



UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA

Experiencias del Internado Médico en el periodo junio 2022 a marzo 2023 en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo y el Hospital de Emergencias de Villa El Salvador en los servicios de Gineco-obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

AUTOR(ES)

Reyes Llanos, Galia Gizet

0000-0002-4070-2686

ASESOR(ES)

Estremadoyro Stagnaro, Luis Oscar

0000-0002-8901-7014

Lima, 07 de octubre de 2023

DEDICATORIA

A mis padres por su apoyo incondicional durante toda esta trayectoria, sin ustedes no hubiese podido lograrlo. Gracias, papá por orientarme siempre en este camino y ser mi mejor ejemplo como médico, te admiro. A mi madre, por siempre confiar en mí y enseñarme a no rendirme, te quiero. Gracias a ambos por siempre darme todas las herramientas y más, para lograr mis sueños, por nunca decirme que no. A mi nana por su cariño incondicional y acompañarme en cada desvelo. A mi abuelo por guiarme desde el cielo y a todos mis ángeles allá arriba.

AGRADECIMIENTOS

A Sami, por siempre traer de regreso la felicidad en mi vida. Gracias por enseñarme a crecer y a ser responsable, gracias por ser mi guía, sin ti me hubiera perdido en el camino.

RESUMEN

Introducción: En el presente trabajo se describen 30 casos clínicos que fueron atendidos y evaluados durante los 10 meses de internado médico por diversas especialidades. Los establecimientos de salud de donde fueron recolectados son el Centro materno infantil Villa María del Triunfo y el Hospital de Emergencias de Villa el Salvador durante el periodo junio 2022 a marzo 2023. La información médica fue recolectada de la historia clínica de cada paciente, de la anamnesis, el examen físico, el diagnóstico presuntivo ante la sospecha de una enfermedad aún por confirmar, algunas pruebas diagnósticas realizadas, el diagnóstico definitivo, el tratamiento, el seguimiento y finalmente hago una reflexión significativa para cada caso. **Objetivo:** Recopilar, describir, analizar y reflexionar sobre los siguientes 30 casos clínicos que fueron atendidos y evaluados en mi rotación como interna de medicina en las especialidades de Gineco-obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía. **Metodología:** Estudio descriptivo y analítico de casos clínicos. **Conclusión:** En el séptimo año de la carrera de Medicina Humana realizamos el internado médico como parte de nuestra formación. Etapa en la cual los estudiantes desarrollan y aplican sus conocimientos teóricos en la práctica médica en los hospitales. A su vez, forjan, mejoran y practican la relación médico-paciente. Asimismo, en esta etapa conocemos las carencias de cada centro de salud y enfrentamos esos desafíos para poder diagnosticar y brindar un tratamiento óptimo a cada paciente. Finalmente, con cada caso, reforzamos nuestro conocimiento sobre las diversas patologías atendidas en este periodo de tiempo, para que en un futuro tengamos las habilidades y destrezas necesarias para afrontar los posibles retos que nos tocará enfrentar como profesionales de la salud.

Palabras clave: [Internado de Medicina; Medicina; Cirugía, Pediatría; Gineco-Obstetricia.]

ABSTRACT

Introduction: this paper describes 30 clinical cases that were treated and evaluated during the 10 months of medical internship by various specialties. The health establishments from which they were collected are the Villa María del Triunfo Maternal and Child Center and the Villa El Salvador Emergency Hospital during the period of June 2022 to March 2023. The data collected through the clinical history of each patient, the anamnesis, the physical examination, the presumptive diagnosis due to the suspicion of a disease yet to be confirmed, some diagnostic tests carried out, the definitive diagnosis, the treatment, the follow-up and finally a significant reflection for each case. **Objective:** Collect, describe analyze and reflect on the following 30 clinical cases that were treated and evaluated in my rotation as a medical intern in the specialties of Obstetrics-Gynecology, Pediatrics, Internal Medicine and Surgery. **Methodology:** Descriptive and analytic study of clinic cases or Non-probabilistic type of sample where clinical histories of the most outstanding cases was selected during the rotation of the medical internship. **Conclusions:** In the seventh year of the Human Medicine degree, the medical internship is developed, a stage in which students develop and apply their theoretical knowledge in medical practice in hospitals and, in turn, form and improve the doctor-patient relationship. Also, in this stage of the medicine carrier we know the deficits of each health center and face those challenges to be able to diagnose and provide optimal treatment to each patient. Finally, each case, nurtures our knowledge about the various pathologies evaluated in that period and in the future have the necessary skills to face those challenges.

Keywords: [Medical Internship; Medicine; Surgery; Pediatrics; Obstetrics Gynecology].

u201322499_Reyes Llanos, Galia Gizet_Experiencias del Internado Médico en el periodo junio 2022 a marzo 2023 en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo y el Hospital de Emergencias de Villa

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	6%
2	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	upc.aws.openrepository.com Fuente de Internet	1%
4	qdoc.tips Fuente de Internet	<1%
5	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1%
6	Submitted to Universidad Autónoma de Ica Trabajo del estudiante	<1%
7	vbook.pub Fuente de Internet	<1%
8	inba.info Fuente de Internet	<1%

9 doaj.org Fuente de Internet <1%

10 hdl.handle.net Fuente de Internet <1%

Excluir citas Apagado

Excluir bibliografía Activo

Exclude assignment template Activo

Excluir coincidencias < 20 words

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	11
2. MÉTODOS.....	11
2.1. Objetivo:	11
2.2. Metodología:	11
2.3. Resultados:	12
3. ABREVIATURAS.....	13
4. RESULTADOS – CASOS CLÍNICOS.....	18
4.1. Caso 1: Mordedura canina	18
4.2. Caso 2: Urticaria por intoxicación alimentaria	20
4.3. Caso 3: Linfadenitis supurativa local (becegeítis)	21
4.4. Caso 4: Rinosinusitis infecciosa	23
4.5. Caso 5: Hipertrofia de adenoides	25
4.6. Caso 6: Diabetes mellitus tipo 2	26
4.7. Caso 7: Rinitis alérgica y trastorno del gusto y olfato post Covid-19	29
4.8. Caso 8: Fractura cerrada de la epífisis superior de la tibia	31
4.9. Caso 9: Síndrome de mano, boca y pie	33
4.10. Caso 10: Infección del tracto urinario en gestante	35
4.11. Caso 11: Psoriasis en placas	37
4.12. Caso 12: Herida contuso cortante en cabeza y TEC	39
4.13. Caso 13: Bronquiectasias infectadas	40
4.14. Caso 14: VIH	43
4.15. Caso 15: Insuficiencia venosa de miembro inferior	48
4.16. Caso 16: Orzuelo en ojo izquierdo	49
4.17. Caso 17: Arañazo de gato	51
4.18. Caso 18: Quiste de conducto tirogloso	52

4.19.	Caso 19: Herpes Zoster en paciente geriátrico	54
4.20.	Caso 20: Colecistitis	56
4.21.	Caso 21: Rinofaringitis asociado a vértigo	58
4.22.	Caso 22: Anemia por déficit de hierro	59
4.23.	Caso 23: Migraña	61
4.24.	Caso 24: Herida contuso cortante en dedo de la mano	63
4.25.	Caso 25: Derrame pleural izquierdo por tuberculosis pleural	65
4.26.	Caso 26: Prurigo y faringoamigdalitis aguda	67
4.27.	Caso 27: Infección del tracto urinario y quiste hepático	68
4.28.	Caso 28: Ganglión de tobillo derecho	71
4.29.	Caso 29: Melanoma de primer dedo del pie izquierdo	72
4.30.	Caso 30: Apendicitis aguda	74
5.	CONCLUSIÓN	77
6.	ANEXOS	79
6.1.	Figura 1. Caso 1: Mordedura canina	79
6.2.	Figura 2. Caso 2: Urticaria por intoxicación alimentaria	79
6.3.	Figura 3. Caso 3: Linfadenitis supurativa local (Becegeítis)	80
6.4.	Figura 4: Caso 5: Hipertrofia de adenoides	80
6.5.	Figura 5: Caso 6: Diabetes Mellitus tipo 2	81
6.6.	Figura 6: Caso 8: Fractura cerrada de la epífisis superior de la tibia	82
6.7.	Figura 7: Caso 9: Síndrome de mano, boca y pie	83
6.8.	Figura 8: Caso 10: Infección del tracto urinario en gestante	83
6.9.	Figura 9: Caso 11: Psoriasis en placas	84
6.10.	Figura 10: Caso 15: Insuficiencia venosa de miembro inferior	85
6.11.	Figura 11: Caso 16: Orzuelo en ojo izquierdo	86
6.12.	Figura 12: Caso 17: Arañazo de gato	86
6.13.	Figura 13: Caso 19: Herpes Zoster en paciente geriátrico	87

6.14.	Figura 14: Caso 20: Colecistitis	88
6.15.	Figura 15: Caso 22: Anemia por déficit de hierro	89
6.16.	Figura 16: Caso 25: Derrame pleural izquierdo por tuberculosis pleural ...	90
6.17.	Figura 17: Caso 26: Prurigo y faringoamigdalitis aguda	90
6.18.	Figura 18: Caso 29: Melanoma de primer dedo del pie izquierdo	91
6.19.	Figura 19: Caso 30: Apendicitis aguda	91
7.	BIBLIOGRAFÍA	93

1. INTRODUCCIÓN

El séptimo año de la carrera de Medicina Humana es una etapa clave, en donde se desarrolla el internado médico. Esta etapa, sirve de aprendizaje para que los estudiantes desenvuelvan sus conocimientos teóricos mediante la práctica médica en las diversas sedes hospitalarias y a su vez, formen y mejoren la relación médico paciente mediante una comunicación asertiva y comprensible para el paciente. Asimismo, sirve para conocer los déficits y/o carencias que pueda presentar cada centro de salud, esto con la finalidad de enfrentar los posibles retos que se presente por cada enfermedad y de esta forma poder diagnosticar y brindar un tratamiento óptimo a cada paciente.

Por lo tanto, el internado es una experiencia que no sólo te va a forjar profesionalmente, sino que también te ayuda a crecer a nivel personal. En el camino, comienzas a desarrollar valores como la responsabilidad, la puntualidad, el respeto y la gratitud. También aprendes a tomar decisiones que van a ser cruciales para la evolución y tratamiento del paciente, motivo por el cual cada día se vuelve un reto. Sin embargo, el ser médico también implica desarrollar ciertas habilidades como el trabajo en equipo, ya sea con el personal de salud a cargo, otros servicios o especialidades, y muchas otras veces el liderazgo para delegar como es que se procede en cada caso.

En este trabajo, se exponen los casos más frecuentes que uno como profesional médico encuentra en la consulta médica y en la emergencia durante las rotaciones del periodo junio 2022 a marzo de 2023 en el Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo y el Hospital de Emergencias de Villa el Salvador, los cuales ayudaron a nutrir nuestro conocimiento sobre las diversas patologías presentadas en esta etapa y así en el futuro tener las herramientas necesarias para poder afrontar esos desafíos.

2. MÉTODOS

2.1. Objetivo:

Analizar, describir y reflexionar sobre 30 casos clínicos en los que participé como interna de medicina en el periodo junio 2022 a marzo de 2023 en el centro materno Infantil Villa María del Triunfo y el Hospital de Emergencia de Villa El Salvador.

2.2. Metodología:

Análisis y descripción de 30 casos clínicos seleccionados en base a la importancia y frecuencia durante la consulta médica en el periodo junio 2022 a marzo 2023.

2.3. Resultados:

Descripción de 30 casos clínicos donde se explica un resumen de los diagnósticos presuntivos propuestos, las pruebas diagnósticas, los diagnósticos definitivos y el tratamiento.

3. ABREVIATURAS

AHT: ambos hemitórax

AP: altura de presentación

AP: anteroposterior

APGAR: test para valorar el estado general del neonato

AREG: aparente regular estado general

AREH: aparente regular estado de hidratación

AREN: aparente regular estado de nutrición

AU: altura uterina

BD: bilirrubina directa

B/D: blando, depresible

BI: bilirrubina indirecta

BT: bilirrubina total

cm: centímetros

Ca: calcio

CFV: control de funciones vitales

CRED: crecimiento y desarrollo

CV: cardiovascular

D/C: a descartar

d/L: decilitro

DM: diabetes mellitus

EAD: etiología a determinar

ECO: ecografía

EG: edad gestacional

EG escala de Glasgow

EV: vía endovenosa

FC: frecuencia cardiaca

FR: frecuencia respiratoria

FUR: fecha de última regla

GE: genitales externos

Hb: hemoglobina

HC: historia clínica

Hto: hematocrito

HTA: hipertensión arterial

HTD: hemitórax derecho

I/C: interconsulta

IM: intramuscular

IMA: infarto agudo de miocardio

IMC: índice de masa corporal

INEN: instituto nacional de enfermedades neoplásicas

IRS: inicio de relaciones sexuales

ITU: infección de tracto urinario

LAV: líquidos a voluntad

LDH: lactato deshidrogenasa

Leu: leucocitos

LLC: llenado capilar

LOTEP: lúcido y orientado en tiempo, espacio y persona

lpm: latidos por minuto

mm: milímetros

mg: miligramos

MF: movimientos fetales

MINSA: ministerio de salud

MMII: miembro inferior

MMSS: miembro superior

MV: murmullo vesicular

NPS: número de parejas sexuales

OSA: observación de signos de alarma

PA: presión arterial

PAP: Papanicolaou

PCR: proteína C reactiva

PC: perímetro cefálico

P/E: peso para la edad

PN: peso al nacer

PO: postoperatorio

PPL: puño percusión lumbar

PRN: pro-re nata

PRU: puntos renoureterales

P/T: peso para la talla

RAM: reacción adversa a medicamentos

RCR: ruidos cardiacos rítmicos

RHA: ruidos hidroaéreos

RM: respuesta motora

RN: recién nacido

RNAT: recién nacido a término

RO: respuesta ocular

ROT: reflejos osteotendinosos

rpm: respiraciones por minuto

RQ: riesgo quirúrgico

RV: respuesta verbal

SatO2: saturación de oxígeno

SAT: sensación de alza térmica

SC: subcutáneo

SOP: sala de operaciones

SOMA: sistema osteomuscular

Tab: tableta

T: temperatura

TAC/TEM: tomografía axial computarizada/tomografía espiral multicorte

TBC: tuberculosis

TCSC: tejido celular subcutáneo

TE: tiempo de enfermedad

TEC: traumatismo encéfalo craneano

TARV: tratamiento antirretroviral

TGO: transaminasa glutámica oxalacética

TGP: transaminasa glutámico-pirúvica

THE: trastorno hidroelectrolítico

T/H/E: tibia, húmeda, elástica

TVP: trombosis venosa profunda

TX: tratamiento

UPP: úlcera por presión

USNA: unidad de soporte nutricional avanzado

VIH: virus de inmunodeficiencia humana

VO: vía oral

W: peso

4. RESULTADOS – CASOS CLÍNICOS

4.1. Caso 1: Mordedura canina

Anamnesis y examen físico:

Paciente varón de 27 años es traído al servicio de emergencia por su padre, ya que hace 30 minutos fue atacado por un perro de la calle. Se observa mordedura canina en el miembro superior derecho, a nivel de antebrazo. Sobre sus antecedentes patológicos: Dermatitis atópica, Quirúrgico: Niega, RAM: Alérgico a AINES. Funciones biológicas: conservadas. El paciente refiere dolor intenso en la zona afectada. Al examen físico: Temperatura de 36.8°C, Peso: 70 kg, FC: 88 lpm, SatO₂: 99%. Estado general: aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. Aparato cardiovascular: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes. Sistema nervioso central: Glasgow 15/15, paciente despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Al examen físico preferencial: A la inspección de piel, sangrado profuso en antebrazo derecho y una herida de profundidad de 1 cm y otra de 4 a 5 cm de longitud aproximadamente, con una profundidad de 1 cm. (Ver Figura 1)

Diagnóstico definitivo:

Mordedura Canina

Tratamiento:

Lavar con agua y jabón

Sutura Seda negra 3/0 CA 3/8 círculo cortante 20mm x 75cm

Afrontamiento en ambos lados de la herida

Mupirocina 2% en crema

Colocación de vacuna antirrábica y completar esquema

Amoxicilina + Acido Clavulánico VO 500 mg + 125mg

Paracetamol 500mg VO (ya que es alérgico a los AINES) condicional al dolor o cada 8 horas.

Seguimiento:

Se le indicó al paciente que venga a tóxico después de 7 días, para retirar los puntos de afrontamiento en la herida. Además, se le indicó que en casa se haga las curaciones diarias, las cuales consisten en el lavado de la herida con agua y jabón, y la colocación de la crema antibiótica para evitar la infección local. Asimismo, se le añadió el tratamiento de manejo inicial en mordeduras caninas, la cual consiste en el uso de antibióticos: Amoxicilina + Acido Clavulánico por 7 días. El paciente regresó a los 2 días por su segunda dosis de vacunación antirrábica, momento en el cual pudimos monitorear la herida, la cual presentaba una buena evolución. El paciente regresó al séptimo día por su tercera dosis y a la vez, se le realizó el retiro de puntos. Se observó una excelente cicatrización y finalización del tratamiento antibiótico. No se evidenció signos de infección. Quedó pendiente sus últimas dosis del esquema de vacunación.

Reflexión significativa:

En el tiempo que vamos rotando en el servicio de Emergencia, se nos ha indicado muchas veces que una mordedura canina no se sutura, debido al tipo de herida. Sin embargo, este caso me sirvió para aprender que, en algunos casos, donde la herida es profunda o abierta, es necesario la colocación de puntos de afrontamiento para ayudar a la cicatrización. Por otro lado, se sabe que el esquema de antibióticos está indicado en todas las mordeduras, ya que los patógenos más frecuentes encontrados en este tipo de lesiones son *Pasteurella* spp., *Staphylococcus* spp. y *Streptococcus* spp. (1) Sin embargo, hemos observado muchos otros casos en el mismo centro de salud, en donde los médicos no aplican el manejo inicial antimicrobiano. Los motivos expuestos del médico de turno fueron, evitar una gastritis lesiva por uso de antibióticos de forma innecesaria. A nivel profesional, no estoy de acuerdo con esta medida, ya que los tratamientos indicados a los pacientes están basados en guías de salud, que están comprobadas científicamente y avalan el uso de tratamiento antibiótico ante una mordedura canina. Asimismo, el Ministerio de salud (MINSA) tiene un esquema de manejo, el cual debería ser utilizado por todos los médicos de los distintos establecimientos de salud. Esta observación es necesaria y es importante por el bienestar del paciente, que se estandarice el manejo de ciertas condiciones de salud y/o enfermedades en las diversas instituciones y servicios.

4.2. Caso 2: Urticaria por intoxicación alimentaria

Anamnesis y examen físico:

Paciente mujer de 22 años con un tiempo de enfermedad de 7 días, acude a consulta externa de medicina interna por presentar ronchas en todo el cuerpo y prurito intenso luego de comer un sándwich triple en la calle. La paciente niega otra molestia y/o sintomatología. Además, refiere que se automedicó con cetirizina de 10mg 1 tableta al día, por 5 días, sin presentar ninguna mejoría. La paciente niega diagnósticos de enfermedades previas y niega consumo de otros medicamentos. Niega alergia a medicamentos, niega alergia a alimentos, niega hospitalizaciones previas. No cuenta con antecedentes familiares de importancia. Al examen físico: Temperatura: 36.7 °C SatO2: 99% FR: 16 x minuto FC: 65 x minuto PA: 110/60 Peso: 50 kg. Estado general: aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y Pulmones : MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes. SNC: Glasgow 15/15, paciente despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Al examen físico preferencial: piel con presencia de habones en diversas zonas del cuerpo (extremidades, espalda, abdomen). (Ver Figura 2)

Diagnóstico presuntivo:

Intoxicación alimentaria

Prueba diagnóstica:

Dermografismo positivo, al hacer la prueba en zona de antebrazos.

Diagnóstico definitivo:

Urticaria por intoxicación alimentaria

Tratamiento:

Dexametasona 4 mg IM, por 2 días.

Levocetirizina 5 mg VO, por día por 10 días.

Dieta: no grasas, no frituras, no lácteos, no embutidos por 15 días.

Seguimiento: No retornó el paciente.

Reflexión significativa:

Este caso me ayudó a recordar que una de las principales causas de urticaria es la intoxicación por alimentos. La paciente refiere que jamás le había ocurrido algo similar. Sin embargo, menciona que es la ingesta del sándwich de queso, jamón y huevo, lo que le provocó la reacción alérgica. La urticaria es una reacción en su mayoría cutánea, que provoca la presencia de habones o las famosas ‘ronchas’, las cuales originan mucha comezón (2). Esta enfermedad es multifactorial y suele estar mediada por inmunoglobulina E según su fisiopatología. No obstante, se han visto casos en donde hay reacciones mixtas, lo que significa que en un mismo paciente expresa sintomatología tanto regulada por IgE como no mediado por la misma. Y es aquí donde se pueden observar trastornos mixtos, los cuales abarcan desde dermatitis atópicas hasta una gastroenteritis eosinofílica (3). Con este caso, aprendí que el prurito intenso y los habones eritematosos pueden tardar semanas en desaparecer y, por lo tanto, aunque se usen medicamentos como antihistamínicos y/o corticoides para inhibir estos síntomas, debemos explicar y educar al paciente para evitar una exposición repetida al alimento o agente causal de la urticaria, esto con la finalidad de poder eliminarlos de su dieta y así ayudar a mejorar los síntomas. Considero, que la educación a los pacientes les permite participar en forma activa en su propio cuidado.

4.3. Caso 3: Linfadenitis supurativa local (becegeítis)

Anamnesis y examen físico:

Paciente femenina de mes y medio es traída por su madre a consulta en Crecimiento y Desarrollo. La madre refiere que está preocupada porque ella cuida bien a su bebé, sin embargo, ha notado desde hace 5 días una lesión con pus en el brazo derecho de su menor hija. La madre refiere que su bebé no se ha caído, ni se ha golpeado con nada. Asimismo, comenta que cuando nació ella no tenía esa lesión. Niega otra sintomatología añadida. Niega alguna patología. En los antecedentes y observando el carné de atención integral de salud del niño menor de 5 años, observamos que, al nacer, la paciente fue vacunada con BCG y HVB. Paciente nacida por parto natural a las 39 semanas y 5 días, sin complicación. Estado general: paciente está dormida y aparenta buen estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos,

pulsos periféricos presentes. SNC: durmiendo, despierta a estímulo, reflejo de succión conservado, moviliza cuatro extremidades. Al examen físico: Temperatura: 36.9 FR: 36. FC: 147 lpm SatO2: 99% Fontanelas: normales, planas, no abombadas. Peso: 5. 250 kg Talla: 57cm PC: 36.8cm. A la inspección en piel: en la región deltoidea del miembro superior derecho, se visualiza una lesión de 1 cm de diámetro, eritematosa, con pústula. Otras partes del cuerpo sin alteraciones, no presencia de masas. (Ver Figura 3)

Diagnóstico presuntivo:

Linfadenitis supurativa local (becegeítis)

Diagnóstico final:

Se calificó como una Linfadenitis supurativa a causa de la vacuna BCG, debido a que la lesión se presenta en el sitio de la vacuna.

Tratamiento:

No requiere ningún tipo de tratamiento ni manipulación, solo mantener limpia la zona.

Seguimiento:

Se le explicó a la madre que solo debe mantener limpia la zona de aplicación de la vacuna, que no debe reventar la pústula o manipularla. El seguimiento en estos pacientes es el control CRED mes a mes para completar todas sus vacunas, evaluar su crecimiento en talla y peso, su desarrollo psicomotor y orientar a las madres en el cuidado y alimentación etapa por etapa del crecimiento del bebé.

Reflexión significativa:

Según Carrizo-Chuecos J, "la vacuna del bacilo de Calmette-Guérin (BCG) es actualmente la única vacuna antituberculosa disponible, la cual protege a los lactantes y niños contra la meningitis tuberculosa y la forma diseminada de la enfermedad" (4, p.2). Asimismo, los médicos indicaron que es un motivo de consulta frecuente post vacunación, la aparición de adenopatías a nivel local del punto de vacunación. Esta lesión puede ser supurativa o no, provocando algunas veces complicaciones como abscesos y úlceras, como es el caso de la paciente.

Este caso me hizo reflexionar, ya que un error común en quienes colocan este tipo de vacuna, es el no saber comunicar a las madres las posibles consecuencias o efectos

adversos de ciertas vacunas. Este es un claro ejemplo de que no se le explicó a la madre la reacción que puede ocasionar la vacuna BCG y que es completamente normal, que no debe alarmarse y que debe ser paciente, ya que eso se resuelve con una correcta limpieza y la no manipulación de la zona para evitar una infección. Además, es importante comunicar y explicar como otras vacunas, que pertenecen al calendario de vacunación, puede causar fiebre, dolor o inflamación de la zona de aplicación. Para estas condiciones el tratamiento es básicamente sintomático. Otro ejemplo sobre reacción adversa por vacunas, es el caso de la vacuna Pentavalente, que causa fiebre en los bebés y también dolor en la zona de vacuna. Para esto, se les receta un antipirético/analgésico (Paracetamol en gotas) y un gel como Diclofenaco para aplicar a nivel local y de esta forma ayudar al lactante a que sobrelleve estos síntomas.

4.4. Caso 4: Rinosinusitis infecciosa

Anamnesis y examen físico:

Paciente varón de 33 años con un tiempo de enfermedad de 14 días, caracterizado por presentar inicialmente congestión nasal y lagañas. Luego de 4 días, presenta rinorrea verdosa, ardor de garganta, tos leve, cefalea frontal, dolor en cara, mandíbula y mareos. El paciente refiere que estuvo recibiendo tratamiento con Amoxicilina 500 mg 1 tableta vía oral cada 8 horas por 10 días y Clorfenamina 10 mg + Dexametasona 4 mg IM, por 3 días, siguiendo una receta que tenía su amigo del trabajo por una sintomatología parecida según refiere. Antecedente de rinitis alérgica, diagnosticado en el año 1999, recibiendo un tratamiento irregular con un spray nasal, cuyo nombre no recuerda. Alérgico a las sulfas. Estado general: mal estado general, quejumbroso por el dolor de cabeza, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presente. SNC: Glasgow 15/15, paciente despierto, lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona. Paciente afebril. FC: 78 lpm FR: 16 x minuto PA: 110/70 Sat O2: 98 %. Al examen físico preferencial: en nariz se evidencia congestión nasal presente, bilateral. Faringe: congestiva. Amígdalas: eritematosas, no secreción purulenta.

Diagnóstico definitivo:

Rinosinusitis Infecciosa

Tratamiento:

Ceftriaxona 1 gr IM x 3 días.

Dexametasona 4 mg IM x 3 días.

Mometasona spray nasal: 1 puff en cada fosa nasal cada 12 horas por 4 semanas.

Cetirizina 10 mg + pseudoefedrina 120 mg cápsulas, 1 cápsula cada 12 horas por 7 días.

Seguimiento:

Paciente retorna a consultorio externo después de 1 mes por otro motivo de consulta, sin embargo, refiere haber notado mejoría y alivio de sus síntomas.

Reflexión significativa:

Este caso es interesante porque se tiene como antecedente que el paciente padece de rinitis alérgica, que como sabemos es una enfermedad inflamatoria crónica recurrente de la mucosa nasal. Este tipo de pacientes, al ya tener un posible daño del epitelio por los diversos episodios de alergia, se convierte en un factor de riesgo para infecciones respiratorias recurrentes. Si analizamos los síntomas del paciente y la cantidad de días transcurridos pese al uso de antibiótico, podemos ver que estamos frente a un cuadro clínico típico de rinosinusitis, caracterizado por cefalea frontal, dolor facial y congestión nasal que no cesa, causándole mareos, típica sintomatología en esta enfermedad. Con este caso, el médico del servicio nos hizo hincapié sobre la realidad de muchos pacientes que se automedican y me ayudó a recordar que parte de nuestra labor como médico es educar al paciente y explicarle que cada patología y agentes causales son diferentes y el tratamiento es personalizado por cada enfermedad. Como se puede ver, el tratamiento antibiótico inicial fue a base de amoxicilina, pero según la guía de manejo, se recomienda para sinusitis amoxicilina + ácido clavulánico como terapia inicial y si no funciona, se debería escalar a una cefalosporina como ceftriaxona IM por 1 a 3 días (5). Asimismo, se añadió un tratamiento con un corticoide en spray nasal para ayudar a desinflamar a nivel local y mejorar la congestión nasal durante 4 semanas, junto con antihistamínicos, logrando así un resultado óptimo en la evolución del paciente. Este caso no solo nos ayudó a distinguir y diferenciar dos patologías que pueden estar en forma concomitante, sino también a concientizar a los pacientes sobre el daño que se pueden generar al automedicarse.

4.5. Caso 5: Hipertrofia de adenoides

Anamnesis y examen físico:

Paciente mujer de 4 años es traída por su madre a consulta por presentar rinorrea de color transparente y molestia al pasar los alimentos. La madre refiere que hace 7 meses la menor ha estado recibiendo tratamiento con mometasona spray nasal 1 puff en cada fosa nasal, cada 12 horas en forma continua y levocetirizina 2.5 mg/jarabe, 5 ml por noche por periodos de 10 días, cuando presentaba rinorrea y/o estornudos frecuentes. Asimismo, refiere que desde hace 2 meses la menor no ha presentado signos de infección respiratoria. Con respecto a los antecedentes patológicos, la menor ha sufrido de infecciones respiratorias a repetición (8-10 episodios por año). Diagnóstico de rinitis alérgica desde los 3 años y broncoespasmo a la edad de 8 meses. Funciones biológicas: apetito levemente disminuido, sueño interrumpido porque a veces siente que no puede respirar bien, el resto de funciones sin alteraciones. Al examen físico: Temperatura: 37°C FR: 20. FC: 90. SatO2: 97% Peso: 19 Kg Talla: 109 cm. Estado general: respiración por la boca, agitada, aparente buen estado de nutrición e hidratación. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes. SNC: Glasgow 15/15, despierta, lúcida, obedece órdenes simples. Al examen físico preferencial: Nariz con presencia de congestión nasal leve. Faringe levemente congestiva.

Diagnóstico presuntivo:

Sinusitis

Rinitis alérgica

Prueba diagnóstica:

Se le solicita al paciente una radiografía de Cavum: donde se observó obstrucción del conducto nasofaríngeo un 80%. (Ver Figura 4)

Diagnóstico definitivo:

Rinitis alérgica e Hipertrofia adenoidea moderada a severa según radiografía Cavum.

Tratamiento:

Mometasona 50 ug Spray Nasal: 1 puff en cada fosa nasal, cada 12 horas.

Levocetirizina 2.5 mg/ 5ml : 5 ml una sola vez/ día.

Seguimiento: El paciente retorna 2 meses después para seguir con sus controles de niño sano y una nueva radiografía control Cavum. En donde se aprecia: una disminución de la obstrucción en la placa de control. (Ver Figura 4)

Reflexión significativa:

Este caso me ayudó a conocer más sobre la hipertrofia de adenoides, ya que el médico de turno nos explicaba que la hipertrofia de adenoides es más común en los niños, debido a que estas se atrofian conforme va avanzando la edad. Además, aprendimos que los factores desencadenantes son los resfríos, las alergias como la rinitis o una infección como la sinusitis, sobre todo en los cambios de estación donde toda la población presenta resfríos. Entendimos, que en estos casos hay mayor secreción de moco y por lo tanto los conductos nasales se ocluyen. Sin embargo, se nos explicó que a su vez, en la hipertrofia de adenoides hay una inflamación del tejido que está alrededor, dando como resultado un aumento a la oclusión de la nasofaringe, causando finalmente más dificultad en la respiración. Finalmente, discutimos con el grupo de internos sobre el uso de exámenes auxiliares en este caso, ya que el diagnóstico se hace mediante una radiografía de cavum, la cual permite al médico visualizar la anatomía de la nariz y la boca, con la finalidad de detectar algún tipo de patología en la funcionalidad de la vía aérea.

4.6. Caso 6: Diabetes mellitus tipo 2

Anamnesis y examen físico:

Paciente mujer de 43 años con un tiempo de enfermedad de 9 meses, acude a la consulta médica por incremento de peso, cambio de coloración en los pliegues de distintas partes del cuerpo y disnea a grandes esfuerzos. Así mismo refiere presencia hongos en las uñas del pie y grietas en la planta de los pies. Niega otra sintomatología. En los antecedentes, refiere haber sido diagnosticada de preeclampsia en su última gestación, hipertensión arterial diagnosticada hace 2 años con tratamiento irregular con losartán 50 mg, 1 tableta por día. Funciones biológicas: apetito incrementado, sed aumentada, frecuencia de micción aumentada y percibe ganancia de peso, sin embargo, no lo tiene cuantificado, resto de funciones biológicas sin alteraciones. Cuando se le preguntó en que consiste su

dieta, ella comentó que trabaja en un restaurante de comida rápida y su almuerzo o cena se basa en grasas y gaseosas que recibe del trabajo. Ella lleva laborando en ese tipo de centros de trabajo desde que tiene 25 años. Al examen físico: Temperatura: 36.8 °C FR: 16 x minuto FC: 99 lpm SatO2: 98% Peso: 90 Kg Talla: 160 cm IMC: 35 PA: 160/90. Estado general: aparenta buen estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulsos periféricos presentes. SNC: Glasgow 15/15. LOTEPE. Al examen físico preferencial: piel y anexos con signos de onicomiosis en las uñas de los pies y presencia de grietas en la planta de los pies. Así mismo en el cuello se evidencia signos de acantosis nigricans. (Ver Figura 5)

Diagnóstico presuntivo:

Obesidad

Descartar diabetes mellitus tipo 2

Pruebas diagnósticas:

Se le realizó los siguientes análisis clínicos:

Creatinina: 0.81 mg/dL (dentro del rango normal)

Triglicéridos: 225 mg/dL (valor alto, valor límite 150 mg/dL)

Colesterol total: 246 mg/dL (valor alto, el valor óptimo menos de 200mg/dL)

Pruebas de función hepática: TGO/TGP, Bilirrubina total y Fosfatasa alcalina : Sin alteraciones

Glucosa en ayunas: 306 mg/dL (valor elevado, el valor esperado en ayunas es 99 mg/dL o menor a ese valor)

Hemoglobina glicosilada: 7.7% (valor elevado, un valor normal es menor a 5.7%)

Tolerancia oral a la glucosa a las 2 horas: >200 mg/dL (resultado elevado, valor normal es inferior a 140 mg/dL).

TSH, T4 Libre: sin alteraciones

Examen Orina Completo: glucosa +/+++

Diagnóstico definitivo:

Hipertensión Arterial No controlada

Diabetes Mellitus tipo II

Hiperlipidemia Mixta

Obesidad

Onicomycosis

Dermatomicosis

Tratamiento:

Continuar con tratamiento regular antihipertensivo: Losartán 50 mg vía oral, 1 tableta al día.

Metformina 850 mg vía oral, después del almuerzo, cada 24 horas por 30 días.

Atorvastatina de 20 mg vía oral, 1 tableta al día por 30 días.

Cambios en la dieta: alimentación hipocalórica, hipograsa e hipoglucémica.

Cambio en estilo de vida: caminar media hora por día.

Tratamiento para onicomycosis y dermatomicosis con Fluconazol 150 mg, 1 vez por semana por 3 meses.

Ejercicio físico aeróbico por 30 minutos al menos 3 veces por semana y de manera progresiva.

Seguimiento:

Se le indicó al paciente una interconsulta con nutrición para mejorar sus hábitos alimenticios y complementar a su vida una dieta enfocada en sus diagnósticos.

Reflexión significativa:

Recuerdo que con este caso, se abrió la discusión sobre la definición y los parámetros para diagnosticar una diabetes mellitus tipo 2. El médico nos hizo volver a estudiar todo sobre esta enfermedad, ya que se ha vuelto una patología metabólica muy común en la consulta. La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad multifactorial, ya que puede haber factores tanto genéticos como ambientales. Es básico como profesional de la salud tener

como conocimiento cuales son los test de medición de glucosa para diagnosticar a un paciente, sumado a los síntomas que éste presente. Según la American Diabetes Association (ADA), la prueba de hemoglobina glicosilada es un test que evalúa el nivel de glucosa en sangre de los últimos 3 meses, teniendo como resultado positivo para DM 2 un nivel de 6.5% a más y nuestra paciente tuvo 7.7% (6). En este caso fue interesante, porque observé como los síntomas y signos descritos en las bibliografías se reflejaban durante la evaluación al paciente. Aquí, tuve a una paciente femenina, que tiene como antecedente un desorden nutricional, ya que sus alimentos se basan en grasas y bebidas con alto contenido de azúcar. Es una paciente que no prepara sus alimentos, por lo tanto, no sigue o hace una dieta balanceada. Asimismo, cuando se calculó el índice de masa corporal, éste indicaba obesidad tipo 2, el cual es un factor de riesgo tanto para DM 2 e HTA que ella padece. Otro signo típico de la DM 2, es la aparición de acantosis nigricans, la cual es un indicador de resistencia a la insulina. Asimismo, se encontraron otras complicaciones a nivel de piel y anexos como onicomiosis y grietas en sus pies. Este tipo de pacientes, con el paso del tiempo y si no controlan sus factores de riesgo y la glicemia, pierden sensibilidad en los miembros inferiores (neuropatía diabética) y una infección en esas zonas puede causar úlceras con una difícil cicatrización, las cuales si no se tratan a tiempo puede terminar en una amputación de la zona afectada. Finalmente, es importante recalcar que el seguimiento a este tipo de pacientes debe ser periódico, para evitar que la enfermedad avance, ya que entre las complicaciones sistémicas de la diabetes, se incluyen la nefropatía, cardiopatía, retinopatía y la neuropatía diabética, los cuales son perjudiciales para la salud.

4.7. Caso 7: Rinitis alérgica y trastorno del gusto y olfato post Covid-19

Anamnesis y examen físico:

Paciente varón de 43 años de edad, acude a la consulta por presentar disminución del gusto, sabor y olor desde hace 5 meses aproximadamente. El paciente refiere que no siente el sabor de la gaseosa, de la sal, de los dulces. Como ejemplo comenta que en casa, él añade insumos extras como azúcar y sal a sus alimentos porque no siente el sabor y/o sazón. Asimismo, no percibe olores de perfume o comidas en casa. Como antecedentes patológicos: refiere infección por Covid-19 leve en el año 2021, confirmada por prueba molecular positiva, llevó tratamiento en casa. No comenta ninguna complicación, solo

que tuvo abundante secreción nasal y tos por casi un mes. Actualmente, tiene todas las vacunas para Covid-19: 4 dosis. Entre otros antecedentes, el paciente refiere patologías como Gastritis Crónica, *Helicobacter pylori* (negativo), diagnosticado en el año 2018. Rinitis alérgica desde la adolescencia. Al examen Cínico: Temperatura: 36.6 °C FR: 18x minuto FC: 82 PA: 110/60 Peso: 65 kg. SatO2: 98% Estado general: aparenta buen estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulsos periféricos presentes. SNC: Glasgow 15/15. LOTEPE. Al examen físico preferencial: nariz con congestión nasal presente al examen clínico. Faringe: no congestiva, no edematosa, no purulenta.

Diagnóstico Presuntivo:

Rinitis alérgica

Anosmia

Disgeusia

Prueba diagnóstica:

El diagnóstico se basa en los signos y síntomas clínicos hallados en la anamnesis y examen físico.

Diagnóstico definitivo:

Rinitis Alérgica

Trastornos del Gusto y Olfato post Covid-19

Tratamiento:

Mometasona spray nasal 50 ug: 1 puff cada 12 horas, por 1 mes.

Levocetirizina 5 mg , 1 tableta por día, por 15 días.

Seguimiento: Se le sugiere volver a consulta en 3 meses para observar si existe mejoría en los síntomas de pérdida del gusto y olfato.

Reflexión significativa:

Este caso me pareció interesante porque se presenta un caso de Long Covid-19, el cual es un síndrome post infección que abarca diferentes afecciones. Según estudios, uno de los sistemas afectados es el olfativo, en donde el proceso inflamatorio que ocurre durante la infección, afecta a neuronas receptoras olfativas y esto se traduce en una alteración de la respuesta odorífera, causando anosmia (7). Asimismo, la recuperación del sentido del gusto puede tardar 3 meses post infección y en un pequeño porcentaje de la población afectada, tarde mucho más (8). Sin embargo, algo que discutimos con la médico de turno, es que este paciente sufre de rinitis alérgica, motivo por el cual padece de un estado inflamatorio crónico de la mucosa nasal, provocando así una demora en la recuperación de los sentidos afectados. Por lo tanto, aprendí que aún cuando nos encontremos frente a un caso de Long Covid -19, debemos exponerle al paciente, que la rinitis alérgica que él padece, asociada a una congestión nasal por la misma, está bloqueando la percepción de olores e incluso sabores y que debe tener paciencia para poder notar su pronta mejoría. Este fue mi primer caso de Long Covid-19 y aprendí la importancia de averiguar sobre enfermedades concomitantes que puedan prolongar y exacerbar la patología actual.

4.8. Caso 8: Fractura cerrada de la epífisis superior de la tibia

Anamnesis y examen físico:

Paciente femenina de 51 años de edad, que acude a emergencia por caída sobre rodilla flexionada izquierda. Refiere dolor intenso en la región de rodilla, en la cual se evidencia aumento de volumen, dolor a la movilización, limitación y llenado capilar menor de 2 segundos. Niega antecedentes de importancia. Niega cirugías. Niega enfermedades. Al examen físico: Temperatura: 37.0 FR: 20 FC: 88 lpm PA: 120/80 SatO₂: 98% Estado general: aparenta buen estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulsos periféricos presentes. SNC: Glasgow 15/15. LOTEPE. Al examen físico preferencial, movilidad y funcionalidad del miembro inferior derecho dentro de los parámetros normales. Miembro inferior izquierdo: se evidencia excoriaciones, con aumento de volumen a nivel de rodilla, eritematoso, dolor 10/10, incapacidad de flexionar y extender el MMII.

Diagnóstico presuntivo:

Descartar fractura de rodilla

Pruebas diagnósticas:

Se le solicita radiografía de rodilla en la cual se evidencia fractura cerrada de epífisis superior de la tibia. (Ver Figura 6)

Se solicita tomografía de rodilla pero no se realiza.

Diagnóstico definitivo:

Fractura cerrada de la epífisis superior de la tibia

Tratamiento:

Manejo quirúrgico + posibilidad de fijación externa

Se solicitan prequirúrgicos

Se realiza interconsulta a cardiología y anestesiología para riesgo quirúrgico.

Dieta completa + líquidos a voluntad.

Metamizol 01 gr EV cada 8 hora.

Tramadol 50 mg SC PRN a dolor intenso.

CFV+ OSA

Seguimiento:

Paciente en su post operatorio de osteosíntesis con placa y tornillos de fractura de tibia proximal izquierda. En radiografía control: reducción aceptable de fractura. Evolución favorable. Al momento con curación en heridas operatorias.

Plan de trabajo:

Cefazolina 1 gr cada 8 horas

Gentamicina 160 mg cada 24 horas EV

Metamizol 1gr cada 8 horas EV

Tramadol 100 mg cada 12 horas SC

Metoclopramida 1 AMP cada 12 horas EV

Enoxaparina 40 mg cada 24 horas

Omeprazol 40 mg cada 24 horas EV

CFV

De mantenerse con buena evolución, será dada de alta en 2 días.

Reflexión significativa:

Cuando atendí a esta paciente en la emergencia, estaba acompañada del traumatólogo de guardia y me enseñó que en este tipo de fracturas no sólo es importante tomar una radiografía para confirmar el daño, sino también la ayuda de otras imágenes como ultrasonido Doppler de urgencia en caso se tenga una alta sospecha de lesión vascular. Otra imagen que el especialista solicitó fue una TAC, ya que está recomendada en aquellas fracturas donde la lesión se puede extender a la articulación, que en este caso sería la rodilla. Finalmente, estas imágenes ayudan al médico para poder visualizar en donde se realizará la inserción de los tornillos, el tratamiento fue quirúrgico y la paciente evolucionó favorablemente. Durante mi rotación, esta fue mi primera atención por fractura en emergencia de traumatología y al rotar en un establecimiento de nivel II-2, me permitió conocer y saber que otros exámenes auxiliares podría solicitar.

4.9. Caso 9: Síndrome de mano, boca y pie

Anamnesis y examen físico:

Paciente infante femenina de 3 años y 11 meses es traída al servicio de emergencia por su madre, por presentar fiebre cuantificada de 37.9°C. La madre refiere que hace 4 días, la niña comenzó con rinorrea, la cual ha comenzado a ser de color verde. A su vez, se le agregó la tos y el día de la atención presenta fiebre, la cual no cesa pese al uso de antipiréticos. La madre refiere que en casa la automedicó con Repriman (Metamizol) jarabe para bajarle la temperatura. En antecedentes de importancia: nacida por cesárea por elección a las 38 semanas con 5 días. Niega complicaciones durante el embarazo. Niega patologías. Carné de vacunas completas para su edad. La menor acude a un centro de estimulación temprana 3 veces por semana desde hace 1 mes, en donde se han reportado 5 niños con la misma sintomatología. En casa nadie presenta los síntomas.

Estado general: la paciente está despierta, irritable y mal estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulsos periféricos presentes. SNC: obedece órdenes simples y moviliza cuatro extremidades. Al examen físico: Temperatura: 37,8°C. FR: 22 FC de 135 lpm, Peso: 15kg, Aparato respiratorio: Presencia de roncales en ambas bases pulmonares. Faringe eritematosa. Fosas nasales congestionadas. Neurológico: niña despierta, irritable, LOTEPE. Obedece órdenes simples. A la inspección en piel: caliente, rosada en mejillas, no rash. (Ver Figura 7)

Diagnóstico presuntivo:

Rinofaringitis aguda

Descartar Bronquitis

Descartar Neumonía

Tratamiento:

Plan de trabajo en la emergencia:

Metamizol Jarabe y observar por 40 min a 1 hora si la fiebre cesa.

Continuar con (metamizol sódico 250mg/5mL), máximo 4 veces al día.

Plan de trabajo para casa:

Amoxicilina 250mg + ácido clavulánico 62.5mg/ml Jarabe cada 8 horas por 7 días.

Clorfenamina maleato jarabe 2mg/5mL x 120mL por 5 días.

Paracetamol jarabe 120 mg/ 5ml, cada 6 horas o condicional a la fiebre.

Seguimiento:

La paciente acude a consultorio externo al día siguiente por seguir con fiebre y el médico tratante le indica que continúe con el tratamiento hasta concluirlo. La paciente, regresa al servicio de emergencia 4 días después, porque la madre refiere que la menor presenta fiebre y presencia de aftas en boca. Además, se evidencia máculas eritematosas alrededor de la boca, en las palmas de las manos y la planta de los pies. Ante eso, se procedió a bajar la temperatura, la cual fue cuantificada en 38.3°C.

Diagnósticos finales:

Síndrome de mano, boca y pie

Tratamiento en emergencia:

Se le colocó metamizol sódico 0.6 ml IM. La paciente quedó en observación en el servicio de emergencia por una hora, evaluando finalmente que la fiebre cesó su curso. El diagnóstico final fue el síndrome de mano, boca y pie. Se le explicó a la madre que el causante de esta enfermedad es un virus, por lo cual, el tratamiento fue sintomático. Se indicó que tome en casa paracetamol jarabe condicional a fiebre o dolor y lidocaína en spray.

Reflexión significativa:

En este tipo de casos, es importante poder evaluar de forma correcta a los pacientes, tomarse el tiempo prudencial de atenderlos, analizar su caso y observarlos. Lamentablemente, en la emergencia, no es posible tomarse mucho tiempo en la atención del paciente o continuar con su monitoreo, ya que en este servicio llegan constantemente pacientes con un compromiso de salud que debe ser atendido de inmediato. Por otro lado, algo que sentía que jugaba en contra de una buena atención, es que el horario de consulta externa acaba entre las 6 de la tarde y 7 de la noche, motivo por el cual no hay cupos para todos. Por lo tanto, en emergencia se trataba de cubrir las necesidades de todos los pacientes con el fin de proporcionarles una buena atención. También, considero que se debe analizar el brote de casos que se presentan en la comunidad. Los médicos del establecimiento nos indicaron que en base a su experiencia y casuística, ellos consideran que en invierno o cambios de estación, las enfermedades virales son muy comunes. Asimismo, durante ese período de rotación se identificó en muchos niños el síndrome de mano, boca y pie, incluso en adultos. Es parte de nuestra función prevenir un futuro contagio. Por lo tanto, es necesario explicarles a los pacientes las medidas preventivas a tomar cuando se presenta un caso como este en la familia, ya que es contagioso.

4.10. Caso 10: Infección del tracto urinario en gestante

Anamnesis y examen físico:

Paciente primigesta de 36 años de edad, con 33 semanas y 4 días de gestación según ecografía de primer trimestre. Acude a consultorio de Ginecología, ya que desde hace 5 días presenta dolor a nivel suprapúbico, dolor lumbar y ardor al momento de orinar.

Además, refiere que hace 2 días se añadió dolor al orinar y aumento en la frecuencia urinaria. Niega fiebre. Niega descenso. Niega otra sintomatología y/o molestia. En antecedentes, evaluamos que cuenta con sus controles prenatales según cartilla. Al examen físico, Temperatura: 36.7°C, FC: 90 lpm, FR: 19 P: 65 kg, SatO2: 97%. LOTE, ABEN, ABEG, ABEH. Con respecto a sus funciones biológicas: Apetito: Normal, Sueño: Interrumpido, Orina: Aumentada en frecuencia Deposiciones: Normales. CV: RCR sin alteraciones. No soplos. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. ABD: globuloso a expensas de útero grávido ocupado por un feto único. Genito-Urinario: Puño percusión lumbar (+). Al examen ginecológico: se observa zona genital irritada, sin presencia de flujo vaginal. (Ver Figura 8)

Diagnóstico presuntivo:

Descartar Infección del tracto urinario

Pruebas diagnósticas:

Se le solicita examen de orina completo: Examen de orina se observa leucocituria. Con 10 – 15 leucocitos por campo. Hematíes: 0-1 x campo. No células epiteliales.

No se le realizó urocultivo a la paciente, ya que en el centro materno durante ese tiempo no se estaba realizando el estudio de muestra. La paciente refirió también no tener los medios económicos para pagar este tipo de exámenes.

Diagnósticos finales:

Infección del tracto urinario probable.

Tratamiento:

Cefalexina VO cada 6 horas por 7 días.

Paracetamol 500 mg vía oral, 1 tableta condicional a dolor.

Seguimiento:

Se le indicó a la paciente que regrese en 7 días para volver a tomar un examen de orina completo.

Reflexión significativa:

Es importante conocer los medicamentos que están indicados para gestantes, ya que no todos los antibióticos pueden prescribirse a las mujeres embarazadas, debido a que muchos de ellos pueden ocasionar feto toxicidad y ser perjudicial para la salud del bebé. En este caso, el tratamiento consistió en el empleo de una cefalosporina, la cual se nos indicó en emergencia que no produce malformaciones congénitas ni daño fetal durante el embarazo, por eso siempre recetan ese medicamento. En el centro de salud, un problema constante fue la escasez de medicinas para ciertas patologías, sin embargo, la cefalexina es un antibiótico que los médicos usan frecuentemente para las gestantes, por lo cual tuvimos suerte de que estuviera disponible. Finalmente, otro pilar importante sobre el tratamiento, es la explicación a la madre, que debe cumplir con la toma de antibióticos, ya que la falta de cumplimiento puede complicar y comprometer su salud y la de su bebé.

4.11. Caso 11: Psoriasis en placas

Anamnesis y examen físico:

Paciente varón de 28 años de edad, con un tiempo de enfermedad de 7 meses, que acude a consulta por lesiones descamativas en placas en antebrazo derecho, caracterizado por prurito marcado en la misma zona. Asimismo, refiere que hace 4 meses presenta los mismos síntomas en cuero cabelludo y zonas retroauriculares, añadiéndose lesiones descamativas en rodillas desde hace 2 meses. Como antecedentes, refiere haber tenido Covid 19 hace 1 año, tratamiento recibido en casa, sin complicaciones. Asimismo, refiere que 2 meses antes de la aparición de los síntomas, tuvo un resfrío complicado con placas purulentas en garganta, fiebre y tos. Se trató en un centro privado con antibióticos IM pero no recuerda el nombre de los medicamentos. Niega otra enfermedad. Niega algún tipo de alergias. Niega antecedentes familiares. El paciente hace hincapié en que siente mucha vergüenza por su apariencia y que se siente muy triste, sin ganas de ir a la universidad por cómo se ve. Al examen físico: Temperatura: 36.6°C, FC: 86 lpm, FR: 20 P: 64 kg, SatO2: 99%. Estado general: aparenta buen estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulsos periféricos presentes. SNC: Glasgow 15/15. LOTEP. En piel se observan lesiones descamativas en

placas en ambos miembros superiores, en rodillas y lesiones descamativas eritematosas retroauriculares que compromete parte del cuero cabelludo. (Ver Figura 9)

Diagnóstico definitivo:

Psoriasis en placas

Tratamiento:

Clobetasol crema para la zona de piel, aplicar mañana y noche por un mes.

Clobetasol loción para la zona de cuero cabelludo, aplicar mañana y noche por un mes.

Seguimiento:

Se le indica que regrese en un mes para hacerle seguimiento.

Se sugiere Interconsulta con psicología.

Reflexión significativa:

Según bibliografía, se sabe que la psoriasis en placa aparece después de una infección de vías respiratorias (9). En este caso, el paciente refiere dos momentos en los que tuvo una infección de vías respiratorias importante. La psoriasis en placa afecta principalmente extremidades, zonas de flexuras, tronco, cara y cuero cabelludo, respetando las áreas de palmas de las manos y plantas de los pies (10). Durante la consulta y el examen físico, no solo evaluamos los signos y síntomas, sino que también conversamos y escuchamos al paciente de forma asertiva para darle ánimo. Esto me hizo reflexionar, en que esta enfermedad trae consecuencias negativas psicológicamente, ya que, al verse instalada en zonas visibles, como cara, cuero cabelludo y extremidades puede generar sentimientos negativos a nivel personal. Aprendí, que esta enfermedad logra repercutir en la calidad de vida de los pacientes que la padecen, ya que puede provocar rechazo por el medio social que lo rodea afectando así las relaciones interpersonales, como es el caso de este joven que no desea seguir yendo a la universidad. Este caso me hizo ver, que a veces una enfermedad puede afectar otras esferas que también son relevantes como el autoestima, incluso puede causar un estado depresivo o ansioso al no notar mejoría. Por esta razón, durante el seguimiento, se recomienda brindar soporte psicológico para que, de manera conjunta, la adherencia al tratamiento sea óptima.

4.12. Caso 12: Herida contuso cortante en cabeza y TEC

Anamnesis y examen físico:

Paciente varón de 39 años con tiempo de enfermedad de aproximadamente seis horas, es traído por ambulancia acompañado de familiar. Refiere dolor en zona occipital. Niega vómitos, niega pérdida de conciencia. Le aplican suero salino, ranitidina y metamizol. Paciente no colaborador. Antecedentes: niega antecedentes de importancia. Al examen físico: PA: 130/80 mmHg, FC: 108x', FR: 20x', Temperatura: 36.7 °C, SatO2: 98%. AREG, AREH, AREN. Piel: T/H/E, llenado capilar <2seg, no edema. Tórax y pulmones: MV pasa por ACP, no rales. CV: RCR de buena intensidad, no soplos. Abdomen: RHA+, no dolor a la palpación, no signos peritoneales. SNC: tendencia al sueño, reactivo, Glasgow 13/15, pupilas isocóricas fotorreactivas. Cabeza: solución de continuidad profunda, de 3cm x 2cm , sin sangrado activo, en región occipital derecha de bordes irregulares.

Pruebas diagnósticas:

TEM cerebral sin contraste sin alteraciones

Diagnósticos definitivos:

TEC

Herida contuso cortante en región occipital derecha

Tratamiento:

NPO

Omeprazol 40 mg EV cada 24 horas

Desketoprofeno 50 mg EV cada 8 horas

NaCl 0.9% 1000cc EV

Pasa a tópico para sutura

Seguimiento:

Paciente con tomografía cerebral aparentemente sin alteraciones, es reevaluado a las dos horas, presentando agitación psicomotriz, bradipsiquia y tendencia al sueño. Es pasado a sala de observación, donde 6 horas después, paciente continua con agitación psicomotriz

y se le solicita una tomografía control. Los resultados mostraban una contusión frontal izquierda y temporal derecha, hemorragia subdural temporal derecha, hemorragia subaracnoidea a nivel parietotemporal derecha y bifrontal, fractura parietotemporal derecha y edema cerebral a predominio derecho. Por tal motivo el paciente es hospitalizado. Ingresó teniendo como plan: NPO, balance hidroelectrolítico, fenitoína, haloperidol, diazepam, desketoprofeno, paracetamol, omeprazol y otros cuidados neurológicos.

Reflexión significativa:

Esta fue la primera oportunidad desde que inicié el internado, en atender y participar en el diagnóstico y tratamiento de un paciente con un alto compromiso de conciencia. Algo que rescaté sobre esta atención, es que en este tipo de casos el tiempo de diagnóstico debe ser muy rápido. El hallazgo de un hematoma subdural puede ser fácil si es que el trauma es evidente y está acompañado de manifestaciones clínicas. Sin embargo, durante la guardia, el médico explicaba que existen situaciones en las que no suele ser así y puede ser perjudicial para la salud del paciente. Por esta razón, esa noche se discutió junto a los residentes, sobre el apoyo de exámenes auxiliares y en que momento se debe tomar una imagen como la TAC. La tomografía axial computarizada es el estudio de imagen que más se usa para un TEC, ya que permite visualizar la presencia de hematomas subdurales o hemorragias intracerebrales (11). El tratamiento puede ser de manejo quirúrgico o solo observación, el cual consiste en la evaluación clínica, exámenes de imágenes a nivel cerebral para evaluar la evolución de las lesiones y los efectos de los cambios de la presión intracraneana. Finalmente, nunca debemos olvidar que en este tipo de emergencias, una prolongación del daño podría causar lesiones irreversibles en el paciente, tales como la presencia de afasia, pérdida de memoria, hemiparesias o hemiplejias, convulsiones o ataxia, entre otros.

4.13. Caso 13: Bronquiectasias infectadas

Anamnesis y examen físico:

Paciente mujer de 49 años de edad, que acude a consulta con un tiempo de enfermedad de 3 días, caracterizado por presentar tos con flema verdosa a predominio nocturno, afebril, no presenta rinorrea. La paciente refiere percibir presencia de ronquido de pecho.

Niega otras molestias y/o sintomatología. En los antecedentes de importancia, se obtiene que tuvo TBC pulmonar a la edad de 15 años y que llevó tratamiento específico completo. Niega otras enfermedades. Niega alergias. Funciones biológicas: niega baja de peso, resto de funciones biológicas sin alteraciones. Al examen clínico: Afebril. FR: 18. FC: 92 Sat O2: 97% Peso: 55kg. Estado general: aparenta buen estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: presencia de estertores en pulmón izquierdo. CV: RCR de BI, No soplos, pulsos periféricos presentes. SNC: Glasgow 15/15. LOTEPE. Al examen físico preferencial: Faringe congestiva, eritematosa, no purulenta.

Diagnóstico presuntivo:

Bronquitis Aguda

Descartar Bronquiectasias.

Pruebas diagnósticas:

Se le solicita como examen auxiliar una radiografía de tórax y pulmones, en la cual se evidencia hallazgos de lesión fibrótica en tercio superior de pulmón izquierdo.

Tratamiento:

Levofloxacin 1 tableta de 500 mg cada 24 horas por 7 días.

Salbutamol 100 microgramos + beclometasona 50 microgramos : 2 puff cada 8 horas por 15 días.

Seguimiento:

Se le indica realizar tomografía con contraste para descartar presencia de bronquiectasias y retornar para ver resultados.

A los 8 días, la paciente regresa a consulta con resultados de tomografía pulmonar con contraste, evidenciando lesiones cicatriciales y bronquiectasias en ambos lóbulos superiores, siendo mucho más marcado en el lóbulo superior izquierdo. Se confirma la sospecha diagnóstica.

La paciente refiere haber presentado alza térmica no cuantificada un día previo a la consulta y aún persiste la tos con expectoración amarillenta. Al examen clínico se evidencia en tórax y pulmones roncantes en tercio superior de hemitórax izquierdo.

Diagnóstico definitivo:

Bronquiectasias infectadas

Tratamiento:

Cefuroxima 1 tableta de 500 mg cada 12 horas por 10 días.

Salbutamol 100 microgramos + beclometasona 50 microgramos : 2 puff cada 8 horas por 15 días.

Reflexión significativa:

La tuberculosis es una enfermedad de tipo infecciosa que se transmite de persona a persona al estornudar o toser. Esta infección tiene como agente etiológico al *Mycobacterium tuberculosis*, el cual afecta principalmente a los pulmones, provocando síntomas típicos como la tos, sudoración nocturna, fiebre y pérdida de peso (12). Cuando discutimos sobre el caso, recopilamos todos los puntos importantes encontrados durante la anamnesis, por ejemplo como antecedente muy importante, que a los 15 años de edad fue diagnosticada de TBC pulmonar y que también culminó su tratamiento. Cabe recalcar, que una de las secuelas pulmonares importantes y frecuentes de esta infección, son las bronquiectasias, en donde hay destrucción de los componentes elásticos de la pared bronquial, causando lesiones cicatriciales irreversibles. Este hallazgo es clave para obtener el diagnóstico definitivo. El estándar de oro para el diagnóstico de esta enfermedad es la Tomografía Axial Computarizada de Alta Resolución (TAC-AR) (13). Gracias a las imágenes que la paciente pudo realizarse y la clínica que presentó, pudimos explicarle que estas lesiones muy probablemente fueron a causa de la TBC y que, a su vez, pueden infectarse y esto explicaría el cuadro clínico que ella presenta. Existen tratamientos para mejorar esta sintomatología, siempre y cuando la paciente se comprometa a seguir las indicaciones. Este caso me ayudó a contrastar lo leído en los libros y lo que uno como médico puede ver en la consulta. Sin embargo, me hubiese gustado averiguar como es que la paciente se contagió, evaluar los factores de riesgo como por ejemplo si tal vez vivía en un ambiente donde hay hacinamiento, si no tenía buen estado nutricional o algún antecedente de importancia de cuando era adolescente.

4.14. Caso 14: VIH

Paciente mujer de 58 años que acude a consulta por un tiempo de enfermedad de 1 mes aproximadamente, caracterizado por cefalea, baja de apetito y baja de peso. No refiere fiebre, no tos, no diarrea, funciones biológicas: apetito disminuido y bajo peso, refiere haber notado una pérdida de 6 kg aproximadamente sin haber hecho dieta. Con respecto a sus antecedentes personales, la paciente refiere que está separada de su pareja hace más de 5 años. En antecedentes patológicos: la paciente refiere rinitis alérgica con tratamiento a base de antihistamínicos y mometasona en spray nasal. Infección del tracto urinario severo en el 2021 con tratamiento a base de Amikacina IM por 7 días. Cirugía por hematoma subdural izquierdo post caída en el 2021. Niega otra patología. Estado general: aparenta buen estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulsos periféricos presentes. SNC: Glasgow 15/15. LOTEPE. En antecedentes fisiológicos: G0P0001, parto vaginal sin complicaciones. FUR: hace 14 años. PAP: hace 17 años, no recuerda con exactitud. Al examen físico: Temperatura: 36.7. FR: 20. FC: 88 PA: 120/75 En historia clínica se observa un peso de hace 1 año de 55kg. Peso actual: Peso: 47kg SatO2: 98% PA: 120/70. Paciente adelgazada, LOTEPE, sin hallazgos patológicos en examen físico.

Diagnóstico presuntivo:

Cefalea

Síndrome consuntivo EAD (etiología a determinar)

Pruebas diagnósticas:

Hemograma, T4 Libre, TSH, Prueba de función hepática, Examen de orina completo, Colesterol total, TG, Glucosa, Urea, Creatinina, Coprológico funcional.

Examen coprológico: Test de Thevenon: (-). Examen parasitológico: (+) para *Blastocystis hominis*.

Seguimiento:

Paciente acude a consulta 10 días después para evaluar sus resultados los cuales fueron los siguientes:

Hb: 11 gr/dL (anemia leve, valores óptimos entre 12.1 a 15.1 gr/dL).

Plaquetas: $30 \times 10^3/\mu\text{L}$ (valor bajo, los parámetros normales oscilan entre 150,000 y 400,000 plaquetas por microlitro de sangre)

Leucocitos: $3.7 \times 10^3/\text{mm}^3$ (valor bajo, los parámetros normales oscilan entre 4.5 a $11.0 \times 10^9/\text{L}$)

Neutrófilos: 1930 (2000-7000) (valor bajo)

Linfocitos: 1190 (1500-4000) (valor bajo)

Colesterol total: 179 mg/dL (valor óptimo menos de 200mg/dL)

TG: 100 mg/dL (valor óptimo menos de 150 mg/dL)

Glucosa: 98 mg/dL (valor normal 99 mg/dL o menor a eso)

Urea: 21 mg/dL (valor normal 6 a 24 mg/dL)

Cr: 1.0 (valor normal 0.6 a 1.1 mg/dL).

Examen de orina: Leucocitos 20-25 x C. Hematíes: 2-4 por campo.

T4 libre: 0.96 (1-1.6)

TSH: 1.2 (0.27 – 4.2)

Pruebas de función hepática: Sin alteraciones.

Se vuelve a controlar el peso, cuantificando un peso de 46 kg.

Diagnóstico:

Infección por *Blastocystis hominis*

Anemia leve

Leucopenia

Hiporexia

Síndrome consuntivo EAD (etiología a determinar)

ITU

Tratamiento:

Nitrofurantoína 100mg XR una cápsula cada 12 horas por 10 días.

Secnidazol 500mg una tableta cada 12 horas por 4 días.

Eliton Cip: Sulfato ferroso + piridoxina + niacinamida+ vitamina B6 + tiamina + ciproheptadina 10 ml cada 12 horas por 3 meses.

Seguimiento:

Se le recomienda a la paciente que pase evaluación por Ginecología para descartar alguna neoplasia o patología concomitante.

Al mes: fue evaluada por Ginecología: PAP (-), examen de mamas (-) sin alteraciones.

La paciente retorna 20 días después por persistencia de baja de apetito, balonamiento abdominal, boca amarga, no náuseas, no vómitos, constipada (frecuencia cada 7 días), con análisis de laboratorio Leucocitos 4006, Hb: 10.2 Linfocitos: 1200 (1500-4000) Coprológico: Thevenon (-), *Blastocystis hominis* (+)

Control de peso: 42kg

Tratamiento:

Secnidazol 500mg cada 12 horas por 4 días.

Recomendación:

Evaluación por Gastroenterología con la finalidad de hacerle una endoscopia digestiva alta por los síntomas digestivos que presenta por sospecha de Gastritis y D/c Neoplasia (cáncer gástrico).

Seguimiento:

Paciente retorna dos semanas después con resultados de endoscopia, evidenciándose Candidiasis esofágica y Gastritis leve. Sin otra alteración, no signos de neoplasia de estómago y/o esófago. Tratamiento administrado: Fluconazol 150mg 1 tableta diaria por 14 días.

Durante la anamnesis, se hace la consulta a la paciente si tiene vida sexual activa dado que está separada de su esposo, refiriendo que es ocasional con su ex esposo, el cual viaja constantemente a diferentes partes del país.

Luego de esta información, se le explica a la paciente que, por los hallazgos endoscópicos y su examen físico, es importante la realización de una prueba de ELISA para VIH, la

cual es aceptada por la paciente, obteniendo un resultado (+). Se le da consejería y se explica que existe tratamiento para el control de esta infección y que es de forma gratuita. Se le transfiere al programa de Control y Tratamiento de HIV.

Control de peso: 37kg

Diagnóstico definitivo:

Infección por *Blastocystis hominis*

Anemia leve

Candidiasis esofágica

VIH

Seguimiento:

La paciente se encuentra en tratamiento anti retroviral aproximadamente 2 meses, no recuerda que medicinas toma pero actualmente tiene un peso de 48kg. Refiere sentirse mejor sin embargo, retorna a consulta ya que, durante la última evaluación, la paciente se encontraba triste y llorando porque a pesar de haber mejorado su peso, refiere que en casa es marginada por sus hermanos por ser portadora de VIH, mencionando que un día intentó quitarse la vida intentando querer arrojándose a una avenida principal. Por este motivo, se le transfirió al servicio de psiquiatría para que también puedan ayudarla.

Reflexión significativa:

Este es un caso especial para mi, porque abarca una parte clave de la consulta con la paciente y es la anamnesis. En primera instancia porque el médico tratante se quedó con la información de que la paciente se encontraba separada de su pareja hace varios años. Desde ese momento, se dejó de lado en la entrevista el indagar sobre la esfera sexual, perdiendo de esta forma información relevante que podrían orientar o encaminar la patología adyacente. Luego, se obtienen resultados que indicaban anemia, infección por un parásito y una ITU. Sin embargo, estas enfermedades no justifican la pérdida de peso importante que va teniendo la paciente. Aún a pesar del error en la anamnesis, debo recalcar que el médico no se conformó con los resultados de laboratorio y aconsejó muy bien a la paciente para que continuara sus evaluaciones por las distintas especialidades, que a su criterio eran importantes evaluar. Ginecología, como especialidad fundamental en una paciente mujer de 58 años, que tiene como antecedente su último PAP hace más

de 15 años. Gastroenterología, para descartar alguna lesión a nivel de mucosa gástrica que podría abarcar desde una gastritis complicada a una neoplasia. Sin embargo, es aquí donde gracias a la realización de la endoscopia, se logró identificar una infección micótica a nivel de esófago. El factor de riesgo más alto para que una persona desarrolle candidiasis esofágica, es un déficit en el funcionamiento de su inmunidad, es por ello que los pacientes inmunosuprimidos como en el VIH, suelen presentar esta afección. (14). Asimismo, según la literatura la endoscopia es el mejor método diagnóstico para esta enfermedad, ya que se puede observar cómo placas blancas adheridas a la mucosa (15). Ante este hallazgo, claramente la paciente recibió un tratamiento por gastroenterología. Sin embargo, ellos tampoco indagaron más en el por qué la paciente presentaba esta patología. Gracias a que la paciente regresa a consulta de medicina para contarle al doctor los resultados de sus diversos exámenes, es cuando el médico le hace una pregunta de rigor que confirma sus sospechas, la pregunta sobre su esfera sexual. La paciente avergonzada y entendiendo que es parte de la anamnesis, responde que si bien está separada hace muchos años, a veces veía a su anterior pareja de forma casual y esporádica, quien es chofer y viaja constantemente a diferentes provincias. Ante el hallazgo de candidiasis esofágica, la clínica de la paciente y el antecedente de su vida sexual, se le explica a la paciente el motivo por el cual se le solicitaba una prueba de descartar VIH. Finalmente, la sospecha se confirmó y con mucha empatía se le explicó a la paciente su diagnóstico y los tratamientos que existen ahora para esta enfermedad. A nivel personal y profesional, aprendí mucho con este caso, pero algo que no deja de inquietarme es la repercusión psicológica que esto puede tener en los pacientes. Tiempo después, la paciente acude a consulta por un chequeo general, sin embargo, nos contó que se sentía muy triste por el rechazo que recibía de su familia. Incluso, trató de quitarse la vida porque no quiere continuar viviendo así. Nosotros indagamos con el programa de VIH que si está cumpliendo con su tratamiento, pero lamentablemente el soporte emocional o psicológico no estaba siendo cubierto en su totalidad. Este caso me impactó mucho y me marcó bastante, quedándome con la sensación de que, como profesionales de salud, deberíamos poner más atención a la salud mental, ser más empáticos y hacerle sentir al paciente que su situación nos importa y nos preocupa, que nuestro deber es ayudarlo y guiarlo en su tratamiento y personalizar cada paciente y su enfermedad como un caso diferente.

4.15. Caso 15: Insuficiencia venosa de miembro inferior

Anamnesis y examen físico:

Paciente mujer de 63 años con tiempo de enfermedad de 10 años, caracterizado por presentar varices en miembros inferiores e hiperpigmentación a predominio de miembro inferior derecho. Sin embargo, en las últimas semanas ha sentido dolor y un cambio de color de piel a un tono más oscuro en su pierna derecha y refiere tener miedo de que se le esté `gangrenando`. Como antecedente: su hermano mayor sufre de varices en miembros inferiores y úlcera varicosa. No antecedente de Diabetes Mellitus, no HTA, no alergia a medicamentos. Al examen clínico: Temperatura: 36.6°C, FC: 88 lpm, FR: 18 SatO2: 98%, P: 61 kg. Estado general: aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes. SNC: Glasgow 15/15, LOTEPE. Al examen físico preferencial: miembro inferior derecho se observa piel hipercrómica, descamativa, en tercio distal. (Ver Figura 10)

Pruebas diagnósticas:

Se le solicita como examen auxiliar una Eco Doppler del sistema venoso de miembros inferiores: se observa reflujo de vena safena magna bilateral y safena parva derecha.

Diagnóstico definitivo:

Insuficiencia venosa de vena safena bilateral y safena parva derecha.

Cambios tróficos en la piel de miembro inferior derecho, tercio distal.

Tratamiento:

Dobesilato de calcio 500 mg 1 tableta cada 12 horas por un mes.

Elevación de las piernas por 30 minutos diariamente para ayudar a mejorar la circulación.

Seguimiento:

Paciente retorna a consulta 3 meses después para control, refiriendo que continuó con el tratamiento durante este periodo, señalando que la pigmentación de la piel disminuyó considerablemente, así como la descamación. Además, estuvo usando por su cuenta diosmina en gel al 2% durante este tiempo.

Recomendación:

Se le recomendó el uso periódico de dobesilato de calcio debido al efecto beneficioso que obtuvo (al menos 15 días por cada periodo).

Reflexión significativa:

La presentación de esta enfermedad es más común en personas adultas mayores, teniendo como característica clínica síntomas de dolor, pesadez, escozor y aumento del volumen de los miembros inferiores (16). Asimismo, el cambio de color en la piel se debe a un depósito de hemosiderina, causando un color más oscuro en piel, eritema e incluso prurito en la zona afectada (17). Toda esta información fue compartida con la paciente con la finalidad de quitarle la preocupación de una posible gangrena, ya que ese era su temor al ver su pierna derecha más oscura. Si bien es cierto, en la consulta escuchamos al paciente y le ayudamos brindando un tratamiento, es básico también explicarle de una forma fácil y entendible, el porqué de sus signos y síntomas. Algo que he ido aprendiendo durante el internado, es que muchos pacientes adultos mayores lo que necesitan es paciencia y que alguien los escuche. Ellos valoran mucho que le hagamos sentir que nos preocupamos por su enfermedad y estamos pendiente de su seguimiento.

4.16. Caso 16: Orzuelo en ojo izquierdo**Anamnesis y examen físico:**

Paciente varón de 2 años 11 meses que acude a la consulta por presentar aumento de volumen en párpado superior izquierdo, sin legañas desde hace 2 días. La madre refiere que hace 7 días, el niño inició con síntomas tipo resfrío, persistiendo hasta hoy. La rinorrea es de tipo transparente, tos con flema esporádica y afebril. Niega otra sintomatología. Asimismo, comentó que su vecina le dijo que eso se llamaba mal de ojo y le recomendó colocarle sábila local, luego de dos días, reventar el `grano´ del párpado con una aguja y finalmente pasarle un huevo para quitarle el mal, pero ella no lo hizo. Funciones biológicas: apetito disminuido por la tos. Sed: conservada. Sueño: normal. Estado anímico: irritable por la molestia en párpado de ojo izquierdo. Resto de funciones biológicas sin alteraciones. En los antecedentes familiares, madre niega alguno de importancia. Con respecto a antecedentes patológicos: bronquitis aguda 3 meses antes de la consulta, recibiendo tratamiento con Salbutamol 100 microgramos + beclometasona 50

microgramos: 2 puff cada 8 horas por 14 días. Examen clínico: Temperatura: 36.8. FC: 90. FR: 22 SatO₂: 97% Peso: 12 kg Talla: 90cm. Estado general: aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes. SNC: Glasgow 15/15, LOTEP. Ojo izquierdo: parpado superior eritematoso, aumentado de volumen, que compromete parcialmente la visión, con un área central prominente. Faringe congestiva. (Ver Figura 11)

Diagnóstico definitivo:

Orzuelo en ojo izquierdo

Rinofaringitis aguda

Tratamiento:

Amoxicilina + ácido clavulánico 250mg Jarabe: 3ml cada 8 horas por 7 días.

Salbutamol 100 microgramos + beclometasona 50 microgramos: 2 puff cada 8 horas por 10 días.

Cetirizina 5 mg+ pseudoefedrina 30mg Jarabe: 2.5 ml cada 12 horas por 5 días.

Tetraciclina ungüento oftálmico 1% aplicación 1 vez al día por las noches, por 10 días.

Paracetamol 120 mg Jarabe 5ml condicional a dolor.

Reflexión significativa:

Los diagnósticos diferenciales en esta enfermedad son importantes, ya que muchas veces se confunde al orzuelo (hordeola) con el chalazión. Por este motivo es importante saber los signos y síntomas claves para este diagnóstico. El orzuelo es una afección que puede ser interna o externa, inflamándose alguna de las glándulas presentes en el párpado, como son la glándula de Zeiss, la glándula de Moll o la glándula de Meibomio (18). El patógeno más frecuente es el *Staphylococcus aureus* causando una infección que genera dolor, eritema e incluso la presencia de una pústula en la zona. (19). Por otro lado, el chalazión tiene una presentación similar pero el paciente no padece dolor, el eritema es mínimo y demora en aparecer hasta formarse un nódulo. Finalmente, esta afección puede redimir sola, y en caso necesite terapia antibiótica, esta estará dirigida contra *S. aureus* y estreptococos, tanto tópicos como sistémicos. Este caso me pareció importante, porque

en algunas comunidades existe la creencia del mal de ojo y algunas personas acuden a ciertos métodos para curar a su familiar o amigo mediante sustancias o formas que pueden resultar aún más perjudiciales. En este caso, se le explicó a la madre del paciente que lo que su niño presentaba era una infección de una glándula y que con antibióticos iba a mejorar. Por otro lado, también se le explicó que no debe manipular esa zona con agujas porque podría ocasionar un daño más grande. Me gustó mucho este caso porque aprendí sobre la cultura y creencias de algunos pacientes ante patologías que pueden resultar comunes para nosotros como profesionales de la salud.

4.17. Caso 17: Arañazo de gato

Paciente varón de 25 años que presenta un tiempo de enfermedad de 5 días, caracterizado por fiebre, cefalea moderada, malestar general, escalofríos, no síntomas respiratorios y presencia de dolor a nivel inguinal derecho. Además, refiere que hace dos semanas, su mascota, un gato, le arañó la pierna derecha. Antecedentes: Asma bronquial diagnosticado a los 11 años, recibiendo tratamiento por un año, no recuerda tratamiento. Alergia al polvo. Niega otro tipo de alergias. En los antecedentes familiares: No refiere ninguno. Al examen físico: SatO₂: 98%. FC: 88lpm. FR: 18. T: 38.3 Estado general: Aparente regular Estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes. SNC: Glasgow 15/15, LOTEPE. Faringe: afta en lado derecho. Al examen físico preferencial, en zona inguinal derecha se evidencia presencia de ganglio doloroso a la palpación, aumentado de volumen de aproximadamente 7cm. No eritematoso. No tumefacción. (Ver Figura 12)

Diagnostico presuntivo:

Descartar síndrome de arañazo de gato.

Tratamiento:

Ibuprofeno 800 mg condicional a fiebre y dolor.

Azitromicina 500 mg 1 vez al día por 5 días.

Seguimiento:

Se le indica al paciente que regrese a consulta para evaluación, pero no retornó.

Reflexión significativa:

Una causa común de linfadenopatías es la enfermedad por arañazo de gato, teniendo como agente causal a la bacteria *Bartonella henselae*. (20). Los hallazgos durante la anamnesis y el examen físico pueden dirigir un posible diagnóstico, tal como es el caso de este paciente, en el que recordó que su gato le propició un arañazo en miembro inferior hace 2 semanas. Luego de este suceso, el paciente presentó sintomatología característica como fiebre, malestar general, cefalea y la presentación de un ganglio inflamado, doloroso a nivel inguinal. Se le explicó al paciente que estas linfadenopatías ocurren cuando el gato araña o muerde a la persona, transmitiendo así la bacteria al humano. Sin embargo, esta enfermedad no es contagiosa entre humanos. Este caso me impresionó mucho y me causó tristeza, porque los padres del paciente querían sacrificar al animal al enterarse que había causado esta patología. Lamentablemente, cuando no existe conocimiento de como prevenir ciertas enfermedades y la tenencia responsable de una mascota, suceden estas ideas que son equivocadas. En nuestro país, hay mucha ignorancia sobre la tenencia responsable de un animal doméstico y todo lo que ello implica. Sin embargo, se les hizo hincapié de que no había necesidad de deshacerse del gato, ya que esta enfermedad es infrecuente. En las recomendaciones, se mencionó el evitar arañazos o mordeduras del felino, o de otros felinos de la calle, lavar siempre con agua y jabón cuando se manipula a la mascota o a cualquier animal en general, llevar y cumplir con las vacunas de la mascota para que también este protegido y cumplir con el tratamiento antibiótico prescrito para el paciente. Es importante educar a los pacientes y ser cuidadosos con la información que se comparte, ya que muchos pueden tomar decisiones radicales que no son realmente necesarias por miedo a que sean un foco infeccioso constante.

4.18. Caso 18: Quiste de conducto tirogloso

Anamnesis y examen físico:

Paciente masculino de 1 año que acude a la consulta por presentar una masa pequeña en el cuello, en la parte anterior, no fiebre, no signos de inflamación en la región, no dolor. Antecedentes: vacunas completas, peso al nacer 2850gr APGAR: 9 al 1 minuto 9 a los 5 minutos. Parto por cesárea por circular de cordón y disminución del volumen del líquido amniótico. Reflujo gastroesofágico en el primer y segundo mes de vida con tratamiento de domperidona en gotas. Becegeítis de brazo derecho post vacuna detectado a los 3

meses de vida con tratamiento sintomático. Síndrome de obstrucción bronquial a la edad de 8 meses con tratamiento de clenbuterol en gotas y antibioticoterapia, no recuerda el nombre del antibiótico. Lactancia materna y formula maternizada (mixta) desde el nacimiento. Rinofaringitis aguda a los 9 meses de edad con tratamiento de amoxicilina jarabe y cetirizina gotas. A los 10 meses de edad se le diagnostica rinitis alérgica en tratamiento con loratadina periódicamente. A los 11 meses, se le diagnostica rinofaringitis aguda + laringitis aguda con tratamiento de cefalexina jarabe, clenbuterol + ambroxol gotas y metilprednisolona jarabe. Al examen físico: Temperatura: 36.6. FC: 85. FR: 22. Peso: 9.2 kg Talla: 73cm. Estado general: aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes. SNC: Glasgow 15/15, LOTEPE. Al examen físico preferencial, en el cuello se evidencia a la palpación ligero aumento de volumen a nivel de cartílago tiroideo de aproximadamente de 1.5 cm de diámetro ligeramente duro, no móvil. Cabeza: en la zona occipital derecha e izquierda se evidencia adenopatías de 1 cm de diámetro, móvil, blando. Funciones biológicas: sin apetito, resto sin alteraciones.

Diagnóstico Presuntivo:

Tumoración de cuello

Descartar Bocio

Descartar Malformación congénita a nivel de cuello

Prueba diagnóstica:

Se le solicitan los siguientes exámenes auxiliares y estos fueron los resultados:

Hemograma completo: Hb: 11.8 gr/dL Leucocitos: $7.6 \times 10^3/\text{mm}^3$ VCM: 78fl

Pruebas de función hepática: Sin alteraciones

Examen coprológico: Negativo

Examen orina: sin alteraciones

Pruebas de tiroides: en valores normales.

Ecografía de partes blandas del cuello: se observó una imagen nodular a descartar quiste de conducto tirogloso.

Paciente fue derivada a cabeza y cuello del Hospital María Auxiliadora para evaluación y manejo.

Seguimiento:

Paciente retorna a consulta con resultados de Tomografía de cuello con contraste, confirmando el diagnóstico de quiste de conducto tirogloso.

Diagnóstico definitivo:

Quiste de conducto tirogloso.

Tratamiento:

Retorna para control de niño sano, encontrándose bien de salud y refiere la mamá que está realizando a su vez, los análisis de riesgo quirúrgico para someterse a una cirugía y poder extraer el quiste.

Reflexión significativa:

Es verdad que, en este caso, el rol del centro materno infantil es realizar el diagnóstico presuntivo y guiar al paciente para derivarlo a un centro de salud de mayor complejidad para su resolución. Sin embargo, me pareció importante colocar este caso, ya que este tipo de quiste es común en la población pediátrica. La patología del conducto tirogloso, ya sea en forma de fístula o quiste, es frecuente en pediatría debido a una falta de involución del conducto tirogloso de la glándula tiroides (21). Finalmente, este tipo de quistes no suelen ser malignos y su tratamiento es quirúrgico. Por este motivo, fue derivado a la especialidad de cabeza y cuello en un establecimiento de salud de mayor complejidad para su tratamiento óptimo. Lamentablemente, en las postas de salud o centros maternos más pequeños, no es posible realizar el tratamiento definitivo o la toma de imágenes, esto es una desventaja para poder conocer en su totalidad la evolución de nuestro paciente, sin embargo la tarea que se realiza al ser nosotros el primer contacto es fundamental, para un diagnóstico precoz.

4.19. Caso 19: Herpes Zoster en paciente geriátrico**Anamnesis y examen físico:**

Paciente varón de 88 años que acude a consulta por un tiempo de enfermedad de 5 días, caracterizado por presentar lesiones vesiculares eritematosas en zona axilar derecha,

pectoral derecha y dorsal derecho. Presencia de prurito moderado, no dolor, no fiebre. Niega otra sintomatología. En los antecedentes: HTA tratamiento regular con losartan 50mg una vez al día. Infarto de miocardio hace 5 años tratamiento con Bisoprolol 2.5 mg una tableta al día. Atorvastatina 20 mg una tableta 1 vez al día. Cardioaspirina 100mg (Acido acetil salicílico) una tableta al día. Al examen físico: Temperatura: 36.7 FR: 18. FC: 80 PA: 130/80 Peso: 74kg SatO2: 97%. Estado general: aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes. SNC: Glasgow 15/15, LOTEP. Al examen preferencial de piel: lesiones vesiculares, eritematosas en zona axilar, pectoral derecho que irradia hacia línea media y a nivel dorsal, llegando hasta la zona de espalda. (Ver Figura 13)

Diagnóstico definitivo:

Herpes Zoster

Tratamiento:

Aciclovir 800 mg una tableta cada 8 horas por 7 días.

Aciclovir en crema mañana y noche por 14 días.

Paracetamol 1gr una tableta condicional a dolor.

Levocetirizina 5mg una tableta en la noche por 10 días.

Reflexión significativa:

Me impactó mucho el caso de este señor, porque jamás había visto un herpes con lesiones ampollosas tan grandes. Este caso fue un ejemplo claro de como el sistema inmune puede disminuir en el adulto mayor por diversos motivos, teniendo un impacto en la salud y calidad de vida de esta población vulnerable. El sistema inmune cumple un rol importante en la defensa de nuestro cuerpo ante patógenos, sin embargo, este va cambiando a lo largo del tiempo. El médico explicó que cuando uno va envejeciendo, el sistema inmunitario se vuelve menos eficaz, causando algunas veces, trastornos inmunitarios, pérdida de la capacidad de reconocer nuevos antígenos, lentitud en la producción de proteínas de complemento, demora en la respuesta por parte de los macrófagos para destruir células extrañas, esto finalmente contribuyen a que los adultos mayores estén más propensos a contraer infecciones. Se ha visto que la gravedad de la enfermedad y la probabilidad de

presentar complicaciones, como la neuralgia posherpética (NPH), incrementan con la edad (22). El paciente de este caso es un varón adulto mayor de 88 años, el cual pertenece a un grupo vulnerable para esta patología. Dentro de las manifestaciones clínicas encontramos la presencia de vesículas en el dermatoma torácico, aunque también puede afectar otros dermatomas en otros casos, causando dolor y parestesias, apareciendo estos últimos síntomas varios días antes de las manifestaciones cutáneas. (23). Felizmente, este paciente no presenta otras complicaciones, solo el prurito intenso y las excoriaciones causadas por el mismo, motivo por el cual se le brinda sintomáticos para controlar el prurito, terapia oral y tópica con aciclovir.

4.20. Caso 20: Colecistitis

Anamnesis y examen físico:

Paciente mujer de 61 años de edad, que acude a consulta al servicio de emergencia, debido a que, hace 3 horas presentó dolor tipo cólico intenso en hipocondrio derecho y epigastrio, el cual no cesa con medicación para el dolor Paracetamol de 1 gramo en dos tomas. Además, refiere que desde hace 3 meses presenta reflujo gastroesofágico luego de ingerir los alimentos, distensión abdominal y sensación de ardor a nivel epigástrico. Al examen físico: Afebril, con una temperatura de 36.8. PA: 100/60. FC: 91. FR: 24. Peso: 52kG. Talla: 143cm. Estado general: aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes. SNC: Glasgow 15/15, LOTEP. Al examen físico preferencial: abdomen se encuentra distendido, dolor a la palpación leve y profunda en hipocondrio derecho, dolor en epigastrio. Signo de Murphy (+), RHA aumentados.

Diagnóstico presuntivo:

Síndrome doloroso abdominal

Descartar Gastritis

Descartar Litiasis vesicular

Tratamiento en emergencia:

Escopolamina 20 mg/ml EV

Ranitidina 50 mg/ml EV

Metamizol 1gr /2mL EV

CINa 0.9% EV

Tratamiento para casa:

Omeprazol tableta de 20 mg, 2 tabletas juntas antes del desayuno.

Hidróxido de aluminio jarabe, 1 cucharada después de almuerzo y cena.

Escopolamina tableta de 10mg condicional al dolor.

Se le recomendó al paciente realizar dieta sin grasas y evitar alimentos condimentados.

Pruebas diagnósticas:

Endoscopia: *Helicobacter pylori* negativo. Mucosa eritematosa, esofagitis grado A.

Diagnóstico: Gastritis erosiva. (Ver Figura 14)

Ecografía abdominal superior: Se observó la presencia de un cálculo vesicular de 4.4mm.

Hígado, Bazo y Páncreas normales. Pared gástrica engrosada y dolorosa a la presión dirigida. Presencia de gases en asas intestinales. (Ver Figura 14)

Tratamiento definitivo:

Gastritis: Continuar con el tratamiento y se le pidió que regresara en dos semanas para ver su evolución con respecto a la gastritis.

Colecistectomía: se le explicó que la única cura para la litiasis vesicular, sería someterla a cirugía.

Reflexión significativa:

Este es un caso que no voy a olvidar, porque fue mi primer diagnóstico presuntivo acertado y confirmado mediante la ayuda de imágenes. En este tipo de casos es importante tener en cuenta que pueden coexistir dos afecciones que pueden tener una sintomatología similar o con los mismos desencadenantes (comida copiosa), e interferir o confundir a un correcto diagnóstico. El uso de exámenes auxiliares como la ecografía de abdomen superior para poder hacer el descarte y/o confirmación de una litiasis vesicular es de

mucha utilidad. Asimismo, mediante la endoscopia, se puede confirmar el diagnóstico de gastritis. Por otro lado, es importante explicarle a la paciente que la única forma de curar estos dolores causados por la presencia de cálculos vesiculares es una intervención quirúrgica, la cual implica extraer la vesícula. Finalmente, también se indicó una interconsulta con nutrición para mejorar los hábitos alimenticios con una dieta balanceada, restringiendo alimentos que pueden desencadenar nuevamente esta misma sintomatología hasta que la paciente tome la decisión de operarse. Lamentablemente, el tratamiento definitivo para este tipo de patologías debe ser atendido en un centro de salud de mayor complejidad, motivo por el cual la paciente es referida.

4.21. Caso 21: Rinofaringitis asociado a vértigo

Anamnesis y examen físico:

Paciente mujer de 66 años que acude a la consulta por tiempo de enfermedad de 3 días caracterizado por mareos, inestabilidad al caminar, pérdida de equilibrio, sonidos en ambos oídos y sensación de que las cosas giran a su alrededor. Adicionalmente náuseas y vómitos. La paciente refiere que 4 días previos del inicio de estos síntomas, apareció rinorrea transparente sin alza térmica. Funciones biológicas: apetito disminuido, resto sin alteraciones. Con respecto a sus antecedentes patológicos: HTA hace 5 años con tratamiento regular: enalapril 10 mg, una tableta al día. Niega otro antecedente de importancia. Al examen físico: T: 37.0 FC: 82. PA: 120/70 SatO2: 99%. Estado general: aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes. SNC: Glasgow 15/15, LOTEPE. Faringe congestiva, eritematosa. Nariz: congestiva, con presencia de secreción transparente. Oído Derecho e izquierdo: tímpanos normales. Canal auditivo sin alteraciones. Ojo Derecho e izquierdo: sin alteraciones. No se evidencia nistagmus.

Diagnóstico definitivo:

Rinofaringitis aguda

Vértigo

Tinnitus

Tratamiento:

Amoxicilina 500 mg cada 8 horas por 6 días.

Levocetirizina 5mg 1 tableta a al día por 7 días.

Betahistina 16mg 1 tableta cada 12 horas por 10 días.

Seguimiento:

Se le sugiere hacer una interconsulta a Otorrinolaringología para la realización de una audiometría, ya que generalmente cuando hay presencia de tinnitus, puede haber daño del nervio auditivo y así mismo con el fin de reevaluar la evolución del vértigo.

Reflexión significativa:

En la rinitis alérgica encontramos un incremento de las secreciones nasales provocando así congestión, estornudos y también en ocasiones puede haber pérdida del sentido del olfato. En el hospital nos explicaron delante del paciente, que cuando la rinitis se complica, puede causar pérdida del equilibrio y sensación de que las cosas giran alrededor, esto se llama vértigo. Durante la consulta, se le explicó también al paciente mediante dibujos y maquetas, que la nasofaringe se comunica con el oído medio a través de la trompa de Eustaquio, continuando luego con el oído interno, en donde están las áreas vestibulares que controlan el equilibrio, por lo tanto una afectación de todo este canal podría causarle el vértigo. Por esta razón, la paciente presentaba esta sintomatología y entendió como es que todos sus síntomas y signos tenían relación. En este caso, para que la paciente pueda entender cómo es que la vía aérea superior funciona, hicimos un dibujo como la nariz y el oído pueden tener comunicación a nivel interno y así explicamos de forma más didáctica su enfermedad. Considero, que esta forma de comunicación es asertiva para que el paciente pueda entender mejor los términos durante la consulta.

4.22. Caso 22: Anemia por déficit de hierro**Anamnesis y examen físico:**

Paciente mujer de 1 año que acude a consultorio externo para control preventivo de anemia acompañada de su mamá. Nacida por parto vaginal a las 39 semanas con 2 días, sin complicaciones. Vacunas completas para su edad según cartilla de vacunación. Antecedentes: niega antecedentes patológicos, niega alergia a medicamentos. Al examen físico: FR: 20x', FC: 90x', Temperatura: 36°C, Talla 74.8cm, Peso: 10.750 kg. Estado

general: Aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes. Abd: B/D, no doloroso a la palpación, no visceromegalia. Piel: T/H/E, palidez leve, llenado capilar <2 segundos, no edema, no lesiones. SNC: durmiendo, despierta a estímulo, reflejo de succión conservado, moviliza cuatro extremidades.

Diagnostico presuntivo:

Descartar Anemia

Pruebas diagnósticas:

Dosaje de hemoglobina: 10.4 gr/dL (Ver Figura 15)

Diagnóstico definitivo:

Anemia por déficit de hierro leve

Tratamiento:

Dieta rica en hierro

Sulfato ferroso 36 gotas cada 24 horas a las 11 mañana por 30 días.

Seguimiento:

Se le realiza controles mensuales a la paciente, con controles al mes, a los 3 meses y al 6to mes de tratamiento. Se le realiza el ajuste de tratamiento de acuerdo con el peso y las recomendaciones nutricionales respectivas. Además de la derivación a la especialidad de nutrición. Finalizando el tratamiento, presenta una hemoglobina de 9.6 gr/dL, teniendo así, que reiniciar el tratamiento por 6 meses más. (Ver Figura 15)

Reflexión significativa:

Según la Norma Técnica sobre el Manejo Terapéutico y Prevención de la Anemia por el Ministerio de Salud (2017), se cataloga como una anemia leve a todo niño entre los 6 meses de edad a los 5 años cumplidos con valores de hemoglobina de 10.0 – 10.9 g/dL. (24). Según la guía del MINSA (2017), el tratamiento con hierro para niños de 6 a 35 meses de edad se basa en una dosis máxima de 70 mg al día de hierro. El hierro que se administra corresponde a sales ferrosas tales como sulfato ferroso o hierro maltosado, los cuales vienen en presentación gotas o jarabe (24). Se le explicó a la madre que este

tratamiento se debe continuar durante 6 meses y que es importante el chequeo de control de niño sano al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento. Si bien la madre acudió a los controles, no se logró el resultado esperado, lo cual es preocupante porque tal vez en casa no se están cumpliendo con las indicaciones correctas. Las licenciadas del centro de salud, me comentaban que realizaban visitas domiciliarias para poder conocer los hábitos de alimentación e higiene de la familia que rodea al paciente y a su vez para conocer la disponibilidad de alimentos ricos en hierro. Sin embargo, por temas administrativos del mismo centro de salud, ese monitoreo ya no se realiza, perdiendo así una gran oportunidad de poder ayudar al paciente a que se adhiera mejor al tratamiento. Aunque, mis compañeros y algunos médicos del establecimiento considerábamos que ese método debería seguir implementándose, se debe tomar en cuenta que muchos de los distritos no son seguros para el personal de salud, motivo por el cual este método generaba muchas controversias.

4.23. Caso 23: Migraña

Anamnesis y examen físico:

Paciente femenina de 14 años de edad, es traída por su tía al servicio de emergencia porque presenta un dolor de cabeza intenso que no cesa desde hace 5 días. Refiere que el dolor inicia tipo hincón en el hemicráneo derecho y que irradia al ojo del mismo lado. Además, comenta que horas antes de llegar a la emergencia, estuvo viendo como pequeños destellos en el ojo derecho y luego se puso borroso. Se estuvo medicando con paracetamol 1 gramo por 3 días, pero no ayudó. Un día antes de llegar al servicio, estuvo con náuseas y vómitos, por lo que fue a la farmacia y le vendieron dimenhidrinato tabletas y la sedó. La paciente refiere que jamás había sentido un dolor de cabeza así, le duele la mitad de la cara y no tolera la luz y los sonidos altos. Niega alergias. Antecedentes familiares: Madre con diagnóstico de migraña. Antecedentes patológicos: Dismenorrea desde los 13 años, medicación con naproxeno periódicamente según ciclo menstrual. Acné quístico diagnosticado hace 6 meses. Examen físico: Temperatura: 36.8. FC: 92. FR: 20. PA: 120/80. SatO2: 97%. Estado general: Paciente agitada, irritable, quejumbrosa, intolerante a la luz blanca del consultorio. Aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes.

SNC: Glasgow 15/15, LOTE. Cabeza y cuello: contractura muscular a nivel cervical.
Piel: Se evidencian secuelas de acné, con lesiones tipo queloide. Se le pregunta sobre antecedentes fisiológicos: refiere que en 4 días le debe venir el periodo menstrual.

Diagnóstico definitivo:

Migraña

Tratamiento:

NPO

NaCl 0.9%

Tramadol EV

Dimenhidrinato EV

Observación

Tratamiento en casa:

Acido acetilsalicílico + paracetamol + cafeína 250 mg/250 mg/65 mg (Migralivia), 1 tableta cada 8 horas o condicional al dolor.

Reflexión significativa:

Este caso es interesante porque describe varios factores predisponentes para desencadenar una crisis migrañosa. Cuando repasamos en la rotación el perfil del paciente migrañoso, podemos indicar las siguientes características: adolescente, de sexo femenino, con un cuadro clínico que se presenta días previos a la menstruación, con un factor estresante por la dismenorrea que presentará en unos pocos días y afectada psicológicamente por la secuela del acné quístico en su rostro. Según un estudio retrospectivo, entre los desencadenantes para una migraña se encuentra en mayor porcentaje el estrés emocional y luego los cambios hormonales en mujeres (25). Por otro lado, también me ayudó para discriminar entre la clínica de una migraña y una cefalea tensional, ya que aunque compartan alguna sintomatología, difiere en signos y síntomas muy puntuales. Esta enfermedad presenta una cascada de eventos que se van acentuando con las horas e incluso días. La sintomatología de un cuadro migrañoso consiste en cefalea de tipo pulsátil, rigidez de nuca, irritabilidad, síntomas visuales como luces o pérdida de visión unilateral llamada aura visual, síntomas auditivos desde tinnitus hasta intolerar los

sonidos fuertes, aura sensorial que se traduce como un hormigueo en la cara, náuseas y vómitos. (26). Por esta razón es muy importante, reforzar una comunicación asertiva con la paciente, explicándole en un lenguaje que nos pueda entender que en cuanto sienta o perciba alguna de esta sintomatología debe tomar sus medicamentos para evitar un cuadro migrañoso incapacitante como lo ha sido para ella estos días. Asimismo, recordarle que debe trabajar en ciertos factores que exacerban el cuadro, ya que muy posiblemente no sea la última vez que esto le ocurra, pero que si puede controlarlo.

4.24. Caso 24: Herida contuso cortante en dedo de la mano

Anamnesis y examen físico:

Paciente varón de 53 años de edad, es traído al servicio de emergencia por un colega de su trabajo, ya que hace 30 minutos sufrió un accidente en el trabajo, causándose con una comba una herida contuso cortante en el 5to falange de la mano izquierda. Niega otra sintomatología. El paciente refiere un dolor intenso de 10/10. El paciente refiere como antecedente patológico: HTA con medicación habitual: Losartán desde hace año y medio. Niega alergias. Niega cirugías. Al examen físico: Temperatura: 37.1°C, FC: 90 lpm, SatO2: 98%, Peso 72kg. Funciones biológicas: conservadas. Estado general: aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes. SNC: Glasgow 15/15, LOTEPE. A la inspección, herida cortante de aproximadamente 3 cm, traumatismo en uña, sangrado y dolor intenso. El paciente si logra movilizar la mano y los dedos, puede mover la quinta falange izquierda y flexionarlo.

Diagnóstico presuntivo:

Herida contuso cortante en quinto dedo mano izquierda

Pruebas diagnósticas:

Se le indica al paciente una radiografía de la mano izquierda para descartar fractura de la quinta falange izquierda, en donde se evidencia que no hay fractura.

Diagnósticos finales:

Herida contuso cortante en dedo meñique izquierdo y contusión en la uña.

Tratamiento

Lavado con agua y jabón

Lidocaína 2%

Aguja número 25

Sutura seda negra 3/0 CA 3/8 círculo cortante 20mm x 75cm

Extracción de uña

Sutura para afrontar la herida

Curaciones

Mupirocina 2% crema , aplicar mañana, tarde y noche.

Vacuna antitetánica 0, 2 meses y 4 meses.

Tratamiento antibiótico: Cefuroxima 500 mg cada 12 horas por 7 días.

Ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas por 3 días o condicional al dolor.

Volver al tópico para retirar los puntos en 7 días.

Seguimiento:

Se le colocó lidocaína para poder suturar la herida, se procedió a retirar la uña ya que estaba muy maltratada. Además, se le suturó para afrontar la herida y luego se aplicó una crema antimicrobiana: mupirocina 2%. El paciente volvió a las 2 horas con su placa radiográfica y no se observó fractura, lo cual es favorable para su pronta recuperación. Por otro lado, el paciente viene a tópico por sus curaciones cada 2 días, se observa una mejora en la herida, ha desinflamado y no hay infección. Se le ha pedido que cumpla con su esquema de la vacuna antitetánica y reposo/ cuidado de la mano.

Reflexión significativa:

Se le hizo hincapié al paciente para que se realice la radiografía, esto con la finalidad de poder descartar una fractura. Además, se le informó la importancia de las curaciones en el dedo meñique para evitar infecciones y complicaciones en la herida. También se le explicó la importancia de continuar con su tratamiento antibiótico y su esquema de vacunación antitetánica, para evitar alguna complicación posterior. Durante los siguientes

días en la atención, nosotros pudimos observar como el paciente se preocupaba por su salud, ya que acudía al servicio cada 2 ó 3 días para sus curaciones. Aún cuando puede hacerlas en casa, el prefería venir al centro para que a la vez pueda ser evaluado rápidamente por nosotros y continúe con una recuperación favorable. Esto me resultó importante porque notamos que pudimos llegar al paciente de forma asertiva, en donde entendió la importancia de cumplir con el tratamiento.

4.25. Caso 25: Derrame pleural izquierdo por tuberculosis pleural

Anamnesis y examen físico:

Paciente varón de 27 años con tiempo de enfermedad de 3 semanas caracterizado por tener dificultad respiratoria cuando hace ejercicio, dolor de espalda y tos con expectoración verdosa. No refiere fiebre, no astenia, pero si aumento de la sudoración por las noche. En antecedentes, el paciente refiere uso de cocaína con frecuencia, motivo por el cual estuvo internado en un centro de rehabilitación 8 meses antes de inicio de la enfermedad. Asimismo, refiere tener diagnóstico de depresión hace 3 años, no pudo pagar su tratamiento. Niega otra enfermedad. Refiere que se le hizo descarte de VIH en el centro de rehabilitación y salió negativo. Niega familiares con misma sintomatología. Niega alergias. Niega otro antecedente de importancia. Funciones biológicas: apetito disminuido, sed aumentada, estado anímico: preocupado, sin poder dormir por las noches por la sudoración nocturna. Resto de funciones biológicas sin alteraciones. Al examen físico: Afebril, SatO2 95% FC 90 lpm. FR: 24 Peso: 72kg CV: RCR de BI, No soplos. Tórax y pulmones: Disminución del MV tercio inferior de hemitórax izquierdo.

Diagnóstico presuntivo:

Descartar neumonía

Descartar Tuberculosis

Pruebas diagnósticas:

Se le solicita radiografía de tórax y pulmones.

Seguimiento:

El paciente retorna a consulta con su radiografía que sugieren un derrame pleural izquierdo, sospechoso por el cuadro clínico de TBC pleural. Se deriva a programa de tuberculosis para que le hagan las pruebas de esputo e inicie tratamiento. (Ver Figura 16)

Diagnóstico definitivo:

Tuberculosis pleural.

Seguimiento:

Paciente se encuentra en programa de TBC y lleva 1 mes de tratamiento. La licenciada del servicio refiere que el paciente está comprometido con su tratamiento específico. Asimismo, se le sugirió sacar cita con psiquiatría para poder ayudarlo con su cuadro de depresión o para que le hagan un seguimiento debido al antecedente.

Reflexión significativa:

Este caso es interesante porque es un clásico contagio por hacinamiento, el paciente refirió que estuvo internado en un centro de rehabilitación por 8 meses y es luego de eso que inicia con la sintomatología. Según bibliografías, la tuberculosis pleural constituye la manifestación extrapulmonar más frecuente en esta infección. El agente etiológico de la tuberculosis es el *Mycobacterium tuberculosis* (27). Sin embargo, también es importante recordar que las manifestaciones clínicas son iguales a una TBC pulmonar, pérdida de peso, sudoraciones nocturnas, escalofríos, debilidad y disnea (28). Gracias a que el centro de salud tiene su programa para pacientes con tuberculosis, lo derivamos sin antes aconsejarle que sería necesario que las personas que viven con él deberían realizarse un descarte. Además de tener una alimentación saludable y cuidar su salud mental, ya que es un tratamiento largo y con mucho compromiso. Algo que he aprendido durante esta rotación, es que hay que tener mucha calidez y paciencia al brindar los resultados o dar nuestras observaciones y/o recomendaciones al paciente. Muchas veces, no es fácil para ellos aceptar y asumir que tienen una enfermedad que va a requerir de un tratamiento largo. Es por ello, que poco a poco he ido mejorando mi comunicación para poder llegar mejor al paciente, mediante un lenguaje asertivo y comprensible.

4.26. Caso 26: Prurigo y faringoamigdalitis aguda

Anamnesis y examen físico:

Paciente varón de 3 años de edad, acude a la consulta por presentar desde hace dos días ronchas y prurito intenso en espalda y a nivel inguinal. A su vez, presenta tos seca, náuseas y vómitos con una evolución de dos días. Afebril. Prurito nasal. Funciones biológicas sin alteraciones. Con respecto a sus antecedentes patológicos: Diagnóstico de Prurigo desde hace un mes. La madre refiere que se le hizo un prueba de laboratorio donde recuerda que el menor tenía valores elevados de inmunoglobulina E. Asimismo, refiere que tuvo Síndrome Mano, Boca y Pie hace 6 meses. En el año 2020, sufrió un TEC leve sin complicaciones. En los antecedentes familiares: Hermano mayor sufre de alergia a los cítricos. No antecedentes de asma bronquial. Al examen clínico: Temperatura: 37.0 FC: 88. FR: 18 Peso : 12kg Talla 93 cm SatO2: 98% Estado general: aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes. SNC: despierto, obedece órdenes simples. Faringe congestiva y eritematosa. Amígdalas: aumentadas de tamaño, eritematosas, no purulentas. Piel: presencia de habones en la espalda y lesiones descamativas eritematosas a nivel inguinal bilateral. (Ver Figura 17)

Diagnostico presuntivo:

Prurigo

Dermatitis alérgica inguinal

Faringoamigdalitis aguda

Diagnóstico definitivo:

Prurigo

Faringoamigdalitis aguda

Tratamiento:

Cefaclor 250mg Jarabe, 5ml cada 12 horas por 6 días.

Clenbuterol + Ambroxol, 2ml cada 12 horas por 10 días.

Levocetirizina 2.5mg Jarabe 5ml 1 vez al día por 10 días.

Reflexión significativa:

El prurigo infantil o urticaria papulosa es una dermatitis crónica, la cual es muy pruriginosa que se caracteriza por la aparición de ronchas induradas que pueden ser costrosas. Esta afección cutánea se presenta en un grupo etario que abarca en su mayoría la edad de 2 a 7 años. Asimismo, como modo de repaso, recordamos en consulta que hay bibliografías y estudios que avalan que algunas urticarias tienen como factor desencadenante una infección previa asociada a *Streptococcus pyogenes*, tal como es el caso de este paciente que además de presentar esta dermatitis, tiene una faringoamigdalitis aguda. El tratamiento es básicamente sintomático, con ayuda de antihistamínicos y lociones tópicas para aliviar el escozor y evitar que durante el rascado se infecten. (29)

Es importante tener en cuenta los antecedentes previos, este es un niño ya diagnosticado anteriormente de prurigo, motivo por el cual podríamos estar frente a un infante con piel atópica y, por lo tanto, a lo largo de su crecimiento puede seguir presentando reacciones alérgicas a otro tipo de sustancias. Este último punto es importante comunicarlo a los padres o persona encargada del cuidado del infante, debido a que debe estar pendiente de cuales son los posibles agentes causales de la reacción alérgica. Este caso es muy importante, porque en muchas ocasiones ha sido difícil poder llegar a los padres, ya que nos ven a los internos como personal de salud muy joven y desconfían de la información que podemos compartir con ellos. Considero que este prejuicio ha sido una barrera grande durante muchas consultas médicas, sin embargo las he podido superar con ayuda de mis docentes y mis compañeros.

4.27. Caso 27: Infección del tracto urinario y quiste hepático

Anamnesis y examen físico:

Paciente varón de 42 años con un tiempo de enfermedad de 2 meses, acude a consulta por presentar dolor a nivel de cintura, el cual se presenta con mayor frecuencia por las mañanas. El paciente refiere que desde hace un mes se ha añadido un dolor tipo hincada en flancos y a nivel de epigastrio. Asimismo, balonamiento abdominal luego de comer, con presencia de gases, meteorismo y sensación de boca amarga. Refiere también mareos ocasionales y cefalea leve. Niega otras molestias. Funciones biológicas: sin alteraciones. No refiere antecedentes familiares y/o patológicos de importancia. Al examen físico: Temperatura: 36.8 FC: 88. FR: 19 PA: 110/70 SAT O2: 98% Peso: 64kg. Estado general:

aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes. SNC: Glasgow 15/15, LOTEPE. Abdomen: timpanismo leve. Sin otros hallazgos. PPL (+).

Diagnóstico Presuntivo:

Síndrome dispéptico

Dolor lumbar EAD

Cefalea EAD

Mareos EAD

Prueba diagnóstica:

Se le solicita un hemograma completo, pruebas de función hepática, glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol total, triglicéridos, IgG para *Helicobacter pylori*. Una ecografía abdominal superior y una ecografía renal a pedido del paciente.

Pruebas dentro de rangos normales: Hb: 13.5 mg/dL Leucocitos: $8.6 \times 10^3/\text{mm}^3$
Plaquetas: 412 000

Pruebas de función hepática: sin alteraciones

Glucosa en ayunas: 104 mg/dL

Urea: 23 mg/dL (valor normal entre 0.6 a 24 mg/dL)

Creatinina: 1 mg/dL (valor normal entre 0.7 a 1.3 mg/dL)

Acido úrico: 5.5 mg/dL (valor normal entre 3.5 y 7.2 mg/dL)

Colesterol total: 194 mg/dL (valor óptimo menos de 200mg/dL)

Triglicéridos: 179 mg/dL (valor normal menor de 150 mg/dL)

IgG para *Helicobacter pylori*: 101 (negativa cuando es menor de 20 y positivo más de 20)

Examen de orina: 15-20 leucocitos x campo Hematíes : 0- 1 x campo

Ecografía renal: Sin alteraciones

Ecografía abdominal superior: Quiste hepático de 6.5 cm de diámetro en segmento hepático posterior.

*Ampliación de anamnesis: Paciente natural de Apurímac, vivió en su ciudad natal hasta los 12 años, vivía en zona ganadera rural, donde criaban ovejas, caballos y perros que cuidaban la zona.

Diagnóstico definitivo:

Infección del tracto urinario

Gastritis crónica por cuadro clínico

Hipertrigliceridemia

Quiste hepático

Tratamiento:

Dieta baja en carbohidratos y dieta especial para gastritis.

Lanzoprazol 30mg 1 vez al día antes del desayuno por 15 días.

Ciprofibrato 100mg 1 tableta al día por 30 días.

Nitrofurantoína 100mg XR cada 12 horas por 7 días.

Seguimiento:

Test de ELISA para hidatosis en sangre.

Triglicéridos de control al mes.

Reflexión significativa:

Este es un caso que no pensé que resultaría en el diagnóstico de un quiste hepático y que una vez más reafirma la importancia de un correcto abordaje en la anamnesis. El motivo principal de solicitar la ecografía abdominal superior fue por una posible sospecha de presencia de cálculos en vesícula, debido al cuadro clínico que presentaba el paciente. Sin embargo, los hallazgos encontrados fueron otros. La hidatidosis o equinococosis quística es una zoonosis causada por un parásito de tipo helminto llamado *Echinococcus granulosus* (30). En su ciclo biológico, los hospedadores definitivos son los perros, ya que ahí se encuentra la fase adulta del parásito. El contagio hacia los humanos, es por

ingestión de alimentos o agua contaminada con los huevos del parásito. Esta información fue clave porque el médico tratante en una segunda ampliación de la anamnesis, debido al resultado de la ecografía, encontró como dato que el paciente es procedente de una zona ganadera en Apurímac. Una vez más, es importante recalcar la importancia de una evaluación exhaustiva mediante la entrevista y el examen físico.

4.28. Caso 28: Ganglión de tobillo derecho

Anamnesis y examen físico:

Paciente varón de 51 años de edad, con tiempo de enfermedad de 2 meses caracterizado por aumento de volumen del tobillo derecho, aumento de temperatura local, leve dolor, no eritema. No refiere otra sintomatología. No refiere alguna lesión. Antecedentes personales: Profesor de educación física desde hace 20 años. Antecedentes patológicos: Intervención quirúrgica a la edad de 9 meses por osteomielitis en rodilla izquierda. Por el antecedente de cirugía de rodilla, el paciente refiere que se apoya fundamentalmente en el miembro inferior derecho para realizar sus actividades diarias y en su ocupación actual. Estado general: aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes. SNC: Glasgow 15/15, LOTEP. Al examen físico: Tobillo derecho aumentado de volumen ligeramente. No fovea. Ligeramente eritematoso. No dolor a la palpación superficial y/o profunda. No aumento de temperatura. No limitación al momento de flexión y extensión.

Diagnóstico presuntivo:

Artrosis de tobillo derecho

Tratamiento:

Etoricoxib 120mg 1 tableta al día por 10 días.

Pruebas diagnósticas:

Radiografía de tobillo lateral y frente.

Ecografía de partes blandas de tobillo.

Seguimiento:

El paciente acude de nuevo a consulta 4 días después con resultados de exámenes auxiliares.

Ecografía de partes blandas señala 4 lesiones quísticas en tejido celular subcutáneo, la mayor de 11 x 8 x 14 mm compatible con ganglión.

Radiografía de tobillo derecho: Presencia de osteofito en el maléolo interno.

Diagnóstico definitivo:

Ganglión tobillo derecho

Artrosis incipiente de tobillo derecho

Tratamiento:

Etoricoxib 120mg 1 tableta al día por 10 días.

Diclofenaco dietilamina 2% gel aplicar mañana y noche por 14 días.

Reflexión significativa:

En el servicio de traumatología, el médico le explicaba al paciente que se ha visto que una repetida exposición de esfuerzo o uso continuado de ciertos tendones o articulaciones, puede causar este tipo de quistes ganglionares. Esta explicación fue acorde con el hallazgo durante la entrevista, ya que presenta como antecedente ser profesor de educación física. Además, el paciente refirió que colocaba todo su apoyo de su cuerpo en el lado derecho posterior a la intervención quirúrgica. Este caso me pareció interesante porque muchas enfermedades están relacionadas con el trabajo o estilo de vida del paciente, tal como es el caso. Un ganglión es una inflamación del tejido blando que genera un acúmulo de líquido y aumento de volumen. Normalmente son lesiones benignas que puede provocar dolor, debilidad o pérdida de la función del miembro afectado (31).

4.29. Caso 29: Melanoma de primer dedo del pie izquierdo**Anamnesis y examen físico:**

Paciente mujer de 86 años de edad, con tiempo de enfermedad de 3 meses y medio, caracterizado por lesión proliferativa ulcerada en falange distal de primer dedo del pie

izquierdo. Niega dolor. Niega fiebre. Niega otra sintomatología. En sus antecedentes patológicos: Quiste renal derecho desde hace 3 años. Litiasis renal bilateral. Hipertensión arterial con tratamiento irregular con captopril de 25mg desde hace 8 años. Hipercolesterolemia: tratamiento irregular con atorvastatina de 20mg. Osteoartritis: tratamiento con AINES (celecoxib) 400 mg por día a demanda. Al examen físico: Temperatura: 37.0 FC: 85 FR: 18 PA: 130/80 Peso: 68kg SatO2: 97% Estado general: aparente regular estado general, aparente regular estado de hidratación y nutrición, ventilando espontáneamente. Tórax y pulmones: MV pasa bien en ACP. No ruidos agregados. CV: RCR de BI, No soplos, pulso periférico presentes. SNC: Glasgow 15/15, LOTEPE. Al examen físico preferencial, se observa primer dedo de pie izquierdo con lesión proliferativa, exofítica, ulcerada que afecta el dorso de la falange distal. (Ver Figura 18)

Diagnóstico presuntivo:

Descartar Neoplasia maligna del primer dedo

Descartar Micetoma

Prueba diagnóstica:

Se realizó biopsia y el resultado anatomopatológico fue de un melanoma maligno.

Radiografía de pie izquierdo: Artrosis de falanges sin compromiso osteolítico.

Tratamiento: Referir para que siga su tratamiento con la especialidad médica.

Seguimiento:

Fue derivado a dermatología para estudio de lesión ulcerada. Se realiza transferencia al INEN.

Reflexión significativa:

Este caso me pareció importante colocarlo porque jamás antes había visto algo así. Al inicio teníamos como posible sospecha un micetoma, por la agresividad en la que había comprometido el primer dedo. El micetoma es una infección crónica de la piel y tejidos subcutáneos causada por hongos, sin embargo, para hacer el diagnóstico se necesita realizar una biopsia incisional para examinar la muestra en patología. Sin embargo, el médico también me enseñó que muchas veces el melanoma se instaura, así como

mencionó la paciente en consulta. El melanoma ungueal es un tumor de tipo maligno, que inicia con una hiperpigmentación en la uña de manos o de pies, que tiene como tratamiento una cirugía que conserva los márgenes libres de tumor o una amputación digital (32). Lamentablemente, la paciente no le atribuyó la importancia desde un inicio, obteniéndose un diagnóstico tardío, ya que la lesión estaba afectando gran parte de la primera falange. Finalmente, se realiza la transferencia al INEN para que la paciente obtenga un mejor tratamiento y prevención de alguna futura lesión y/o complicación.

4.30. Caso 30: Apendicitis aguda

Anamnesis y examen físico:

Paciente varón de 50 años con tiempo de enfermedad de 2 días, acude por dolor abdominal en epigastrio que migra a fosa iliaca derecha, asociado a náuseas y vómitos. Además, refirió que tuvo fiebre el primer día de 38.4 °C con malestar general. Diminución del apetito. Niega otras molestias. Antecedentes: niega antecedentes de importancia. Al examen físico: PA: 110/80 mmHg, FC: 110x', FR: 20x', Temperatura: 37.5°C, SatO₂: 97%. AREG, AREH, AREN. Piel: T/H/E, llenado capilar <2seg, Tórax y pulmones: MV pasa bien por ambos campos pulmonares, CV: RCR de buena intensidad, no soplos, Abdomen: blando y depresible, dolor en fosa iliaca derecha a la palpación, McBurney (+) Blumberg (+) Rovsing (+). SNC: LOTEP, Glasgow 15/15, no focalizaciones.

Diagnósticos presuntivos:

Síndrome doloroso abdominal

Descartar Apendicitis aguda

Prueba diagnóstica:

Se solicitan exámenes auxiliares como hemograma completo, en donde se observó una leucocitosis muy pronunciada y una proteína c reactiva con valores elevados sugerente de una inflamación. Hb: 16.10 g/dL Plaquetas: 344 x10³/uL Leucocitos: 21.21 x10³/mm³, Abastoados: 6%, Segmentados: 78%. PCR: 91.95 mg/dL (Ver Figura 19)

Se solicita ecografía abdominal con los siguientes hallazgos: En FID: no se logra indentificar apéndice anterocecal al momento del examen. Se observan algunas asas intestinales conglomeradas. Dolor a la ecopresión. Mc Burney ecográfico (+).

Se sugiere correlacionar con la clínica y laboratorio. Complementar con TEM abdominal con contraste. Resto de los órganos abdominales evaluados de caracteres ecográficos conservados. (Ver Figura 19)

Diagnóstico definitivo:

Apendicitis aguda.

Tratamiento quirúrgico:

Plan de trabajo para que el paciente entre a sala de operaciones:

NPO + NaCl 0.9% 1000cc

Cobertura antibiótica:

Ceftriaxona 2gr EV cada 24 horas + Metronidazol 500mg EV cada 8 horas

Omeprazol 40mg EV cada 24 horas

Metamizol 1.5gr EV cada 8 horas

Vendaje de MMII + CFV + BHE

Se prepara para SOP

Se realiza Apendicectomía laparoscópica

Seguimiento:

Paciente continua manejo con antibióticos y analgésicos, sin ninguna complicación previa, completa dos días de nada por vía oral, y es dado de alta con cita a los 7 días para control de heridas operatorias, drenaje laminar y retiro de puntos. Se le indica medicación ambulatoria.

Reflexión significativa:

En la rotación de cirugía, esta patología es la más frecuente tanto de forma clínica y quirúrgica. Aquí aprendí mucho sobre como realizar un correcto examen físico y a la vez complementar mi diagnóstico presuntivo con ayuda de los laboratorios poder llegar a un diagnóstico definitivo correcto y precoz. La apendicitis es más frecuente en hombres que en mujeres, según estadísticas. Esta enfermedad inicia como un proceso inflamatorio en la pared apendicular, evolucionando a una necrosis, seguida de una perforación y

finalmente la formación de un absceso o una complicación como la peritonitis generalizada (33). Este caso es muy importante, ya que los médicos de guardia actuaron de forma rápida y le brindaron un tratamiento quirúrgico oportuno. La atención en el momento adecuado previene futuras complicaciones como el plastrón apendicular o una peritonitis. Esta última complicación puede comprometer la vida del paciente. Además, hay que tener en cuenta los posibles diagnósticos diferenciales con los que esta patología se puede confundir. Según la bibliografía, entre los diagnósticos diferenciales está una diverticulitis cecal o de Meckel, ileítis aguda, enfermedad de Crohn, infección del tracto urinario, sin embargo, si fuera una paciente mujer, los diagnósticos diferenciales gineco-obstétricos más comunes incluyen enfermedad inflamatoria pélvica, quiste de ovario, absceso tubo-ovárico o embarazo ectópico. (33). El tratamiento quirúrgico es la apendicectomía abierta o laparoscópica, en las cuales se necesita siempre una preparación preoperatoria empleando antibióticos profilácticos. Este caso me ayudó a aprender y jamás olvidar los antibióticos empleados con más frecuencia en este tipo de patologías, como la ceftriaxona, el cual es beta-lactámico perteneciente a la familia de las cefalosporina, de amplio espectro ante las enterobacterias. Asimismo, aprendí que debemos usar al mismo tiempo otro antibiótico como el metronidazol, el cual cubre Gram positivos anaerobios y también algunos protozoos. Finalmente, se administran medicamentos analgésicos para aliviar los síntomas del dolor y se realizó la cirugía. No pude entrar a SOP porque mi guardia era en tópicos de emergencia, sin embargo, me marcó mucho este caso porque fue un paciente que atendí sola durante mi turno y eso me ayudó a afianzar más mis conocimientos.

5. CONCLUSIÓN

La etapa del internado médico es pilar fundamental para nuestro desarrollo como médicos. Es una fase determinante en la carrea de medicina porque es aquí donde pones en práctica todo lo aprendido durante los 6 años previos a este momento. En estos meses de entrenamiento no solo te nutres de conocimientos o afianzas otros, sino que también te forja como persona, instaurando valores y experiencias que harán que cada día seas mejor.

Aprendes a que no todos los profesionales se desarrollan de la misma forma, que los libros o guías de salud mencionan que deberían hacer, aprendes a no cometer esos errores y que, en un futuro cuando tú seas el médico a cargo, puedas hacer lo correcto y lo mejor para el paciente. Sin embargo, también conoces profesionales que te enseñan características que uno como estudiante, en el camino va perdiendo, como ser empático, ser responsable, tener paciencia y tener respeto. En este trabajo se muestran los casos más frecuentes que uno como profesional de salud suele tener en consulta y/o en emergencia, con lo cual uno debe familiarizarse para afrontar un próximo desafío. Cada especialidad te brinda una enseñanza diferente pero también te da la oportunidad de consolidar conceptos durante la atención tanto en consulta como en emergencia.

La rotación de ginecología te enseña a que no solo debes enfocarte en la paciente gestante, sino que tienes a tu cargo, a dos seres, la gestante y el bebé. Durante las guardias de cirugía general aprendes a trabajar en equipo, porque la emergencia se satura y es ahí donde inician los verdaderos retos como futuro médico, tanto en la atención como en un diagnóstico precoz. Medicina interna te enseña a ser empático, porque en hospitalización tienes pacientes crónicos y es inevitable no involucrarse. Este servicio fue el que más me marcó de forma positiva, me esmeré en conocer cada historia de cada paciente a mi cargo y luchar junto a ellos para que salgan adelante hasta que se lograran irse de alta, esta experiencia fue realmente gratificante, lo recordaré siempre. Finalmente, pediatría fue el servicio más desafiante y el que me enseñó a forjar más mi paciencia, la comunicación asertiva con las madres y padres es la clave para poder ayudar mejor al paciente pediátrico. Otro punto que uno debe tener en cuenta, es la cultura y/o creencias que posee cada paciente o su familia. Esto muchas veces puede resultar difícil de cambiar o manejar porque requiere de mucha comprensión y paciencia. Aunque pueda resultar siendo una barrera al inicio, la clave es explicar a detalle porque es que se desarrolla la enfermedad y la importancia de seguir con un tratamiento médico. La comunicación es un pilar

importante en la consulta médica. Uno como médico debe ser creativo para que mediante esquemas, imágenes o dibujos y un lenguaje simple, el paciente logre entenderte. Por otro lado, la educación sobre la salud es otro punto clave. Es fundamental y lo he podido ver en todos los casos expuestos en este trabajo, que para llegar a un tratamiento exitoso, se necesita educar al paciente sobre que hábitos debe dejar de hacer o comenzar a hacer para que juntos, en equipo podamos lograr resultados positivos para su salud.

Finalmente, las dificultades y barreras que presenta cada paciente o centro de salud son retos constantes que siempre van a estar pero que uno mismo debe aprender a vencerlos. Esta carrea no es fácil, cada día se volvió, se vuelve y se volverá más desafiante. Sin embargo, cuando hay dedicación, cariño, empatía y valor por la vida de alguien más, siempre podemos encontrar las herramientas para hacer lo mejor.

6. ANEXOS

6.1. **Figura 1.** Caso 1: Mordedura canina



6.2. **Figura 2.** Caso 2: Urticaria por intoxicación alimentaria



6.3. **Figura 3.** Caso 3: Linfadenitis supurativa local (Becegeítis)



6.4. **Figura 4:** Caso 5: Hipertrofia de adenoides





6.5. **Figura 5:** Caso 6: Diabetes Mellitus tipo 2



6.6. **Figura 6:** Caso 8: Fractura cerrada de la epífisis superior de la tibia



6.7. **Figura 7:** Caso 9: Síndrome de mano, boca y pie



6.8. **Figura 8:** Caso 10: Infección del tracto urinario en gestante

Nombre: F. D. A. D. S. R. O. J. F. D. I.
 Edad: 36A H.C.: 222931

ORINA COMPLETA

Color: Amarillo Densidad: 1.015
 Aspecto: Ligero Turbido Reacción: pH: 6.0

EXAMEN DE BIOQUIMICA

Hemoglobina: <u>—</u>	Nitritos: <u>—</u>
Urobilina: <u>—</u>	Cetonas: <u>—</u>
Bilirrubina: <u>—</u>	Ac. Ascórbico: <u>—</u>
Proteínas: <u>—</u>	Glucosa: <u>—</u>
Pigmentos Biliares: <u>—</u>	Thevenon: <u>—</u>

SEDIMENTO URINARIO

Células Epitelias: Algunas
 Leucocitos: 10-15x campo Píocitos: (+)
 Hematíes: 0-1x campo Bacterias: Escasas
 Cristales: —
 Cilindros: —

6.9. **Figura 9:** Caso 11: Psoriasis en placas



6.10. **Figura 10:** Caso 15: Insuficiencia venosa de miembro inferior



6.11. **Figura 11:** Caso 16: Orzuelo en ojo izquierdo




6.12. **Figura 12:** Caso 17: Arañazo de gato



6.13. **Figura 13:** Caso 19: Herpes Zoster en paciente geriátrico



6.14. **Figura 14:** Caso 20: Colecistitis



dominal superior

FECHA : 23 de Junio del 2021

La exploración ecográfica realizada, muestra :


- 1.- Vesícula biliar periforme de paredes regulares y no dolorosa a la presión dirigida. Se aprecia una estructura altamente reflectiva de localización intraluminal dependiente de la gravedad y que genera tenue sombra acústica siendo su medida: 4.4mm compatible con cálculo en vesícula biliar.
 - Vesícula biliar : 5.4 x 2.4 cm.
- 2.- Hígado de contornos cóncavos regulares y volumen conservado. Su parénquima es ecopositivo homogéneo. No se aprecian imágenes expansivas sólidas o quísticas. Vías biliares intraparenquimales y vasos portales de morfología habitual. Colédoco proximal de 4 mm. de diámetro normal.
- 3.- Bazo y Páncreas de forma, tamaño y morfología habitual. No se aprecian imágenes expansivas difusas o localizadas. Conducto de Wirsung de diámetro normal.
- 4.- Pared gástrica a nivel del antro se observa engrosado concéntrico (6.2mm) y dolorosa a la presión dirigida, presencia de abundantes gases en asas intestinales a predominio del marco cólico.

HALLAZGOS ECOGRAFICOS COMPATIBLES CON :

- > Litiasis vesicular.
- > Proceso inflamatorio gástrico.
- > Meteorismo intestinal incrementado.

Atte. SERPESUR

Observaciones :



HALLAZGOS

HIPOFARINGE : De aspecto normal.

ESOFAGO : Mucosa, calibre y distensibilidad conservada. Unión escamocolumnar a los 37cm, plicatura a los 38cm. Erosiones menores a 5 mm en tercio distal.

ESTOMAGO : Lago mucoso claro, distensibilidad conservada.

- CARDIAS : De aspecto normal.
- FONDO : A la retroflexión mucosa normal.
- CUERPO : Mucosa y pliegues de aspecto eritematoso leve
- ANGULO : Mucosa con eritema moderado.
- ANTRO : Mucosa con eritema moderado.
- PILORO : Céntrico y permeable.
- DUODENO : De aspecto normal.
- BULBO : De aspecto normal.
- SEGUNDA PORCION : De aspecto normal.

Impresión
Lapso : 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

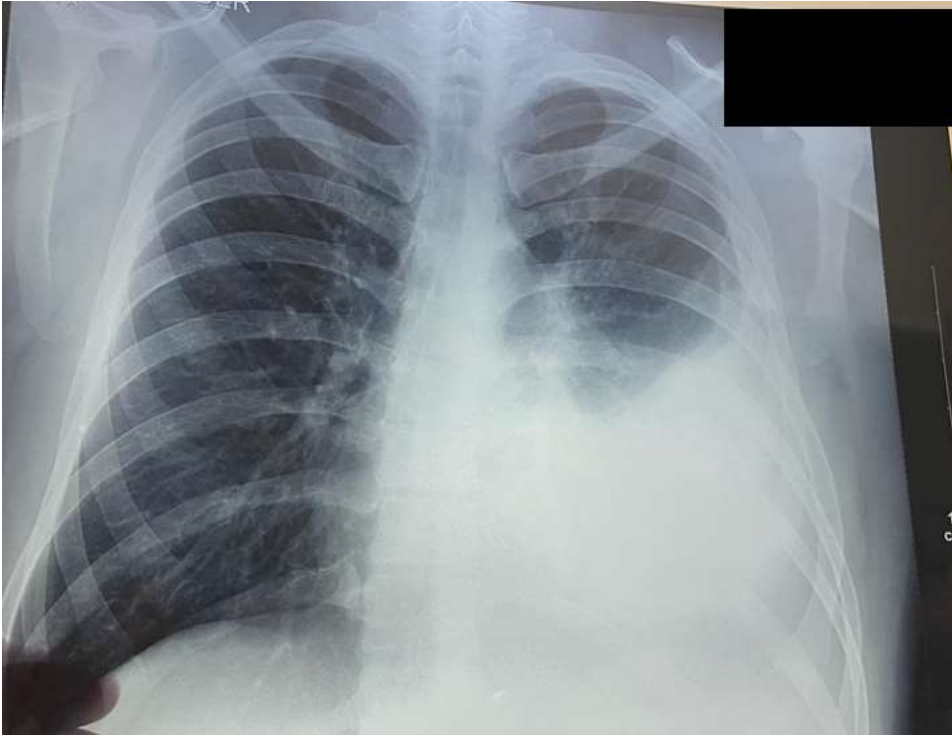
1. ESOFAGITIS GRADO A SEGUN LA
2. GASTRITIS EROSIVA LEVE DE CUERPO Y MODERADA ANTRAL

6.15. **Figura 15:** Caso 22: Anemia por déficit de hierro

N° H.C.: ...
SIS: PAGANTE: OTRO CODIGO: 6906
EXAMEN:
HEMOGLOBINA: 10.4
1°ER (DESCARTE):
Fecha: 21/7/22
SOLICITUD DE ANALISIS DE HEMOGLOBINA/HEMATOCRITO
HEMOGLOBINA: 10.4 g/dl

N° H.C.: 101263 EDAD: 12 m SEXO: M
SIS: PAGANTE: OTRO CODIGO: ...
EXAMEN:
HEMOGLOBINA :
1°ER (DESCARTE): CONTROL:
Fecha: 08/08/2022
SOLICITUD DE ANALISIS DE HEMOGLOBINA/HEMATOCRITO
HEMOGLOBINA: 9.4 g/dl
HEMATOCRITO: %

6.16. **Figura 16:** Caso 25: Derrame pleural izquierdo por tuberculosis pleural



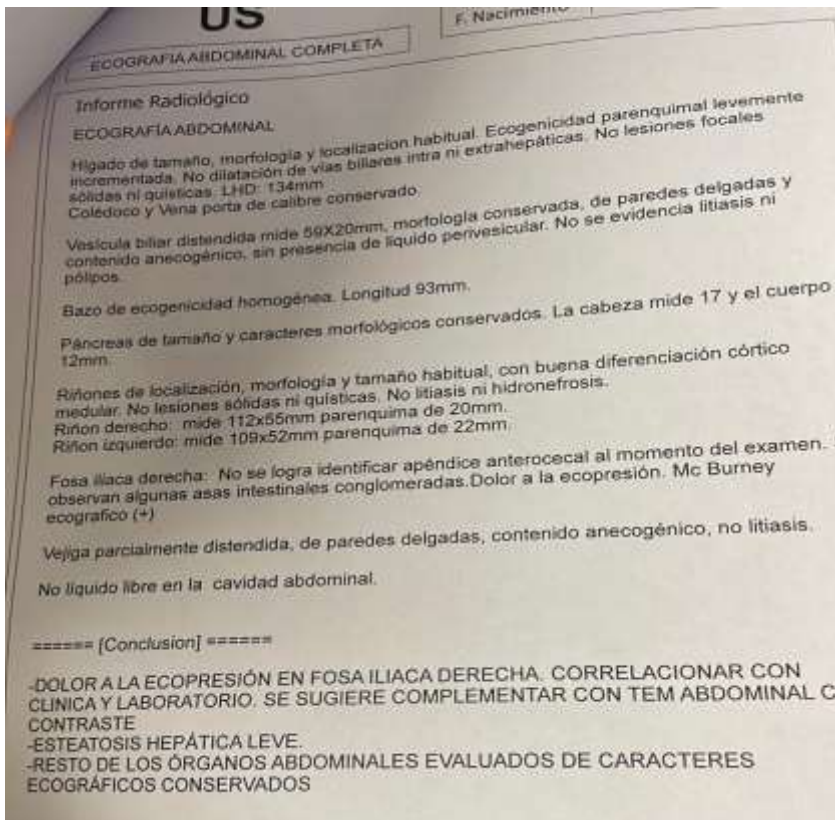
6.17. **Figura 17:** Caso 26: Prurigo y faringoamigdalitis aguda



6.18. **Figura 18:** Caso 29: Melanoma de primer dedo del pie izquierdo



6.19. **Figura 19:** Caso 30: Apendicitis aguda



ITEM	RESULTADO	VALOR REFERENCIAL
HEMOGLOBINA	16.10 g/dL	11.0 - 16.0 g/dL
HEMATOCRITO	47.60 %	37.0 - 54 %
HEMATIES	5.37 10 ⁶ /uL	3 500 000 - 5 500 000
RDW - SD	39.40 fL	11 - 16 %
RDW - CV	12.2 %	80 - 100 fL
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.7 fL	27 - 34 pp
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	30.0 pp	
CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	33.8 g/dL	150 000 - 450 000
RECuento DE PLAQUETAS	344 10 ³ /uL	150 000 - 450 000
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	9.6 fL	4000 - 10 000
LEUCOCITOS	21.21 10 ³ /uL	
EOSINFILOS	0 %	
BASOFILOS	0 %	
MIELOCITOS	0 %	
METAMIELOCITOS	6 %	
ABASTONADOS	78 %	
SEGMENTADOS	11 %	
LINFOCITOS	5 %	
MONOCITOS	0 %	
BLASTOS	0 %	
PROMIELOCITOS	100	
SUMA DE RECuento DIFERENCIAL %	0.00 Cel/mL	
EOSINFILOS	0.02 Cel/mL	
BASOFILOS	0.00 Cel/mL	
MIELOCITOS	0.00 Cel/mL	
METAMIELOCITOS	1.27 Cel/mL	
ABASTONADOS	16.54 Cel/mL	
SEGMENTADOS	2.25 Cel/mL	
LINFOCITOS	1.15 Cel/mL	
MONOCITOS	0.00 Cel/mL	
BLASTOS	0.00 Cel/mL	
PROMIELOCITOS	0.00 Cel/mL	

Sin observaciones

Código: 88140 Prueba: **PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVA**
Tecnólogo Médico: MORENO REYES LISSET KATHERINE
Fecha toma de muestra: 11/01/2023 10:06
Fecha resultado: 11/01/2023 08:31

ITEM	RESULTADO	VALOR F
PROTEINA C REACTIVA	91.95 mg/L	Has

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1) García Huitrón JA, Cabadas Contreras A, Lara Ruiz RI, Flores Palomar FJ, De la Concha Tiznado M. Actualizaciones en la mordedura de perro. Acta Medica Grupo Angeles [Internet]. 2020 [consultado el 8 de Julio de 2023];18(3):284-9. Disponible en: <https://doi.org/10.35366/95406>
- 2) Gattey N, Bahrani B, Hull PR. Chronic Spontaneous Urticaria. J Cutan Med Surg [Internet]. 17 de diciembre de 2015 [consultado el 8 de Julio de 2023];20(3):241-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1203475415623777>
- 3) Varshney P, Pongracic JA. Clinical manifestations of immunoglobulin E-mediated food allergy, including pollen-food allergy syndrome. J Food Allergy [Internet]. 1 de septiembre de 2020 [consultado el 8 de Julio de 2023];2(1):22-5. Disponible en: <https://doi.org/10.2500/jfa.2020.2.200002>
- 4) Carrizo-Chuecos J. Nuevas vacunas de BCG. Arch Venez Puer Ped [Internet]. 2011 [consultado el 8 de Julio de 2023] ; 74(3): 127-134. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492011000300009&lng=es.
- 5) Supriyatno B, Suprohaita S, Wardani R, Munasir Z. Bacterial rhinosinusitis in children: microbiology and resistance pattern. Paediatr Respir Rev [Internet]. Julio de 2013 [consultado el 8 de Julio de 2023];14:S80—S81. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s1526-0542\(13\)70145-3](https://doi.org/10.1016/s1526-0542(13)70145-3)
- 6) American Diabetes Association | Research, Education, Advocacy [Internet]. Diagnóstico | ADA; [consultado el 8 de Julio de 2023]. Disponible en: <https://www2.diabetes.org/diagnostico>
- 7) Sundar Shrestha D, Love R. Long COVID patient symptoms and its evaluation and management. J Nepal Med Assoc [Internet]. 12 de agosto de 2021 [consultado

- el 8 de Julio de 2023];59(240). Disponible en: <https://doi.org/10.31729/jnma.6355>
- 8) Wong Chew RM, Ángel Ambrocio AH, Bautista Carbajal P, García León ML, Vite Velázquez X, Cortázar Maldonado LA, et al. Efectos a largo plazo de la COVID-19: una revisión de la literatura. Acta Medica Grupo Angeles [Internet]. 2021 [consultado el 8 de Julio del 2023];19(3):421-8. Disponible en: <https://doi.org/10.35366/101741>.
- 9) Peramiqel Fonollosa L, Dalmau Arias J, Pimentel Villasmil L, Puig Sanz L. Psoriasis. Farm Prof [Internet]. 2004 [citado el 8 de Julio de 2023];18(9):68–73. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-psoriasis-13068674>
- 10) Rendon A, Schäkel K. Psoriasis pathogenesis and treatment. Int J Mol Sci [Internet]. 2019 [citado el 8 de Julio de 2023];20(6):1475. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30909615/>
- 11) VVacca VM Jr, Argento I. Hematoma subdural crónico: una complicación frecuente. Nursing [Internet]. 2019 [citado el 8 de Julio de 2023];36(1):16–23. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-hematoma-subdural-cronico-una-complicacion-S021253821930007X>
- 12) Llanos-Tejada F, Tamayo-Alarcón R. Bronquiectasias secundarias a tuberculosis pulmonar en pacientes de un hospital general. Rev Medica Hered [Internet]. 4 de enero de 2019 [consultado el 8 de Julio de 2023];29(4):232. Disponible en: <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i4.3448>
- 13) PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. Tuberculosis; [consultado el 8 de Julio de 2023]. Disponible

en: <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis#:~:text=La%20tuberculosis%20es%20una%20enfermedad,peso,%20fiebre%20y%20sudores%20nocturnos.>

- 14) Lopez-Verdin S, Torrecilla-Ramirez A, Horta-Sandoval AC, Andrade-Villanueva JF, Bologna-Molina R. La candidiasis bucal como marcador clínico de falla a la terapia antirretroviral altamente efectiva en pacientes infectados con VIH/sida. Infectio [Internet]. Abril de 2014 [consultado el 8 de Julio de 2023];18(2):45-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.infect.2014.01.001>
- 15) Zeng MY, Lang BJ, Liu W. Esophageal Candidiasis. Indian J Surg [Internet]. 19 de agosto de 2022 [consultado el 8 de Julio de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12262-022-03551-9>
- 16) Arcas R. Insuficiencia venosa de los miembros inferiores. Rev Medicina Univ Navar [Internet]. 13 de junio de 2016 [consultado el 9 de Julio de 2023]:65. Disponible en: <https://doi.org/10.15581/021.26.5946>
- 17) Gore M. Chronic Venous Insufficiency of Lower Extremity. Indian J Surg [Internet]. 14 de junio de 2021 [consultado el 8 de Julio de de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12262-021-02971-3>
- 18) Loth C, Miller CV, Haritoglou C, Messmer EM. Hordeolum und Chalazion. Der Ophthalmologe [Internet]. 11 de agosto de 2021 [consultado el 8 de Julio de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00347-021-01436-y>
- 19) Sun M, Huang S, Huilgol S, Silva D. Eyelid lesions in general practice. Aust J Gen Pract [Internet]. 1 de agosto de 2019 [consultado el 8 de Julio de 2023];48(8):509-14. Disponible en: <https://doi.org/10.31128/ajgp-03-19-4875>
- 20) Biancardi AL, Curi AL. Cat-scratch disease. Ocul Immunol Inflamm [Internet]. 9 de octubre de 2013 [consultado el 8 de Julio de 2023];22(2):148-54. Disponible en: <https://doi.org/10.3109/09273948.2013.833631>

- 21) Oré-Acevedo JF, LaTorre-Caballero LM, Urteaga-Quiroga R. Quiste del conducto tirogloso: experiencia en el Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima 2008-2015. ACTA MEDICA PERU [Internet]. 30 de agosto de 2016 [consultado el 8 de Julio de 2023];33(2):126. Disponible en: <https://doi.org/10.35663/amp.2016.332.62>
- 22) Castillo C, Muruaga A, Carbonell A. Disseminated herpes zoster in an immunocompetent host. J Am Geriatr Soc [Internet]. Junio de 2012 [consultado el 8 de Julio de 2023];60(6):1170. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.03973.x>
- 23) Ramilo M, Rozenek M, Romani A, Aronson S, Camera L. Herpes zoster in older adults and worsening of life quality. Virol Amp Immunol J [Internet]. 2016 [consultado el 8 de Julio de 2023];1(1). Disponible en: <https://doi.org/10.23880/vij-16000105>
- 24) Modifican la Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños adolescentes mujeres gestantes y puérperas, Resolución Ministerial n.º 229-2020-MINSA, Diario Oficial El Peruano [Internet], 25 de abril de 2020 [consultado el 8 de Julio de 2023] (Perú). Disponible en: <https://epdoc2.elperuano.pe/EpPo/DescargaINDA.asp?Referencias=NDNVTIVOBU5VTkxIVE1ZQlICTEhZQkxIOVdfX11CV1ZXVIVOVkJYQzIX>
- 25) Charles A. The pathophysiology of migraine: implications for clinical management. Lancet Neurol [Internet]. Febrero de 2018 [consultado el 8 de Julio de 2023];17(2):174-82. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(17\)30435-0](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(17)30435-0)

- 26) Dach F. Migraine pathophysiology, clinical correlates. J Neurol Sci [Internet]. Octubre de 2021 [consultado el 8 de Julio de 2023];429:117898. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jns.2021.117898>
- 27) Liou A, Rodriguez-Castro CE, Rodriguez-Reyes A, Zreik R, Jones S, Prince W. Pleural tuberculosis. Bayl Univ Med Cent Proc [Internet]. 23 de agosto de 2019 [consultado el 8 de Julio de 2023];32(4):622-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/08998280.2019.1646599>
- 28) Modifican la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis, Resolución Ministerial n.º 752-2018/MINSA, Diario Oficial El Peruano [Internet], 18 de agosto de 2018 [consultado el 8 de Julio de 2023] (Perú). Disponible en: <http://epdoc2.elperuano.pe/EpPo/DescargaINDA.asp?Referencias=NDNYQ1hDWENYQzIXWENZQlhDOVdZQkxITEhfX1dWWUJUTUxIWENWQjIX>
- 29) Fok JS, Katelaris CH. Urticaria and mimickers of urticaria. Front Allergy [Internet]. 28 de septiembre de 2023 [consultado el 8 de Julio de 2023];4. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/falgy.2023.1274031>
- 30) PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. Hidatidosis / Equinococosis; [consultado el 8 de Julio de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hidatidosis-equinococosis>
- 31) Minotti P, Taras JS. Ganglion cysts of the wrist. J Am Soc Surg Hand [Internet]. Mayo de 2002 [consultado el 8 de Julio de 2023];2(2):102-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/jssh.2002.33318>
- 32) Fernández-Horcajuelo J, Espinosa-Lara P, Simón-Lázaro M. Melanoma ungueal in situ. Medicina Fam SEMERGEN [Internet]. Diciembre de 2020 [consultado el 8 de Julio de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.10.008>

33) Bhangu A, Søreide K, Di Saverio S, Assarsson JH, Drake FT. Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *Lancet* [Internet]. Septiembre de 2015 [consultado el 8 de Julio de 2023];386(10000):1278-87. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00275-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00275-5)