiopatogenia y opciones de tratamiento.* 2004;11:7.
38. Tejada B, Del Cid Y, Vega N, Abad M. SÍNDROME DE MEIGS SECUNDARIO A TUMOR DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA : REPORTE DE CASO. *Rev Méd Científica.* 29 de agosto de 2020;33:26-36.

39. Redondo Sánchez A, Castelo Fernández B, Gómez Raposo C, Cruz Castellanos P. Cáncer de ovario. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado*. marzo de 2013;11(27):1641-8.
40. Araya Oviedo A, Paizano Vanega G. Cáncer de ovario. *Rev Medica Sinerg*. 1 de julio de 2021;6(7):e690.
41. Stewart C, Ralyea C, Lockwood S. Ovarian Cancer: An Integrated Review. *Semin Oncol Nurs*. abril de 2019;35(2):151-6.
42. Chronic recurrent vulvovaginitis is not only due to Candida - ScienceDirect [Internet]. [citado 24 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130140621000243?via%3Dihub>
43. Shinozuka A. Growth and life cycle of *Trichomonas vaginalis* and the mechanism of recurrence of *Trichomonas vaginalis* vaginitis. *J Jpn Obstet Gynecol Soc*. enero de 1955;2(1):1-8.
44. Improving the Diagnosis of Vulvovaginitis: Perspectives to Align Practice, Guidelines, and Awareness | Population Health Management [Internet]. [citado 24 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/pop.2020.0265>
45. Evaluation of vulvovaginitis in the adolescent patient - ScienceDirect [Internet]. [citado 24 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1538544220301012?via%3Dihub>
46. Pineda-Murillo J, Rosio OL. Candidosis vaginal. Revisión de la literatura y situación de México y otros países latinoamericanos. :7.
47. NORMA-GRAL.-TECNICA-Nº-187-DE-PROFILAXIS-DIAGNOSTICO-Y-TRATAMIENTO-DE-LAS-ITS.pdf.
48. Foth D, Röhl FW, Friedrich C, Tykoski H, Rabe T, Römer T, et al. Symptoms of uterine myomas: data of an epidemiological study in Germany. *Arch Gynecol Obstet*. febrero de 2017;295(2):415-26.
49. Polin M, Hur HC. Radiofrequency Ablation of Uterine Myomas and Pregnancy Outcomes: An Updated Review of the Literature. *J Minim Invasive Gynecol*. junio de 2022;29(6):709-15.
50. Duron R, Bolaños P. Endometriosis. *Medicina legal en Costa Rica*. marzo de 2018;35(1):1-20.
51. Turocy JM, Rackow BW. Uterine factor in recurrent pregnancy loss. *Semin Perinatol*. marzo de 2019;43(2):74-9.

52. Mateo Sáñez HA, Mateo Sáñez E, Hernández AL, Salazar Ricarte EL. [Treatment of patients with endometriosis and infertility]. *Ginecol Obstet Mex.* noviembre de 2012;80(11):705-11.
53. Tsai MC, Chang LT, Tam KW. Comparison of High-Intensity Focused Ultrasound and Conventional Surgery for Patients with Uterine Myomas: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* octubre de 2021;28(10):1712-24.
54. Henkes J, Ferrandiz C, Ribera M, Servitje O, Peyri J. [Nodular cystic acne: excessive granulation tissue caused by isotretinoin]. *Med Cutan Ibero Lat Am.* 1987;15(1):55-8.
55. van Zuuren EJ, Arents BWM, van der Linden MMD, Vermeulen S, Fedorowicz Z, Tan J. Rosacea: New Concepts in Classification and Treatment. *Am J Clin Dermatol.* julio de 2021;22(4):457-65.
56. Dessinioti C, Antoniou C, Katsambas A. Acneiform eruptions. *Clin Dermatol.* enero de 2014;32(1):24-34.
57. Fox L, Csongradi C, Aucamp M, du Plessis J, Gerber M. Treatment Modalities for Acne. *Mol Basel Switz.* 13 de agosto de 2016;21(8):1063.
58. O'Rourke MGE, O'Rourke TR. Inguinal hernia: aetiology, diagnosis, post-repair pain and compensation: Inguinal hernia. *ANZ J Surg.* abril de 2012;82(4):201-6.
59. Nyhus LM, Klein MS, Rogers FB. Inguinal hernia. *Curr Probl Surg.* junio de 1991;28(6):407-50.
60. Laureán NC, López MRC. Tipo de hernia inguinal encontrado en la población general, según la clasificación de Nyhus. *Cir Gen.*
61. Gabrielli N M. RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE LA HERNIOPLASTÍA INGUINAL LAPAROSCÓPICA CON TÉCNICA TRANSABDOMINAL PRE-PERITONEAL (TAPP). *Rev Chil Cir.* abril de 2015;67(2):167-74.
62. Jiménez-Vega FJ, Gómez-Sotelo AI, García-Vico A, Gallardo-García PA, Fernández-Zulueta AJ, Marín-Morales J. Hernioplastia inguinal abierta: Rutkow-Robbins. 2018;
63. Delitto A, George SZ, Van Dillen L, Whitman JM, Sowa G, Shekelle P, et al. Low Back Pain: Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther.* abril de 2012;42(4):A1-57.
64. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *The Lancet.* febrero de 2017;389(10070):736-47.
65. Urits I, Burshtein A, Sharma M, Testa L, Gold PA, Orhurhu V, et al. Low Back Pain, a Comprehensive Review: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Curr Pain Headache Rep.* marzo de 2019;23(3):23.

66. Borrayo-Sánchez G, Alcocer-Gamba MA, Araiza-Garaygordobil D, Arias-Mendoza A, Aubanel-Riedel P, Cortés-Lawrenz J, et al. Interinstitutional clinical practice guidelines for the treatment of acute myocardial infarction. *Gac Méxica*. 20 de abril de 2021;156(6):5896.
67. Dattoli-García CA, Jackson-Pedroza CN, Gallardo-Grajeda AL, Gopar-Nieto R, Araiza-Garaygordobil D, Arias-Mendoza A. Infarto agudo de miocardio: revisión sobre factores de riesgo, etiología, hallazgos angiográficos y desenlaces en pacientes jóvenes. *Arch Cardiol México*. 28 de marzo de 2022;91(4):5721.
68. Mott T, Jones G, Roman K. Costochondritis: Rapid Evidence Review. *Am Fam Physician*. 1 de julio de 2021;104(1):73-8.
69. Lu L, Liu M, Sun R, Zheng Y, Zhang P. Myocardial Infarction: Symptoms and Treatments. *Cell Biochem Biophys*. julio de 2015;72(3):865-7.
70. Ugalde H, Yubini MC, Rozas S, Sanhueza, Jara H. Validación del puntaje de riesgo TIMI como predictor de mortalidad en pacientes chilenos con infarto agudo al miocardio con supradesnivel de ST. *Rev Médica Chile*. mayo de 2017;145(5):572-8.
71. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. septiembre de 2013;108(9):1400-15.
72. Greenberg JA, Hsu J, Bawazeer M, Marshall J, Friedrich JO, Nathens A, et al. Clinical practice guideline: management of acute pancreatitis. *Can J Surg*. abril de 2016;59(2):128-40.
73. Ángel-González MS, Díaz-Quintero CA, Aristizabal-Arjona F, Turizo Agámez Á, Molina-Céspedes I, Velásquez-Martínez MA, et al. Controversias en el manejo de la colecistitis aguda tardía. *Rev Colomb Cir*. 13 de diciembre de 2019;34(4):364-71.
74. Swanson SM, Strate LL. Acute Colonic Diverticulitis. *Ann Intern Med*. 1 de mayo de 2018;168(9):ITC65-80.
75. Ong Y, Shelat VG. Ranson score to stratify severity in Acute Pancreatitis remains valid – Old is gold. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 3 de agosto de 2021;15(8):865-77.
76. Mederos MA, Reber HA, Girgis MD. Acute Pancreatitis: A Review. *JAMA*. 26 de enero de 2021;325(4):382.
77. Muñoz Rodríguez FJ. Diagnóstico de la trombosis venosa profunda. *Rev Clínica Esp*. noviembre de 2020;220:41-9.
78. Fogola N. Síndrome postflebítico.
79. Maldonado AA, Ramos E, García-Alonso P, Jover JJ, Holguín P, Fernández-Cañamaque JL, et al. Abordaje multidisciplinar en el paciente con linfedema: de la rehabilitación a la microcirugía. *Rehabilitación*. abril de 2022;56(2):150-8.

80. Trujillo Santos AJ. Tratamiento de la trombosis venosa profunda de extremidades inferiores. *Rev Clínica Esp.* noviembre de 2020;220:57-68.
81. Ambid-Lacombe C, Cambou JP, Bataille V, Baudoin D, Vassal-Hebrard B, Boccalon H, et al. Excellentes performances du score de Wells et du score de Wells modifié dans le diagnostic de thrombose veineuse profonde proximale ou distale chez des patients hospitalisés ou ambulatoires au CHU de Toulouse : étude TVP-PREDICT. *J Mal Vasc.* mayo de 2009;34(3):211-7.
82. Rivera Domínguez A, Mora Jurado A, García de la Oliva A, de Araujo Martins-Romeo D, Cueto Álvarez L. Dolor pélvico de origen ginecológico como patología urgente. *Radiología.* marzo de 2017;59(2):115-27.
83. Zubizarreta P, Rossa A, Bailez M, Gil S, Rose A, Cacciavillano W. Malignant extra-cranial germ cell tumors in children and adolescents. Results following the guidelines of SFOP/SFCE 95 Protocol. *Medicina (Mex).* 2016;76(5):265-72.
84. Perelló J, Rius Tarruella J, Calaf J. Sangrado menstrual abundante y su detección en la práctica clínica. *Med Clínica.* octubre de 2021;157(7):332-8.
85. Mendoza Magaña MJE, Vargas Rosasm MA, Guillén Escalón JE, Moncada Alcon AM, del Río Navarro BE, Sienna Monge JLL. [Anaphylaxis and anaphylactic shock]. *Rev Alerg Mex Tecamachalco Puebla Mex* 1993. 2007;54(2):34-40.
86. Kazandjieva J, Christoff G. Angioedema as a systemic disease. *Clin Dermatol.* noviembre de 2019;37(6):636-43.
87. Örnek S, Zuberbier T, Kocatürk E. Annular urticarial lesions. *Clin Dermatol.* 2022;40(5):480-504.
88. Belbézier A, Bocquet A, Bouillet L. Idiopathic Angioedema: Current Challenges. *J Asthma Allergy.* abril de 2020;Volume 13:137-44.
89. Memon RJ, Tiwari V. Angioedema. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538489/>
90. Van Leer P. Preventing Spontaneous Abortion with Progestin Therapy. *Am Fam Physician.* 1 de julio de 2019;100(1):Online.
91. La X, Wang W, Zhang M, Liang L. Definition and Multiple Factors of Recurrent Spontaneous Abortion. En: Zhang H, Yan J, editores. *Environment and Female Reproductive Health* [Internet]. Singapore: Springer Singapore; 2021 [citado 15 de diciembre de 2022]. p. 231-57. (Advances in Experimental Medicine and Biology; vol. 1300). Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-981-33-4187-6_11
92. Griebel CP, Halvorsen J, Golemon TB, Day AA. Management of spontaneous abortion. *Am Fam Physician.* 1 de octubre de 2005;72(7):1243-50.
93. María Loreto Cid J. Cefaleas, evaluación y manejo inicial. *Rev Médica Clínica Las Condes.* julio de 2014;25(4):651-7.

94. Volcy-Gómez M. [Cluster headache: its diagnosis, pathophysiology and treatment]. *Rev Neurol*. 16 de enero de 2006;42(2):114-21.
95. Peters GL. Migraine overview and summary of current and emerging treatment options. *Am J Manag Care*. enero de 2019;25(2 Suppl):S23-34.
96. Ha H, Gonzalez A. Migraine Headache Prophylaxis. *Am Fam Physician*. 1 de enero de 2019;99(1):17-24.
97. Tamis-Holland JE, Jneid H, Reynolds HR, Agewall S, Brilakis ES, Brown TM, et al. Contemporary Diagnosis and Management of Patients With Myocardial Infarction in the Absence of Obstructive Coronary Artery Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 30 de abril de 2019 [citado 15 de diciembre de 2022];139(18). Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000670>
98. Méchin O. Angoisse, peur et panique en temps de crise sanitaire. *Soins*. junio de 2021;66(856):49-52.
99. González M, Melamed G, Dillon C. [Acute stress disorder in the emergency, its relationship with trigger factors from a gender perspective]. *Vertex B Aires Argent*. 2014;25(115):172-8.
100. Maldonado Cañón K, Carmona Gómez EA. Adenocarcinoma de colon sigmoide metastásico en paciente joven, presentación atípica: reporte de caso. *Rev Colomb Cir*. 9 de marzo de 2021;36(2):358-65.
101. Weitz J, Koch M, Debus J, Höhler T, Galle PR, Büchler MW. Colorectal cancer. *The Lancet*. enero de 2005;365(9454):153-65.
102. Feuerstein JD, Cheifetz AS. Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis, and Management. *Mayo Clin Proc*. julio de 2017;92(7):1088-103.
103. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Medicina, Departamento de Integración de Ciencias Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Medicina Familiar, Ciudad de México, México, Robles Rodríguez A, Garibay Huarte TR, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Medicina, Departamento de Integración de Ciencias Médicas, Ciudad de México, México, Acosta Arreguín E, et al. La próstata: generalidades y patologías más frecuentes. *Rev Fac Med*. 25 de julio de 2019;62(4):41-54.
104. Boitsaniuk SI, Levkiv MO, Fedoniuk LY, Kuzniak NB, Bambuliak AV. ACUTE HERPETIC STOMATITIS: CLINICAL MANIFESTATIONS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT STRATEGIES. *Wiadomosci Lek Wars Pol* 1960. 2022;75(1 pt 2):318-23.
105. Corsino CB, Ali R, Linklater DR. Herpangina. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [citado 11 de enero de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507792/>

106. Crimi S, Fiorillo L, Bianchi A, D'Amico C, Amoroso G, Gorassini F, et al. Herpes Virus, Oral Clinical Signs and QoL: Systematic Review of Recent Data. *Viruses*. 21 de mayo de 2019;11(5):463.

36 [ANEXOS]

36.1 Imágenes

Imagen 1: Lesiones observadas en paciente con diagnóstico de pie- mano- boca.



Imagen 2: Radiografía de caso Neumonía Adquirida en la Comunidad.



Imagen 3: Ecotomografía vésico-prostática, caso 4.

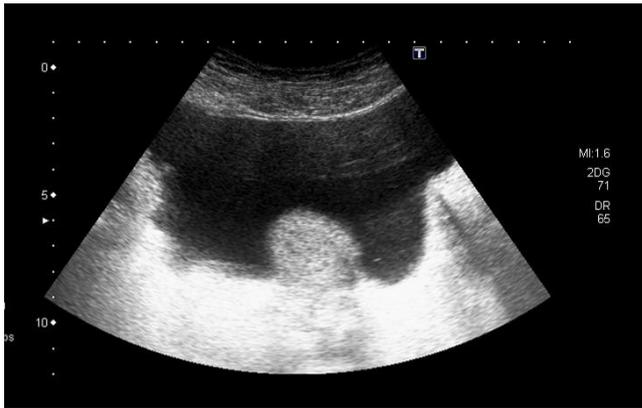


Imagen 4: Escala IPSS (International Prostatic Symptom Score), caso 4.

PUNTAJE INTERNACIONAL DE SINTOMAS PROSTATICOS (IPSS)								
		Nunca	Menos de 1 o cada 5 veces	Menos de la mitad de la mitad de las veces	Alrededor de la mitad de la mitad de las veces	Más de la mitad de la mitad de las veces	Casi siempre	SU PUNTAJE
1.-	Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga después de orinar?	0	1	2	3	4	5	
2.-	Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha tenido que volver a orinar en menos de dos horas después de la última vez que orinó?	0	1	2	3	4	5	
3.-	Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha notado que empezando a orinar el chorro se detiene y vuelve a empezar?	0	1	2	3	4	5	
4.-	Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5	
5.-	Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha notado que orina sin fuerza?	0	1	2	3	4	5	
6.-	Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha tenido que esforzarse para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5	
		NINGUNA	1 VEZ	2 VECES	3 VECES	4 VECES	5 o más VECES	
7.-	Durante el último mes, ¿Cuántas veces ha tenido que levantarse a orinar entre la hora de acostarse y la hora de levantarse?	0	1	2	3	4	5	
PUNTAJE TOTAL IPSS								
Puntaje Final IPSS		0-7= LEVE		8-19= MODERADO		20-35= SEVERO		
CALIDAD DE VIDA Si usted tuviera que vivir toda la vida orinando en la forma que lo hace hasta ahora ¿Cómo se sentiría?		Encantado	Complacido	Más bien satisfecho	Más o Menos	Más bien insatisfecho	Descontento	Terrible
		0	1	2	3	4	5	6

Imagen 5: Radiografía de tórax, caso 9.



Imagen 6: Colocación de arpón en mama, caso 10.

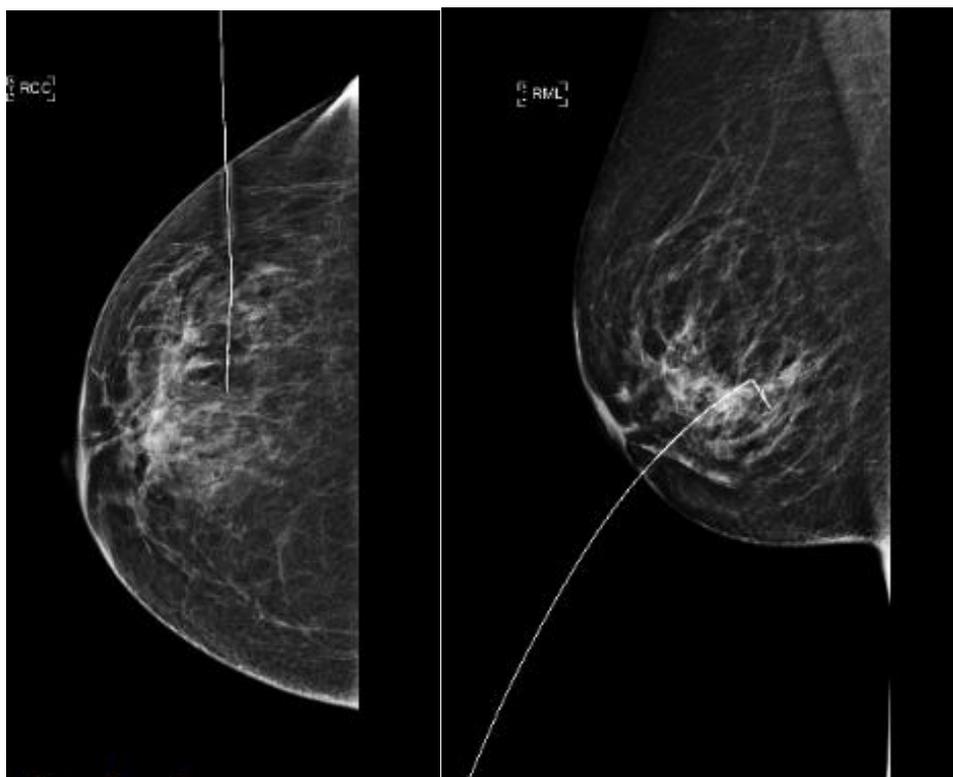


Imagen 7: Radiografía de abdomen, caso 11.

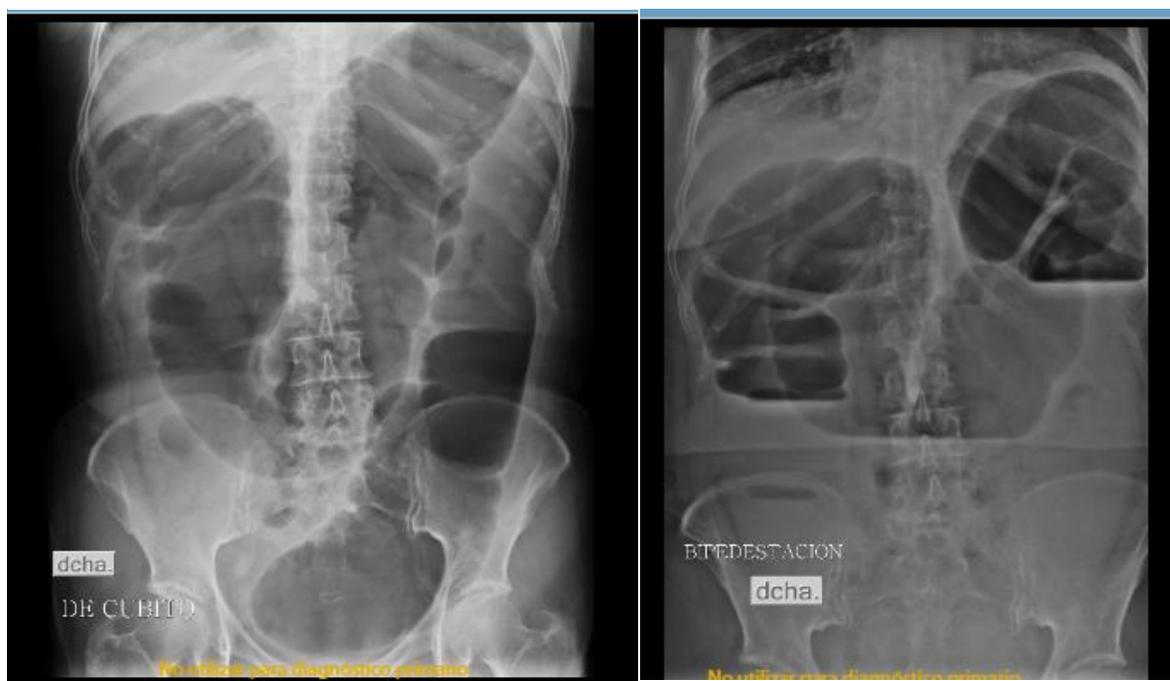


Imagen 8: Radiografía de tórax, caso 12.



Imagen 9: FibroScan caso 12.

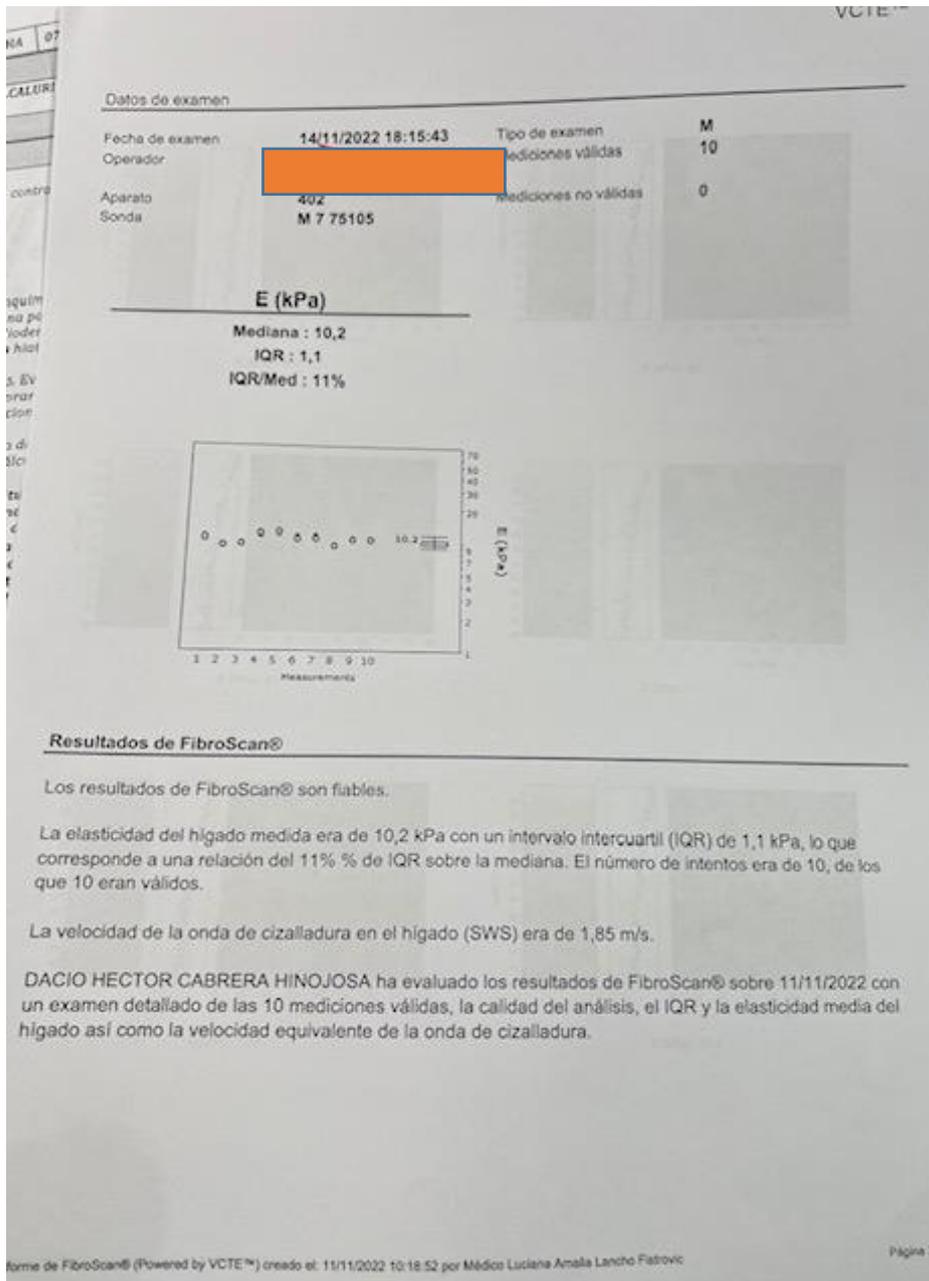


Imagen 10: Ecografía transvaginal, caso 14.

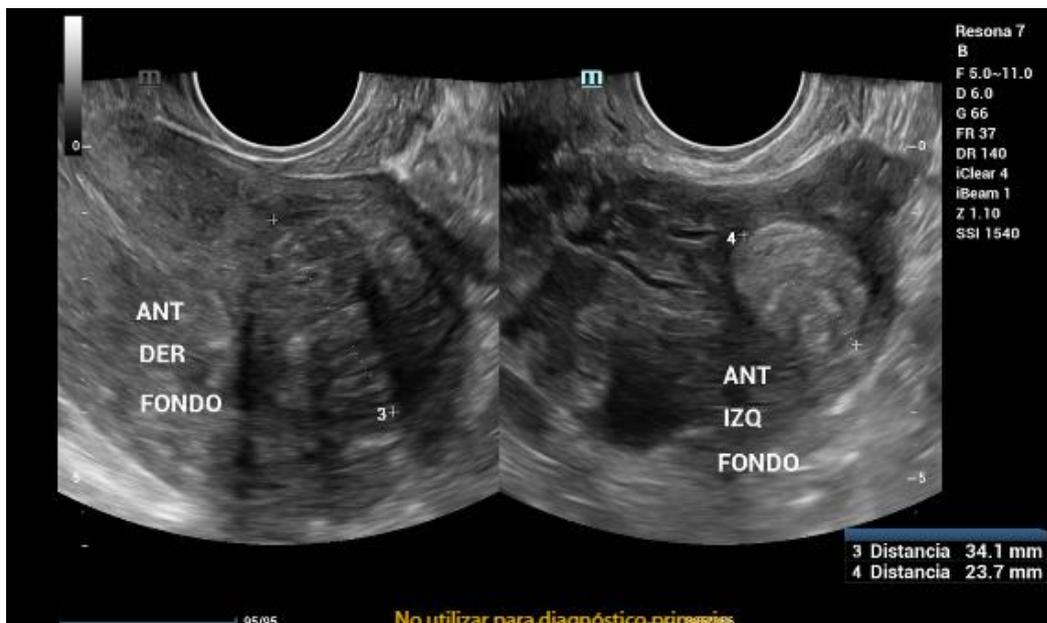


Imagen 11: Lesiones en rostro de caso 15.



Imagen 12: Ecografía de partes blandas, caso 16.



Imagen 13: Ecografía testicular, caso 16.



Imagen 14: Electrocardiograma caso 18.

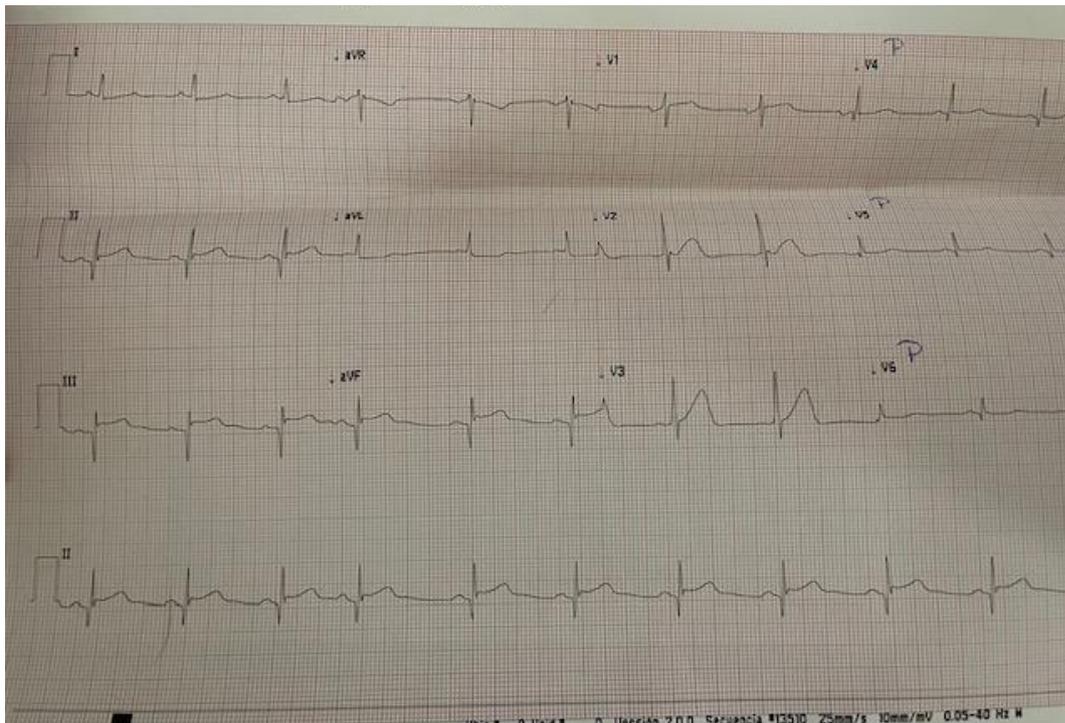


Imagen 15: Electrocardiograma caso 18.

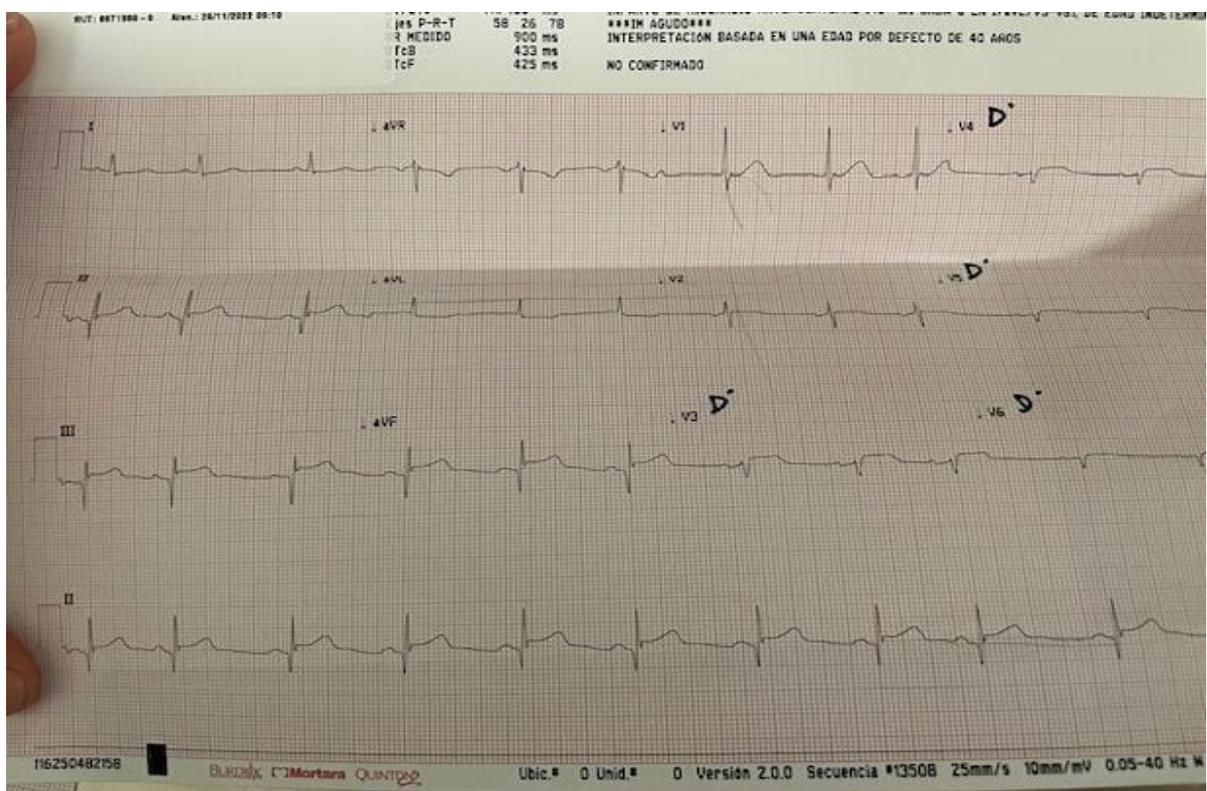
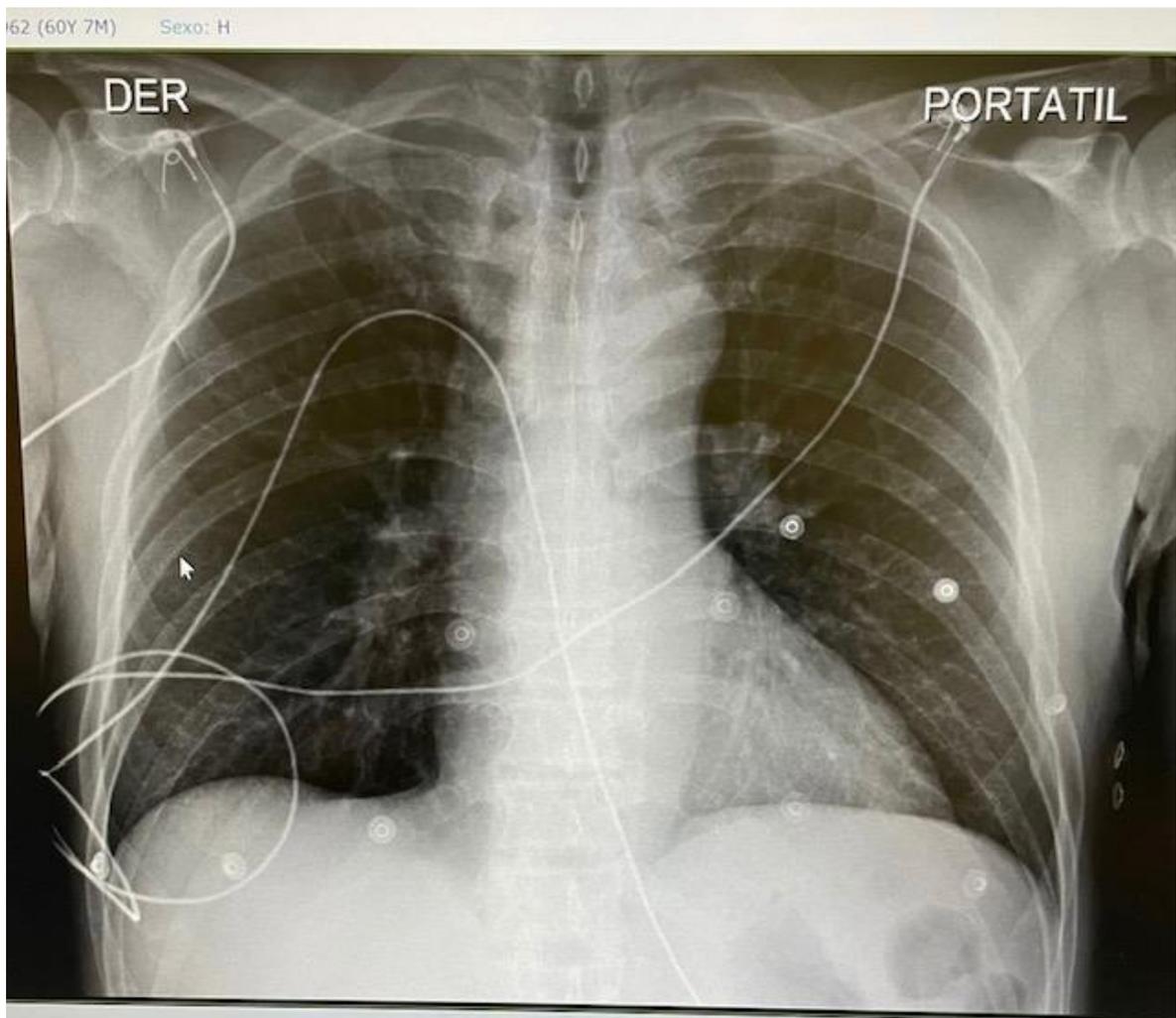


Imagen 16: Radiografía de tórax caso 18..



Conclusiones:

Oclusión de arteria coronaria derecha con flujo TIMI 0.

ANGIOPLASTÍA A ARTERIA CORONARIA DERECHA

Dados los hallazgos angiográficos y el cuadro clínico del paciente se decide realizar angioplastia transluminal coronaria de arteria coronaria derecha. Con un catéter guía JR-4 6 French se cateteriza en forma selectiva el ostium de la arteria coronaria derecha. A través de este catéter se intenta progresar inicialmente una guía Runthrough NS de 0.014", sin éxito. Se logra avanzar finalmente una guía Pilot 150 a los segmentos distales del vaso con soporte de balón Ryurei de 1.5x10mm. Se logra trasponer una segunda guía BMW de 0.014". Pese a sucesivas dilataciones con dicho balón y al no observarse lecho distal del vaso, se realiza tromboaspiración con catéter Terumo Eliminate logrando obtener abundante contenido trombótico, pero sin obtenerse flujo distal pese a reiteradas pasadas.

Se progresa entonces un balón Ryurei de 2.0x15mm dilatando desde lecho distal, sin lograrse obtener flujo distal por lo que ante persistencia de dolor/síntomas se administran 8mg de RTPA (Actilyse) intracoronario, logrando finalmente objetivarse lecho distal del vaso en cuestión. Se decide impactar en lecho distal 1 (un) stent farmacoactivo Xcience de 2.75x38mm a presión nominal. Seguido a esto, se completa PTCA con 2 (dos) DES (Xcience de 3.0x38mm en overlap con stent descripto previamente y un Xcience de 4.0x33mm) logrando de esta manera obtener un flujo distal TIMI III con buen blush. Ante evidencia de trombo y ausencia de contraindicaciones, y por tratarse de un paciente con bajo riesgo de sangrado, se decide dejar con infusión continua de RTPA.

Evoluciona con mejoría sintomática y electrocardiográfica por monitor.

En la angiografía de control se objetiva buen flujo distal (TIMI III). Procedimiento bien tolerado. Finalizado el mismo se retira introductor radial derecho y se deja pulsera hemostática.

CONCLUSIÓN:

PTCA con 3 (tres) stents liberadores de fármacos a arteria coronaria derecha, sin complicaciones.

Imagen 18. Electrocardiograma, caso 19.

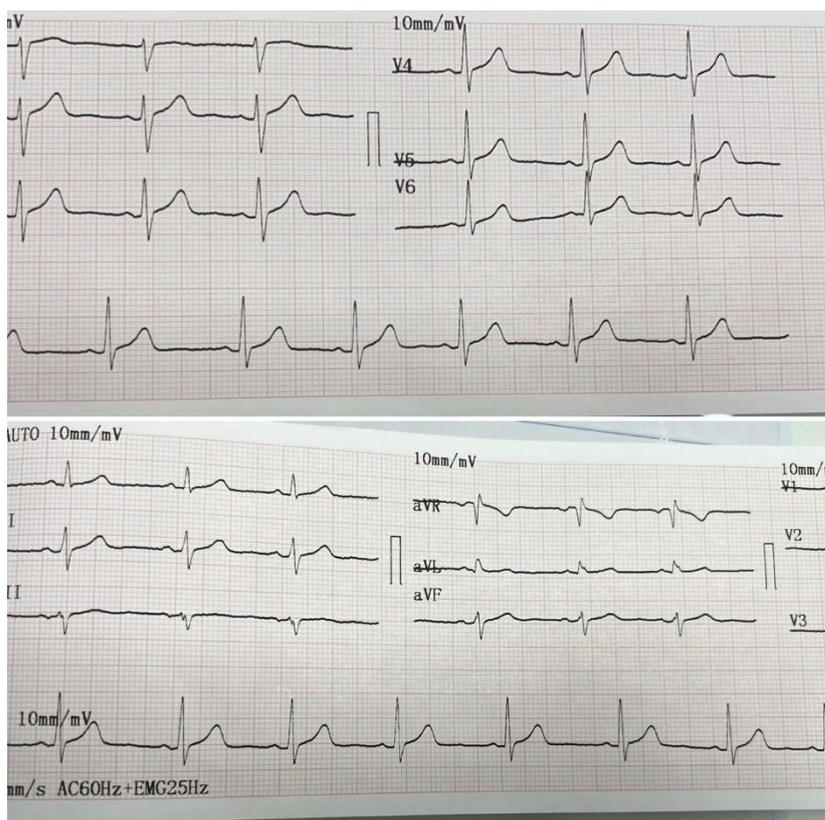


Imagen 19. Ecodoppler de MMII, caso 20

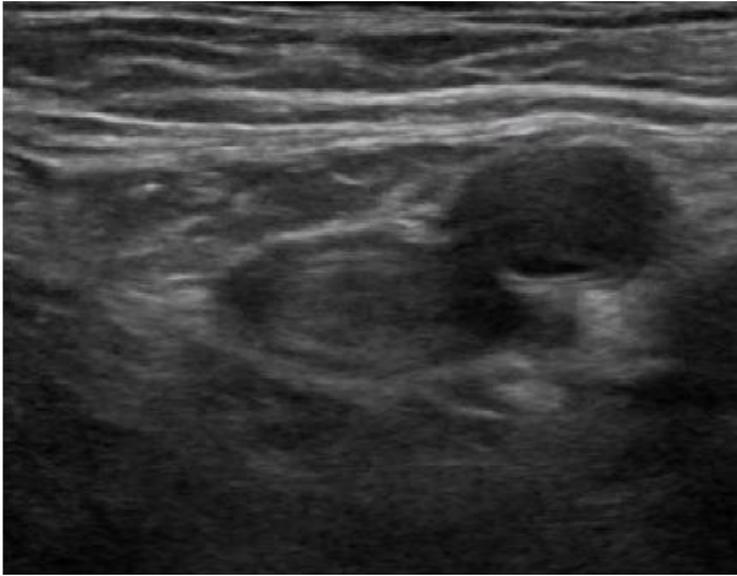


Imagen 20. Electrocardiograma caso20.

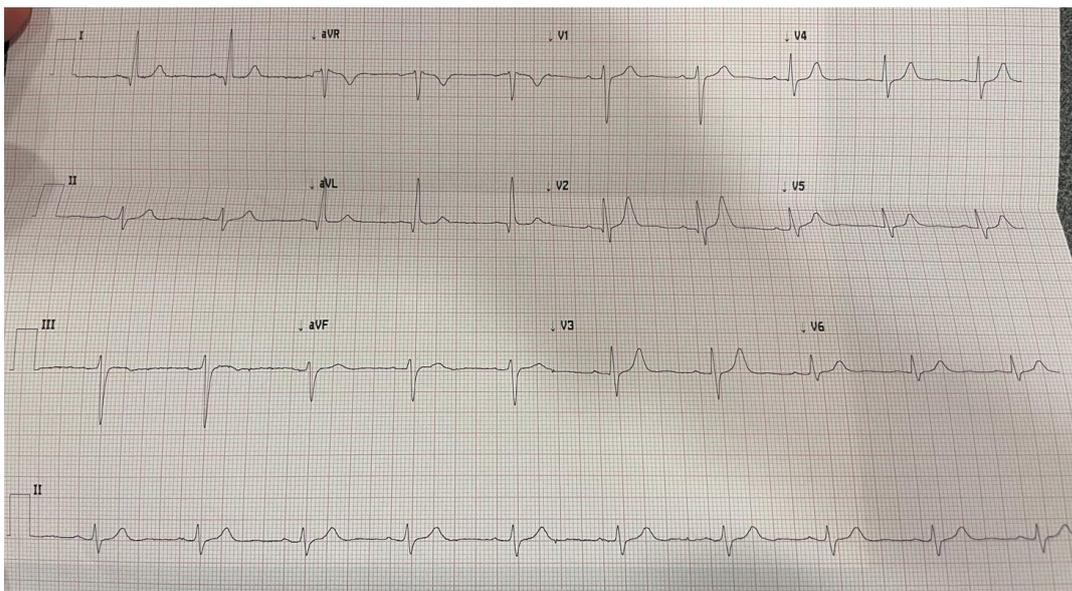


Imagen 21: Ecografía de pelvis caso 21.



Imagen 22. Electrocardiograma, caso 25

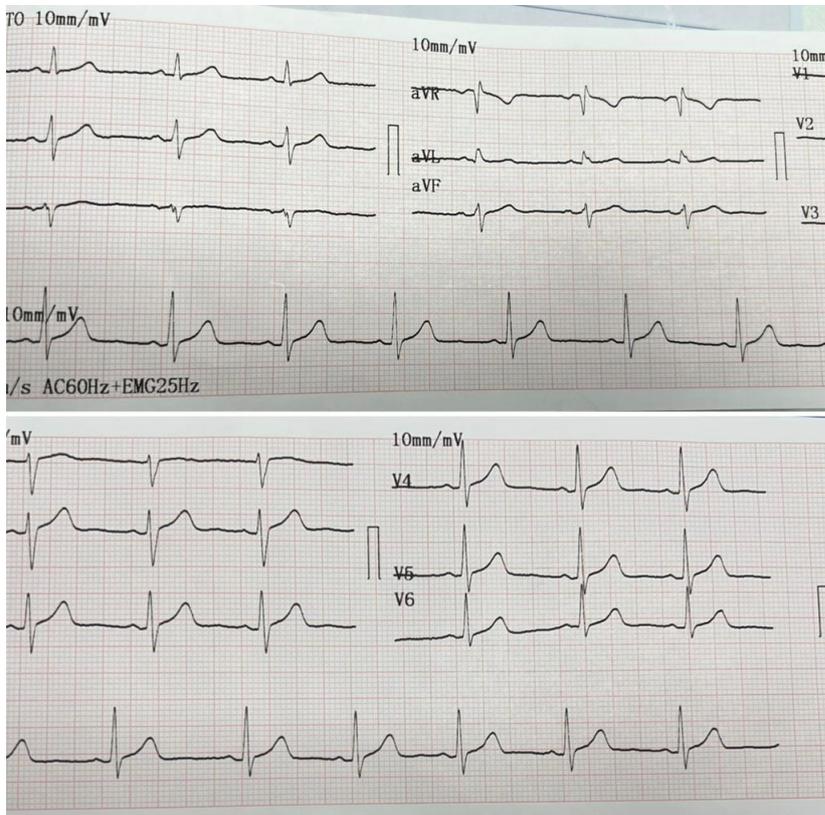
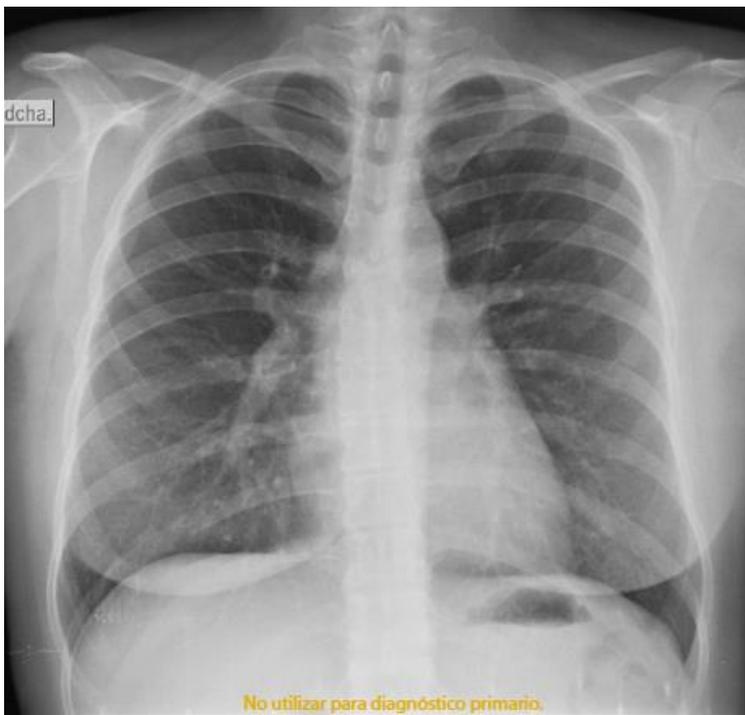


Imagen 23. Tomografía, caso 27.



Imagen 24. Placa de tórax, caso 29.



36.2 Abreviaturas

- ACP: ambos campos pulmonares
- Acos: anticonceptivos orales
- Amp: ampolla
- BCRI: bloqueo completo de rama izquierda.
- Cel: célula
- ClNa: cloruro de sodio
- CVC: Catéter venoso central
- DM2: diabetes mellitus tipo 2
- EMPB: enfermedad mano-pie-boca
- Escala IPSS (International Prostatic Symptom Score)
- EV: endovenoso
- FUR: fecha de última regla
- GGTP: gamma glutamil transpeptidasa
- HBP: hiperplasia benigna de próstata
- HTA: hipertensión
- IC: interconsulta
- ITU: insuficiencia del tracto urinario
- Lpm: latidos por minuto
- mm: milímetros
- mmol: milimol
- mUI: miliunidades internacionales
- mcg: microgramos

- mEq: miliequivalentes
- mmHg: milímetros de mercurio
- NAC: neumonía Adquirida en la Comunidad
- NM: neoplasia maligna
- OPS: Organización Panamericana de Salud
- PAS: presión arterial sistólica
- PPL: puño percusión lumbar
- PRN: a demanda
- PRUID: Puntos renoureterales inferior derecho
- PRUII: Puntos renoureterales inferior izquierdo
- PRUMD: Puntos renoureterales medio derecho
- PRUMI: Puntos renoureterales medio izquierdo
- PRUSD: Puntos renoureterales superior derecho
- PRUSI: Puntos renoureterales superior izquierdo
- RC: régimen catamenial
- RHA: ruidos hidroaéreos
- Rpm: respiraciones por minuto
- Rx: rayos x (radiografía)
- Sat: saturación
- SDST: supradesnivel del segmento ST
- Seg: segundo
- SOP: sala de operaciones.
- TBC: tuberculosis

- TO: tolerancia oral
- TGO: transaminasa oxalacetica
- TGP: transaminasa piruvica