

NOMBRE DEL TRABAJO

EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL "CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA" Y CLÍNICA

AUTOR

JOHN BRYAN CHINCHAYAN MENDEZ

RECUENTO DE PALABRAS

16923 Words

RECUENTO DE CARACTERES

95622 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

79 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

260.3KB

FECHA DE ENTREGA

Apr 14, 2023 12:52 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Apr 14, 2023 12:55 PM GMT-5

● 7% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado



MARIA CRISTINA MEDINA PFLUCKER
DNI 09835848
<https://orcid.org/0000-0002-7608-4963>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**EXPERIENCIA DE INTERNADO MÉDICO EN EL CENTRO
MÉDICO NAVAL “CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TÁVARA” Y
CLÍNICA INTERNACIONAL EN EL PERIODO 2022-2023**

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR

JOHN BRYAN CHINCHAYAN MENDEZ

JOSE LUIS QWISTGAARD ESPINAL

ASESORA

MGTR. MARIA CRISTINA MEDINA PFLUCKER

LIMA, PERÚ

2023

JURADO

Presidente:

Miembro:

Miembro:

Tabla de contenido

Portada	1
JURADO	I
Tabla de contenido	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTOS	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	1
¹ CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL	3
CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA	46
CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL	48
CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA	59
CONCLUSIONES	62
RECOMENDACIONES	63
FUENTES DE INFORMACIÓN	64

DEDICATORIA

A nuestros padres, familias, amigos, y maestros, quienes nos brindaron su apoyo y comprensión durante toda la odisea que representó la carrera de Medicina Humana, y este internado en concreto.

AGRADECIMIENTOS

9

A la Marina de Guerra del Perú y a la Clínica Internacional por habernos acogido por 10 meses como internos de medicina.

A todo el personal que labora en ambas distinguidas sedes, que nos brindaron sus conocimientos y afecto durante las horas de servicio.

A nuestros compañeros de internado, quienes lograban alegrar con sus ocurrencias hasta los días más oscuros y las guardias más densas.

RESUMEN

El presente trabajo busca condensar la experiencia vivida durante el internado 2022-2023 en dos distintas sedes, Centro Médico Naval y Clínica Internacional, ilustrando los casos más importantes a criterio de los autores que en un futuro servirán como guía para situaciones medicas que se puedan presentar en el ámbito laboral. Se da reporte de cuatro casos en cuatro series según cada rotación establecidas durante la duración del internado médico que en caso de los autores fueron 10 meses correspondientes en estos sendos centros hospitalarios, con comentarios académicos según los puntos más relevantes de cada caso. El reporte de estos casos resulta en datos relevantes para la resolución de situaciones similares en un futuro cuando la responsabilidad medica dependa únicamente de nosotros. En conclusión, este periodo de Internado conllevó grandes hitos para nuestro desarrollo personal y profesional que brinda conocimientos y relaciones interpersonales fructíferas que en un futuro cercano nos darán la confianza para realizar una labor medica diligente y siempre priorizando el bienestar del paciente.

Palabras clave: Internado médico 2022-2023, especialidades médicas, casos clínicos.

ABSTRACT

This work seeks to synthesize the experiences accrued during the medical internship 2022-2023 in two different hospitals, the Navy Medical Centre, and the International Clinic, by portraying the most important clinical cases according to the authors which will serve in the future as a reference for situations that may arise during working hours. A briefing is given of four clinical cases in four series according to each medical rotation set up during the ten months that the internship lasted in these prestigious hospitals, with academic commentary in the most relevant points. The briefing of these clinical cases brings forth relevant data for solving future situations when medical responsibility falls entirely upon us. In conclusion, this internship meant great capstones for our individual and professional growth, providing knowledge and fruitful interpersonal relationships that will soon give us the confidence to carry our duties diligently and always putting the patient's welfare first.

Palabras clave: Medical internship 2022-2023, medical specialties, clinical cases.

Hoja de Turnitin con porcentaje, y firma de asesor

INTRODUCCIÓN

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, ¹ es el principal establecimiento de salud dentro de la Sanidad Naval de la Marina de Guerra del Perú, siendo un Hospital III-1, con alta capacidad resolutive y reconocimiento como sede docente de tanto estudiantes del pregrado como de residentes médicos. Fue en sus laureadas salas donde se recibió a diversos estudiantes de ciencias de la salud en su último año de formación, el internado. En el caso de los estudiantes de medicina humana en concreto, la convocatoria se dio en el mes de enero del 2022, llevándose a cabo un proceso de selección que concluyó en febrero del mismo año con la designación de 90 estudiantes como flamantes internos de medicina navales. Se brindaron charlas de capacitación, tanto en temas netamente médicos como la bioseguridad y primeros auxilios, como en temas más propios de la institución, como sus normas, escalafón, y tradiciones. Sería así como, desde el 1 de junio del 2022 hasta el 31 de marzo del 2023, que los referidos 90 internos de medicina navales iniciarían sus actividades asistenciales, en las cuatro rotaciones del Centro Médico Naval, Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, y Pediatría, repartidos en cuatro grupos, A, B, C y D.

La Clínica Internacional brinda el servicio de docencia para Internos de Medicina desde aproximadamente 11 años por lo que ya se cuenta con una experiencia consistente para la enseñanza de practicantes de la salud. Dicha institución cuenta con un alto nivel de tecnología y especialistas médicos, así como un programa de residentado con plazas selectas en áreas clínicas y quirúrgicas.

Realizándose una selección por orden de mérito y una entrevista junto con evaluaciones psicopedagógicas que se accede a una plaza en el internado de esta sede lo que ratifica la calidad de estudiantes que debe ser reflejado en nuestro actuar medico como personal de la clínica ya como internos de la Clínica Internacional formamos a ser parte del staff que representa dicha institución frente a los pacientes, los colaboradores y las autoridades que están en constante contacto y supervisión.

La duración de 10 meses de las mencionadas practicas se llevaron a cabo desde el 1 de mayo del 2022 hasta el 28 de febrero del 2023 en los cuales 24 internos (20 en la sede San Borja y 4 en la sede Lima) pudimos experimentar 4 rotaciones establecidas¹ de: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Pediatría, así como la oportunidad de subespecialidades múltiples según la disponibilidad y caudal de pacientes que hubiese.

CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL

Rotación en Medicina Interna

Caso Clínico n.º 1

1) Anamnesis

Paciente masculino de 75 años, natural de Abancay (Apurímac), proveniente de Ventanilla (Callao), acude al Servicio de Emergencias del Centro Médico Naval con un tiempo de enfermedad de 4 días, caracterizado por ser de inicio insidioso y curso progresivo, refiriendo dolor a predominio de zona lumbar derecha, de moderada intensidad, que exacerbó con el paso de los días hasta tornarse severo, con irradiación a fosa iliaca derecha e hipogastrio. Se asoció a sensación de alza térmica cuantificada en 39°C, que remitía parcialmente con paracetamol, así como con náuseas, sin llegar al vómito, disuria y polaquiuria. Se dispuso su hospitalización, y pase al Servicio de Medicina Interna.

2) Funciones Biológicas

- a. Apetito - Disminuido
- b. Sed – Aumentada
- c. Sueño – Disminuido
- d. Peso – Conservado (65kg)
- e. Diuresis – Aumentada (4-5 veces/día, 3 veces/noche)
- f. Deposiciones – Conservadas (1 vez/día)

3) Antecedentes

a. Personales

- Vivienda: Material noble, propia, vive junto a su esposa, e hijo con su cónyuge y 02 hijos menores de edad.
- Servicios básicos: Cuenta con agua potable, electricidad, desagüe.
- Alimentación habitual: Omnívora balanceada, hipoglúcida e hiposódica, 3 veces al día
- Viajes: Niega
- Hábitos nocivos: Niega

- Alergias: Niega
 - b. Fisiológicos
 - Parto: Eutócico, domiciliario
 - Desarrollo psicomotor: Progresivo sin alteraciones
 - c. Patológicos
 - Hiperplasia benigna de próstata (desde hace 20 años)
 - Hipertensión arterial (desde hace 15 años)
 - Diabetes *mellitus* 2 (desde hace 20 años)
 - d. Cirugías previas
 - Apendicectomía convencional (Hace 40 años)
 - e. Medicamentos habituales
 - Tamsulosina 0.4mg VO c/24h
 - Metformina 850mg VO c/24h
 - Losartan 50mg VO c/24h
 - f. Familiares
 - Padre: Hipertensión arterial, fallecido
 - Madre: Hipertensión arterial, y Diabetes *mellitus* 2, fallecida.
 - Hijos: Aparentemente sanos
- 4) Examen General
- a. Funciones vitales: FC: 80, FR: 18, T: 37.5 °C, SaO₂: 97 %, PA: 110/60.
 - b. Aspecto general: Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación, portador de llave triple vía en mano derecha y sonda Foley permeable con bolsa colectora ambas colocadas en Emergencias previo pase al servicio.
 - c. Piel: Caliente al tacto, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2.5 segundos, no ictericia o cianosis.
 - d. Cabeza: Normocéfalo, pupilas isocóricas foto reactivas, fosas nasales permeables, mucosas orales húmedas.
 - e. Cuello: Cilíndrico, tiroides central sin nódulos palpables.
 - f. Linfáticos: No adenopatías palpables

- g. ² Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- h. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles, periféricos presentes, no ingurgitación yugular. pulsos
- i. Abdomen: Plano, móvil con la respiración, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes en cuatro cuadrantes de adecuado tono, intensidad, frecuencia, discreto dolor a palpación en hipogastrio y fosa iliaca derecha.
- j. Genitourinario: Puntos renoureterales medios (+) a predominio de punto medio derecho, puño percusión lumbar (+) a predominio de flanco derecho, no impresiona globo vesical, sonda Foley permeable con orina turbia con detritus.
- k. Sistema nervioso central: Despierto, orientado, colaborador, obedece ordenes simples.

5) Listado de problemas

- a. Fiebre
- b. Disuria
- c. Polaquiuria
- d. Nauseas
- e. Dolor abdominal

6) Diagnósticos sindrómicos

- a. Síndrome miccional
- b. Síndrome doloroso abdominal
- c. Síndrome febril
- d. Síndrome nauseoso

7) Impresión diagnostica

- a. Infección de tracto urinario (ITU) complicada
- b. Descartar: Hidronefrosis

8) Plan de trabajo

- a. Laboratorio: Hemograma, urea, creatinina, glucosa, electrolitos, proteína C reactiva, sedimento urinario y urocultivo.

- b. Inicio de antibioticoterapia: Ceftriaxona 2g EV c/24h por 14 días previa toma de muestra de orina
- c. Manejo sintomático: Paracetamol 1g EV c/8h, Ranitidina 50mg EV c/12 horas, Dimenhidrinato 50mg EV condicional a náuseas/vómitos
- d. Interconsulta a Urología para programar ecografía renovesicoprostatica con residuo postmiccional y valoración de eventual manejo quirúrgico

Caso Clínico n.º 2

1) Anamnesis

Paciente femenino de 80 años, natural de Cercado de Lima (Lima), proveniente de Pueblo Libre (Lima), acude al Servicio de Emergencias del Centro Médico Naval con un tiempo de enfermedad de 7 días, caracterizado por ser de inicio insidioso y curso progresivo, refiriendo aumento de volumen de pierna izquierda, indoloro, caliente al tacto. Niega sensación de falta de aire, fiebre, u otras molestias. Se dispuso su hospitalización y pase al Servicio de Medicina Interna.

2) Funciones Biológicas

- a. Apetito - Conservado
- b. Sed – Conservada
- c. Sueño – Conservado
- d. Peso – Conservado (60kg)
- e. Diuresis – Conservada (3-4 veces/día)
- f. Depositiones – Disminuidas (1 vez/2-3 días)

3) Antecedentes

a. Personales

- Vivienda: Material noble, propia, vive junto a su hija con su cónyuge.
- Servicios básicos: Cuenta con agua potable, electricidad, desagüe.
- Alimentación habitual: Omnívora balanceada, hiposódica, 3 veces al día.
- Viajes: Niega

- Hábitos nocivos: Niega
 - Alergias: Niega
 - b. Fisiológicos
 - Parto: Eutócico, domiciliario
 - Desarrollo psicomotor: Progresivo sin alteraciones
 - c. Gineco-obstétricos
 - G3P2002
 - FUR: Hace 40 años
 - Un aborto espontáneo en el primer trimestre (hace 45 años), partos eutócicos (02) sin complicaciones, ambos RNAT.
 - d. Patológicos
 - Insuficiencia venosa crónica (Desde hace 10 años)
 - Hidatidosis (Hace 60 años, acude a controles anuales por Neumología y Gastroenterología)
 - Hipotiroidismo (Desde hace 15 años)
 - e. Cirugías previas
 - Lobectomía de pulmón derecho (Hace 60 años)
 - f. Medicamentos habituales
 - Zolpidem 10mg VO c/24h
 - Levotiroxina 100mcg VO c/24h de lunes a sábado, 150mcg VO c/24h domingo
 - Bromuro de ipratropio 2 puff c/12h
 - g. Familiares
 - Padre: Hipertensión arterial y fibrosis pulmonar, fallecido
 - Madre: Cáncer de endometrio, fallecida.
 - Hija: Aparentemente sana
- 4) Examen General
- a. Funciones vitales: FC: 70, FR: 18, T: 36.5 °C, SaO₂: 96 %, PA: 100/50.
 - b. Aspecto general: Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.

- c. Piel: Tibia al tacto, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2.5 segundos, no ictericia o cianosis central. Se evidencia aumento de volumen y cambio de coloración de miembro inferior izquierdo, edema ++/+++ blando indoloro, discreto aumento de temperatura.
- d. Cabeza: Normocéfala, pupilas isocóricas foto reactivas, fosas nasales permeables, mucosas orales húmedas.
- e. Cuello: Cilíndrico, tiroides central sin nódulos palpables.
- f. Linfáticos: No adenopatías palpables
- g. Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax derecho a predominio apical, discretos crépitos bibasales.
- h. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles, pulsos periféricos presentes, no ingurgitación yugular.
- i. Abdomen: Plano, móvil con la respiración, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes en cuatro cuadrantes de adecuado tono, intensidad, frecuencia, no impresiona dolor a palpación.
- j. Sistema musculoesquelético: Moviliza cuatro extremidades, limitación funcional de miembro inferior izquierdo secundario a aumento de volumen, no dolor a la movilización o digitopresión.
- k. Sistema nervioso central: Despierta, orientada, colaboradora, obedece ordenes simples.

5) Listado de problemas

- Aumento de volumen

6) Diagnósticos sindrómicos

- Síndrome edematoso

7) Impresión diagnostica

- Trombosis venosa profunda
- Descartar: Neoplasia oculta

8) Plan de trabajo

- a. Laboratorios: Hemograma, urea, creatinina, glucosa, electrolitos, perfil de coagulación, Dímero D, TSH y T4 libre.

- b. Anticoagulación con Enoxaparina SC 60mg c/12h posterior toma de Hemograma y perfil de coagulación por 10 días
- c. Programar Ecografía Doppler venosa
- d. Tomografía axial computarizada toraco abdominopélvica con contraste previa hidratación VO

Caso Clínico n.º 3

1) Anamnesis

Paciente masculino 50 años, natural de Trujillo (La Libertad), proveniente de Los Olivos (Lima), acude al Servicio de Emergencias del Centro Médico Naval con un tiempo de enfermedad de 5 días, caracterizado por ser de inicio insidioso y curso progresivo, refiriendo tos productiva, dolor torácico a la inspiración, sensación de falta de aire, y sensación de alza térmica cuantificada en 38.5°C, que remitió parcialmente con paracetamol. Se dispuso su hospitalización y pase al Servicio de Medicina Interna.

2) Funciones Biológicas

- a. Apetito - Disminuido
- b. Sed – Aumentada
- c. Sueño – Disminuido
- d. Peso – Conservado (75kg)
- e. Diuresis – Conservada (3-4 veces/día)
- f. Deposiciones – Conservadas (1 vez/día)

3) Antecedentes

a. Personales

- Vivienda: Material noble, propia, vive junto a su esposa, y dos hijos menores de edad.
- Servicios básicos: Cuenta con agua potable, electricidad, desagüe.
- Alimentación habitual: Omnívora balanceada, 3 veces al día
- Viajes: Niega
- Hábitos nocivos: Niega

- Alergias: Niega
 - b. Fisiológicos
 - Parto: Eutócico, hospitalario
 - Desarrollo psicomotor: Progresivo sin alteraciones
 - c. Patológicos: Niega
 - d. Cirugías previas: Niega
 - e. Medicamentos habituales: Niega
 - f. Familiares
 - Padre: Hiperplasia benigna de próstata, vivo
 - Madre: Aparentemente sana, viva.
 - Hijos: Aparentemente sanos
- 4) Examen General
- a. Funciones vitales: FC: 95, FR: 26, T: 38 °C, SaO₂: 94 %, PA: 130/60.
 - b. Aspecto general: Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación, portador de llave triple vía en mano derecha y cánula binasal a 2 litros.
 - c. Piel: Caliente y sudorosa al tacto, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2.5 segundos, no ictericia o cianosis.
 - d. Cabeza: Normocéfalo, pupilas isocóricas foto reactivas, fosas nasales permeables, mucosas orales húmedas.
 - e. Cuello: Cilíndrico, tiroides central sin nódulos palpables.
 - f. Linfáticos: No adenopatías palpables
 - g. Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax derecho asociado a crépitos basales de moderada intensidad y pectoriloquia.
 - h. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles, pulsos periféricos presentes, no ingurgitación yugular.
 - i. Abdomen: Plano, móvil con la respiración, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes en cuatro cuadrantes de adecuado tono, intensidad, frecuencia, no impresiona dolor a palpación.

- j. Sistema nervioso central: Despierto, orientado, colaborador, obedece ordenes simples.
- 5) Listado de problemas
- a. Fiebre
 - b. Dolor torácico
 - c. Dificultad respiratoria
 - d. Tos
- 6) Diagnósticos sindrómicos
- a. Síndrome de consolidación
 - b. Síndrome febril
- 7) Impresión diagnóstica
- a. Neumonía adquirida en comunidad
 - b. Descartar: COVID-19
- 8) Plan de trabajo
- a. Laboratorio: Hemograma, urea, creatinina, glucosa, electrolitos, proteína C reactiva, análisis de gases arteriales, prueba de antígenos de COVID-19.
 - b. Radiografía de tórax en incidencias postero anterior y lateral
 - c. Inicio de antibioticoterapia: Ceftriaxona 2g EV c/24h por 7 días asociado a Azitromicina 500mg VO c/24 por 5 días
 - d. Manejo sintomático: Paracetamol 1g VO c/8h, Ranitidina 50mg EV c/12 horas, oxigenoterapia para mantener saturación de oxígeno mayor a 93%

Caso Clínico n.º 4

1) Anamnesis

Paciente masculino 83 años, natural de Cercado de Lima (Lima), proveniente de Pueblo Libre (Lima), acude al Consultorio Externo de Cardiología del Centro Médico Naval, conocido por dicho servicio, con un tiempo de enfermedad de seis horas, caracterizado por ser de inicio súbito y curso progresivo, refiriendo sensación de falta de aire exacerbado al decúbito y a la actividad física a

pequeños esfuerzos, asociado a un episodio reciente de desaturación mientras realizaba su aseo diario por la mañana. Se dispuso que acudiera al Servicio de Emergencias para ser hospitalizado pasando al Servicio de Medicina Interna.

2) Funciones Biológicas

- a. Apetito - Disminuido
- b. Sed – Aumentada
- c. Sueño – Disminuido
- d. Peso – Disminuido (70kg)
- e. Diuresis – Conservada (4-5 veces/día, 1 vez/noche)
- f. Deposiciones – Conservadas (1 vez/2-3 días)

3) Antecedentes

a. Personales

- Vivienda: Material noble, propia, vive junto a su esposa, 02 hijas mayores de edad con sus conyugues y 05 hijos menores de edad.
- Servicios básicos: Cuenta con agua potable, electricidad, desagüe.
- Alimentación habitual: Omnívora balanceada, hipoglúcida e hiposódica, 3 veces al día
- Viajes: Niega
- Hábitos nocivos: Alcohol (4-6 botellas de cerveza semanal)
- Alergias: Tramadol

b. Fisiológicos

- Parto: Eutócico, domiciliario
- Desarrollo psicomotor: Progresivo sin alteraciones

c. Patológicos

- Estenosis aortica severa (Desde hace 5 años)
- Hiperplasia benigna de próstata (desde hace 20 años)
- Hipertensión arterial (desde hace 15 años)
- Diabetes *mellitus* 2 (desde hace 20 años, refiere no tomar fármacos para su control)

d. Cirugías previas

- Colectomía convencional (Hace 50 años)

- Reparación abierta fijación interna de fractura de radio distal izquierdo (Hace 25 años)
- e. Medicamentos habituales
- Tamsulosina 0.4mg VO c/24h
 - Atorvastatina 40mg VO c/24h
 - Captopril 10mg VO c/24h
 - Bisoprolol 5mg VO c/24h
- f. Familiares
- Padre: Infarto miocárdico agudo, fallecido
 - Madre: Cáncer de estómago, fallecida.
 - Hijas: Hipertensión arterial, vivas
- 4) Examen General
- a. Funciones vitales: FC: 70, FR: 18, T: 36.6 °C, SaO₂: 93 %, PA: 110/60.
 - b. Aspecto general: ³ Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación, portador de cánula binasal a 3 litros, paciente en decúbito dorsal en semi Fowler.
 - ¹ c. Piel: Tibia al tacto, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2.5 segundos, no ictericia o cianosis, impresiona acropaquias en miembros superiores e inferiores, signo de Frank positivo.
 - d. Cabeza: Normocéfalo, pupilas isocóricas foto reactivas, fosas nasales permeables, mucosas orales húmedas.
 - e. Cuello: Cilíndrico, tiroides central sin nódulos palpables.
 - f. Linfáticos: No adenopatías palpables
 - ¹ g. Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
 - h. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, soplo meso sistólico de fuerte intensidad en diamante (IV/VI), audible en todos los focos auscultatorios a predominio de foco aórtico, asociado a frémito, pulsos periféricos presentes impresionando disminución en intensidad, no ingurgitación yugular.

- i. Abdomen: Plano, móvil con la respiración, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes en cuatro cuadrantes de adecuado tono, intensidad, frecuencia, no dolor a palpación.
 - j. Sistema nervioso central: Despierto, orientado, colaborador, obedece ordenes simples.
- 5) Listado de problemas
- a. Disnea
 - b. Fatiga
- 6) Diagnósticos sindrómicos
- a. Síndrome disneico
- 7) Impresión diagnóstica
- a. Estenosis aortica severa
 - b. Descartar Infección de vías respiratorias
- 8) Plan de trabajo
- a. Laboratorio: Hemograma, urea, creatinina, glucosa, electrolitos, proteína C reactiva, análisis de gases arteriales.
 - b. Inicio de antibioticoterapia profiláctica: Cefuroxima 500mg VO c/8h por 5 días y Azitromicina 500mg VO c/24h por tres días
 - c. Manejo sintomático: Oxigenoterapia para mantener saturación mayor a 92%, Omeprazol 20mg VO c/24 horas,
 - d. Interconsulta a Cardiología para programar ecocardiografía e implantación de válvula aortica transcáteter (TAVI)

Rotación en Pediatría

Caso Clínico n.º 1

1) Anamnesis

Paciente de 6 años natural de Bellavista (Callao), proveniente de San Juan de Lurigancho (Lima), con un tiempo de enfermedad de 4 días, caracterizado por ser de inicio insidioso y curso progresivo, acude al Servicio de

Emergencias Pediátricas del Centro Médico Naval en compañía de padres quienes refieren que al inicio paciente presentó rinorrea acuosa y tos seca a predominio nocturno-matutino, con remisión parcial con clorfenamina y dextrometorfano en jarabe. La rinorrea remite, pero la tos progresivamente se instauraría a lo largo del día, asociándose a expectoración blanquecina gomosa y sibilancias. Niegan fiebre, náuseas o vómitos. Se dispuso su hospitalización y pase a la Sala de Observación de Pediatría.

2) Funciones Biológicas

- a. Apetito - Disminuido
- b. Sed – Disminuida
- c. Sueño – Disminuido
- d. Peso – Conservado (26 kg, 1.22 cm)
- e. Diuresis – Conservada (3-4 veces/día)
- f. Deposiciones – Conservadas (1 vez/2 días)

3) Antecedentes

a. Personales

- Vivienda: Material noble, propia, vive junto a dos padres con hermano de 13 años.
- Servicios básicos: Cuenta con agua potable, electricidad, desagüe.
- Alimentación habitual: Omnívora balanceada, 3 veces al día.
- Viajes: Niega
- Hábitos nocivos: Niega
- Alergias: Polvo, colorantes artificiales sin especificar

b. Fisiológicos

- Parto: Cesárea, a término, hospitalario
- Desarrollo psicomotor: Progresivo sin alteraciones

c. Patológicos

- Bronquiolitis (Hace 4 años)
- Varicela (Hace 3 años)
- Rinitis alérgica (Desde hace 2 años)
- Dermatitis atópica (Desde hace 2 años)

- d. Cirugías previas: Niega
- e. Medicamentos habituales: *Avamys* 2 puff en cada fosa nasal c/12h
- f. Familiares:
 - Padre: Asma bronquial, vivo
 - Madre: Rinitis alérgica, vivo
 - Hermano: Rinitis alérgica y dermatitis atópica, vivo

4) Examen General

- a. Funciones vitales: FC: 120, FR: 36, T: 36.2 °C, SaO₂: 89 %, PA: 120/60.
- b. Aspecto general: Aparente mal estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.
- c. Piel: Tibia al tacto, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2.5 segundos, impresiona cianosis en rostro.
- d. Cabeza: Normocéfala, pupilas isocóricas foto reactivas, fosas nasales permeables, mucosas orales húmedas.
- e. Cuello: Cilíndrico, tiroides central sin nódulos palpables.
- f. Linfáticos: No adenopatías palpables
- g. Tórax y pulmones: Se evidencian tirajes en tres paquetes, murmullo vesicular pasa disminuido en ambos campos pulmonares, se auscultan roncales, así como sibilantes espiratorios inclusive sin estetoscopio.
- h. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles, pulsos periféricos presentes, no ingurgitación yugular.
- i. Abdomen: Plano, móvil con la respiración, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes en cuatro cuadrantes de adecuado tono, intensidad, frecuencia, no impresiona dolor a palpación.
- j. Sistema musculoesquelético: Moviliza cuatro extremidades, sin limitación funcional.
- k. Sistema nervioso central: Despierta, orientada, agitada, se comunica en monosílabos, obedece ordenes simples.

Síndrome obstructivo bronquial

6) Diagnósticos sindrómicos

Síndrome obstructivo bronquial

7) Impresión diagnóstica

Asma bronquial severa

8) Plan de trabajo

Oxigenoterapia con cánula binasal a 3 litros

Inicio de terapia de rescate con salbutamol 4 puff c/10 min por una hora más bromuro de ipratropio 4 puff c/20 minutos por una hora

Se ingresa paciente a Observación con posibilidad de pase a UCI Pediátrica para inicio de terapia con sulfato de magnesio

Caso Clínico n.º 2

1) Anamnesis

Paciente de 12 años natural de Bellavista (Callao), proveniente de San Borja (Lima), acude derivado del Policlínico Naval de San Borja al Servicio de Emergencias Pediátricas del Centro Médico Naval con un tiempo de enfermedad de 10h, caracterizado por ser de inicio insidioso y curso progresivo acude con padres quienes refieren inicio con cefalea intensa de rápida acentuación que no remite con uso de paracetamol, asociado a náuseas y vómitos (03 cámaras, inicialmente contenido alimenticio, luego contenido bilioso). Pacientes refieren además que paciente se quejaba espontáneamente de cefalea intermitente de resolución espontánea o con dosis bajas de paracetamol, ocasionalmente se asociaban mareos. Se dispuso su hospitalización y pase a la Sala de Hospitalización de Pediatría para ampliación de estudios.

2) Funciones Biológicas

- a. Apetito - Disminuido
- b. Sed – Disminuida
- c. Sueño – Disminuido

- d. Peso – Conservado (43 kg, 1.52 cm)
 - e. Diuresis – Conservada (3-4 veces/día)
 - f. Deposiciones – Conservadas (1 vez/diario)
- 3) Antecedentes
- a. Personales
 - Vivienda: Material noble, propia, vive junto a dos padres y hermano menor de 4 años. Cuenta con mascotas (perro) en casa.
 - Servicios básicos: Cuenta con agua potable, electricidad, desagüe.
 - Alimentación habitual: Omnívora balanceada, 3 veces al día.
 - Viajes: Huaraz, Ancash (Hace 5 meses)
 - Hábitos nocivos: Niega
 - Alergias: Niega
 - b. Fisiológicos
 - Parto: Eutócico, hospitalario
 - Desarrollo psicomotor: Progresivo sin alteraciones
 - c. Patológicos
 - Rinitis alérgica (Desde hace 7 años)
 - Varicela (Hace 9 años)
 - d. Cirugías previas: Niega
 - e. Medicamentos habituales: Niega
 - f. Familiares
 - Padre: No refiere antecedentes de importancia, vivo
 - Madre: No refiere antecedentes de importancia, vivo
 - Hermano: Rinitis alérgica y dermatitis atópica, vivo
- 4) Examen General
- a. Funciones vitales: FC: 80, FR: 18, T: 36.4 °C, SaO₂: 97 %, PA: 110/60.
 - b. Aspecto general: Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.
 - c. Piel: Tibia al tacto, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2.5 segundos, no ictericia o cianosis central. Leve sequedad de mucosas orales.

- d. Cabeza: Normocéfala, pupilas isocóricas foto reactivas, fosas nasales permeables, mucosas orales húmedas.
 - e. Cuello: Cilíndrico, tiroides central sin nódulos palpables. No rigidez de nuca.
 - f. Linfáticos: No adenopatías palpables
 - g. Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
 - h. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles, pulsos periféricos presentes, no ingurgitación yugular.
 - i. Abdomen: Plano, móvil con la respiración, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes en cuatro cuadrantes de adecuado tono, intensidad, frecuencia, no impresiona dolor a palpación.
 - j. Sistema musculoesquelético: Moviliza cuatro extremidades, no hay limitación funcional o dolor a la digitopresión.
 - k. Sistema nervioso central: Despierto, orientado, colaborador, obedece ordenes simples. Impresiona discreto nistagmo lateral al examen físico y fotofobia. No impresiona disminución de masa o tono muscular. Kernig negativo.
- 5) Listado de problemas
- a. Cefalea
 - b. Náuseas
 - c. Vómitos
- 6) Diagnósticos sindrómicos
- a. Cefalea etiología a determinar (EAD)
 - b. Síndrome emético
- 7) Impresión diagnóstica
- a. Cefalea EAD
 - b. Descartar Proceso infeccioso versus expansivo
- 8) Plan de trabajo
- a. Laboratorios: Hemograma, urea, creatinina, glucosa, electrolitos, proteína C reactiva.

- b. Manejo sintomático: Hidratación EV, uso de Dimenhidrinato 5mg/kg/día y Ranitidina 4mg/kg/día
- c. Tomografía axial computarizada de cerebro sin contraste, posibilidad de ampliación a resonancia magnética cerebral con contraste dependiendo de hallazgos
- d. Interconsulta a Neurología para ampliación de estudios y valoración de punción lumbar posterior a pruebas de imagen

Caso Clínico n.º 3

1) Anamnesis

Paciente masculino de 10 años, natural de Iquitos (Loreto), proveniente Surco de

(Lima), acude al Servicio de Emergencias Pediátricas del Centro Médico Naval

acompañado por su madre, con un tiempo de enfermedad de 48 horas, caracterizado por ser de inicio insidioso y curso progresivo, refiriendo aparición de lesiones petequiales y maculopapulares no pruriginosas en miembros inferiores, sin aparición previa o extensión a torso. Se asocia a artralgias en miembros inferiores de baja intensidad que remiten al reposo. Madre del paciente refiere que al menos una semana tras presentó un cuadro de faringoamigdalitis bacteriana, que fue tratado por un médico extrainstitucional con amoxicilina e ibuprofeno, lográndose la resolución del cuadro. Se dispuso su hospitalización y pase a la Sala de Hospitalización de Pediatría para ampliación de estudios.

2) Funciones Biológicas

- a. Apetito - Disminuido
- b. Sed – Aumentada
- c. Sueño – Disminuido
- d. Peso – Conservado (40 kg, 131 cm)
- e. Diuresis – Conservada (4-5 veces/día)
- f. Deposiciones – Conservadas (1 vez/1-2 días)

3) Antecedentes

a. Personales

- Vivienda: Material noble, propia, vive junto a sus padres y abuelos maternos, cuentan con mascotas (02 loros) en domicilio.
- Servicios básicos: Cuenta con agua potable, electricidad, desagüe.
- Alimentación habitual: Omnívora balanceada, 3 veces al día
- Viajes: Ica, Ica (hace 7 meses)
- Hábitos nocivos: Niega
- Alergias: Mariscos

b. Fisiológicos

- Parto: Cesárea, a término, hospitalario
- Desarrollo psicomotor: Progresivo sin alteraciones

c. Patológicos

- Bronquiolitis (Hace 07 años)
- Otitis media aguda (Hace 02 años)

d. Cirugías previas: Niega

e. Medicamentos habituales: Niega

f. Familiares

- Padre: Aparentemente sano, viva
- Madre: Aparentemente sana, viva.

4) Examen General

- Funciones vitales: FC: 100, FR: 16, T: 36.8 °C, SaO₂: 97 %, PA: 100/60.
- Aspecto general: Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.
- Piel: Caliente al tacto, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2 segundos, no ictericia o cianosis. Presenta lesiones maculopapulares y petequiales en ambos miembros inferiores, elevadas, no dolorosas al tacto, sin secreción o sangrado asociada.
- Cabeza: Normocéfalo, pupilas isocóricas foto reactivas, fosas nasales permeables, mucosas orales húmedas, lengua sin alteraciones.
- Cuello: Cilíndrico, tiroides central sin nódulos palpables.

- f. Linfáticos: No adenopatías palpables
 - g. Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
 - h. Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos audibles, pulsos periféricos presentes, no ingurgitación yugular.
 - i. Abdomen: Plano, móvil con la respiración, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes en cuatro cuadrantes de adecuado tono, intensidad, frecuencia, no impresiona dolor a palpación.
 - j. Sistema nervioso central: Despierto, orientado, colaborador, obedece ordenes simples.
- 5) Listado de problemas
- a. Lesiones maculopapulares y petequiales
 - b. Poliartralgia
- 6) Diagnósticos sindrómicos
- a. Síndrome purpúrico
- 7) Impresión diagnostica
- a. Vasculitis Descartar Púrpura de Henoch-Schönlein versus Púrpura trombocitopénica inmune
- 8) Plan de trabajo
- a. Laboratorio: Hemograma, urea, creatinina, examen de orina de 24 horas, perfil de coagulación, IgA sérico, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación.
 - b. Corticoterapia: Prednisona 1-2mg/kg VO c/24h por 2 semanas con retiro progresivo
 - c. Manejo sintomático: Diclofenaco 0.5-3mg/kg/día VO repartidos en 4 dosis

1 Caso Clínico n.º 4

1) Anamnesis

Paciente femenino de 3 años, natural de Bellavista (Callao), proveniente de Rímac (Lima), al Servicio de Emergencias Pediátricas del Centro Médico Naval

acompañado por su padre con un tiempo de enfermedad de ¹ dos semanas, caracterizado por ser de inicio insidioso y curso progresivo, el familiar refiriendo sensación de alza térmica no cuantificada asociada a odinofagia inicialmente a sólidos, y al momento de la consulta presente con semisólidos. Refiere atención por médico extrainstitucional la semana previa al ingreso, en clínica particular, donde se recetó amoxicilina y paracetamol. Al no verse mejoría de síntomas, se efectuó tomografía cervical donde se evidenció absceso faríngeo, pero por coste de hospitalización, solicita la alta voluntaria y acude al Centro Médico Naval. Se dispuso su hospitalización y pase a la Sala de Hospitalización de Pediatría para manejo antibiótico.

2) Funciones Biológicas

- a. Apetito - Disminuido
- b. Sed – Aumentada
- c. Sueño – Disminuido
- d. Peso – Conservado (16kg)
- e. Diuresis – Disminuida (3-4 veces/día)
- f. Deposiciones – Conservadas (1-2 veces/día)

3) Antecedentes

- a. Personales
 - Vivienda: Material noble, propia, vive junto a padres, no cuenta con mascotas.
 - Servicios básicos: Cuenta con agua potable, electricidad, desagüe.
 - Alimentación habitual: Omnívora balanceada, 3 veces al día
 - Viajes: Niega
 - Hábitos nocivos: Niega
 - Alergias: Niega
- b. Fisiológicos
 - Parto: Cesárea, a término, hospitalario
 - Desarrollo psicomotor: Progresivo sin alteraciones
- c. Patológicos: Niega
- d. ¹ Cirugías previas: Niega

- e. Medicamentos habituales: Niega
- f. Familiares
 - Padre: Aparentemente sano.
 - Madre: Aparentemente sana.

4) Examen General

- a. Funciones vitales: FC: 120, FR: 18, T: 37.5 °C, SaO₂: 97 %, PA: 110/60.
- b. Aspecto general: Aparente regular estado general, aparente regular estado nutricional, aparente regular estado de hidratación.
- c. Piel: Caliente al tacto, hidratada, elástica, llenado capilar menor a 2.5 segundos, no ictericia o cianosis.
- d. Cabeza: Normocéfalo, pupilas isocóricas foto reactivas, fosas nasales permeables, mucosas orales húmedas.
- e. Cuello: Cilíndrico, tiroides central sin nódulos palpables.
- f. Linfáticos: Adenopatías palpables a predominio de cadena retroauricular y cervical derecha, móvil y dolorosa al tacto
- g. Tórax y pulmones: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados rítmicos, no soplos audibles,
- h. pulsos periféricos presentes, no ingurgitación yugular.
- i. Abdomen: Plano, móvil con la respiración, blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes en cuatro cuadrantes de adecuado tono, intensidad, frecuencia, no presenta dolor a palpación.
- j. Sistema nervioso central: Despierta, agitada, no colaboradora, no obedece ordenes simples.

5) Listado de problemas

- a. Fiebre
- b. Odinofagia

6) Diagnósticos sindrómicos

- a. Síndrome febril
- b. Síndrome doloroso cervical

- 7) Impresión diagnóstica
 - a. Absceso faríngeo
- 8) Plan de trabajo
 - a. Laboratorio: Hemograma, urea, creatinina, glucosa, electrolitos, proteína C reactiva.
 - b. Inicio de antibioticoterapia: Ampicilina-sulbactam 50 mg/kg EV c/6h con clindamicina 15 mg/kg EV c/8h por 14 días
 - c. Manejo sintomático: Metamizol 8mg EV c/6h, Ranitidina 4mg EV c/8 horas
 - d. Interconsulta a Otorrinolaringología para evaluación y determinar necesidad de drenaje quirúrgico tras 48-72h de antibiótico

Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso Clínico N°1

1) Anamnesis

Paciente gestante de 6 semanas por FUR, 32 años, procedente del distrito de San Borja, Lima, ¹acude al Servicio de Emergencias de la Clínica Internacional con un tiempo de enfermedad de 4h, siendo el sangrado el principal signo de inicio brusco que autorremitió, además de ello refiere que aproximadamente hace 3 semanas evidencio cambios de color en miembro inferior izquierdo, así como aumento de volumen del mismo miembro, niega otras molestias al momento de la evaluación.

2) Funciones Biológicas

- a. Apetito - Aumentado
- b. Sed – Aumentada
- c. Sueño – Disminuido
- d. Peso – Conservado (50kg) para estatura de 1.56 m (Peso saludable)
- e. Diuresis – Conservada
- f. Deposiciones – Conservadas

3) Antecedentes

- a. Obstétricos: G4 P0121: 2 abortos con menos de 10 semanas de gestación.
 - b. Personales: Migraña
 - c. Cirugías previas: Cesárea en 2020 por preeclampsia con signos de severidad a las 34ss
 - d. Medicamentos habituales: Naproxeno en ataques migrañoso
 - e. Familiares: Aparentemente sanos
- 4) Examen General: PA 100/60 mmHg; FC: 105 lpm; FR: 14 rpm; T° 36.8°C; SO2: 97%
- a. Piel: Cambio de coloración (rubicundez) en miembro inferior izquierdo a nivel infrapoplíteo.
 - b. Tórax y pulmones: Sin asimetría, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa adecuadamente en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
 - c. Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no soplos
 - d. Abdomen: Sin asimetría o lesiones, RHA conservados, blando y depresible, no doloroso a la palpación.
 - e. GU: Rastros sanguinolentos en introito vaginal, no se evidencia lesión en mucosa mientras que a la especuloscopia: rastro sanguinolento en orificio cervical externo con sin cambios aparentes de morfología.
 - f. Sistema nervioso central: Paciente ansiosa, orientada en espacio tiempo y persona. Pupilas concéntricas, isocóricas, reactivas a la luz y la acomodación.
- 5) Listado de problemas
- a. Sangrado vaginal
 - b. Cambios dérmicos en miembro inferior izquierdo
 - c. Gestante en primer trimestre
- 6) Diagnósticos sindrómicos
- a. Hemorragia del primer trimestre de gestación
 - b. Insuficiencia venosa profunda

- 7) Impresión diagnóstica
 - a. Síndrome Antifosfolipídico
 - b. Aborto incompleto vs completo
 - c. Trombosis venosa profunda
- 8) Plan de trabajo
 - a. Hidratación con 1L de solución salina a 40 gotas/min
 - b. Ecografía transvaginal: descartar aborto y verificar necesidad de AMEU
 - c. Eco-Doppler de MMII: evidenciar trombo en venas profundas
 - d. Hemograma y perfil de coagulación: completar criterios de Síndrome Antifosfolipídico y valores basales para anticoagulación posterior
 - e. Anticoagulante Lúpico y Anticardiolipinas

Hemograma muestra plaquetas en 130 000, hemoglobina de 10.6 microcítica hipocrómica, sin otra aparente alteración.

Perfil de coagulación muestra leve prolongación en Tiempo de protrombina y tromboplastina parcial activada.

En Ecografía se evidencia un endometrio heterogéneo con un grosor > 11 mm por lo que se decide realizar un Aspirado Manual Endouterino para retirar los tejidos restantes del presunto aborto.

En ecografía Doppler se evidencia trombo en vena tibial posterior, se indica interconsulta con hematología para instaurar régimen de anticoagulación, así como cita por consultorio externo en 1 semana para visualización de exámenes laboratoriales específicos de Síndrome Antifosfolipídico.

Se da de alta con indicación de reposo absoluto por 24h y se indican signos de alarma junto con prescripción de analgésicos (paracetamol 1g) condicionales a dolor moderado.

1 Caso Clínico n. 02

1) Anamnesis

Paciente mujer de 25 años procedente del distrito de San Juan de Lurigancho, tiempo de enfermedad de 1 semana de descenso maloliente y que genera prurito moderado en zona genital, refiere además hace 3 días sensación de alza térmica y dispareunia niega síntomas de Síndrome miccional. Refiere haber sido tenido un cuadro similar hace 2 meses siendo tratada de manera ambulatoria en centro de salud de SJL, no recuerda los medicamentos que se le recetaron. Se autoriza referencia a emergencia de Clínica Internacional debido a que se añade malestar general, cefalea intensa y náuseas.

2) Funciones biológicas

- a. Sed: conservada
- b. Apetito: conservado
- c. Sueño: aumentado
- d. Peso: Conservado (50kg) para estatura de 1.65m
- e. Diuresis: conservada
- f. Deposiciones: conservada

3) Antecedentes:

- a. Obstétricos
 - G0 P0000
 - FUR: hace 1 semana
- b. Personales:
 - Poliandria (4 parejas durante el último año)
 - Vulvovaginitis recurrente
 - Infecciones urinarias recurrentes
- c. Familiares:
 - Madre y Padre hipertensos
 - Madre con miomatosis uterina
 - Hermana con diabetes mellitus tipo 2
- d. Cirugías previas:
 - Exéresis de lipoma en brazo izquierdo
- e. Medicamentos habituales:
 - Anticonceptivos combinados orales (Medgynol) por 8 meses

- 4) Examen físico: PA: 130/80 mmHg; FC: 99; FR: 18; T°: 38°C; SO₂: 97%
- a. Piel: Sin lesiones o cambios en la coloración, Llenado capilar <2s, sin alteraciones en anexos.
 - b. Tórax y pulmones: Simétricos, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
 - c. Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares taquicárdicos de buena intensidad, no soplos, no choque de punta.
 - d. Abdomen: Plano, RHA (+), dolor suprapúbico y en ambas fosas iliacas a predominio derecho. No se palpan masas.
 - e. GU: Lesiones vesiculares en labios mayores, no se evidencia secreciones.
 - f. Ginecológico: Signo de Fleget (+), no ginecorragia, descenso blanquecino espumoso.
 - g. SNC: Orientada en tiempo, espacio y persona; Glasgow 15/15.
- 5) Listado de problemas
- a. Descenso vaginal
 - b. Fiebre y dispareunia
 - c. Lesiones vesiculares en genitales externos
- 6) Diagnósticos sindrómicos
- a. Dolor pélvico
 - b. Síndrome de flujo vaginal y lesiones genitales
- 7) Impresión diagnóstica
- a. Enfermedad pélvica inflamatoria
 - b. Vulvovaginitis
 - c. Herpes genital
- 8) Plan de trabajo
- a. Se indica hospitalización por considerarse una EPI complicada: recurrencia y síntomas generalizados (fiebre y náuseas)
 - b. Hidratación con 1L de solución salina a 40 gotas/min
 - c. Sintomáticos: paracetamol 1g EV STAT

- d. Antibioticoterapia: Ceftriaxona 1g EV c/24h + Doxiciclina 100mg c/12h + Metronidazol 500mg c/12h.
- e. Hemograma y PCR.
- f. No se trata con antivirales debido a que no es una primoinfección, pero se solicitan otras pruebas para infecciones de transmisión sexual: VIH, Hepatitis B, VDRL.

Hemograma muestra leucocitosis de 17000 sin desviación izquierda, PCR de 25 y la fiebre persistía en 38°C al momento de la hospitalización

Se indica ibuprofeno 800mg EV cada 8h y paracetamol 1g EV PRN a fiebre, se reevalúa en 24h.

Paciente muestra mejoría en hemograma y PCR que se encuentran en valores normales, pero se decide mantener la antibioticoterapia endovenosa por 24h más para luego desescalar a vía oral.

Luego de 48h del ingreso mejoría sostenida da pie a indicar alta con tratamiento vía oral de Doxiciclina 100mg y Metronidazol 500mg para completar 14 días indicando una cita de reevaluación en 5 días mismo día en el cual se indicará ecografía transvaginal de control.

Caso clínico n. °3

1) Anamnesis:

Paciente gestante de 34 años en su semana 32 de embarazo procedente de Cercado de Lima, refiere que hace aproximadamente 3h nota una disminución en los movimientos de su bebe por lo que acude al servicio de emergencia de la Clínica Internacional pese a no llevar sus controles en dicha institución; sin embargo, niega ginecorragia, niega perdida de líquido o haber sufrido alguna contusión o caída. Ultimas ecografías muestran una disminución en la curva de crecimiento del feto siendo su ultimo percentil el 15 en ecografía obstétrica y Doppler de hace 1 semana.

2) Funciones biológicas

- a. Apetito: aumentado
 - b. Sed: Aumentada
 - c. Sueño: disminuido
 - d. Diuresis: aumentada
 - e. Deposiciones: conservadas
- 3) Antecedentes
- a. Obstétricos:
 - G3 P0202
 - Dos partos prematuros por sufrimiento fetal agudo sin determinarse la causa aparentemente
 - b. Personales:
 - Hipertensión arterial controlada
 - Prediabetes diagnosticada por test de tolerancia a la glucosa oral
 - Rinitis alérgica
 - c. Familiares:
 - Madre con hipertensión arterial y obesidad grado 1
 - Padre con hipotiroidismo y obesidad grado 2
 - Hermana con hipertensión arterial
 - Hermano falleció por infarto miocárdico agudo
 - d. Cirugías previas
 - Cesáreas en 2 oportunidades por sufrimiento fetal agudo
 - Quistectomía laparoscopia de anexo izquierdo
 - e. Medicamentos habituales:
 - Losartan 50mg c/24h
 - Metformina 850mg c/24
 - Atorvastatina 20mg c/24h
 - Gestavit c/24h
- 4) Examen físico: PA: 145/95 mmHg; FC: 95 lpm; FR: 15 rpm; T°: 36°C y SO₂: 95%

- a. Piel: Cloasma facial, acantosis nigricans en cuello, axilas, flexuras de codos y rodillas, no palidez ni ictericia. Llenado capilar < 2s, Edemas en miembros inferiores que llegan hasta nivel pretibial.
 - b. Tórax y pulmones: Simétrico, adecuada amplexación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax no ruidos agregados.
 - c. Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad con soplo holosistólico multifocal, no choque de punta, no ingurgitación yugular.
 - d. Abdomen: grávido, simétrico, no doloroso a la palpación.
 - Movimientos fetales +/+++ , Longitudinal cefálico derecho
 - Latidos cardiacos fetales con Doppler: 110 a 120
 - Contracciones no eficaces
 - e. Ginecológico: Cuello integro, Borramiento 0% y Dilatación 0, no ginecorragia ni pérdida de líquido amniótico.
 - f. Sistema nervioso central: orientada en tiempo espacio y persona, colaboradora, Glasgow: 15/15.
- 5) Listado de problemas
- a. Disminución de movimientos fetales
- 6) Diagnósticos sindrómicos
- a. Sufrimiento fetal agudo
- 7) Impresión diagnostica
- a. Preeclampsia a determinar criterios de severidad
- 8) Plan de trabajo
- a. Se solicita perfil de preeclampsia: Hemograma, perfil de coagulación, examen completo de orina y microalbuminuria, electrolitos, enzimas hepáticas y Lactato Deshidrogenasa.
 - b. Ecografía Doppler para evaluar perfil biofísico y luego monitoreo fetal
 - c. Iniciar hidratación con suero fisiológico 1L a 40 gotas/min.

Los resultados del examen mostraron una plaquetopenia moderada de 80 000 así como un aumento significativo de LDH 360 U/L sin alteración en otros laboratorios, durante la estancia la paciente presento escotomas y cefalea moderada. El

monitoreo fetal no mostro bradicardia sostenida sino 130 - 140 LCF y adecuada variabilidad.

Por tales motivos se decide iniciar maduración pulmonar con Betametasona 12mg c/24h en dos dosis, así como neuro protección con sulfato de magnesio en 4g para la impregnación y luego infusión continua de 1g/h para mantener hasta el momento de la cesárea. Paciente no presento complicaciones de la preeclampsia o evolución a eclampsia durante el periodo de maduración.

Se realiza la cesárea sin mayores complicaciones con pérdidas esperadas de sangre dentro de lo normal con un neonato prematuro de bajo peso al nacer (1400g) pero con Apgar de 5 al primer minuto y 9 al quinto minuto.

Paciente dada de alta 3 días posteriores a la cesárea junto a su recién nacido.

1 Caso clínico n.º 4

1) Anamnesis:

Paciente de 28 años procedente de San Borja, consultorio de ginecología debido a un dolor pélvico de difícil caracterización asociado a ejercicio, relaciones sexuales y a la menstruación, así mismo refiere que entre periodos de menstruación nota leve manchado en ropa interior pero no asociado a dolor. Dicho dolor la viene aquejando desde hace 5 meses incrementándose en intensidad y hace 1 semana en consulta privada se le solicito marcadores tumorales como "screening" específicamente Ca 19.9 y Ca 125 debido a antecedentes maternos saliendo estos elevados. Por tales motivos decide realizar la consulta. Tiene pareja estable y usa preservativos.

2) Funciones biológicas

- a. Apetito: conservado
- b. Sed: conservada
- c. Peso: adecuado (60kg) para una estatura de 1.70m
- d. Sueño: disminuido
- e. Diuresis: conservada

f. Depositiones: conservadas

3) Antecedentes

a. Obstétricos:

- G1 P0010
- Aborto espontáneo en la octava semana de gestación hace 1 año

b. Personales:

- Sin antecedentes de importancia

c. Familiares:

- Madre con endometriosis y cáncer de ovario.
- Hermana con miomatosis uterina

d. Cirugías previas

- Implantes mamarios hace 4 años
- Rinoplastia hace 2 años

e. Medicamentos habituales:

- Niega

4) Examen físico: PA: 120/90 mmHg; FC: 90 lpm; FR: 14 rpm; T: 37.2° C; SO₂: 98%

a. Piel: Sin lesiones, palidez +/-, llenado capilar < 2s

b. Tórax y pulmones: Simétrico, adecuada amplexación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax no ruidos agregados.

c. Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares sin soplos, no choque de punta, no ingurgitación yugular de buena intensidad.

d. Abdomen: Simétrico y plano, RHA (+), doloroso a la palpación en zona suprapúbica y en fosa iliaca derecha.

e. Ginecológico: Dolor a la palpación de útero, se nota aumento en consistencia y tamaño de útero, no se evidencia ginecocracia ni flujo característico.

f. Sistema nervioso central: orientada en tiempo espacio y persona, Glasgow: 15/15. Ansiosa.

5) Listado de problemas

a. Dolor pélvico

b. Dismenorrea

- c. Menometrorragia
- d. Dispareunia
- 6) Diagnósticos sindrómicos
 - a. Síndrome doloroso pélvico crónico
- 7) Impresión diagnóstica
 - a. Endometriosis
- 8) Plan de trabajo
 - a. Realizar ecografía transvaginal para determinar los puntos de endometriosis y evidenciar si anexos también están comprometidos
 - b. Se indica anticonceptivos combinados orales para manejo de dismenorrea iniciando con Medroxiprogesterona/Estradiol 25/5mg y naproxeno condicional a dolor.
 - c. Se le cita para control en 1 mes para evaluar eficacia de tratamiento actual

En la ecografía se evidencia focos endometriales en cuerpo del útero en cara anterior de múltiples pero muy pequeños menores a 1cm de diámetro.

Paciente en control refiere remisión de síntomas sin nuevas molestias a destacar por lo que se decide conservar tratamiento actual.

Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 1

1) Anamnesis

Paciente mujer de 39 años procedente de San Borja, menciona que hace 8h presento una sensación de náuseas sin llegar a vómitos, posterior a ello presento dolor en hipocondrio derecho tipo cólico todo ello posterior a ingesta de un cuarto de pollo a la brasa, hace 3h el dolor se incrementa en intensidad y en frecuencia asociado a vómitos por lo que decide autorreferirse al servicio de emergencia de Clínica Internacional. Durante la anamnesis también refirió que

tuvo un episodio previo hace 2 años de similares características al episodio actual.

2) Funciones biológicas

- a. Apetito: disminuido
- b. Sed: aumentado
- c. Sueño: aumentado
- d. Diuresis: conservada
- e. Deposiciones: conservada

3) Antecedentes:

- a. Obstétricos
 - G1 P1001
 - FUR: dejó de reglar hace 3 años
- b. Personales:
 - Obesidad grado I
 - Tres Infecciones urinarias cada año
- c. Familiares:
 - Madre y Padre con Diabetes mellitus tipo 2
- d. Cirugías previas:
 - Histerectomía por hiperplasia endometrial hace 4 años
- e. Medicamentos habituales:
 - Niega

4) Examen físico: PA: 120/80 mmHg; FC: 110; FR: 20; T°: 37.2°C; SO₂: 97%

- a. Piel: Sin lesiones o cambios en la coloración, Llenado capilar <2s, sin alteraciones en anexos.
- b. Tórax y pulmones: Simétricos, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax, no ruidos agregados.
- c. Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares taquicárdicos de buena intensidad, no soplos, no choque de punta.

- d. Abdomen: Con abundante panículo adiposo, RHA (+) algo disminuidos, punto doloroso de Murphy (+), Rebote (-).
 - e. GU: P.R.U. (-), P.P.L. (-), sin otras alteraciones.
 - f. SNC: Orientada en tiempo, espacio y persona; Glasgow 15/15. Ansiosa y poco cooperadora al examen físico.
- 6) Listado de problemas
- e. Dolor abdominal agudo
 - f. Exceso de peso
- 7) Diagnósticos sindrómicos
- b. Abdomen agudo quirúrgico
 - c. Síndrome metabólico
- 8) Impresión diagnóstica
- b. Colecistitis aguda descartar coledocolitiasis
 - c. Obesidad
- 9) Plan de trabajo
- d. Se solicita ecografía abdominal: evidenciar proceso inflamatorio de vesícula biliar y descartar dilatación de conducto colédoco
 - e. Hemograma, perfil hepático, Amilasa y lipasa, PCR y perfil preoperatorio.
 - f. Iniciar hidratación con suero fisiológico 1L a 40 gotas/min.
 - g. Antibioticoterapia profiláctica con: Ceftriaxona 1g EV y Metronidazol 500mg EV 2h previas a la cirugía.

Hemograma muestra leucocitosis de 20000 con desviación a la izquierda (segmentados de 87%), PCR de 60. En ecografía se muestra signo de la doble pared e hidrocolecisto debido a la impactación de un cálculo de 2.5 mm en el bacinete de la vesícula biliar; se visualiza colédoco de 3.5mm lo que no es compatible con coledocolitiasis.

Perfil hepático y enzimas pancreáticas no muestran elevaciones significativas.

Se indica una colecistectomía laparoscópica de emergencia donde se extrae la vesícula, en el intraoperatorio por el hidrocolecisto se llega primero a punzar para

aspirar la vesícula y con ello facilitar la disección de dicha estructura. Existe leve escape de bilis a cavidad peritoneal por lo que se realiza un lavado peritoneal con colocación de dren Blake. Una pérdida de sangre mínima < 200ml y sin mayor complicación se da por finalizada la cirugía, paciente pasa a sala de recuperación manteniendo indicación de antibioticoterapia, así como analgesia con tramadol 50mg c/12h.

Al día siguiente no se evidencian complicaciones tempranas postoperatorias en la paciente, drenes con contenido serohemático, se decide mantener hospitalizada 2 días más para manejo del dren y completar antibioticoterapia.

Posterior a dicho periodo se indica retiro del dren al ver contenido serohemático muy escaso. Se indica cambiar antibioticoterapia, ahora terapéutica, por cefazolina 500mg c/8h y metronidazol 500mg c/12h por 4 días más para completar 1 semana de tratamiento.

Se cita a la paciente para control por consultorio externo donde se evaluará la herida operatoria.

Caso clínico n.º ¹2

1) Anamnesis

Paciente varón de 64 años procedente de Surco, Lima; menciona que desde hace 1 mes nota cambio en heces, nota que son más delgadas como las solía hacer y además tiene sensación de dificultad al defecar sin llegar a ser tenesmo, nota una disminución en el peso de aproximadamente 10kg en los últimos 3 meses así como un cansancio marcado para realizar sus actividades rutinarias incluso llegando a generar disnea. De igual manera en estas últimas 2 semana ha notado un aumento en el volumen de su diuresis, así como aclaramiento de esta.

2) Funciones biológicas

- a. Apetito: disminuido
- b. Sed: muy aumentado

- c. Sueño: aumentado
 - d. Diuresis: aumentada, hasta 5 tasas al día
 - e. Deposiciones: cambio en forma, acintadas y en ocasiones dificultad para la defecación.
- 3) Antecedentes:
- a. Personales:
 - Estreñimiento crónico desde los 40 años
 - Sangre oculta en heces hace 10 años, pero no continuo con controles
 - Hipertensión arterial
 - b. Familiares:
 - Madre murió por cáncer de mama, padre aparentemente sano.
 - c. Cirugías previas:
 - Apendicetomía por apendicitis aguda hace 15 años
 - Colectomía hace 5 años por pólipo de 3 mm (riesgo de cáncer)
 - d. Medicamentos habituales:
 - Irbesartan 150mg c/24h
- 4) Examen físico: PA: 135/90 mmHg; FC: 90; FR: 12; T°: 36.5 °C; SO2: 97%
- a. Piel: Sin lesiones a destacar, palidez ++/+++, acantosis nigricans en cuello y axilas, perfusión tisular conservada (llenado capilar < 2) Mucosas secas.
 - b. Tórax y pulmones: Simétricos, amplexación conservada, leve matidez en hemotórax inferior derecho, murmullo vesicular pasa disminuido en hemitórax inferior derecho.
 - c. **Cardiovascular:** Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad, no soplos, no choque de punta.
 - d. **Abdomen:** Levemente distendido, RHA (+) levemente disminuidos, marco colónico ocupado aparentemente por heces. Tacto rectal se encuentra masa a 8cm de línea pectínea, no se evidencia rectorragia ni dolor a la exploración.
 - e. GU: P.R.U. (-), P.P.L. (-), sin otras alteraciones.
 - f. SNC: Orientada en tiempo, espacio y persona; Glasgow 15/15. Ansiosa y poco cooperadora al examen físico.

- 5) Listado de problemas
 - a. Masa rectal
 - b. Deshidratación moderada
 - c. Baja de peso
 - d. Palidez
 - e. Disminución de murmullo vesicular
- 6) Diagnósticos sindrómicos
 - a. Síndrome paraneoplásico: SIADH
 - b. Anemia ferropénica por pérdidas
- 7) Impresión diagnóstica
 - a. Cáncer de Recto descartar metástasis
- 8) Plan de trabajo
 - a. Hemograma, PCR, examen de orina, electrolitos, marcadores tumorales: Carcinoembrionario, C19.9.
 - b. Se solicita resonancia magnética rectal para definición de planos y determinar la resecabilidad del tumor.
 - c. Tomografía corporal para determinar existencia de metástasis

En la tomografía se evidencia una posible metástasis en campo pulmonar inferior derecho de 4x3x3 cm³, se programa biopsia guiada por ecografía.

En el servicio de cirugía oncológica se toma la decisión de hacer una resección anterior baja de recto con anastomosis termino terminal para mantener funcional el recto.

Posterior a ello se programa la interconsulta con oncología médica para instaurar el esquema de quimioterapia.

1 Caso clínico n° 3

1) Anamnesis:

Paciente mujer de 49 años procedente del distrito de la Molina, acude a consultorio externo de la Clínica Internacional con un tiempo de enfermedad de

3 meses caracterizado por sensación de masa que protruye debajo de la línea inguinal izquierda y incrementando su tamaño al esfuerzo físico, pero

reduciéndose al decúbito dorsal. No refiere dolor ni alteraciones en el ritmo defecatorio. Así mismo refiere que trato de “reingresar” dicha protuberancia manualmente lo cual consiguió sin ningún problema.

2) Funciones biológicas

- a. Apetito: conservado
- b. Sed: conservada
- c. Peso: sobrepeso (70kg) para su estatura de 1.70m
- d. Sueño: conservado
- e. Diuresis: conservada
- f. Deposiciones: conservadas

3) Antecedentes

- a. Obstétricos:
 - G4 P3013
 - Un aborto espontaneo hace 15 años
- b. Personales:
 - Hipertensa
 - Trabaja como personal de limpieza hasta hace 5 años
- c. Familiares:
 - Aparentemente sanos
- d. Cirugías previas
 - Cesáreas en 3 ocasiones por Desproporción Cefalopélvica
- e. Medicamentos habituales:
 - Niega

4) Examen físico: PA: 100/60 mmHg; FC: 85 lpm; FR: 16 rpm; T: 37° C; SO₂: 97%

- a. Piel: Sin lesiones, palidez +/-, llenado capilar < 2s, se nota leve protuberancia a 2 cm de ligamento inguinal izquierdo.
- b. Tórax y pulmones: Simétrico, adecuada amplexación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax no ruidos agregados.

- c. Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares sin soplos, choque de punta, no ingurgitación yugular. de buena intensidad no
 - d. Abdomen: Simétrico y plano, RHA (+), no doloroso a la palpación en ningún cuadrante, se evidencia masa que protruye a por debajo de ligamento inguinal izquierdo, a la palpación no signos de flogosis ni dolor, reductible manualmente.
 - e. Ginecológico: No ginecorragia, no flujo anormal. Leve atrofia de mucosa vaginal.
 - f. Sistema nervioso central: orientada en tiempo espacio y persona, Glasgow: 15/15. Colaboradora con el examen físico.
- 5) Listado de problemas
 - a. Masa crural
 - 6) Diagnósticos sindrómicos
 - a. Síndrome herniario
 - 7) Impresión diagnóstica
 - a. Hernia crural izquierda
 - 8) Plan de trabajo
 - a. Realizar ecografía de partes blandas de zona crural izquierda para la visualización de saco y anillo herniario.
 - b. Se programa hernioplastia convencional con malla de polipropileno mediante la técnica de Mc Vay dentro de 1 mes con previa evaluación por anestesiología con resultados de preoperatorios completos.

Paciente es ingresada un mes después para la intervención quirúrgica programada con un riesgo quirúrgico y cardiovascular adecuados sin presentar mayor peligro.

Se inicia cirugía aperturando planos de piel hasta llegar al defecto de piel y localizando el ligamento inguinal para poder fijar los puntos de soporte de la malla de polipropileno con el fin de evitar recidivas. Una vez colocada la malla se deja un repliegue de peritoneo para que se generen otras eventraciones y se cierra plano por plano hasta epidermis donde se cierra con puntos continuos.

Se indica el alta 24 horas posteriores a la cirugía y sugiere se control por consultorio externo en 1 semana para evaluación de herida operatoria.

1) Caso clínico n° 4

1) Anamnesis:

Paciente varón de 35 años de edad Miraflores, se dedica a la
procedente de

Ingeniería de sistemas, su trabajo consiste en estar pasar largos periodos en la computadora y en sus momentos libre no realizar ejercicio físico, hábitos alimenticios malos, la mayoría de las ocasiones come en establecimientos de “fast food” y suele beber muchos refrescos gasificados. Fuma 1 a 2 cigarrillos diarios, no toma alcohol. Presenta una obesidad de grado 3 ya que pesa alrededor de 120 kg para una estatura de 1.70m. Fue visto por endocrinología y nutrición en los que se indicó metformina 1000mg c/24h, atorvastatina 40mg c/24h y una dieta hipocalórica, así como se le sugirió hiciera una dieta estricta. Sin embargo, el paciente muestra un apego irregular al tratamiento. En consulta a endocrinología de control se evidencia un LDL elevado y sumado a sus malos hábitos se le cataloga como riesgo cardiovascular alto por lo que se le deriva a consultorio de cirugía general para programación de cirugía bariátrica.

2) Funciones biológicas

- a. Apetito: aumentado
- b. Sed: conservada
- c. Peso: Obesidad grado 3 (120kg) para su estatura de 1.70m
- d. Sueño: disminuido
- e. Diuresis: conservada
- f. Deposiciones: conservadas

3) Antecedentes

- a. Personales:
 - Hipertensa
 - Trabaja como personal de limpieza hasta hace 5 años
- b. Familiares:

- Ambos padres con obesidad, hermanos con sobrepeso

- Esposa con sobrepeso
- c. Cirugías previas
 - Apendicetomía hace 12 años por apendicitis aguda
 - Colectomía por colecistitis calculosa hace 5 años
- d. Medicamentos habituales:
 - Metformina, Atorvastatina, Aspirina pero de forma irregular
- 4) Examen físico: PA: 130/80 mmHg; FC: 80 lpm; FR: 18 rpm; T: 37° C; SO₂: 94%
 - a. Piel: Sin lesiones, llenado capilar < 2s, sin cambios en la coloración.
 - b. Tórax y pulmones: Simétrico, adecuada amplexación, murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitórax no ruidos agregados.
 - c. Cardiovascular: Ruidos cardiacos regulares de buena intensidad sin soplos, no choque de punta.
 - d. Abdomen: Globuloso con abundante panículo adiposo, RHA de difícil auscultación, no dolor a la palpación, matidez generaliza por grasa abdominal. No puntos doloroso ni signo de rebote.
 - e. GU: P.R.U. no evaluables, P.P.L. negativos
 - f. Sistema nervioso central: orientada en tiempo espacio y persona, Glasgow: 15/15. Colaboradora con el examen físico.
- 6) Listado de problemas
 - a. Obesidad
 - b. Riesgo cardiovascular incrementado
 - c. Mala adherencia al tratamiento
- 7) Diagnósticos sindrómicos
 - a. Síndrome metabólico
- 8) Impresión diagnostica
 - a. Obesidad grado 3 refractaria a tratamiento médico
- 9) Plan de trabajo
 - a. Se solicita interconsulta con Gastroenterología para evaluar tracto digestivo e identificar contraindicaciones para decidir que tipo de cirugía bariátrica será de elección; interconsulta a nutrición para formular

programa de dieta posterior a cirugía; interconsulta a psicología para identificar dificultades que generaron mala adherencia al tratamiento médico y poder evitar similares problemas con el control postoperatorio.

- b. Solicitar preoperatorios y evaluación con anestesiología para riesgo quirúrgico y cardiológico según respuesta de interconsultas.

En este caso se decidió por acuerdo entre las especialidades una cirugía de manga gástrica para evitar las complicaciones de otras opciones como el bypass gástrico que generan mayores complicaciones nutricionales y de tránsito gastrointestinal.

Paciente continua con sus controles periódicos mensuales por cada especialidad para mantener los objetivos de disminución de peso y con ellos el riesgo cardiovascular.

CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA

El Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, con categoría III-1 según la Clasificación de Establecimientos de Salud, inaugurado el 4 de julio de 1956, es la principal institución prestadora de servicios de salud (IPRESS) dentro de la Dirección de Sanidad de la Marina de Guerra del Perú (1). Ubicado en la Avenida Venezuela S/N, distrito de Bellavista de la Provincia Constitucional del Callao, brinda sus servicios a una población cautiva de derechohabientes afectuosamente referida como la “familia naval” (personal militar tanto en actividad como en retiro, personal civil que labora para la institución, y sus familiares), en pro de una atención integral de salud, contando con múltiples especialistas a su disposición, aditamentos diversos que van desde tomógrafos hasta cámaras hiperbáricas, unidades especializadas como Cuidados Intensivos (UCI) y Geriátrica de Agudos (UGA), así como logros institucionales que mantienen alta la moral de su personal, como el primer trasplante exitoso de riñón en territorio nacional el 11 de agosto de 1969 (2).

Es menester mencionar que la localización geográfica del Centro Médico Naval no era limitante para el flujo de pacientes que recibía, puesto que, era habitual recibir pacientes derivados de diversas dependencias navales, que por diversos motivos eran transferidos para continuar su atención en la sede – Durante el internado en ciencias de salud, llegaron pacientes de todas las regiones del Perú, de diversos grupos etarios, con diversidad de diagnósticos, los cuales fueron atendidos en la sede de manera integral y humanizada.

El centro hospitalario y ambulatorio de la Clínica Internacional Sede San Borja con categoría III-1 según la clasificación dada por el Ministerio de Salud para Establecimientos de Salud. Perteneciente al consorcio Rímac brinda servicios de en el campo de la salud desde el año 1959, 29 de mayo, en su sede San Borja ubicada en la Avenida Guardia Civil. Su objetivo principal es mejorar la salud de los pacientes que deseen atenderse en sus instalaciones con igualdad siempre poniendo a disposición todas las herramientas disponibles y actualizadas en el ámbito de salud. Dicha sede cuenta con Hospitalización en 6 pisos dividiéndose en servicios de Pediatría, Cirugía general, Medicina interna, Oncología y Gineco-Obstetricia,

además de ello también dispone de 3 unidades de Cuidados intensivos: Adultos, Neonatos y Pediátricos. En cuanto a los quirófanos disponibles se cuenta con 4 salas siendo 1 de ellas destinada exclusivamente a situaciones de emergencia.

Actualmente se encuentra en construcción una nueva torre hospitalaria en dicha sede para ampliar los servicios a nuevos usuarios siendo su fecha esperada a finales del 2025.

Es importante resaltar que otras sedes como la de Lima Centro también estaban a disposición de los Internos de Medicina para realizar sus prácticas contando con una calidad docente equivalente dando como resultado una preparación similar en nuestras habilidades para todos los campos de la medicina.

CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL

Rotación en Medicina Interna

Caso clínico n.º 1

El paciente presentado en el caso presentó un cuadro de ITU complicada - Es necesario evidenciar que cumplía con varios criterios, como sexo masculino, uropatía obstructiva, diabetes *mellitus*, y debido a la cronicidad de su cuadro, potencialmente incluso una enfermedad renal crónica, lo cual ameritaba un uso prolijo de antibióticos basados en la tasa de filtración glomerular (TFG) (3). Debido a que la TFG del paciente fue superior a 30, se pudo usar ceftriaxona a dosis plena, así como el manejo sintomático propuesto, puesto que se propone como primera línea el uso empírico de cefalosporinas (4). El urocultivo del paciente reveló una infección por *Escherichia coli* sensible al antibiótico propuesto, por lo cual se dio cobertura por 14 días hasta darse el alta, tras la cual el paciente pasaría al servicio de Urología para la programación del manejo quirúrgico respectivo para su hiperplasia benigna de próstata, la cual en la ecografía planteada se halló que era de grado IV al medir 113 centímetros cúbicos y afectaba la calidad de vida del paciente.

Caso clínico n.º 2

La paciente descrita en este caso presentó un caso de trombosis venosa profunda, que durante la ecografía Doppler venosa se evidenció que se presentaba oclusión hasta la vena femoral común del miembro afectado, no llegando hasta la vena cava. Si bien se deben considerar los antecedentes de la paciente para establecer el diagnóstico y el plan de trabajo, se recomienda en presentaciones atípicas donde el paciente es adulto mayor, solo se afecta una extremidad, y no se presentan otras molestias asociadas de manera aguda, la toma de Dímero D así como la programación de una tomografía toraco abdominopélvica con contraste, para buscar un posible proceso neofornativo que genere obstrucción venosa por efecto de masa (5). Del mismo modo, se plantea el uso de anticoagulantes y medias de compresión, siendo la enoxaparina efectiva para este cometido, a razón de 1mg/kg/día, buscando mitigar de manera progresiva la sintomatología mientras se

monitoriza a la paciente intentando evitar mayor manipulación de esta por el riesgo de sangrado (6). Durante la tomografía no se encontraron procesos neoformativos que pudiesen generar el cuadro, por lo cual la paciente fue dada de alta por parte del servicio, y derivada para seguimiento futuro al servicio de Geriatria.

Caso Clínico n.º 3

El paciente presentado en este caso presentó un caso de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), la cual estrictamente no cumplía criterios de hospitalización si se consideraba el CURB-65 como referencia, y podría haberse optado por un manejo ambulatorio empleando amoxicilina a razón de 1g VO c/8h por 7 días, pudiendo añadirse azitromicina 500mg c/24h por 3 días (7). Sin embargo, al ser el paciente un militar en servicio activo, valga decir, que aún enfermo debía desempeñar su rol en su dependencia, se decidió la hospitalización; estas situaciones son particulares de sedes hospitalarias castrenses y la diferencia de establecimientos de salud civiles. El paciente mostró mejoría clínica a partir del tercer día, sin mostrar exacerbación de la sintomatología de ingreso, y tolerando el destete de la cánula binasal. Ello confirmó la presunción diagnóstica de que la etiología de la neumonía era bacteriana, evidenciándose además una reducción en valores de proteína C reactiva, lo cual considerando su vida media de 19 horas, es señal de buen pronóstico en estos cuadros (8). A su séptimo día de hospitalización, se tomó una radiografía de tórax como control, y al evidenciarse que no había hallazgos patológicos de importancia, el paciente fue dado de alta para que se reintegre a sus labores castrenses.

Caso Clínico n.º 4

El paciente presentado en este caso presentó un caso de estenosis aortica severa, para lo cual ya venía recibiendo terapia farmacológica de soporte, para evitar mayor exacerbación del cuadro. La literatura propone el uso de al menos un antihipertensivo inhibidor de la enzima cambiadora de angiotensina (IECA) con un beta bloqueador, pudiendo añadirse un anticoagulante de coexistir fibrilación auricular, además de medicaciones según requeridas para reducir el riesgo de enfermedad coronaria (9). Debido a que durante las primeras 48 horas de

hospitalización se evidenció que el paciente solo desaturaba por debajo del 92% ante los cambios posturales y deambulación, se consideró que no existía un origen infeccioso que explicase la dificultad respiratoria, y que una estancia prolongada podía exponer al paciente a una infección intrahospitalaria, por lo que se planteó un alta pronta tras la evaluación por parte de Cardiología. Se efectuó el ecocardiograma planteado, hallándose una fracción de eyección del ventrículo izquierdo por debajo del 50% con una gradiente media de presión mayor de 40 mmHg, por lo cual se ratificó que era candidato para un TAVI (10). Se dio de alta hospitalaria por parte del servicio al paciente, haciéndose formalmente el pase a cargo de Cardiología, cual se llevaría a cabo al menos una semana tras el alta hospitalaria.

Rotación en Pediatría

Caso clínico n.º 1

La paciente descrita en el caso presentó un cuadro de asma bronquial con criterios de severidad, que debutó posterior a una infección de vías respiratorias altas, lo cual se describe en la literatura como un detonante frecuente de crisis incluso en pacientes aparentemente controlados (11). Es menester considerar la alta predisposición del grupo familiar en torno a las atopías, pues se ha establecido una fuerte asociación entre la rinitis alérgica, el asma bronquial, y la dermatitis atópica, inclusive sirviendo eso como predictor de la severidad de ataques futuros (12) El cuadro del paciente ameritó su ingreso a UCI Pediátrica, al fallar la terapia de rescate planteada, necesitando así manejo con sulfato de magnesio a razón de 50 mg/kg/dosis infundido en 30 minutos, siendo esa una opción terapéutica en sedes con alta capacidad resolutive (13). La paciente sería estabilizada así, pudiendo pasar a sala de hospitalización al quinto día desde su ingreso, siendo dada de alta tres días más tarde, evidenciándose mejoría clínica al cesar los sibilantes y tolerar el destete de la cánula binasal.

Caso clínico n.º 2

El paciente descrito en el caso presentó una cefalea con etiología a determinar, la cual no presentaba signos meníngeos aparentes. Si bien en el estudio de la cefalea se recomienda nunca descartar meningitis como posibilidad diagnóstica, la realización de una punción lumbar suele proponerse después de pruebas de imagen, como la tomografía planteada (14). En esta primera prueba evidenció un aparente proceso neofornativo intracerebral que condicionaba desplazamiento de la línea media del encéfalo (15). Si bien son infrecuentes, y no suelen ser considerados en los diagnósticos principales, los cánceres cerebrales en población pediátrica son asociados a alta mortalidad y mala prognosis, siendo la forma más frecuente el meduloblastoma y la que se asocia a mayor letalidad el glioblastoma (16). Habiéndose determinado la causa de la cefalea, se brindó el manejo sintomático respectivo por 3 días, durante los cuales, manteniendo reposo, el cuadro remitió, y se dio de alta al paciente. Debido a que, como parte de su oferta de servicios, la Marina de Guerra del Perú cuenta con el seguro oncológico conocido como ONCONAVAL, se planteó seguimiento y manejo conjunto con el servicio de Oncología, pudiendo el paciente continuar los estudios pertinentes en el Centro Médico Naval.

Caso clínico n.º 3

El paciente descrito presentó un caso poco usual de Púrpura de Henoch-Schönlein, pues la triada típica describe la presencia de lesiones purpúricas a predominio de miembros inferiores, artralgias y dolor abdominal, siendo este último el que no se caracterizó en este paciente; estos cuadros se han asociado a infecciones previas, a predominio según la literatura de vías respiratorias altas (17). En el caso del paciente, se evidenció un tiempo de coagulación normal con valores de hematocrito plaquetas dentro de parámetros normales, lo que alejó la posibilidad de purpura trombocitopénica inmune, así como la posibilidad de sangrado oculto por investigar. Empero, dado al alto porcentaje, que puede alcanzar el 50% de casos, donde se genera compromiso renal, fue que se mantuvo al paciente hospitalizado por una semana para monitoreo y corticoterapia asociada a manejo sintomático; se postula que la corticoterapia no previene el daño renal pero mitiga su efecto, así como la

posibilidad de persistencia del mismo (18). Al ver que el paciente en sus controles de orina no evidenciaba proteinuria o hematuria, que la artralgia estaba en resolución de manera espontánea, y que las lesiones cutáneas empezaron a reducir en extensión, se le dio de alta hospitalaria al inicio de la segunda semana desde el ingreso, manteniendo el seguimiento por 2 semanas más para el culmino de la corticoterapia.

Caso clínico n.º 4

La paciente descrita en el caso fue diagnosticada con absceso faríngeo, presentando un caso poco habitual en la era post antibiótica; es posible que hubiese presentado un foco infeccioso previo, como una otitis media aguda, que propició la instauración del cuadro. Debido a lo poco frecuente del cuadro y la progresión de la enfermedad evidenciada en la cada vez más severa intolerancia oral, el manejo empírico del mismo se recomienda de amplio espectro y agresivo, razón la cual se empelaron dos antibióticos en este caso (19). La prognosis del cuadro se define en 72 horas de iniciada la terapia antibiótica, puesto que se debe valorar la necesidad de efectuar un drenaje del absceso, o si basta con un abordaje conservador; se clasifica el absceso faríngeo operable como aquel que mide más de 2 x 2 centímetros cuadrados tras el uso de antibióticos por un plazo entre 48 y 72h, debiendo monitorearse de preferencia con tomografía contrastada de región cervical (20). En el caso de la paciente, el absceso redujo por debajo del tamaño establecido, por lo cual mantuvo su tratamiento antibiótico por 14 días, tras lo cual fue dada de alta sin complicaciones.

Rotación en Ginecología y Obstetricia

Caso clínico n.º 1

En este primer caso se presenta un caso de aborto que no es infrecuente en gestantes debido múltiples causas dentro ellas la principal seria las alteraciones genéticas (21). Pero lo resaltante de este caso es que esta paciente presento antecedentes de prematuridad por preeclampsia severa así como 2 abortos consecutivos en gestaciones previas por lo que habría que analizar la posibilidad

de enfermedades autoinmunes (22). Específicamente en este caso debido a la concomitancia de un proceso trombótico venoso en el miembro inferior y las alteraciones mencionadas en el hemograma y el perfil de coagulación se están encontrando criterios para el Síndrome antifosfolípídico diagnóstico y manejo están sustentados por múltiples sociedades como la Sociedad Española de Reumatología (23) entendiendo que la conducta adecuada luego de cumplir el primer paso diagnóstico con los criterios y las pruebas específicas para esta enfermedad (anticardiolipina y anticoagulante lúpico) se debe esperar al menos 12 semanas para reevaluar la posibilidad de una nueva titulación de estos marcadores con el fin de disminuir los falsos positivos ya que su manejo va a requerir tanto tratamiento inmunomodulador como anticoagulación por el riesgo de que episodios trombóticos se puedan repetir (24). Finalmente, una conclusión adecuada de este caso es entender que esta patología siempre que este controlada no conllevará un impedimento para que se lleve a cabo una gestación adecuada y sin mayores complicaciones sin embargo siempre será de alto riesgo obstétrico. (25)

Caso clínico n.º 2

En este segundo caso se discute una de las patologías más frecuentes en la población femenina de edad fértil a nivel mundial como son las infecciones asociadas a relaciones sexuales (26). Esta paciente presenta una complicación que es la recurrencia y debe ser tratada como indican las guías de manera hospitalaria debido a que es ineficaz el tratamiento antibiótico por vía oral por lo que la indicación es como primera línea Ceftriaxona asociada a Metronidazol para combatir las 3 etiologías más frecuentes que se encuentra involucradas en este síndrome de dolor pélvico: *Clamidia sp* y *Gonococo* (27,28); siendo la clamidia un problema debido a que puede generar obstrucción por formación de tractos fibrosos en las trompas de Falopio, una de las principales causas de infertilidad en los países en vías de desarrollo por ello es que el tratamiento oportuno de esta patología debe darse. (29,30)

Además, se debe tener en cuenta que una medida de prevención primaria que pudo haber evitado de primera mano esta patología, el uso de métodos de barrera es

ampliamente referido como un factor protector para la prevención de infecciones de transmisión sexual.(31,32)

Caso Clínico n.º 3

Una de las causas que aún suelen estar primeras ⁶ tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados son los trastornos hipertensivos del

embarazo entre ello la preeclampsia con incidencias que llegan hasta el 10% en algunos estudios (33) esta enfermedad aún no tiene totalmente definida su fisiopatología pero se entiende que es debido a una mala señalización durante la inserción de los precursores de la placenta con el endometrio funcional del útero lo que conlleva a unas arterias deficientes con una alta resistencia motivo por el cual conllevan a una disfunción sistémica de la regulación arterial (34,35) Estas disfunciones llevarán complicaciones en el feto como puede ser la restricción del crecimiento intrauterino o malformaciones cerebrales, cardíacas, entre otras; y en la madre como puede ser la eclampsia que significa convulsiones durante el último trimestre del embarazo con alta tasa de mortalidad, siendo estas complicaciones agudas ya que últimamente se han asociado con complicaciones tardías como desarrollo de enfermedades neurológicas y mayor riesgo de síndrome metabólico (36). En nuestro caso específico debido a que la paciente llevo sus controles en otro centro y aparentemente fueron insuficientes debido a que aparentemente gran parte del segundo trimestre estuvo sin controles es una etapa crítica donde se puede desarrollar la preeclampsia y afectar al feto (37). En este caso se realizó un manejo diagnóstico para evidenciar si existía un sufrimiento fetal agudo que ameritara una cesárea de emergencia lo cual no se evidencio con el monitoreo fetal, pero si se presenció una disminución en el crecimiento con el percentil en límite inferior de la ecografía. Debido a esto y que se encontraba en la semana 32 de gestación se decidió correctamente la maduración pulmonar y protección neurológica con sulfato de magnesio con el fin de proteger tanto a la madre como al futuro neonato (38).

Caso clínico n.º 4

Como último caso de la rotación en Ginecología obstetricia tenemos a esta paciente

que le aquejaba un dolor pélvico crónico el cual se asociaba con relaciones sexuales

y al esfuerzo físico pero no aparenta un síndrome de flujo vaginal debido a que había un descenso a característico ni prurito que lo acompañara pero era muy resaltante que el dolor incrementara con las fechas de su menstruación por lo que clínicamente se orientaba más a una Endometriosis (39,40). En este caso un apoyodiagnostico fue el resultado de elevación de los marcadores Ca 125 y C19.9 que lapaciente trajo de otro establecimiento recordando que no siempre debemos atribuirle elevación de estos marcadores a un cáncer ginecológico ya que su valor clínico no está en el diagnostico sino en el seguimiento por lo que es menester hacer unidadclínica para no confundir el diagnostico (41). Entonces el manejo de esta patologíacomo primera instancia es el uso de anticonceptivos orales combinados para control el ciclo menstrual y prevenir la dismenorrea, se pueden añadir AINES como naproxeno, ibuprofeno o ketoprofeno para dolores agudos, esto debido a que era laprimera vez que había sido atendida por este motivo y por ende no se evidencia unfallo en tratamiento previo lo cual si daría paso a tratamiento quirúrgico, el cual también se vería contraindicado por la falta de maternidad satisfecha (42,43).

Finalmente recalcar que esta patología no tiene una fisiopatología ni etiología totalmente identificada, pero se ha visto que factores como los estilos de vida están asociados a una mayor incidencia dentro de los cuales tenemos: Cafeína, alcohol, tabaco y ejercicio excesivo.(44)

Rotación en Cirugía General

Caso clínico n.º 1

Este primer caso ilustra de manera muy típica un proceso inflamatorio agudo abdominal específicamente dolor en hemiabdomen superior que en el actuar medico nos debe hacer pensar en una colecistitis aguda si el dolor cumple ciertas condiciones como el hecho de ser postprandial a alimentos grasos, asociado a náuseas y vómitos, y tener características de dolor tipo cólico es decir que sea periódico y tipo contracción visceral(45,46). Esta patología se comprende en el grupo de las causas de abdomen quirúrgico por su principal complicación de perforación que si bien no es común puede llegar a representar un riesgo para la vida del paciente (47). El diagnostico se basa en la clínica y con ello ciertos criterios

ya establecidos en guías ampliamente difundidas como Tokio (2018)(48) que permiten fundamentar nuestra decisión médica, en este caso al cumplirse tanto los criterios laboratoriales, clínicos y de imagen se procedió al tratamiento definitivo de esta patología la cual es una extracción quirúrgica de la vesícula biliar por medio de laparoscopia que ha demostrado ser un procedimiento muy seguro incluso en pacientes adultos mayores con comorbilidades importantes (49). Junto a esto también es de recordar la adecuada aplicación de la antibioticoterapia tanto profiláctica como terapéutica según se requiera siendo de uso muy rutinario las cefalosporinas endovenosas asociadas a metronidazol debido a su cobertura aunque este concepto puede entrar en un nuevo episodio debido a que se está poniendo en duda la necesidad de dicha profilaxis en todas las intervenciones (50,51)

Caso clínico n.º 2

En el segundo caso se muestra una patología común en pacientes adultos mayores que siempre debemos pensar como médicos debido a su alta incidencia y que de fallar en el diagnóstico conlleva a una alta mortalidad (52). Es importante tener en cuenta que la sintomatología de las neoplasias sobre todo de tracto digestivo bajo va a variar según su localización y gracias a ello nos puede orientar mucho en el diagnóstico, específicamente el cáncer rectal genera un cambio en el hábito defecatorio, en la forma de las heces y se acompaña a pérdida crónica de sangre lo que a su vez lleva a anemia ferropénica siendo imperativo la realización de un tacto rectal para evidenciar la masa que es un hallazgo frecuente en esta patología llegando a producir en algunos casos cuadros de obstrucción (53). En cuanto al diagnóstico debemos entender que este es clínico y radiológico, debido a que esta zona no es muy bien definida con ecografía o tomografía el Gold standard para poder delimitar la lesión es la resonancia magnética siendo fundamental para definir la resección del tumor y la radioterapia posterior (54). Los marcadores tumorales tienen un papel importante en el pronóstico y seguimiento de estos pacientes mas no en el diagnóstico por lo que su medición durante este es para titular los valores

basales y poder tener un referente en los controles posteriores (55). Incluso nuevos marcadores inmunohistoquímicos funcionan como predictores a la respuesta de ciertos tratamientos de radioterapia o quimioterapia. (56) Para finalizar con el presente caso la resección anterior baja que fue la intervención quirúrgica a elegir muestra una gran tasa de efectividad en prolongar la expectativa de vida de estos pacientes siempre supeditándose a la experticia del cirujano a cargo y en cuanto a la resecabilidad del tumor dado por la resonancia magnética. (57)

Caso clínico n° 3

Durante este caso clínico se pone en práctica el diagnóstico diferencial entre las hernias más comunes de la pared abdominal y suelo pélvico en pacientes adultos y adultos mayores debido a debilidades de dichas estructuras ya sea por causas intrínsecas o extrínsecas que implican desde alteraciones del colágeno o musculatura de la pared abdominal hasta estilos de vida como el trabajo que aumenten considerablemente la presión intrabdominal de manera recurrente (58).

En este caso específico podemos diferenciar este tipo de hernia por su localización siendo inferior al ligamento inguinal así como su fácil reducción indicaría que no es incarcerada ni mucho menos estrangulada (59). Existen muchas técnicas para resolver este tipo de hernias, en este caso se optó por una técnica clásica de Mc Vay la cual consiste en una incisión transversa por fascia transversalis consiguiendo acceder a cavidad peritoneal, luego se va disecando la aponeurosis en su cara posterior para poder movilizar el borde superior de la fascia transversalis, de igual forma el piso del conducto inguinal será reconstruido para mantener la fuerza de soporte y se disecciona de manera roma el ligamento de Cooper luego con estos bordes libres se busca suturar la fascia transversalis al ligamento de Cooper y la sutura continúa en sentido lateral sobre dicho ligamento para finalizar en el conducto femoral.(60)

Caso clínico n° 4

La cirugía bariátrica hoy en día viene a ser uno de los métodos más usados para tratar la obesidad refractaria a tratamiento médico nutricional sin embargo esta puede representar un riesgo para la morfología esofágica y la fisiología de la absorción intestinal según sea la técnica quirúrgica de elección. Como por ejemplo las cirugías de banda gástrica que implican una funduplicatura pueden acarrear hernias hiatales que conducirán a reflujos gastroesofágicos y con ello lesiones esofágicas considerables mientras que por otro lado tendíamos a las cirugías desfuncionalizantes las cuales tiene como fundamento reducir el pasaje intestinal de los nutrientes con el fin de absorber menor cantidad de nutrientes, trayendo como complicaciones múltiples síndromes carenciales desde anemias hasta úlceras intestinales por el rápido paso del ácido gástrico (61,62).

En el presente caso se optó por esta opción quirúrgica debido a que se agotó las opciones médicas para el tratamiento de la obesidad y viendo que riesgo cardiovascular era muy elevado se buscó una solución definitiva y rápida para poder minimizar dicho riesgo. Ya que se ha demostrado que esta cirugía puede ser un factor beneficiario en estos casos (63).

Recordemos que esta cirugía requiere un manejo multidisciplinario debido a que el cirujano requiere un control tanto de la funcionalidad gastrointestinal previo y posterior a la cirugía así como una evaluación nutricional que indicara dietas específicas para este tipo de pacientes con el fin de mantener la homeostasis en la digestión y absorción de los nutrientes (64). Manejo que debe mantenerse por un tiempo establecido según las necesidades de cada paciente y que culminara en la reintervención para revertir la cirugía y se recupere el tránsito normal en la medida de lo posible como era previo a la intervención siempre buscando minimizar las complicaciones. (65)

CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA

El Centro Médico Naval ofreció amplias oportunidades para el desarrollo profesional de sus internos de medicina, puesto que el internado en ciencias de la salud 2022-2023 se caracterizó por ser el primero desde la pandemia del COVID-19 en restituir a plenitud las funciones del interno de medicina naval, dentro de sus cuatro rotaciones en Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, y Pediatría, como eran previas a la pandemia. Estas eran el asistir todos los días de la semana, inclusive feriados, a cumplir labor asistencial según correspondiera, fuera en las guardias de 12 horas donde se atendía a los pacientes en tópico de emergencia, durante los pases de visita en salas de hospitalización donde se evaluaba a los pacientes que debían pasar de manejo ambulatorio a hospitalizado, y en el caso de las rotaciones con componente quirúrgico, formando parte del equipo en sala de operaciones, cumpliendo con las indicaciones del médico asistente a cargo del procedimiento.

Asimismo, a través de la cartera de especialidades que ofrecía dentro de cada rotación, se incluía la opción de hacer pasantías, conocido coloquialmente como “rotar”, en especialidades médicas tales como Infectología y Geriátrica, y en especialidades quirúrgicas como Traumatología y Urología, pudiendo buscarse más rotaciones dependiendo del interés del interno de medicina naval, la disponibilidad de su horario, y la autorización de los médicos asistentes. Igualmente, durante el internado en ciencias de la salud, los internos de nutrición, farmacia, y odontología, podían interactuar con los internos de medicina, intercambiando conocimientos durante las horas de servicio, puesto que se les incluía en los pases de visita, e incluso en atención en tópico de emergencia por media jornada, es decir 6 horas.

Del mismo modo, se daban conversatorios por parte de los servicios del hospital, dirigidos a internos de ciencias de la salud, para afianzar sus conocimientos teóricos y prácticos, mediante la presentación de casos clínicos y resúmenes de conceptos generales de patologías con mayor prevalencia en la sede.

Todo esto se daba en un contexto en el cual se buscaba que el interno de medicina se sintiera parte del Centro Médico Naval, y por extensión de la institución, donde los residentes nos brindaban un trato humanizado, y los médicos asistentes

buscaban que nos sintiéramos cómodos aprendiendo, guiándonos con una mano firme en caso de ser requerido. En resumen, el autor pudo afianzar sus conocimientos para el ejercicio de la profesión y la confianza en sí mismo para abordar casos cada vez más complicados con alta carga emocional, así como desarrollar un cariño hacia la Marina de Guerra del Perú y sus integrantes, la sede misma, y los pacientes, pues se llegó a sentir parte de la llamada “familia naval” al culminar el internado en ciencias de la salud.

Por parte de la Clínica Internacional, esta representa un centro hospitalario muy especializado y actualizado con las últimas tecnologías tanto de diagnóstico como de tratamiento a disposición de los pacientes, es muy interesante ver cuánto se gana en temas de tiempo y eficacia con dichas facilidades para la mejoría en la salud de los pacientes. Por mencionar un ejemplo, cada sala cuenta con una torre de laparoscopia en óptimas condiciones y buenos materiales para el acto quirúrgico que en otras instituciones sería muy difícil conseguir por lo que este tipo de cirugías abundan y van ganando terreno en nuestro entorno como ya viene siendo tendencia a nivel mundial. Esto se debe en gran parte a la contribución del propio seguro que según coberturas brinda opciones terapéuticas muy innovadoras.

Todo esto motiva a los Internos de Medicina a asistir la mayor cantidad de tiempo a la presente sede ya que estas oportunidades son escasas en el entorno nacional, y no solo con el objetivo de ser un mero espectador sino intervenir tanto en el procedimiento quirúrgico, en las visitas médicas con la posibilidad de cambiar el esquema terapéutico siempre siendo supervisado por los docentes que están dispuestos a transmitir sus conocimientos pese al poco tiempo que disponen.

El personal de enfermería, técnicos de laboratorio, asistencial, de farmacia siempre muestran disposición al momento de absolver dudas del staff nuevo como lo éramos nosotros durante nuestros primeros días lo cual nos daba la suficiente motivación e información para adecuarnos a el trabajo arduo día a día.

Me parece justo mencionar que la rotación más elaborada en términos docentes, así como procedimentales fue Pediatría que con su gran dirección pudimos aprender mucho sobre dicha especialidad y con ayuda de los médicos asistentes

motivarnos a solucionar los problemas no solo referentes a la patología sino al ámbito personal.

Al ser esta una reflexión crítica se debe mencionar los puntos a mejorar en la sede que si bien no pueden ser totalmente objetivas debido a que cada grupo de internos fueron experimentando nuevas actitudes por parte del personal y los docentes, creo que sería bueno serializar las rondas medicas para poder aprender de los casos más importantes en cada rotación ya que debido al esquema de la clínica cada médico es responsable de sus propios pacientes y no había un médico especialista que nos guiara en nuestras rondas excepto en la especialidad de Pediatría por lo que la mayor falencia era una falta de organización similar al de dicho servicio lo cual hubiera mejorado con creces la experiencia en el internado de la Clínica Internacional.

En resumen de esta reflexión crítica yo considero que mi paso por la clínica internacional represento un cambio en mi forma de ver la medicina y a lo que quiero dedicarme por el resto de mi carrera profesional dándome experiencias únicas las cuales me seguirán y guiaran cuando sea necesario así como las grandes personalidades que llegue a conocer que más que mis docentes no creo equivocarme al llamarlos amigos y sé que siempre podremos ayudarnos mutuamente cada vez que tengamos alguna dificultad en nuestra vidas.

CONCLUSIONES

El internado médico es la culminación de años de formación universitaria, aplicando un enfoque práctico a la teoría aprendida a lo largo de la carrera, siendo una experiencia provechosa en la sede donde se llevó a cabo juega un rol fundamental. Esto se debe a que, dependiendo de las oportunidades que ofrece la sede, el interno de medicina está más facilitado a explorar más aspectos del ejercicio de la profesión, que van desde procedimientos ambulatorios en tópico de emergencia hasta el trabajo en equipo multidisciplinario en sala de operaciones.

La experiencia de estar en sedes de alta capacidad resolutive con alto flujo de pacientes permitió cumplir con las expectativas, tanto del interno hacia su sede como del personal de la sede hacia el interno, de manera satisfactoria, cumpliendo con las metas planteadas de lograr formar al futuro médico, no solo en su saber académico y práctico, sino también en habilidades blandas que serán de utilidad a medida que se adentre en casos más complejos y en circunstancias retadoras, como lo será el SERUMS y la residencia.

RECOMENDACIONES

La responsabilidad del buen desenvolvimiento del futuro interno de medicina es compartida, tanto a nivel individual, como a nivel de sede hospitalaria y la misma Facultad, por lo cual los meses previos al internado médico son críticos para lograr cumplir la mayor parte de las expectativas planteadas. Es por ello por lo que, si bien se pueden ofrecer actividades de inducción y talleres por parte de la Facultad, se debe motivar al estudiante de medicina próximo a iniciar esta etapa a participar de ello, mediante enfoques didácticos y aplicados a razón de las patologías y condiciones que se consideren más prevalentes en la labor diaria. Del mismo modo, se debe promover que el interno opte por ir a conocer a su sede antes del inicio oficial de actividades, aprovechando la cartera de médicos asistentes con vínculo laboral con la casa de estudios.

Una vez iniciado el internado médico, debe lograr un balance entre actividades asistenciales y actividades académicas, así como procurar mitigar los efectos del estrés y cansancio físico y mental en el interno, pues es menester recordar que durante este último año de formación se espera además que cumpla con los trámites propios de la titulación y obtener un resultado óptimo en el Examen Nacional de Medicina (ENAM).

Finalmente, se recomienda al futuro interno de medicina que maximice sus años de pregrado, aprendiendo en toda oportunidad posible, y que procure formar un núcleo sólido de contactos, tanto amistades como mentores, quienes le ayudarán a sobrellevar el que quizás sea el año más determinante en su andar en la carrera. Del mismo modo, no descuidar su salud física y mental, buscando alimentarse y dormir cuando sea posible, del modo más óptimo posible, cumpliendo además las medidas de bioseguridad pertinentes mientras cumpla su rol asistencial.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Dirección de Salud de la Marina. DICEMENA | Disamar [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.disamar.mil.pe/dicemena/>
2. Diario La República. Hace 50 años la Marina hizo el primer trasplante de órganos en el Perú | Donación de órganos | Sociedad | La República [Internet]. 2019 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2019/08/23/hace-50-anos-la-marina-hizo-el-primer-trasplante-de-organos-en-el-peru-donacion-de-organos>
3. British Medical Journal. Urinary tract infections in men - Symptoms, diagnosis and treatment | BMJ Best Practice US [Internet]. 2022 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/76>
4. Soudais B, Lacroix-Hugues V, Meunier F, Gillibert A, Darmon D, Schuers M. Diagnosis and management of male urinary tract infections: a need for new guidelines. Study from a French general practice electronic database. *Fam Pract.* 28 de julio de 2021;38(4):432-40.
5. Ortel TL, Neumann I, Ageno W, Beyth R, Clark NP, Cuker A, et al. American Society of Hematology 2020 guidelines for management of venous thromboembolism: treatment of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. *Blood Advances.* 2 de octubre de 2020;4(19):4693-738.
6. Mazzolai L, Aboyans V, Ageno W, Agnelli G, Alatri A, Bauersachs R, et al. Diagnosis and management of acute deep vein thrombosis: a joint consensus document from the European Society of Cardiology working groups of aorta and peripheral vascular diseases and pulmonary circulation and right ventricular function. *European Heart Journal.* 14 de diciembre de 2018;39(47):4208-18.
7. Martin-Loeches I, Torres A, Nagavci B, Aliberti S, Antonelli M, Bassetti M, et al. ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of severe community-acquired pneumonia. *Intensive Care Med* [Internet]. 4 de abril de

2023 [citado 12 de abril de 2023]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07033-8>

8. Metlay JP, Waterer GW, Long AC, Anzueto A, Brozek J, Crothers K, et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. *Am J Respir Crit Care Med*. octubre de 2019;200(7):e45-67.
9. Gheorghe GS, Hodorogea AS, Gheorghe ACD, Nanea IT, Ciobanu A. Medical management of symptomatic severe aortic stenosis in patients non-eligible for transcatheter aortic valve implantation. *J Geriatr Cardiol*. 28 de noviembre de 2020;17(11):704-9.
10. Kanwar A, Thaden JJ, Nkomo VT. Management of Patients With Aortic Valve Stenosis. *Mayo Clinic Proceedings*. 1 de abril de 2018;93(4):488-508.
11. Martin J, Townshend J, Brodlie M. Diagnosis and management of asthma in children. *BMJ Paediatrics Open*. 1 de abril de 2022;6(1):e001277.
12. British Medical Journal. Asthma in children - Symptoms, diagnosis and treatment | BMJ Best Practice US [Internet]. 2023 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/782>
13. Canadian Paediatric Society. Managing an acute asthma exacerbation in children | Canadian Paediatric Society [Internet]. 2021 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cps.ca/en/documents/position/managing-an-acute-asthma-exacerbation>
14. Canadian Paediatric Society. Guidelines for the management of suspected and confirmed bacterial meningitis in Canadian children older than 2 months of age | Canadian Paediatric Society [Internet]. 2020 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <https://cps.ca/en/documents/position/management-of-bacterial-meningitis>

15. Subramanian S, Ahmad T. Childhood Brain Tumors. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 12 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535415/>
16. Adel Fahmideh M, Scheurer ME. Pediatric Brain Tumors: Descriptive Epidemiology, Risk Factors, and Future Directions. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 1 de mayo de 2021;30(5):813-21.
17. Roache-Robinson P, Hotwagner DT. Henoch Schönlein Purpura. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537252/>
18. Smith G. Management of Henoch–Schönlein purpura. *Paediatrics and Child Health*. 1 de julio de 2022;32(7):261-5.
19. Esposito S, De Guido C, Pappalardo M, Laudisio S, Meccariello G, Capoferri G, et al. Retropharyngeal, Parapharyngeal and Peritonsillar Abscesses. *Children*. mayo de 2022;9(5):618.
20. Jain H, Knorr TL, Sinha V. Retropharyngeal Abscess. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 13 de abril de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441873/>
21. Suzumori N, Sugiura-Ogasawara M. Genetic factors as a cause of miscarriage. *Curr Med Chem*. 2010;17(29):3431-7.
22. Faussett MB, Branch DW. Autoimmunity and pregnancy loss. *Semin Reprod Med*. 2000;18(4):379-92.
23. Cáliz Cáliz R, Díaz Del Campo Fontecha P, Galindo Izquierdo M, López Longo FJ, Martínez Zamora MÁ, Santamaría Ortiz A, et al. Recommendations of the Spanish Rheumatology Society for Primary Antiphospholipid Syndrome. Part I: Diagnosis, Evaluation and Treatment. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2020;16(2 Pt 1):71-86.

24. Cáliz Cáliz R, Díaz Del Campo Fontecha P, Galindo Izquierdo M, López Longo FJ, Martínez Zamora MÁ, Santamaria Ortiz A, et al. Recommendations of the Spanish Rheumatology Society for Primary Antiphospholipid Syndrome. Part II: Obstetric Antiphospholipid Syndrome and Special Situations. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2020;16(2 Pt 2):133-48.
25. Camarena Cabrera DMA, Rodriguez-Jaimes C, Acevedo-Gallegos S, Gallardo-Gaona JM, Velazquez-Torres B, Ramírez-Calvo JA. Controversies concerning the antiphospholipid syndrome in obstetrics. *Reumatol Clin*. 2017;13(1):30-6.
26. Agwu A. Sexuality, Sexual Health, and Sexually Transmitted Infections in Adolescents and Young Adults. *Top Antivir Med*. junio de 2020;28(2):459-62.
27. Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic Inflammatory Disease: Diagnosis, Management, and Prevention. *Am Fam Physician*. 15 de septiembre de 2019;100(6):357-64.
28. Ravel J, Moreno I, Simón C. Bacterial vaginosis and its association with infertility, endometritis, and pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol*. marzo de 2021;224(3):251-7.
29. Hull MG, Cahill DJ. Female infertility. *Endocrinol Metab Clin North Am*. diciembre de 1998;27(4):851-76.
30. Vander Borgh M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clin Biochem*. diciembre de 2018;62:2-10.
31. Hiltabiddle SJ. Adolescent condom use, the health belief model, and the prevention of sexually transmitted disease. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. enero de 1996;25(1):61-6.
32. Crosby R, Bounse S. Condom effectiveness: where are we now? *Sex Health*. marzo de 2012;9(1):10-7.

33. Filipek A, Jurewicz E. [Preeclampsia - a disease of pregnant women]. *Postepy Biochem.* 29 de diciembre de 2018;64(4):232-229.
34. Cornelius DC. Preeclampsia: From Inflammation to Immunoregulation. *Clin Med Insights Blood Disord.* 1 de enero de 2018;11:1179545X17752325.
35. Ives CW, Sinkey R, Rajapreyar I, Tita ATN, Oparil S. Preeclampsia- Pathophysiology and Clinical Presentations: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol.* 6 de octubre de 2020;76(14):1690-702.
36. Bokslag A, van Weissenbruch M, Mol BW, de Groot CJM. Preeclampsia; short and long-term consequences for mother and neonate. *Early Hum Dev.* noviembre de 2016;102:47-50.
37. Ramos JGL, Sass N, Costa SHM. Preeclampsia. *Rev Bras Ginecol Obstet.* septiembre de 2017;39(9):496-512.
38. Magee LA, Brown MA, Hall DR, Gupte S, Hennessy A, Karumanchi SA, et al. The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertens.* marzo de 2022;27:148-69.
39. Sachedina A, Todd N. Dysmenorrhea, Endometriosis and Chronic Pelvic Pain in Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 6 de febrero de 2020;12(Suppl 1):7-17.
40. Tennfjord MK, Gabrielsen R, Tellum T. Effect of physical activity and exercise on endometriosis-associated symptoms: a systematic review. *BMC Womens Health.* 9 de octubre de 2021;21(1):355.
41. Ferri F B, Padilla I P, Pamplona B L, Juárez P I, Akhoundova F, Soler F I, et al. Endometriosis peritoneal masiva asociada a gran elevación de CA-125: discrepancia entre hallazgos y clínica. *Rev chil obstet ginecol.* junio de 2015;80(3):242-5.

42. Carlyle D, Khader T, Lam D, Vadivelu N, Shiwlochan D, Yonghee C. Endometriosis Pain Management: a Review. *Curr Pain Headache Rep.* 15 de julio de 2020;24(9):49.
43. Falcone T, Flyckt R. Clinical Management of Endometriosis. *Obstet Gynecol.* marzo de 2018;131(3):557-71.
44. Hemmert R, Schliep KC, Willis S, Peterson CM, Louis GB, Allen-Brady K, et al. Modifiable life style factors and risk for incident endometriosis. *Paediatr Perinat Epidemiol.* enero de 2019;33(1):19-25.
45. Elwood DR. Cholecystitis. *Surg Clin North Am.* diciembre de 2008;88(6):1241-52, viii.
46. Attili AF, Carulli N, Roda E, Barbara B, Capocaccia L, Menotti A, et al. Epidemiology of gallstone disease in Italy: prevalence data of the Multicenter Italian Study on Cholelithiasis (M.I.COL.). *Am J Epidemiol.* 15 de enero de 1995;141(2):158-65.
47. Pérez Naranjo P, Revelles Paniza M, Garrido Márquez I, Garrido Pareja F. Perforation of the gallbladder: a rare complication of acute cholecystitis. *RAPDOnline.* 4 de noviembre de 2020;43(5):188-90.
48. Escartín A, González M, Muriel P, Cuello E, Pinillos A, Santamaría M, et al. Litiasis acute cholecystitis: application of Tokyo Guidelines in severity grading. *Cir Cir.* 2021;89(1):12-21.
49. Lincango-Naranjo EP, Negrete-Ocampo JR, Barberis-Barcia G, Cajas MJ, Campuzano JC. Safety of laparoscopic cholecystectomy in patients older than 90 years in a private hospital in Ecuador: A case series. *Cir Cir.* 2021;89(3):291-4.
50. Alonso-García M, De-la-Morena JM, Carrera-Puerta C, Covelé Lucas W, Montero-Morales L, Del-Moral-Luque JA, et al. [Antibiotic prophylaxis in prostatic

- surgery: Adherence to the hospital protocol. Prospective cohort study.]. Arch Esp Urol. diciembre de 2019;72(10):985-91.
51. Sánchez-Santana T, Del-Moral-Luque JA, Gil-Yonte P, Bañuelos-Andrío L, Durán-Poveda M, Rodríguez-Caravaca G. [Effect of compliance with an antibiotic prophylaxis protocol in surgical site infections in appendectomies. Prospective cohort study]. Cir Cir. 2017;85(3):208-13.
 52. Tamas K, Walenkamp AME, de Vries EGE, van Vugt M a. TM, Beets-Tan RG, van Etten B, et al. Rectal and colon cancer: Not just a different anatomic site. Cancer Treat Rev. septiembre de 2015;41(8):671-9.
 53. Høltedahl K, Borgquist L, Donker GA, Buntinx F, Weller D, Campbell C, et al. Symptoms and signs of colorectal cancer, with differences between proximal and distal colon cancer: a prospective cohort study of diagnostic accuracy in primary care. BMC Fam Pract. 8 de julio de 2021;22(1):148.
 54. Wang PP, Deng CL, Wu B. Magnetic resonance imaging-based artificial intelligence model in rectal cancer. World J Gastroenterol. 14 de mayo de 2021;27(18):2122-30.
 55. Taha A, Taha-Mehlitz S, Petzold S, Achinovich SL, Zinovkin D, Enodien B, et al. Prognostic Value of Immunohistochemical Markers for Locally Advanced Rectal Cancer. Molecules. 18 de enero de 2022;27(3):596.
 56. Shin JS, Tut TG, Ho V, Lee CS. Predictive markers of radiotherapy-induced rectal cancer regression. J Clin Pathol. octubre de 2014;67(10):859-64.
 57. Kokuba Y, Sato T, Ozawa H, Nakamura T, Hatate K, Watanabe M. Laparoscopic low anterior resection for rectal cancer. Surg Technol Int. 2006;15:87-94.
 58. Murphy KP, O'Connor OJ, Maher MM. Adult abdominal hernias. AJR Am J Roentgenol. junio de 2014;202(6):W506-511.

59. Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, Campanelli G, Champault GG, Chelala E, et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia*. agosto de 2009;13(4):407-14.
60. Ciferri N, Corberi OM, Gasparri L, Grani T, Lardani L, Silvestrini M, et al. [Surgical treatment of inguinal hernias, using the McVay technic]. *Chir Ital*. febrero de 1982;34(1):121-30.
61. Frigolet ME, Dong-Hoon K, Canizales-Quinteros S, Gutiérrez-Aguilar R. Obesity, adipose tissue, and bariatric surgery. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2020;77(1):3-14.
62. Rubio-Almanza M, Cámara-Gómez R, Merino-Torres JF. Obesity and type 2 diabetes: Also linked in therapeutic options. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. marzo de 2019;66(3):140-9.
63. Sánchez-Ruiz KL, Ferreira-Hermosillo A, Molina-Ayala MA, Ramírez-Rentería C, Mendoza-Zubieta V. [Evaluation of cardiovascular risk factors in obesity before and after bariatric surgery]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(5):556-67.
64. Cerreto M, Santopaolo F, Gasbarrini A, Pompili M, Ponziani FR. Bariatric Surgery and Liver Disease: General Considerations and Role of the Gut-Liver Axis. *Nutrients*. 30 de julio de 2021;13(8):2649.
65. Matteo MV, Gallo C, Pontecorvi V, Bove V, De Siena M, Carlino G, et al. Weight Recidivism and Dumping Syndrome after Roux-En-Y Gastric Bypass: Exploring the Therapeutic Role of Transoral Outlet Reduction. *J Pers Med*. 6 de octubre de 2022;12(10):1664.

● 7% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.usmp.edu.pe	Internet	5%
2	repositorioacademico.upc.edu.pe	Internet	<1%
3	repositorio.ujcm.edu.pe	Internet	<1%
4	repositorio.uwiener.edu.pe	Internet	<1%
5	produccioncientificaluz.org	Internet	<1%
6	construmatica.com	Internet	<1%
7	dspace.ups.edu.ec	Internet	<1%
8	repositorio.urp.edu.pe	Internet	<1%
9	andina.pe	Internet	

<1%

10

archive.org

Internet

<1%

11

idoc.pub

Internet

<1%