



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO DURANTE LA  
PANDEMIA POR COVID - 19 EN CENTROS DE SALUD Y  
HOSPITALES 2021 – 2022**

**PRESENTADO POR**

**BAILÓN VALDEZ, ZAIRA KORI  
BARBOZA ROJAS, MARJORIE DENISSE**

**ASESORA**

**ANDREA LUI-LAM POSTIGO**

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

**LIMA- PERÚ**

**2022**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**EXPERIENCIA DEL INTERNADO MÉDICO DURANTE LA  
PANDEMIA POR COVID - 19 EN CENTROS DE SALUD Y  
HOSPITALES 2021 – 2022**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICA CIRUJANA**

**PRESENTADO POR**

**BAILÓN VALDEZ, ZAIRA KORI  
BARBOZA ROJAS, MARJORIE DENISSE**

**ASESORA**

**ANDREA LUI-LAM POSTIGO**

**LIMA – PERÚ**

**2022**

## **JURADO**

**Presidente: Mg. Karim Elizabeth Ugarte Rejavinsky**

**Miembro: M.E. Carlos Morales Paitan**

**Miembro: Dra. Graciela Pilaes Barco**

## **DEDICATORIA**

Dedicamos este trabajo a nuestros padres, familiares, amigos que siempre nos han apoyado para poder finalizar nuestros estudios.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a los docentes que durante estos años de carrera nos han brindado sus conocimientos para poder ser mejores profesionales. Asimismo, agradecemos la compañía de nuestros mejores amigos.

## ÍNDICE

<b>DEDICATORIA</b>	iii
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	vi
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
<b>CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>	1
<b>CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA</b>	26
<b>CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>	31
<b>CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>	46
<b>CONCLUSIONES</b>	49
<b>RECOMENDACIONES</b>	50
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	51

## **RESUMEN**

En el último año de la carrera profesional de medicina humana se realiza el internado médico, donde se pone en práctica los conocimientos y destrezas aprendidos durante el pregrado para realizar un manejo adecuado de los pacientes; lo cual brindará al interno de medicina confianza y seguridad para afrontar su labor como médico en el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS). La emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia de COVID-19 modificó el internado 2021; por ello, el Ministerio de Salud (MINSA) estableció lineamientos para el desarrollo del internado médico, realizándose rotaciones en centros de salud y hospitales; con la reducción de la duración de internado médico de 12 meses a 10 meses. A pesar de ello, se logró las metas y objetivos de aprendizaje a través de las 4 rotaciones bases de todo médico cirujano (Medicina general, Ginecología y obstetricia, cirugía general y pediatría). El objetivo del presente trabajo de suficiencia es describir la experiencia del internado médico, desde las actividades que se realizan, las características de los establecimientos de salud y las patologías frecuentes que se trataron.

## **ABSTRACT**

In the last year of the professional career in human medicine, the medical internship is carried out, where the knowledge and skills learned during the undergraduate course are put into practice to carry out adequate management of patients, which will provide the medical intern with confidence and security to face his work as a doctor in the Rural and Urban Marginal Health Service (SERUMS). The health emergency caused by the COVID-19 pandemic modified the 2021 boarding school; with which the Ministry of Health (MINSA) established guidelines for the development of the medical internship, with which rotations were carried out in a health center and hospital; with the reduction of the duration of medical internship from 12 months to 10 months. Despite this, the goals and learning objectives were achieved through the 4 basic rotations of all medical surgeons (General Medicine, Gynecology and Obstetrics, General Surgery, and Pediatrics). The objective of this sufficiency work is to describe the experience of the medical internship, from the activities that are carried out, the characteristics of the health establishment, and the frequent pathologies that were treated.

## INTRODUCCIÓN

El día 8 de diciembre del 2020 en la localidad de Wuhan, provincia de Hubei, en China surgió una enfermedad que produce un síndrome respiratorio agudo grave causado por el “coronavirus”, llamado por sus siglas SARS-CoV-2(2). Este virus, perteneciente a la familia de los *Coronaviridae*, se transmite de humano a humano a través de aerosoles o gotas respiratorias emitidas por la boca o nariz de una persona infectada (2,3). El primer caso de COVID-19 en territorio peruano se registró el 6 de marzo del 2020 (4). Posteriormente, el 11 de marzo, con 118,465 casos confirmados en 136 países y 4,295 muertes reportadas, la Organización Mundial de Salud declaró la infección por COVID-19 como una pandemia (1,4).

El 15 de marzo del 2020, el gobierno peruano mediante un decreto supremo declaró el estado de emergencia por 15 días, estableciéndose una cuarentena estricta (6). Asimismo, el Ministerio de Educación suspendería temporalmente las actividades académicas en colegios y universidades, al ser los internos de medicina considerados aún estudiantes, se suspendieron las actividades del internado médico a nivel nacional (7,8).

El internado médico, que se realiza en el último año de la carrera, es una etapa en la cual los estudiantes de medicina inician actividades preprofesionales de salud, donde asumen responsabilidades para con los pacientes, participan en las visitas médicas y realizan procedimientos (9). Se programó 4 rotaciones estrictamente hospitalarias que incluían: cirugía, ginecología y obstetricia, medicina y pediatría; sin embargo, con el inicio de la pandemia existiría un cambio radical en el desarrollo del internado médico.

El estudiante de medicina se encuentra expuesto a eventos adversos durante la realización de su internado médico como largas jornadas laborales, llegando a trabajar hasta 36 horas sin descanso (10); la ausencia de un seguro médico (11); inexistencia de un estipendio mensual o un pago de 400 soles mensuales, que puede llegar a incumplirse y no llega a la suma de la remuneración mínima vital (12); incumplimiento del derecho de alimentación

(12); el maltrato laboral (13); violencia sexual y psicológica (13); la sobrecarga de funciones administrativas (9); el no recibir o recibir de forma muy limitada equipos de protección personal (EPP), con un mayor riesgo de sufrir algún accidente por contacto con un agente biológico (14); e inadecuada capacitación en procedimientos médicos (9), así como la ausencia de docencia para el interno (9), que afectan su desarrollo académico - profesional, salud física y mental.

Estos problemas que afronta el interno de medicina se incrementaron con el inicio de la pandemia por COVID-19. Por ello, a través de un decreto de urgencia promulgado por la Presidencia de Consejo de ministros, el 15 de marzo del 2020, se determinaría la reincorporación gradual de los internos a los establecimientos de salud, de tal forma que estos les brindarán EPP; asimismo, contarán con un seguro de salud brindado por el seguro social de salud, seguro de vida y un estipendio no menor al sueldo mínimo vital (S/. 930), ayudando de esta forma a solucionar la brecha de oferta de recursos humanos en salud (15–17).

La Universidad de San Martín de Porres inicio el internado médico en octubre del 2020, se programó rotaciones en hospitales y centros de salud (cercanos a sus hogares), en las 4 áreas principales donde no hubiera casos de coronavirus para evitar su exposición a la enfermedad (17). El internado culminó en marzo o abril del año 2021.

Una nueva promoción de internos comenzaría sus labores en el año 2021, sin embargo, estos no contarían con lineamientos para el desarrollo de sus actividades (18,19). Por ello, los internos de medicina reclamaron a nivel nacional, su derecho de vacunación contra el coronavirus, el establecimiento de lineamientos para el inicio del internado, tamizaje de COVID-19, entrega de EPP, la ampliación de campos de formación de internos en las regiones que carecen de estas y la aprobación del proyecto de ley N°6969, también llamado “ley del internado” (20–23).

La vacunación contra el coronavirus de los internos de ciencias de la salud se inició el 29 de abril, vacunando de manera simbólica a 140 estudiantes de las

distintas universidades del país, se planearía vacunar 18,370 futuros internos de ciencias de la salud (24,25). A los alumnos de esta casa de estudios se les administró la vacuna Sinopharm el 1 de mayo del 2021, con la segunda dosis aplicada el 22 de mayo (25).

Asimismo, se dictaminó un decreto de urgencia N°053-2021, el cual determinaría un estipendio mensual de S/. 770, seguro de vida y aseguramiento a un sistema de salud, así como los EPP por parte de los establecimientos de salud para los internos (26). MINSA, determinó los “Lineamientos para el desarrollo de las actividades de los internos de ciencias de la salud 2021 en el marco de la emergencia sanitaria”, determinando la designación de tutores en cada establecimiento de salud, rotaciones en centros de salud I-3 y I-4 y en hospitales de mayor nivel, cada rotación constaría de 5 meses respectivamente (27). Se distribuiría a los alumnos de acuerdo con la proximidad de sus hogares con las diferentes Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) en Lima Metropolitana o de acuerdo con la Dirección Regional de Salud (DIRESA) en el caso de las regiones como Callao (27).

El internado de medicina se inició en julio del 2021. Para realizar el internado médico se designó en la DIRIS Lima-Centro, al Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa” y Centro de Salud El Pino como establecimiento de primer nivel; y en la DIRESA CALLAO, al Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y el Centro de Salud Materno Infantil Perú-Corea Bellavista. Iniciando las rotaciones en los hospitales y posteriormente, después de cinco meses, los internos se trasladarían a los centros de salud llegando a consolidar sus conocimientos de los 6 años de pregrado y atendiendo pacientes para la mejora de su salud con objetividad, humanidad y arte que son pilares de la profesión de medicina.

## **CAPÍTULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El título de médico cirujano se obtiene después de 7 años de estudios. En esta casa de estudios, los tres primeros años se reciben cursos de ciencias básicas como anatomía humana, embriología, física, matemáticas, parasitología y otros; con estos conocimientos el alumno de medicina está apto para iniciar su práctica clínica durante los siguientes 3 años, donde lleva cursos como: Medicina I, II y III, Medicina legal, diagnóstico por imágenes, geriatría, iniciando su contacto con pacientes con lo cual aprende a elaborar historias clínicas, realizar un adecuado examen físico, plantear diagnósticos y administrar un tratamiento adecuado (28). Los 6 años de formación, brinda al alumno una base de conocimientos teóricos y prácticos, para que en el séptimo año pueda aplicarlos durante el internado médico (29).

En este periodo los estudiantes realizan diferentes actividades para aprender a desarrollarse con fluidez y seguridad ante los pacientes; estando a cargo de médicos asistentes o mayormente de residentes quienes guían académicamente en las diversas especialidades por las que se rota como: Medicina Interna, Pediatría, Ginecología - Obstetricia y Cirugía (13). Cada uno de estos servicios son las 4 áreas grandes que todo médico general de base debe manejar; dentro de las cuales existen subespecialidades como nefrología, neumología, traumatología, neonatología, neurología, etc. El 5 de julio del 2021 se inició el internado médico.

### **Rotación hospitalaria**

En el Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa”, los internos rotaron en los servicios de medicina y cirugía general, estas rotaciones duraron 2 meses y medio. La jornada laboral se dividió en turnos de 6 horas, ya sea de mañana o tarde de lunes a sábado, existiendo un turno de 12 horas por semana. La dinámica de turnos de rotación depende de la especialidad en la cual el interno se encuentre. En el servicio de hospitalización, las mañanas consistieron en realizar evoluciones e historias clínicas; incluyendo recoger los resultados de

laboratorios o reporte de imágenes que se haya solicitado el día anterior por la noche, los estudios deben estar completos para la ronda de visita con los residentes, médicos asistentes y compañeros internos. Asimismo, en las tardes se trabajaban los pendientes acordados durante la visita médica, tales como solicitar, recoger y adherir los nuevos exámenes, asegurarnos de la alimentación del paciente para observar su avance o apoyarlos para la deambulaci3n en caso de cirugías. Adicionalmente se debe realizar el reporte de cada paciente entre ambos turnos. En caso de los turnos de 12 horas, las 6 primeras horas el interno estaba en su servicio, mientras que las 6 horas siguientes este se trasladaría al área de emergencia donde se realizaría historias clínicas junto con el examen físico de forma rápida y precisa de todos los pacientes que llegan al nosocomio; a su vez se efectúa procedimientos menores en t3pico como suturas, lavado gástrico, enemas, taponamiento nasal, vendaje de fracturas, entre otros.

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carri3n, se realiz3 las rotaciones en: cirugía general, ginecología – obstetricia, medicina, neonatología y pediatria. Las 3 primeras rotaciones fueron de 5 semanas cada una; mientras que, las rotaciones de neonatología y pediatria duraron 2 semanas y media. En cuanto a las jornadas laborales, eran desde 6 hasta 12 horas diarias dependiendo de la rotaci3n, contando con un turno de 12 horas exclusivo en el servicio de emergencias, ya sea como guardia diurna o guardia nocturna voluntaria. Estos turnos serían de lunes a sábad3 en todas las rotaciones, con excepci3n de cirugía donde habría turnos los domingos. Las mañanas en el servicio de hospitalizaci3n se llevan a cabo evoluciones, contabilizar funciones vitales, reportar alguna incidencia durante la noche y elaborar las historias clínicas; en las tardes, se trabajaba los pendientes, así como realizar los procedimientos que necesiten los pacientes. En las guardias, el interno toma las funciones vitales de sus pacientes en el servicio de hospitalizaci3n en el caso de la rotaci3n de medicina, para luego trasladarse a la emergencia; en los demás servicios el interno va directamente a la emergencia, donde se realiza una ronda de preguntas, se elaboraban las historias clínicas y evaluar los pacientes.

En ambos establecimientos de salud, el interno realiza actividades académicas como discusión de casos clínicos, exposiciones y ronda de preguntas.

### **Rotación en centros de salud**

En el Centro de Salud El Pino se cumple con los horarios establecidos por los lineamientos de internado para el año 2021. En dicho establecimiento se realiza las rotaciones de Medicina General donde se atienden a todos los citados durante el turno mañana y tarde, incluyendo emergencias, tratando las diversas patologías y diferentes grupos etarios; en algunas ocasiones, también se realizan teleconsultas, evaluaciones en control de neonatos e interconsultas de los otros servicios. En el área de Obstetricia principalmente se realizan actividades dirigidas hacia los controles prenatales, planificación familiar y campaña, por ejemplo, de VIH donde se realiza tamizaje con pruebas rápidas de VIH, o en algunas ocasiones con pruebas de sífilis y VIH, se otorgan preservativos; entre otras actividades de prevención y promoción.

En nutrición principalmente se realiza descarte de anemia sobre todo a pacientes pediátricos y consejería nutricional a pacientes con sobrepeso, dislipidemia, DM, HTA, entre otras enfermedades.

Adicionalmente se rota en el servicio de enfermería donde se aprende a través de las campañas de vacunación a domicilio o en el centro de salud, y controles de CRED; mientras que en el Programa de Control de Tuberculosis (PCT) se da el seguimiento y tratamiento a dicha patología. En el centro de salud se organizan diversas actividades preventivo – promocionales, como las campañas de salud ocular.

En el Centro de Salud Materno Infantil Perú-Corea Bellavista, se realizan las rotaciones de Diagnóstico por imágenes, Medicina General, Pediatría y Ginecología y Obstetricia. Estas rotaciones duran un mes y en el último mes del internado se volverían a retomar todas las rotaciones con una 1 semana

de duración cada una. Las jornadas laborales consistían en turnos de 6 horas y un turno de 12 horas que correspondería a una guardia diurna semanal, contando en total 150 horas. Los internos participan en los consultorios de dichas rotaciones, controlando las funciones vitales, peso y talla, dando las recetas de los pacientes. En el caso de la rotación de diagnósticos por imágenes, los internos realizan ecografías guiadas por el doctor encargado del servicio y ayudan a establecer diagnósticos. En el servicio de emergencia, los internos tuvieron más autonomía en asistir a sus pacientes desde el momento de la anamnesis hasta el tratamiento; asimismo, en caso de que hubiera partos vaginales, el interno se encargaría de realizar la asistencia del parto o del recién nacido, ambas actividades en el servicio de emergencias con la supervisión del médico encargado del turno. Se realizan actividades académicas como exposiciones de conceptos fundamentales en medicina, clases sincrónicas donde se discutirían casos clínicos, prácticas de procedimientos en maquetas y prácticas de exámenes tipo simulacro para el Examen Nacional de Medicina (ENAM).

El interno durante este último año debe asegurarse de disipar la mayor cantidad de dudas respecto a las diferentes patologías o procedimientos, de tal forma que al graduarse se encuentre preparado para consultorio externo y emergencias a los que se enfrentará en El Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS).

## ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA

### Caso clínico N° 1

Paciente mujer de 74 años, acude a emergencia por presentar hace 10 horas vómitos al comer sólidos, refiere estar somnolienta.

Antecedentes patológicos:

- Diabetes Mellitus en tratamiento con metformina 850mg después de desayuno y almuerzo
- HTA tratada con Losartán en la cena
- Hipotiroides en tratamiento con levotiroxina 125 mcg

Ex físico:

PA: 130/80 FC: 68 T: 36.5°C FR:18 SatO2: 96%

Piel y mucosas: poco hidratada, LLC menos 2 seg

Abd: Blando, depresible, RHA (+), leve dolor a la palpación en epigastrio.

Resto de sistemas sin alteraciones.

Se le realiza exámenes de laboratorio:

Ex orina: Cel. epiteliales 0- 3/c Leucocitos 20/c

Hb: 10.5gr/dl leucocitos: 12.36 Ab: 5

Cr: 0.45 U: 22 Na: 113 K: 3.9 CL: 83

HGT: 194

Por lo cual se diagnostica con:

1. THE: Hiponatremia severa
2. Infección Tracto urinario
3. DM II
4. HTA
5. Hipotiroides

Tratamiento:

1. Dieta blanda Hipoglúcida + Líquidos a voluntad
2. ClNa 0.9% 1 lt EV - 30gts x min

3. ClNa 0.9% 1000cc – EV 45gts x min  
ClK20% 1amp – EV 45gts x min
4. Ceftriaxona 2gr EV c/24hrs
5. Metoclopramida 10mg EV c/8hrs
6. Omeprazol 40mg EV c/ 24hrs
7. Levotiroxina 125 ug Vo c/ 24hrs
8. Metformina 850 mg vo luego de almuerzo
9. Losartán 50mg vo c/ 24hrs

### **Caso clínico N° 2**

Paciente varón de 46 años que hace 1 día presenta dolor abdominal tipo faja, náuseas y vómitos en 3 ocasiones, refiere que la noche anterior consumió comida copiosa.

Antecedente de pancreatitis leve en 2015

A la exploración física presenta:

T: 36.7°C FC: 86x FR: 18x SatO2: 98% PA: 100/60mmhg

Abdomen: blando, depresible, Ruidos hidroaéreos presentes, Dolor en hipocondrio derecho y epigastrio, Murphy (-)

Resto de sistemas sin alteraciones

Se le realiza exámenes de laboratorio donde se obtiene:

Amilasa: 156

Lipasa: 920

Hb: 17.2gr/dl Leuc: 12.95 Ab: 2%

Horas más tarde se le realiza nuevamente exámenes de laboratorio donde se encuentra:

CT: 600 HDL: 34 LDL: 00 TG: 486

PCR: 113.41 AGA sin alteraciones

En la ecografía de ingreso sin hallazgos significativos.

Se le realiza una TAC abdomen donde se evidencia edema grasa peri pancreática, no se observaron colecciones.

Días posteriores se le repite los exámenes de laboratorio donde se normaliza valores a excepción de:

CT: 570 LDL: 158 TG: 450

Con todos estos datos se le diagnostica al paciente como:

1. Pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia
2. Obesidad

Tratamiento:

1. NPO
2. Nacl 0.09% 1000cc I y II
3. SPE 1000cc II y IV
4. Omeprazol 40mg c/24hr EV
5. Metoclopramida 10mg c/ 8hr EV
6. Rosiverina 20mg c/ 12hr EV
7. Lactulosa 30cc c/ 12r VO
8. Tramadol 50mg SC PRN dolor intenso

### **Caso clínico N° 3**

Paciente mujer de 73 años que ingresa por presentar dolor abdominal tipo cólico, deposiciones líquidas amarillentas sin moco ni sangre 4v/d, vómitos de contenido alimentario y náuseas.

Antecedentes patológicos: Niega alergias y cirugías previas

- HTA - Losartán
- DM - Metformina
- ACV hace +/- 2 años

Al examen físico: PA: 110/75 mmHg T: 36.6°C FR: 19 x' FC: 90 x'  
SatO2: 98%

Abdomen: Globuloso, depresible, RHA incrementados, doloroso a la palpación en todo el abdomen.

SNC: EG 15 / 15, disminución de fuerza muscular de hemicuerpo derecho 4/ 5 (secuela ACV)

Resto de sistemas sin alteraciones

Se le realiza exámenes de laboratorio:

Hb: 10.9gr/dl Leu: 5.94 Ab: 2%

HGT: 361 P. covid (-)

e-: en valores normales

Ph: 7.19 HCO<sub>3</sub>: 13.4 PCo<sub>2</sub>: 34 Gap: 19 Lactato: 2.3

Ex orina: Leuc: 12/c cuerpos cetónicos: ++

TAC Tórax: proceso inflamatorio parenquimal pulmonar con proceso apical derecho, tracto cicatricial y bronquiectasia secular. Efusión pleural bilateral leve

Se le diagnostica como:

1. Cetoacidosis diabética
2. NAC
3. GECA
4. DM II y HTA x HCL

Tratamiento:

Al inicio en la emergencia:

1. NaCl 0.9% 1000cc I y II
2. Insulina R 5 UI SC (al inicio)
3. Dimenhidrinato 50mg EV

Luego en hospitalización

1. Dieta blanda hipoglucida
2. NaHco<sub>3</sub> 8.4% 10 amp
3. ClNa 0.9% 1000cc  
KCl 20% 1 amp  
3\* EV 120 cc/hr
4. Ceftriaxona 2gr EV c/24hr
5. Omeprazol 40mg c/24hr EV
6. SPE EV según reposición de volumen
7. Loperamida 2 mg VO c/ 12hr

#### **Caso clínico N° 4**

Paciente de sexo masculino de 50 años. Refiere que, desde hace 3 horas aproximadamente, mientras jugaba partido de fútbol, presenta dolor torácico tipo opresivo de intensidad 10/10 irradiado a miembro superior izquierdo asociado a disnea, motivo por el cual es trasladado al hospital.

Antecedentes patológicos: Niega alergias y cirugías previas  
HTA - diagnosticado el 2019 - Tratamiento irregular con Captopril  
DM - diagnosticado el 2019 - Tratamiento irregular con Metformina  
COVID-19 - julio del 2021 - Tratamiento domiciliario

Al examen físico: PA: 115/54 mmHg T: 37°C FR: 20 x' FC: 57 x' SatO<sub>2</sub>: 98%  
FiO<sub>2</sub>: 0.21

Paciente AMEG, REN, REH, en posición antálgica.

TCSC: aumentado, Tórax y pulmones: Amplexación disminuida, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares, Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos regulares audibles, no soplos audibles.

Resto del examen físico sin alteraciones.

Exámenes auxiliares:

Electrocardiograma: Elevación del segmento ST en II, III, Avf, Infradesnivel en I y AVL: Infarto de miocardio ST elevado en cara inferior.

Se le realiza exámenes de laboratorio:

Hb: 15.5 gr/dl Plaquetas: 219000

Troponina I: 5.6 CK-MB: 46.59

TP: 15 INR: 1.14

Na: 140 K: 3.8 Cl: 106 Ca: 1.19

Glucosa: 109 Cr:1.12 Urea: 23

P. Covid-19 (-)

Diagnóstico:

- Infarto segmento ST elevado
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus tipo 2
- Obesidad

Tratamiento:

En la emergencia:

1. NPO a excepción de medicamentos
2. Jeringa Heparinizada
3. Enoxaparina 30 mg EV STAT

4. Atorvastatina 80 mg VO STAT
5. Omeprazol 40 mg EV c/24 hrs
6. Metoclopramida 10 mg EV c/8 hrs
7. CNB PRN Sat 02<92%
8. Aspirina 325 mg VO c/24 horas
9. Clopidogrel 300 mg STAT
10. Enoxaparina 60 mg SC c/12 horas
11. Trombólisis

Luego en hospitalización

1. Dieta blanda hiposódica hipoglucida, sin carbohidratos simples VT:  
2000 Kcal
2. Vía salinizada
3. AAS 100 mg VO c/24 hrs
4. Atorvastatina 80 mg VO c/24 hrs
5. Bisoprolol 5 mg VO c/24 hrs
6. Enalapril 10 mg VO c/24 hrs
7. Isosorbide 5 mg SC PRN dolor si PAS>90 mmHg
8. Hemoglucolest c/8hrs
9. CFV + BHE

## **ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL**

### **Caso clínico N° 5**

Paciente mujer de 25 años acude a la emergencia del CCSS. Refiere que hace 20 minutos un perro de raza Shi Tzu le muerde en pulpejo de dedo índice en mano izquierda. Paciente labora en veterinaria donde atiende al perro por presentar diarreas, el dueño del perro refiere que tiene su vacuna de rabia completa, pero no presenta carné; el perro permanece internado en la veterinaria.

Antecedentes:

Vacunas: Paciente presenta vacunación incompleta contra la rabia (1 dosis) en 2018.

Patológicos: Niega, no alergias, ni cirugía.

Examen físico: Piel: Herida sangrante en pulpejo de dedo índice izquierdo y heridas distribuidas en mano izquierda.

Tratamiento

1. Lavado intenso y desinfección de la zona de herida
2. Amoxicilina + Ac. Clavulánico 500 mg/125 mg 1 tab c/8 horas x 7 días
3. Diclofenaco 75 mg Amp STAT
4. Paracetamol 500 mg VO c/8 horas x 3 días
5. Vacunación antirrábica el día 0 y 3.
6. Si el animal presenta síntomas de rabia a la 2 dosis de la vacuna, completar esquema de vacunación profiláctica de acuerdo con normas vigentes.

### **Caso clínico N° 6**

Paciente mujer de 46 años acude a emergencia por presentar dolor abdominal tipo cólico y deposición líquida desde hace 2 días

Al examen físico:

PA: 110/70 FC: 75 FR: 16 SatO2: 98% T: 37.2°C

Abdomen: B/D, RHA (+), Dolor a la palpación superficial y profunda en fosa iliaca derecha. Mcburney (+), Blumberg (+)

Resto de sistemas sin alteraciones

Se le realiza exámenes preoperatorios como grupo y factor, hemograma completo que reveló leucocitosis  $15 \times 10^9/L$ , examen de orina, glucosa, urea, creatinina, perfil de coagulación, y una ecografía donde se evidenció líquido interasas y apéndice con cambios inflamatorios. Confirmando así el diagnóstico de Apendicitis aguda; por lo cual, el paciente fue llevado a cirugía para laparoscopia donde se visualizó el apéndice cecal perforado cerca a la base con coprolito libre, plastronado por epiplón con absceso apendicular y líquido inflamatorio en fondo de saco recto vesical; es decir, el diagnóstico

postoperatorio fue Apendicitis aguda complicada con peritonitis localizada y absceso apendicular.

La paciente permaneció internada 5 días más continuando con su tratamiento antibiótico y teniendo una evolución favorable hasta el **día** del alta donde se cambió los medicamentos a vía oral e indicó el retorno en 7 días para retiro de puntos

### **Caso clínico N° 7**

Paciente mujer de 43 años, acude a la emergencia por referir que hace 7 días presenta dolor abdominal tipo cólico de intensidad 6/10 en hipocondrio derecho que progresa con los días y cede a la aplicación de Tramadol EV. Un día antes del ingreso, el dolor remite con mayor intensidad (8/10) las mismas características acompañado de náuseas y vómitos biliosos; por lo cual acude a la emergencia del HNDAC.

Antecedentes personales:

Hábitos nocivos: Niega, Alergias: RAM a AINES (ketoprofeno, diclofenaco, paracetamol, ibuprofeno), Grupo y factor: O (+)

Antecedentes patológicos: Gastritis crónica: En tratamiento irregular con omeprazol, Hígado graso desde el 2019 sin tratamiento, Litiasis vesicular desde el 2019.

Antecedentes quirúrgicos: Niega.

Antecedentes ginecológicos: IRS:37 años, FUR.01/08/21 G0P0000

Funciones biológicas:

Apetito: Disminuido Sed: Conservado Orina: Conservado Deposiciones: 1 vez/día Sueño: 7 hrs/día.

Funciones vitales: PA: 110/60 mmHg, FC: 72 lat. /min FR: 16 res/min T°: 37.8°C Sat:98%

Examen físico:

Estado general: AREG, AREN, AREH

Piel: T/H/E, llenado capilar < 2 seg,

TCSC: No cianosis, no edemas, CV: RCRR, no se auscultan soplos.

Abdomen: Globuloso, simétrico, RH (+), no visceromegalias, blando/depresible, doloroso 7/10 a la palpación profunda en hipocondrio derecho, Murphy (+), timpanismo conservado.

GU: No globo vesical, PPL (-), SNC: LOTEPE, Glasgow 15/15.

Exámenes auxiliares:

Hemograma: Hb: 13 gr/dL, Leucocitos: 12000, Plaquetas: 270000

Creatinina: 0.31 Glucosa: 86 Urea: 36 Perfil de coagulación: valores normales Fosfatasa alcalina elevada, Bilirrubina elevada a predominio de la Bilirrubina directa. PCR elevada.

Examen ecográfico: Vesícula biliar: 10cmx5cm, pared edematosa con un grosor de 5mm. Contienen barro biliar con cálculo de 10mm impactado en bacinete.

Impresión diagnóstica:

1. Colecistitis crónica reagudizada

Tratamiento y plan:

1. NPO
2. NaCl 0.9% 1000 ml + Hioscina 20mg 2 amp → XLV gotas por minuto
3. Ceftriaxona 2gr EV c/24 horas
4. Metronidazol 500mg IV c/8 hrs
5. Para el dolor:
  - a. Tramadol 100 mg
  - b. Dimenhidrinato 50 mg
  - c. NaCl 0.9% 100 cc EV c/8 horas
6. Metamizol 1 gr EV (lento y diluido) PRN a dolor o  $T^{\circ} > 38^{\circ}C$
7. Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
8. CFV + Observar signos de alarma

Plan:

1. Completar exámenes prequirúrgicos
2. Pase a SOP

Le realizan colecistectomía laparoscópica.

### **Caso clínico N° 8**

Paciente mujer de 64 años que acude a la emergencia por presentar hace 40 horas dolor en región inguinal derecha, el cual se hace más intenso 6 horas antes del ingreso. Se agrega sensación de masa que no se reduce a maniobras manuales. Paciente refiere que síntomas no mejoran, se agrega náuseas, sin vómitos, razón por la cual acude al servicio de emergencia. Niega sensación de alza térmica, niega dificultad para realizar deposiciones.

Antecedentes personales:

Hábitos nocivos: Niega, Alergias: Niega, Grupo y factor: O (+)

Antecedentes patológicos: Hernia inguinal derecha 2019

Antecedentes quirúrgicos: Herniorrafía inguinal izquierda (2000), herniorrafía inguinal derecha (2019)

Fármacos de uso actual: Niega

Antecedentes ginecológicos: G4P4004, Menarquia: 12 años.

Funciones biológicas:

Apetito: Conservado Sed: Conservado Orina: Conservado Deposiciones: 1 vez/día Sueño: 7 hrs/día Variación ponderal: Niega

Funciones vitales: PA: 130/70 mmHg, FC: 90 lat/min FR: 18 res/min T°: 37°C Sat: 98% FiO2: 21%

Examen físico:

Estado general: AREG, AREN, AREH

Piel: T/H/E, llenado capilar < 2 seg,

TCSC: No cianosis, no edemas, CV: RCRR, no se auscultan soplos. TYP: MV pasa bien en ACP, No ruidos agregados.

Abdomen: Globuloso, simétrico, cicatriz oblicua localizada en región inguinal izquierda de 10 cm aproximadamente, RH (+), no visceromegalias, blando/depresible, no doloroso a la palpación profunda, se palpa masa de 6x4 cm en región inguinal derecha, de consistencia dura, sin cambios de coloración en piel que protruye levemente a Valsalva, no se reduce

espontáneamente, doloroso a la palpación, timpanismo conservado. No signos peritoneales.

GU: No globo vesical, PPL (-), Tacto rectal: Ampolla normotensa, no masas, se evidencia fecalito, SNC: activo, despierto, LOTEP, Glasgow 15/15.

Exámenes de laboratorio:

Hemograma: Hb: 12.9 gr/dL, Leucocitos: 4.65, Plaquetas: 183000

Creatinina: 0.76 Glucosa: 130 Urea: 28

Perfil de coagulación: valores normales PCR: 0.04

Examen ecográfico: Ecografía de región inguinal derecha muestra defecto de pared de 7mm por donde protruye saco herniario de 35x18mm, que contiene asa intestinal con flujo Doppler disminuido y líquido libre, además llama la atención dilatación retrógrada de asa intestinal.

DX: Hernia inguinal incarcerada asociada a líquido libre y dilatación retrógrada de asa intestinal probablemente obstructiva.

Impresión diagnóstica:

1. Hernia inguinal incarcerada derecha

Tratamiento:

1. NPO + SNG a gravedad
2. NaCl 0.9% 1000 ml → XLV gotas por minuto
3. Orfenadrina 60 mg EV c/12 horas
4. Dimenhidrinato 50 mg EV c/8 horas
5. Omeprazol 40 mg EV c/24 horas
6. CFV + Observar signos de alarma

Plan:

1. Completar exámenes prequirúrgicos
2. Pase a SOP

Le realizan una Hernioplastía tipo Liechtenstein abierta.

## ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

### Caso clínico N° 9

Paciente sexo femenino de 40 años que acude a consultorio externo de ginecología por presentar dolor pélvico que se irradia a zona lumbar, y dolor al final de la penetración al tener relaciones sexuales; refiere no haber usado preservativo y tener 2 diferentes parejas sexuales en las últimas semanas. Añade sentir sequedad vaginal y haber presentado un cuadro similar hace 1 año. Niega ardor o molestias al orinar

Ex. físico: T: 38.7°C FC: 98x FR: 18x SatO2: 97% PA: 100/70mmhg

GU: Puño percusión lumbar (-), Puntos renoureterales (-).

TV: Dolor a la movilización de cérvix y palpación de anexos

Resto de aparatos sin alteraciones

Laboratorio: PCR: 20 Hb: 13.5 Leuc: 15 000 Ab: 2%

Dx:

1. Enfermedad Pélvica Inflamatoria
2. Vaginitis atrófica

Tto:

Ceftriaxona 1g IM STAT

Metronidazol 500 mg cada 12 horas por 14 días

Doxiciclina 500 mg cada 12 horas por 14 días

Estrógenos en crema → aplicar en interior de vagina por las noches

Cita en 2 semanas en el servicio de ginecología

### Caso clínico N° 10

Paciente mujer de 24 años que acude a consultorio de ginecología con un tiempo de enfermedad de 5 días con prurito en zona genital y con flujo vaginal blanquecino cremoso sin olor. Refiere tener solo una pareja sexual. En el examen físico dirigido, se observa el introito vaginal eritematoso y a la especuloscopia se evidencia flujo vaginal blanquecino grumoso.

Dx:

1. Síndrome de Flujo vaginal: Candidiasis Vaginal

Tto:

-Fluconazol 150 mg VO dosis única + Clotrimazol 500 mg vía vaginal dosis única.

### **Caso clínico N° 11**

Paciente mujer de 29 años. Ingresa el 04/08/22, procedente de consultorio externo con antecedente de diabetes gestacional en tratamiento con metformina 850 mg VO por noche desde mayo 2021, además de presentar hipertensión gestacional. Actualmente niega molestias, niega sangrado vaginal, niega pérdida de líquido, percibe movimientos fetales. Se hospitaliza para culminar gestación.

Última glucosa: 23/07/21: 88 mg/dL.

Antecedentes: Niega hábitos nocivos.

Ginecológicos: Menarquia: 11 años RC: 5-6/Irregular Dismenorrea: Niega Dispareunia: Niega sangrado al coito, Niega IRS: 22 años URS: hace +/- 2 semanas MAC: ACO / Ampolla VAT: 1 dosis PAP: Niega.

Obstétricos: G2P1001 CPN: 09 FUR: 12/11/2020 FPP: 24/08/2021

G1: 2009, parto vaginal, w: 3315 gr. G2: Actual

Patológicos y familiares: Hospitalización en mayo del 2021 por Enfermedad hipertensiva del embarazo y diabetes gestacional. Niega alergias, niega cirugías. Familiares aparentemente sanos.

Examen físico:

Funciones vitales y medidas antropométricas: PA: 120/80 mmHg FC: 80 lat/min FR: 17 res/min T°: Afebril Peso: 74 kg Talla: 1.60 m IMC: 28.9

Ectoscopia. AREG, MEN, AREH.

Abdomen: ocupado por útero grávido, RH (+), AU: 34cm SPP: LCI, LCF: 145x min, MF: ++/+++ , DU: Ausente

Cérvix: Posición, Consistencia: intermedia, D: cerrado, AP: -3, M: Íntegras, I: 30%.

Pelvis: CD>12, CO>10.5, ASP>90%, DBI>8, Tipo: Ginecoide.

MI: No edemas, ROT: ++/+++

SNC: LOTEP, Glasgow 15/15.

Exámenes de laboratorio:

Grupo y Factor: O (+).

05/08/21: Examen de orina (Leucocitos: 1-3 xc, Hematíes: 1-2xc, Gérmenes: 1+), Tiempo de coagulación: 6 ss, Tiempo de sangría: 2 ss LDH: 139 U/L, ALT: 12 U/L AST: 29 U/L

Hemoglobina: 12.2 g/dL Leucocitos: 6.9  $10^3/uL$  Plaquetas 215 x  $10^3/uL$   
Hematocrito: 38%

06/08/22: Hematocrito posparto: 32%

Tabla 1. Valores de glucosa durante la hospitalización

	05/08/21	06/08/21 - 01:26	06/08/21 08:23
Glucosa	91 mg/dL	105 mg/dL	101 mg/dL

Fuente: Elaboración propia.

#### Diagnóstico:

1. Segundigesta 37ss1d x Ecografía del I trimestre
2. Pródromos del trabajo de parto
3. EHE: Hipertensión gestacional x Historia clínica
4. Diabetes gestacional en tratamiento
5. Covid-19 Ig G

#### Plan y tratamiento:

1. Dieta hipoglucida
2. NaCl 0.9% 1000 cc > XVL gotas x min
3. Nifedipino 10 mg vo PRN a PA  $\geq 160/110$ .
4. Metformina 850 mg, 1 tab VO en las noches
5. MMF + CFV (PA en hoja aparte)
6. Hemogluco test c/ 8 horas
7. Interconsulta Endocrinología

A la reevaluación, 05/08/21, con Bishop 3, se agrega:

1. Misoprostol 25 mg IV c/2 horas hasta DU:2-3/10'/++/20"
2. MMF constante
3. Resto de indicaciones se mantienen

A la reevaluación, 06/08/21, con Bishop 6:

1. Dieta hipoglucida
2. NaCl 0.9% 1000 cc + Oxitocina 10 UI → 8 mu constante
3. Nifedipino 10 mg vo PRN a PA  $\geq$ 160/110.
4. Metformina 850 mg, 1 tab VO en las noches // suspendido
5. Insulina NPH 09 UI SC a las 20 horas.
6. MMF + CFV (PA en hoja aparte)
7. Pase a Centro Obstétrico, si D $\geq$  5 cm

Recién nacido: 06/08/21, 21:17 hrs. Sexo: Masculino, w: 3235 gr, talla: 51cm, APGAR: 9,9.

Diagnóstico posparto:

1. Puérpera multípara posparto eutócico
2. Desgarro perineal grado I suturado
3. EHE: Hipertensión gestacional
4. Diabetes gestacional
5. Atención de anticoncepción (Nexplanon) y lactancia materna

Tratamiento del alta:

1. Ibuprofeno 400 mg VO c/8hrs x 3 días
2. Sulfato ferroso 300 mg VO c/24 hras x 30 días

### **Caso clínico N° 12**

Paciente mujer de 18 años, acude a emergencia el 3 de agosto del 2021, por presentar pérdida de líquido hace 24 horas, además de presentar contracciones uterinas, percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal.

Antecedentes: Niega hábitos nocivos

Ginecológicos: Menarquia: 12 años RC: 8/Irregular Dismenorrea: Niega Dispareunia: Niega Coitorragia: Niega IRS: 12 años URS: hace +/- 3 semanas MAC: Preservativo PAP: Niega

Obstétricos: G2P0010 CPN: 2 FUR: No recuerda FPP: 10/10/2021

G1: 06/2020, aborto espontáneo G2: Actual

Patológicos y familiares: Niega antecedentes patológicos, niega alergias, niega cirugías. Familiares: 1 hermano con tratamiento contra TBC.

Examen físico:

Funciones vitales y medidas antropométricas: PA: 110/70 mmHg FC: 78 lat/min FR: 17 res/min T°: Afebril Peso: 55 kg Talla: 1.50 m IMC: 24.4

Ectoscopía. AREG, AREN, AREH.

Examen físico:

Mamas: Blandos, no dolorosas

Abdomen: ocupado por útero grávido, RH (+), HOP (-), AU: 26 cm SPP: LCI, LCF: 147xmin, MF: ++/+++, DU: ausente

Genitales: Adecuados para edad y sexo.

Cérvix: Posición: central, Consistencia: blando, D: Dehiscencia un dedo, AP: fuera de pelvis, M: Rotas, líquido cristalino sin mal olor.

Pelvis CD>12, CO>10.5, ASP>90%, DBI>8, Tipo: Ginecoide.

MI: No edemas, ROT: ++/+++

SNC: LOTEP, Glasgow 15/15.

Resto de sistemas sin alteraciones

Exámenes de laboratorio:

Grupo y Factor: O (+). 03/08/21: Examen de orina (Leucocitos: 2-4 xc, Hematíes: 1-2xc, Gérmenes: 1+), Tiempo de coagulación: 6 ss, Tiempo de sangría: 2 ss

Tabla 2. Exámenes de laboratorio durante la hospitalización

	03/08/21	04/08/21	06/08/21
Hematocrito	32%	28.8%	32%
Hemoglobina		9.7 g/dL	10.3 g/dL
Leucocitos		13.24 $10^3/uL$	9.2 $10^3/uL$
Plaquetas		165 x $10^3/uL$	165 x $10^3/uL$
PCR		0.36	0.31

Fuente: Elaboración propia.

Impresión diagnóstica:

1. Segundigesta nulípara de 30ss5d por ecografía de I trimestre
2. APP

3. RPM +/- 24 hras
4. Anemia moderada asintomática

Tratamiento:

1. DB + LAV
2. NaCl 0.9% 1000 cc > XVL gotas x min
3. Nifedipino 10 mg VO c/6 horas (hasta completar corticoterapia)
4. Dexametasona 60 mg IM C/12 horas x 4 dosis
5. Ampicilina 2gr EV c/6 horas
6. Eritromicina 500 mg VO C/8hrs
7. Sulfato ferroso 300 mg C/12 horas
8. MMF + CFV

## **ROTACIÓN DE PEDIATRÍA**

### **Caso clínico N° 13**

Paciente varón de 5 años traído por madre acude a consultorio externo por presentar lesiones eritematosas y pruriginosas en el pliegue axilar, cuello, y tronco; madre refiere que su menor hijo se rasca más por las noches. Menciona su sobrino mayor presenta lesiones similares en las piernas y muñecas

Ex. físico: T: 37.0°C FC: 20x FR: 98x SatO2: 98% Peso: 17kg

Piel: múltiples lesiones papulares polimorfos eritematosos en zona de cuello, periumbilical, tórax y pliegue axilar.

Resto de aparatos sin alteraciones

Diagnóstico: Escabiosis

Tratamiento:

Benzoato de Benzilo 25% x 120ml loción → aplicar en todo el cuerpo por la noche y retirar a la mañana siguiente mediante el baño

Loratadina 5mg/5ml x 60ml jarabe → 1 ½ cucharita por la noche durante 5 días

### **Caso clínico N° 14**

Paciente varón de 6 años traído por la madre quien refiere hace 1 semana menor presentó rinorrea, malestar general e irritabilidad durante el día; adicionalmente indica aumento de temperatura hace 2 días que se resolvió. Añade haber cumplido con el esquema de vacunación.

Respecto a las funciones vitales, se encuentran entre los rangos normales. Al examen físico se observaron múltiples lesiones maculopapulares eritematosas en brazos, piernas y nalgas. Por lo cual el médico a cargo sospecha de eritema infeccioso; con lo cual el tratamiento que se brindó es únicamente sintomático. Es decir, únicamente se le recetó paracetamol 120mg/5ml - 2 cucharitas condicional a elevación de temperatura; y loratadina 5mg/ml - 1 cucharadita 8am - 8pm x 4 días

### **Caso clínico N° 15**

Paciente mujer de 9 meses, madre refiere que menor presenta hace 2 días fiebre de 39°C persistente, acompañado de evacuaciones líquidas, sin moco, sin sangre en 8 oportunidades diarias de media taza. 1 día antes del ingreso, presenta pérdida del apetito. Cómo persiste con fiebre, la madre la trae a la emergencia.

Antecedentes personales:

Prenatales: G3P3003 CPN: 5 VAT: Sí (2 dosis) N° de hijo: 3era

Intercurrencias: ITU en II trimestre, Vulvovaginitis en II trimestre.

Natales: EG: 38 ss PN: 3900 g / Talla: 51 cm / Llanto inmediato: No

Parto hospitalario por Ruptura Prematura de Membranas/Macrosomía, alta a las 24 horas de alojamiento conjunto.

Posnatales: LME 6 meses: Mixta: LM + formula / Ablactancia: 6 meses

Vacunación: Completas / Desarrollo psicomotor adecuado

Socioeconómicos: Vivienda de material noble con servicios básicos, 2 habitaciones, 5 personas, Niega mascotas. Niega viajes.

Patológicos: Niega alergias, niega cirugías, niega nebulizaciones. Presentó Infección de tracto urinario a los 6 meses, se aisló *E. coli*, recibió tratamiento completo que familiar no recuerda.

Familiares: Madre: Antecedente de infección urinaria desde la infancia, Padre: Obesidad, Hermanos: Aparentemente sanos.

Funciones biológicas:

Apetito: Disminuido Sed: Conservado Orina: Conservado Deposiciones: Aumentado

Al examen físico:

Funciones vitales y antropometría: FC: 101 x' T: 37°C FR: 21 x' SatO<sub>2</sub>: 99% FiO<sub>2</sub>: 0.21 Peso: 14.5 Kg

Piel y TCSC: T/H/E, llenado capilar <2", turgencia y elasticidad conservada, no lesiones.

Cabeza: Normocéfalo, ojos móviles y simétricos, nariz sin secreciones.

Orofaringe: No congestiva, no placas.

TyP: Simétrico, amplexación conservada, murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares.

CV: Ruidos cardiacos rítmicos regulares audibles, no soplos audibles.

Abdomen: RHA (+), B/D, no visceromegalia. GU: De aspecto normal

SNC: Activa, despierta, responde a estímulos externos.

Exámenes de laboratorio

Examen de orina (orina extraída con sonda vesical): Células epiteliales: 1-2 xc, Leucocitos >100 xc, Piocitos: 2+, Hematíes: 4-6xc, Gérmenes: 3+, Nitritos: +, Hemoglobinas: +1.

Reacción inflamatoria: Leucocitos: 50-70 xc, Leucocitos aglutinados: 2+, Moco fecal: 1+, Hematíes: 2-4xc, Levaduras: 2+

Glucosa: 92 Urea: 12 rea: 0.43 PCR: 4.41 mg/dL

Hemograma: Leucocitos:  $8.47 \times 10^3$ , Hb: 12.1 g/dL, Plaquetas: 380000

Ecografía de vía urinaria y renal: Doble sistema pielocalicial renal derecho como variante anatómica, riñón izquierdo de aspecto normal, vejiga a escasa distensión sin alteraciones categóricas en estas condiciones.

Impresión diagnóstica:

1. Pielonefritis aguda
2. Doble sistema pielocalicial
3. Obesidad pediátrica

Tratamiento:

1. LM a demanda + Dieta completa
2. Amikacina 220 mg EV c/24 horas (lento y diluido)
3. Paracetamol 100mg/ml: 43 gotas PRN  $T^{\circ} \geq 38^{\circ}\text{C}$
4. CFV + Observación de signos de alarma + BHE
5. Hospitalizar

Después de 3 días de hospitalización, la fiebre y las deposiciones acuosas remiten. Urocultivo presenta *E. Coli* sensible a Cefuroxima. Sale de alta con indicaciones:

Tratamiento:

1. Cefuroxima 250mg/5ml → 4.5 ml VO c/12 horas x 5 días
2. Paracetamol 120mg/5ml → 9 ml condicional  $T \geq 38^{\circ}\text{C}$
3. Acudir a seguimiento por consultorio de pediatría en 1 semana donde se le evaluará y hará referencia para Nefrología Pediátrica y Endocrinología en el Hospital Nacional del Niño.

### **Caso clínico N° 16**

Paciente de 16 meses, varón, acude a emergencia del CC. SS acompañado de su madre. Familiar refiere que hace 3 días presenta fiebres de  $39^{\circ}\text{C}$  que remiten al consumo de antipirético, acompañado de rinorrea. El día de hoy, le salen manchas punteadas en el tórax, abdomen, miembros inferiores y cabeza.

Antecedentes personales:

No alergias, no cirugías. Niega enfermedades previas. Familiares aparentemente sanos. Vacunas previas completas.

Examen físico:

Funciones vitales y antropometría: FC: 85x' FR: 19x' Sat: 99% Fio2:0.21 Peso: 14 kg Talla: 92 cm

Piel: T/H/E, llenado capilar < 2 seg, lesiones puntiformes no vesiculosas, distribuidas en tórax, miembros inferiores, cuello y abdomen.

Ojos: Conjuntivas hidratadas, no pálidas, no secreciones.

Faringe: No eritematosa, no placas.

Oídos: Membranas timpánicas indemnes.

Resto de examen físico sin alteraciones.

Impresión diagnóstica:

1. Exantema súbito

Tratamiento

1. Paracetamol 120mg/5ml → 8.5 ml condicional a  $T \geq 38$  o a dolor.
2. Rhino - BB → 2 Gotas en cada fosa nasal condicional a congestión nasal.

## **CAPÍTULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLÓ LA EXPERIENCIA**

Los primeros 5 meses se desarrollaron en el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa (DIRIS centro) que se encuentra en la avenida República de Panamá 6399, distrito de Miraflores en Lima metropolitana; y en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (DIRESA Callao) ubicado en la Avenida Guardia Chalaca 217 en el distrito de Bellavista en la región del Callao. Ambos nosocomios se categorizan en el tercer nivel de atención siendo el primero III - E, y el segundo III - 1(30,31).

### **Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa**

En el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa se cuenta con los siguientes servicios asistenciales:

- Departamento de Medicina: incluyendo Emergencias, Trauma shock, Hospitalización, Pediatría, UCI y Triage.
- Departamento de Traumatología: Tópico de traumatología, Hospitalización y cirugía; Medicina física y Rehabilitación.
- Departamento de Cirugía: cirugía ginecológica, cirugía de tórax y cardiovascular, otorrinolaringología, cirugía general, y hospitalización de cirugía hombres y mujeres.
- Departamento de Anestesiología: brinda servicio de Sala de recuperación y Operaciones.
- Departamento de Neurocirugía: Hospitalización, cirugía de Neurocirugía.

Se distribuye entre todos los servicios ya mencionados, 82 camas y 30 camillas de la siguiente forma:

Figura 1. Distribución de camas y camillas HEJCU

DISTRIBUCIÓN DE CAMAS	N°	Total
Hospitalización en Medicina	20	82
Hospitalización en Cirugía	26	
Hospitalización de Neurocirugía	11	
Hospitalización en Traumatología y Ortopedia	14	
Unidad de Cuidados Intensivos	5	
Unidad de Cuidados Intermedios	6	
DISTRIBUCIÓN DE CAMILLAS	N°	Total
Reposo de Niños (Pediatria)	5	30
Reposo de Mujeres	10	
Reposo de Varones	10	
Recuperación	5	

Fuente: Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa.” Plan Operativo Institucional Modificado 2021 [Internet]. Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, editor. Lima; 2021 [cited 2022 Mar 2]. Available from: <http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/>

Adicionalmente existen otros servicios indispensables para el correcto funcionamiento del nosocomio, tales como: servicios administrativos, epidemiología, patología clínica, nutrición, servicio social, diagnóstico por imágenes (Tomografía, ecografía, radiografía, etc.) y farmacia (31).

El detalle de esta infraestructura ha tenido ciertas modificaciones internas por la pandemia ya que se deben aislar los pacientes infectados con COVID - 19; por lo tanto, se agregan servicios como Trauma shock COVID, UCI COVID y Hospitalización COVID para evitar la propagación de la enfermedad.

### **Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión**

En el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, cuenta con los siguientes servicios asistenciales (32):

- Departamento de atención ambulatoria y hospitalización, que incluye los consultorios externos, la hospitalización y el servicio de preventorio y salud pública.

- Departamento de Medicina, que incluye los servicios de Medicina I y II, Cardiología, Endocrinología, Dermatología, Reumatología, Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Neumología, Neurología, Psiquiatría, Nefrología, Geriátría.
- Departamento de Cirugía, que incluye los servicios de Cirugía General I y II, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Quemados, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Ortopedia y Traumatología y Cirugía de Tórax y Cardiovascular.
- Departamento de Oncología, que incluye los servicios de Hematología, Oncología Clínica, Oncología quirúrgica.
- Departamento de Pediatría, que los servicios de Pediatría I (casos respiratorios) y II (casos que no sean respiratorios), Neonatología, Cuidados Intensivos Pediátricos.
- Departamento de Ginecología y Obstetricia, que incluye al servicio de Ginecología, Servicio médico quirúrgico de Obstetricia, Servicio de alto riesgo obstétrico y Servicios de Obstetricas.
- Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, que incluye al servicio de Emergencias, Cuidados Intensivos Adultos, Cuidados Intermedios Adultos y el Servicio de Gestión de Riesgos de Desastres.
- Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico.
- Departamento de Medicina y Rehabilitación, que incluye los servicios de Rehabilitación en niños y Rehabilitación en adultos.
- Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica, que incluye los servicios de Patología clínica, Hemoterapia y banco de sangre, y el servicio de anatomía patológica.
- Además, cuenta con otros departamentos como el Departamento de Diagnóstico por imágenes, Departamento de Farmacia, Departamento de Enfermería, Departamento de Odonto-estomatología, Departamento de Psicología, Departamento de Nutrición y Dietética, Departamento de Servicio Social, Departamento de Hospital de Día.

Para lo cual se tiene 516 camas distribuidas en 489 para la sala de hospitalización, 14 para la sala de UCI, 10 camas para la sala de observación y 3 camas para la unidad de shock trauma (33).

La última mitad del año se realizó el internado en el Centro de Salud El Pino en la avenida Floral 744, La Victoria y el Centro Materno - Infantil Perú Corea Bellavista ubicado en Manzana F, lote 5, Bellavista – Callao (34,35).

### **Centro de Salud El Pino**

Establecimiento de salud categoría I - 3 donde se prestan a cabo los siguientes servicios y las principales patologías que se abordan:

- **Nutrición:** Tamizaje, prevención y consejería nutricional en pacientes pediátricos. Consejería nutricional en problemas médicos, principalmente dislipidemia, diabetes mellitus, obesidad, etc. Consejería nutricional en gestantes y puérperas.
- **Medicina General:** Diagnóstico, tratamiento, y controles, según sea necesario, de diversas enfermedades transmisibles como no transmisibles; evaluación general en los controles de pacientes pediátricos, realización de referencias cuando el abordaje terapéutico y apoyo diagnóstico sobrepasa la capacidad resolutoria del establecimiento o si no se cuenta con la especialidad requerida.
- **Obstetricia:** control de gestantes y puérperas, planificación familiar, campañas de prevención de cáncer (examen de mama, papanicolau o auto-toma, etc.), campaña contra VIH a través de tamizaje, prevención ITS, etc.
- **Enfermería:** Principalmente se llevan a cabo CRED y vacunación en el centro salud y en campañas.
- **Prevención y control de Tuberculosis:** estrategia sanitaria donde se realiza diagnóstico, tratamiento y seguimiento (adhesión al tratamiento, controles, etc.) de Tuberculosis.
- **Otros servicios de apoyo:** farmacia, laboratorio, radiología, servicio administrativo.

### **Centro de Salud Materno infantil Perú-Corea Bellavista**

Establecimiento de salud que es la base de la Microred de Salud Bellavista. Tiene una categoría I – 4, que atiende las 24 horas y cuenta con servicio de hospitalización (33).

Cuenta con los servicios de:

- Consultorio externo de Medicina General, Ginecología y Obstetricia, Pediatría.
- Nutrición
- Crecimiento y desarrollo del niño sano (CRED)
- Planificación familiar
- Obstetricia
- Laboratorio
- Diagnóstico por imágenes (Ecografías y radiografías)
- Preventorio
- Farmacia y Admisión.
- Unidad de Seguro Social
- Emergencia COVID-19 y No COVID-19.
- Vacunación
- Ambulancia 24 horas.

Cuenta con 12 camas de hospitalización, de las cuales 10 son para la sala de hospitalización y 2 para observación. Atendiendo partos eutócicos y la atención al recién nacido las 24 horas, así como también el alojamiento conjunto de la madre-bebé (33).

## **CAPÍTULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL**

### **ROTACIÓN DE MEDICINA INTERNA**

#### **Caso clínico N°1 - Hiponatremia**

La Hiponatremia puede ser asintomática o sintomática, depende de lo cual se le dará el respectivo tratamiento.

En el caso de la paciente que presentaba síntomas se debe abarcar el tratamiento con un bolo de 100 ml CNa 3%; en caso aún los síntomas persistan se repite la dosis dos veces en infusión durante 10 minutos.

Con el objetivo de incrementar el Na sérico de 4 - 6 mEq/L , que es lo necesario para revertir las manifestaciones severas, o máximo 8 mEq/L en 24 horas aunque al presentar síntomas o ser agudo se debe alcanzar esta meta en menos de 6 horas.

Se realiza la corrección de sodio de forma paulatina para evitar la herniación o el síndrome de desmielinización osmótica que se da cuando se corrige más de 10 mEq/L - 12 mEq/L por día (36).

#### **Caso Clínico N°2 - Pancreatitis Aguda**

La Pancreatitis aguda es diagnosticada con al menos 2 de los siguientes criterios:

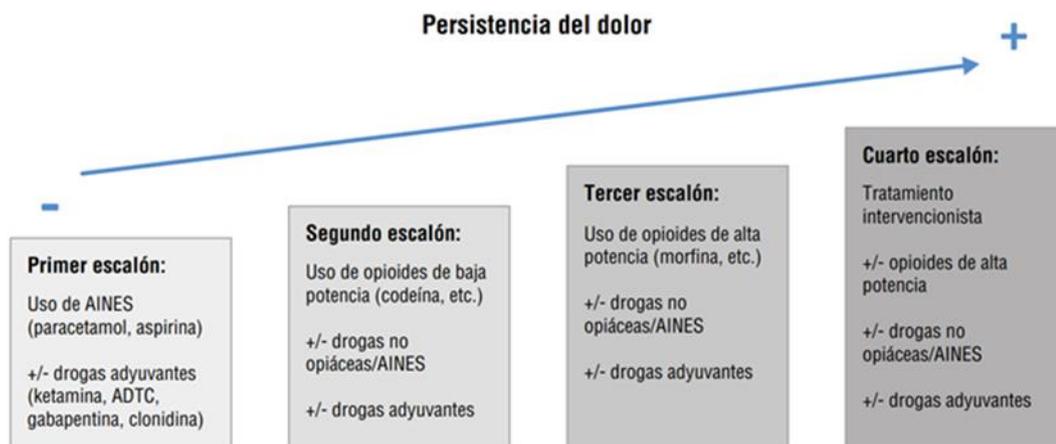
- Dolor abdominal característico: razón por la cual acudió el paciente a la emergencia.
- Amilasa/ Lipasa plasmáticas por encima de 3 veces su valor normal máximo
- Evidencia radiológica de pancreatitis: se evidenció grasa peripancreática, sin colecciones.

Es una patología inflamatoria causada principalmente por litiasis vesicular y también por alcohol; aunque al descartarlas, la siguiente etiología es la hipertrigliceridemia. Dicha enfermedad presenta diferentes grados de severidad, donde este caso se cataloga como una pancreatitis aguda leve porque no se evidencia infección ni falla orgánica. Adicionalmente el paciente tiene como antecedente un episodio de pancreatitis en 2015.

Respecto al tratamiento de la pancreatitis lo principal es no brindar nada por vía oral para no forzar al órgano inflamado a trabajar; la hidratación y los analgésicos. Por otro lado, debemos tener en cuenta el uso racional de los antibióticos solo si es requerido; por ende, la profilaxis antibiótica no está indicada en las guías de práctica clínica.

- **Analgésicos:** En este ítem se puede utilizar los diversos tipos de AINES como ibuprofeno (máx. 2400 mg/d), diclofenaco (máx. 150 mg/d) o ketorolaco (máx. 90 mg/d, pero no más de 5 días por su alta gastrolesividad); entre otros. Otra alternativa es la dipirona 1 - 1.5gr c/ 6 - 8 hrs. En caso no sea suficiente, subiremos el escalón; teniendo entre las opciones al tramadol 1 mg/kg + 3 - 4mg/kg/d, o meperidina en la misma dosis (37).

Figura 2. Escala de analgesia de acuerdo con la OMS.



Fuente: Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang HJ, Pires H, Basso S, et al. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. Acta Gastroenterol Latinoam. 2019;49(4):307–23

- **Hidratación:** se debe utilizar dentro de las primeras 24 horas del diagnóstico, utilizando cristaloideos como solución salina o lactato de ringer en una dosis de 5 - 10ml/kg; considerando comorbilidades como enfermedades renales, cardiovasculares, etc.
- **Monitoreo estricto** durante las primeras 24 - 48 horas (38)

### Caso clínico N°3 - Cetoacidosis diabética

El diagnóstico principal es una cetoacidosis diabética moderada según la tabla de clasificación del ADA; ya que el paciente presentó un Hemoglucotest: 361 mg/dl, Ph arterial en 7.19, HCO<sub>3</sub>: 13.4mEq/L, cuerpos cetónicos en orina ++; aunque en la escala de Glasgow obtuvo 15/15 puntos (39).

Tabla 3. Criterios de Cetoacidosis diabética y sus grados de gravedad.

	DKA			HHS
	Mild (plasma glucose >250 mg/dl)	Moderate (plasma glucose >250 mg/dl)	Severe (plasma glucose >250 mg/dl)	Plasma glucose >600 mg/dl
Arterial pH	7.25–7.30	7.00 to <7.24	<7.00	>7.30
Serum bicarbonate (mEq/l)	15–18	10 to <15	<10	>18
Urine ketone*	Positive	Positive	Positive	Small
Serum ketone*	Positive	Positive	Positive	Small
Effective serum osmolality†	Variable	Variable	Variable	>320 mOsm/kg
Anion gap‡	>10	>12	>12	Variable
Mental status	Alert	Alert/drowsy	Stupor/coma	Stupor/coma

\*Nitroprusside reaction method. †Effective serum osmolality: 2[measured Na<sup>+</sup> (mEq/l)] + glucose (mg/dl)/18. ‡Anion gap: (Na<sup>+</sup>) - [(Cl<sup>-</sup> + HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>) (mEq/l)].

Fuente: Gosmanov AR, Gosmanova EO, Kitabchi AE. Hyperglycemic Crises: Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar State. *Acute Endocrinology* [Internet]. 2021 May 9 [cited 2022 Mar 2];119–47. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279052/>

En el tratamiento lo principal es la hidratación, en este caso en el paciente se utilizó ClNa 0.9%. Se debe suministrar insulina regular intravenosa (0.1U/kg), seguida de infusión continua a la misma dosis; a todos los pacientes con gravedad moderada o severa, observando el nivel de potasio sérico mayor o igual a 3.3mEq/L; puesto que si su valor es menor se debe regularizar antes de aplicar la insulino terapia. Esto se debe al riesgo de arritmias cardiacas que se puede producir ya que la insulina bajaría más aún los valores de potasio (40).

### Caso clínico N° 4 – Infarto agudo de miocardio

Según estudios observacionales, los 5 mayores factores de riesgo para tener un IMA son: hipertensión arterial, fumar, dislipidemias, diabetes mellitus y la historia familiar de enfermedades cardiovasculares, de las cuales el paciente tiene 3 factores de riesgo (41).

En el manejo de un caso de dolor precordial con esos factores de riesgo, principalmente se concentra en el diagnóstico temprano, se recomienda que

la toma del electrocardiograma sea en los 10 minutos del ingreso a la emergencia (42). En este electrocardiograma se ve una elevación del segmento ST de la cara inferior del corazón. Para ello se pide también las troponinas a la llegada del paciente y a las 12 horas para el pronóstico, además se solicitan exámenes auxiliares basales (43). Debido a que el establecimiento no cuenta con intervención coronaria percutánea y el paciente se encuentra después de los 120 minutos límites del procedimiento; se procederá con la fibrinólisis. Debido a que el paciente tiene menos de 75 años se procederá a dar Clopidogrel 300 mg STAT y Aspirina de 325 mg VO STAT (44). Se le administra Morfina para reducir la incomodidad y la ansiedad. Como agentes anticoagulantes a pacientes que cursan con fibrinólisis menor de 75 años, se le dará una Heparina de bajo peso molecular como la Enoxaparina, 30 mg en bolo IV, luego 1 mg/Kg SC cada 12 horas. Además, se tiene que brindar Atorvastatina 80 mg VO y Omeprazol con Metoclopramida como protector gástrico y antiemético (42,43).

## **ROTACIÓN DE CIRUGÍA GENERAL**

### **Caso clínico N° 5 - Mordida Canina**

Callao es la quinta región que presenta mayor prevalencia de mordeduras caninas, siendo Lima la región con mayor cantidad de estos eventos (45). La rabia es un virus que se encuentra en la saliva del animal infectado y se transmite a través de mordeduras. Esta zoonosis puede llegar a provocar encefalitis aguda y progresar hacia la muerte, por ello, es fundamental la prevención oportuna. En el caso de las zonas urbanas como Lima o Callao, se transmite mayormente por canes, en cambio, en lugares rurales esta transmisión es causada por murciélagos hematófagos (46).

En el caso observamos una mujer que trabaja en una veterinaria que no cumplió sus dosis de vacunación profiláctica preexposición ya que podría estar expuesta a animales con rabia. Ella llega al servicio con mordeduras producidas por un perro sin sospecha de rabia, localizadas en el pulpejo de dedo y en la región tenar de la mano con lo cual se la califica como un caso de exposición grave. El tratamiento para estos casos consiste en el lavado profundo con yodopovidona y NaCl 0.9%, con una duración de 10 minutos,

las heridas no necesitaban afrontamiento. Posteriormente, se hace el reporte epidemiológico del caso, donde la paciente brindará datos del perro, si este tiene carné de vacunación, estará en observación por 10 días como lo indica la norma. La paciente refiere que la veterinaria se encargará de la observación por el tiempo determinado y que el animal tiene sus vacunas completas, pero sin evidencia del carné de vacunación.

Debido a su condición de exposición grave se le administra la vacuna profiláctica de rabia el día 0 y 3, considerándose el día 0 como el día de la mordedura, donde le aplicarán su primera dosis y el día 3 le corresponde su segunda dosis; si el animal no presenta signos clínicos de rabia, se suspende la profilaxis. De lo contrario se puede completar el control del animal o si hay sospecha clínica de rabia se procede a completar el esquema de vacunación en contra de la rabia según el esquema de recuperación o los días (7, 14, 28) (46). Además, debido a las infecciones que puede producir una mordedura se indica Amoxicilina + Ac. Clavulánico 500 mg/125 mg 1 tab c/8 hrs 7 días, para el dolor que la paciente refiere se le indica Diclofenaco en ampolla STAT y Paracetamol 500 mg 1 tab c/8 horas x 3 días (47). La paciente firma un acuerdo de cumplir con las dosis de vacunación estipuladas.

### **Caso Clínico N° 6 - Apendicitis aguda**

La apendicitis aguda es una de las patologías de emergencia quirúrgica más comunes en el mundo. Al inicio con la ecografía que se realizó el paciente se confirma el diagnóstico; sin embargo, no se sospecha o evidencia la perforación hasta el momento de la operación donde además se encontró un absceso apendicular y peritonitis localizada. Afortunadamente la paciente evolucionó favorablemente

Según el caso clínico el paciente se encontraba estable y sus síntomas estaban localizados; por ende, el manejo era una apendicectomía inmediata. De preferencia laparoscópica; puesto que disminuye la estancia hospitalaria, las complicaciones postoperatorias, entre otras.

Otra alternativa es el manejo inicial no quirúrgico con fluidos intravenosos y antibióticos empíricos de amplio espectro con actividad contra gram negativos

y anaerobios (Ceftriaxona 2g IV c/ 24 hrs + Metronidazol 500mg IV c/ 8hrs) (48). Esta opción permite disipar levemente la inflamación local, de tal forma que la apendicectomía se pueda desarrollar con menor riesgo.

### **Caso Clínico N° 7 - Colecistitis aguda**

La colecistitis aguda es una de las complicaciones más frecuentes de las colelitiasis. Los factores de riesgo consisten en pacientes mayores de 40 años, pertenecer al sexo femenino, obesidad, multiparidad e historia familiar; en el caso de la paciente, presenta 3 de estos factores de riesgo (49).

Los criterios diagnósticos para una colecistitis aguda están resumidos en los criterios de Tokio que reportan lo siguiente:

La paciente presenta 1 signo local a través del signo de Murphy, los 3 criterios sistémicos de inflamación y los hallazgos de imágenes presentes con un Murphy (+); con estos signos clínicos se establece el diagnóstico clínico de colecistitis aguda (50). Para determinar el grado de severidad de la colecistitis, se evalúa las horas de presencia de los síntomas actuales, a lo cual la paciente presente 24 horas de síntomas, sin disfunción orgánica y con cambios inflamatorios leves, por lo cual tienen un cuadro leve de colecistitis aguda (50).

Tabla 3. Criterios de Tokio para Colecistitis aguda

---

A. Local signs of inflammation etc.

(1) Murphy's sign, (2) RUQ mass/pain/tenderness

B. Systemic signs of inflammation etc.

(1) Fever, (2) elevated CRP, (3) elevated WBC count

C. Imaging findings

Imaging findings characteristic of acute cholecystitis

**Suspected diagnosis:** one item in A + one item in B

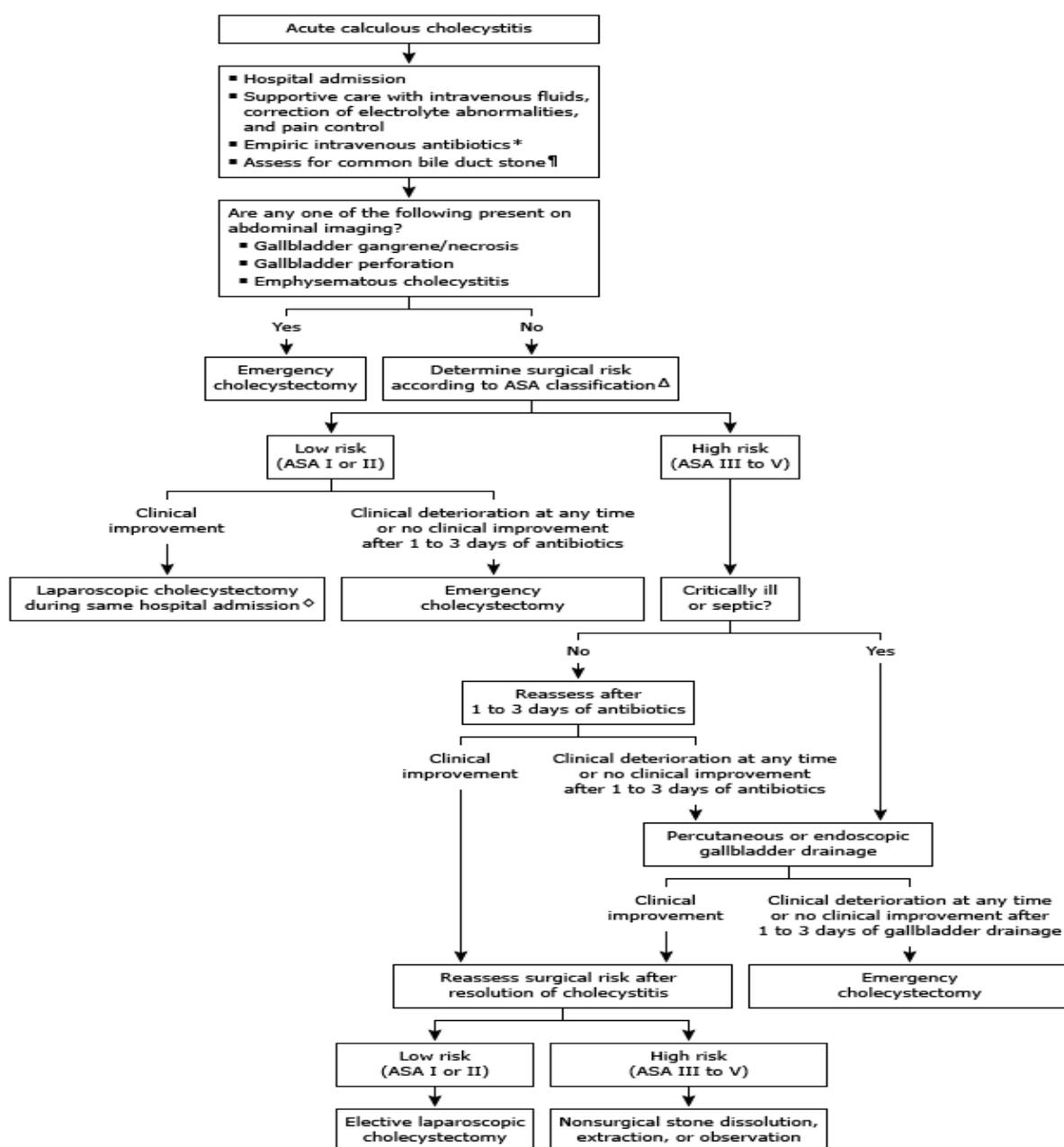
**Definite diagnosis:** one item in A + one item in B + C

Fuente: Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2022 Mar 2];2

Al diagnosticar al paciente, se le tiene que hospitalizar, hidratación endovenosa, control del dolor, administrar antibióticos intravenosos, y NPO. Con respecto al control del dolor, el manejo inicial es con un AINE, siendo el Ketorolaco el fármaco de elección inicial; sin embargo, como la paciente es alérgica a los AINES, se elige opiáceos como el Tramadol y Dimenhidrinato para evitar los efectos secundarios del Tramadol (51). Dentro del manejo antibiótico, se sabe que el organismo más frecuente es el *E.coli* (Gram negativo), por lo cual se iniciará con una Cefalosporina de tercera generación (Ceftriaxona 2 gr IV c/24 horas) y un fármaco para anaerobios (Metronidazol 500mg IV c/8hrs) (52).

Para determinar si el manejo quirúrgico deberá ser de emergencia o electiva, se determina de acuerdo con la clasificación del ASA, con lo cual la paciente se encuentra con un ASA II, y presentará mejoría clínica por lo cual se le realizará una Colecistectomía Laparoscópica (53).

## Algoritmo 1. Manejo de Colecistitis Aguda



Fuente: Treatment of acute calculous cholecystitis - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?source=history\\_widget#](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?source=history_widget#)

### Caso Clínico N° 8 - Hernia inguinal

Las hernias se definen como una protrusión de un órgano a través de una pared del cuerpo que normalmente la contienen o un agujero anatómico. Los factores de riesgo para recurrencia de hernias suelen estar más presentes en mujeres y hernia directa en la reparación primaria, como es el caso de la paciente. El debilitamiento de la pared abdominal puede ser causado por al

aumento en la presión intraabdominal como la presencia de tos crónica, estreñimientos, ejercicio intenso y embarazo, siendo este último, una de las causas del debilitamiento de la pared abdominal de la paciente (54).

La paciente presenta una hernia inguinal encarcelada, que se define como una hernia que no tiene cambios de coloración, es decir no presenta signos de estrangulación, y que no se puede reducir voluntariamente. Para el diagnóstico se recomienda un examen auxiliar económico y no invasivo como la ecografía inguinal donde se encuentra una hernia inguinal encarcelada asociada a líquido libre y dilatación retrógrada de asa intestinal probablemente obstructivo, con lo cual sabiendo que una de las complicaciones de las hernias encarceladas es la obstrucción intestinal se le coloca una SNG y se le pasa hidratación profusa, además en la ecografía se observó líquido libre lo cual nos indica que la hernia, a medida que se acumule el edema y se reduzca el flujo venoso, linfático y por último renal, progresará a una hernia estrangulada(55).

El manejo de estos pacientes se hace a través de una reparación quirúrgica abierta debido a que la hernia es complicada, asimismo, se utilizará una malla ya que la hernia no presentaba gangrena o isquemia, a través de la técnica de Liechtenstein, que estudios mencionan tiene menor riesgo de recurrencia (56).

## **ROTACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

### **Caso Clínico N°9 y N°10 - Enfermedad inflamatoria pélvica - Candidiasis vaginal**

Ambos casos se van a regir en el tratamiento según la “Norma técnica de salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú”

En el caso N° 9 podemos diagnosticar o sospechar de la enfermedad inflamatoria pélvica, principalmente, por el dolor pélvico y en el tacto vaginal - el dolor a la movilización del cérvix y la palpación de anexos; añadido a esto presenta factores de riesgo como tener diferentes parejas sexuales, sin protección.

Por lo cual el tratamiento ambulatorio, bajo el ítem de síndrome de dolor abdominal bajo, según la guía es:

- Ciprofloxacino 500mg VO (dosis única) + Metronidazol 500mg VO c/ 12 hrs por 14 días + Doxiciclina 100mg VO c/ 12hrs x 14d (57).

En el caso N°10 el diagnóstico principal es Candidiasis vaginal; que se encuentra bajo el síndrome de flujo vaginal donde el tratamiento que se da abarca también patologías como vaginosis bacteriana y tricomoniasis que es lo más frecuente. En este caso clínico el tratamiento brindado al paciente difiere de lo propuesto por el MINSA; debido a que la sintomatología del paciente es bastante característica para Cándida como el prurito y el flujo vaginal. Aun así, se obtuvieron resultados favorables en la paciente.

Tratamiento - Síndrome flujo vaginal según MINSA:

- Metronidazol 2 gr VO dosis única +/- Clotrimazol 500 mg vía vaginal en dosis única (57).

### **Caso clínico N° 11 - Diabetes gestacional**

La diabetes gestacional se define como una alteración en el examen de tolerancia a la glucosa detectado por primera vez durante el embarazo. Esta enfermedad se asocia con mayor riesgo de hipertensión gestacional, tal como tiene la paciente; para el feto los factores de riesgos serían macrosomía fetal, trauma perinatal, mortalidad perinatal, hipertrofia cardíaca, problemas respiratorios, alteraciones metabólicas y polihidramnios, que califican esta gestación como de riesgo (58).

El diagnóstico de diabetes gestacional se hace con las pruebas de tolerancia de glucosa entre las 24 y 28 semanas de gestación, una de ellas consiste en tomar una prueba de glucosa en ayunas, brindar a la madre, 100 gramos de glucosa en solución oral para luego hacer unas medidas de la glucosa a los 60', 120' y 180', un test positivo consiste en basal >95 mg/dL, 60'>180 mg/dL, 120' >155 mg/dL, 180'>140 mg/dL, teniendo dos valores positivos en estas pruebas, se diagnostica como diabetes gestacional(58).

El primer manejo para estas pacientes será los cambios en la dieta con reducción de carbohidratos y aumentando el ejercicio físico, para tener

objetivos de glucosa <95 mg/dL en ayunas, <140 mg/dL a 1 hora posprandial y <120 mg/dL a 2 horas posprandial (59). Si estos objetivos no se cumplen durante 1 semana de monitoreo, se tendría que agregar al cambio de estilo de vida una terapia farmacológica, con lo cual la insulina es la indicada, sin embargo, en casos la paciente no desee administrarse insulina, como fue el caso de la paciente, se estaría iniciando con metformina 500 mg por día después de la cena. Como la norma glucemia no se vio alcanzada, a través de una interconsulta de endocrinología, se estableció administrarle Insulina NPH 09 UI SC a las 20 horas (60).

Se sabe que las mujeres con diabetes gestacional no pueden dar a luz después de las 40 semanas, la paciente empezó con PDTP a las 37 semanas, con lo cual se le hará la maduración cervical y la inducción del trabajo de parto. Para la hipertensión gestacional de la paciente, se le administraría Nifedipino 10 mg VO en caso de PA  $\geq$  160/110, dado que se tienen acceso a una vía intravenosa disponible (61).

La madre da a luz a un recién nacido no macrosómico con un Apgar 9 al 1' y 9 a los 5', se le atiende por anticoncepción donde decide utilizar un implante subdérmico, se le da de alta conjunta a su paciente con sulfato ferroso 300 mg c/24 horas x 30 días e ibuprofeno de 500 mg c/8 horas x 3 días.

### **Caso clínico N° 12 - Ruptura prematura de membranas**

La ruptura prematura de membranas (RPM) se produce antes de las 37 semanas de gestación y ocurre antes del inicio de las contracciones uterinas. Sus factores de riesgo serían estado socioeconómico bajo, antecedente de RPM en embarazos previos, periodo intergenésico menor de 18 meses, entre otros; asimismo, la mayoría de las pacientes no tendrán factores de riesgo identificables, que parece ser el caso de esta paciente (62).

Para el manejo en estos casos, debemos tener en cuenta la edad gestacional, presencia de infecciones maternas o fetales, trabajo de parto o no, presentación fetal y bienestar, maduración pulmonar, estado del cérvix, y disponibilidad de un cuidado neonatal adecuado.

El feto sería prematuro y se encuentra antes de las 34 semanas, por ello se le administra corticoides que disminuirán los riesgos de presentar muertes neonatales, síndrome de distrés respiratorio, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante y disminuye el tiempo de asistencia respiratoria neonatal. A la paciente se administró Dexametasona 60 mg IM C/12 horas x 4 dosis, al mismo tiempo para cerciorarnos que la paciente complete el tratamiento con corticosteroides, se le indicará tocolíticos como Nifedipino 10 mg VO c/6hrs (63).

Asimismo, habiendo pasado más de 24 horas desde que ocurrió la RMP, tenemos que asegurarnos que la paciente no haga corioamnionitis, la vemos estable, sin fiebre, el feto estable, hubo una alteración en la leucocitosis que fue remitida después de la administración de antibióticos, vemos que presenta un líquido cristalino sin mal olor, no cumpliendo criterio de Gibbs; para evitar la progresión hacia una infección se indica antibioticoterapia de amplio espectro con Ampicilina 2 gr EV c/6 horas y Eritromicina 500 mg VO C/8hrs x 48 horas, que luego cambiará a Amoxicilina VO 250 mg/8 horas y Eritromicina 333 mg C/8 horas x 5 días(63). Para controlar, el bienestar fetal se le hace monitorizaciones diarias con NST y perfil biofísico, en el cual el feto no muestra anomalías. En los exámenes de laboratorio, la paciente mostró ausencia de infección urinaria y anemia moderada a lo cual se le administró sulfato ferroso 300 mg C/12 horas. Se evolucionará la evolución espontánea del parto, esta evolución puede durar desde 24 horas hasta 59 días (62).

## **ROTACIÓN DE PEDIATRÍA**

### **Caso Clínico N° 13 - Escabiosis**

La escabiosis es una patología de la piel causada por el *Sarcoptes Scabiei* que se manifiesta como múltiples pápulas eritematosas polimorfa y prurito intenso que se incrementa por las noches. La distribución principal está en pliegues, genitales, axilas y muñecas; aunque la cara también es afectada en pacientes pediátricos muy jóvenes.

La transmisión es humano - humano, puesto que la especie infectante en los animales es de un subtipo diferente. Se da a través de un contacto prolongado

y directo piel - piel (miembros de una familia); es por ello que las indicaciones de tratamiento son dirigidas a todos los integrantes (64).

Como terapia de primera línea se puede indicar Benzoato de Bencilo 25% tópico o Permetrina 5% en crema que se aplica desde el cuello hasta los pies, incluyendo entre los dedos, por la noche. Luego en la mañana (luego de 8 - 14hrs) se retira en el baño; y se repite a la semana siguiente. Adicionalmente se brinda ivermectina 200 mcg/kg y se repite la dosis en 1 semana (65). Se debe recordar que este tratamiento debe ser llevado por los integrantes de la familia; ya que si uno sigue contagiado puede seguir permaneciendo la patología.

Por otro lado, si bien es cierto la guía no menciona el uso de antihistamínicos, es bueno agregarlo en el tratamiento debido a que el prurito es intenso y puede causar heridas en los afectados (65).

#### **Caso Clínico N°14 - Eritema infeccioso**

El eritema infeccioso es también llamado la quinta enfermedad exantemática causada por el parvovirus B19; tiene un periodo de incubación de aproximadamente 4 - 28 días. Su clínica se caracteriza por iniciar con un cuadro catarral, posteriormente presenta un eritema o rubefacción delimitado en ambas mejillas (signo de doble bofetada) (66). Luego se agrega el eritema maculopapular eritematoso múltiple de patrón festoneado y reticular que abarca brazos, nalgas y muslo, pero sin afectar plantas ni palmas. Dicho exantema desaparece sin descamar espontáneamente y puede cambiar la intensidad de aparición según el estrés, temperatura o ejercicio físico.

En el caso sospechamos del eritema infeccioso por el antecedente del cuadro catarral con el malestar general, rinorrea, y la observación del eritema en el cuerpo; a pesar de que la madre no nos informó si el niño presenta o no rubefacción en las mejillas. En el tratamiento, ya que es sintomático, le brindamos un antipirético por si presenta aumento de temperatura; usualmente el eritema infeccioso no se acompaña de fiebre, pero sí puede presentar febrícula en algunos casos (66). De la misma forma se le prescribió loratadina porque el paciente aún presentaba en menor intensidad rinorrea.

### **Caso Clínico N°15 - Pielonefritis aguda**

La prevalencia de infecciones urinarias en niñas de 6 a 12 meses es de 8.3%, en comparación con 1.7% en los niños de la misma edad. Los factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad son las anomalías congénitas y ser del sexo femenino, que son características de la paciente (67). Asimismo, dentro de la historia clínica de la paciente observamos que a los 6 meses tuvo un caso de infección urinaria donde se aisló E. coli (el patógeno más común en infecciones urinarias), además, su madre tiene antecedente de infecciones urinarias. La infanta presenta un cuadro de fiebres  $\geq 39^{\circ}\text{C}$ , asociado a diarreas acuosas en varias oportunidades, pérdida del apetito y con el examen físico indemne en los demás sistemas, razón por la cual y por los antecedentes de sospecharía de una Pielonefritis aguda (68). Por ello, se le pide un examen de orina a través de una sonda vesical para mayor certeza del diagnóstico, donde se encuentra leucocituria y piuria, por ello se decide hospitalizar para asegurar el tratamiento de la paciente. En los casos de pielonefritis, se trata con aminoglucósidos o cefalosporinas como primera línea de fármacos parenterales empíricos, se eligió Amikacina 15mg/kg cada 24 horas. Luego, de 3 días en los cuales estuvo afebril se decidió darle de alta con tratamiento ambulatorio que incluía un antibiótico por vía oral, asimismo se recibió el urocultivo donde se aislaba E. coli que era sensible a Cefuroxima, con lo cual se le recetó este fármaco 30 mg/kg/día en cada 12 horas x 5 días (69). Se le recomienda a la paciente acudir al consultorio de pediatría para su control y acudir al Hospital Nacional del Niño donde pueda hacer seguimiento con un Nefrólogo pediatra por el antecedente de doble sistema pielocalicial y con el Endocrinólogo pediatra por el antecedente prenatal de macrosomía, la obesidad infantil que presentaba y el antecedente familiar de obesidad del padre.

### **Caso Clínico N°16 - Roséola**

El exantema súbito, sexta enfermedad o roséola es causado por el Herpes virus 6 (HHV-6). Esta enfermedad es prevalente en niños de 7 meses hasta los 13 meses, siendo más presente en primavera y otoño; un 90% de los casos se desarrollarán antes de los 2 años, como el paciente que se evaluó. La

forma de contagio ocurre usualmente sin exposición conocida, pero puede diseminarse por contacto con los fómites de un familiar infectado (70).

El cuadro clínico comienza con fiebres que pueden superar los 40°C por 3-5 días. En estos días la sintomatología puede estar acompañada de rinorrea, irritabilidad, conjuntivitis palpebral, otitis media, párpados edematosos; el paciente solo presentó rinorrea y fiebre. Después de 3 días, la etapa febril terminará abruptamente, y el niño presentará un Rush maculopapular en todo el cuerpo, comenzando desde el cuello y tronco, para luego dispersarse a la cara y extremidades (70). Bajo esta clínica se le diagnosticó al niño exantema súbito, habiendo ya remitido su etapa febril, se le explica a la madre que esta enfermedad es autolimitada y que el rash desaparecerá esporádicamente. El tratamiento es más sintomático, por ello se le indica Paracetamol 120mg/5ml condicional a fiebres o dolor y Rhino – BB condicional a congestión nasal.

## **CAPÍTULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA**

Los seis primeros años de estudios de la carrera de medicina humana son primordiales para tener los conocimientos prácticos y teóricos para un adecuado desarrollo del internado médico, el séptimo año. El día 15 de marzo de 2020 se suspendieron todas las actividades educativas a nivel nacional en el marco de la pandemia por COVID-19. Es así como miles de estudiantes del 6to año tuvieron que iniciar su último año de clases teóricas de forma virtual, haciendo que estos no pudieran tener prácticas clínicas de cursos importantes como Medicina Legal, Ginecología y Pediatría. Siendo las dos últimas especialidades primordiales para un adecuado desarrollo del internado. Evitando de esta forma que el interno de medicina tuviera experiencias previas de atención de un parto eutócico, practica de suturas de desgarros perineales y del canal vaginal, alumbramiento dirigido, noción de Aspiración Manual Endouterina (AMEU), legrados, atención del recién nacido, reanimación cardiopulmonar en pediatría, logrando de esta forma que los internos no se sintieran seguros en estas prácticas cotidianas del internado que serán fundamentales para el SERUMS.

Para subsanar estas deficiencias el establecimiento de salud donde el interno asistió tendría que tener las herramientas necesarias y la docencia adecuada para enseñar este tipo de procedimientos, por otro lado la universidades brindan externados médicos en el sexto año de medicina para poder entrar con más base y sabiendo el sistema del hospital al que el alumno quisiera asistir para su internado, esto toma mayor relevancia para las promociones siguientes que tendrán 2 años de clases virtuales sin prácticas clínicas con pacientes.

Por otro lado, los internos de medicina se enfrentan a un ENAM, que es un examen fundamental que ayudará a determinar su lugar de trabajo para el SERUMS, así como sus puntos adicionales para el residentado médico en el Perú, es por ello que debido a la importancia de este evento los alumnos tienen que dividir sus actividades entre el trabajo en sus respectivos centros

de salud y sus estudios para el ENAM, con ello diversas universidades brindan beneficios a sus alumnos de internado estableciendo convenios con academias para que se aseguren que sus alumnos reciban la mejor preparación para este examen, asimismo, como parte práctica que ayudaría a la toma de decisiones para el examen como para la práctica médica, facultades de medicina establecen casos clínicos simulados donde el alumno maneja patologías en un paciente y ve como la toma de sus decisiones afecta realmente a un paciente que se realiza con la guía de un docente.

Asimismo, los alumnos del internado médico han tenido que expresar su descontento para lograr lineamientos para el desarrollo de su internado médico, logrando obtener vacunas, estipendio, seguro y establecimiento de las 150 horas mensuales, EPP; sin embargo, se sabe que muchos de estos lineamientos no se cumplen. Haciendo que el interno se quede más de 150 horas en el hospital, llegando a pasar más de 12 horas en el hospital, sin estar de guardia, haciendo guardias “voluntarias”, pero de no realizarse habrá castigos impuestos, no brindando EPP para todos los días en los cuales el interno se encuentra de servicio, es importante que las instituciones fomenten el cumplimiento de los lineamientos hacia los jefes de cada servicio y se respete los derechos de los internos.

Si bien el internado médico es una etapa compleja, es uno de los momentos más importante de la carrera, donde no solo se adquieren conocimientos relacionados a lo profesional, sino también la parte “humana” con la cual hablamos o nos relacionamos con los pacientes. Con el tiempo, los internos se dan cuenta de la satisfacción al ver los pacientes que al inicio solo expresaban palabras de dolor o molestia respecto a sus patologías; poco a poco se alivian y se van agradecidos con una bonita experiencia respecto al servicio y el establecimiento de salud donde fue atendido. Adicionalmente, es una época donde se aprende a discernir y adquirir aprendizajes de la mejor forma, a consideración de cada uno, a la hora de tratar a los pacientes; puesto que, así como cada médico tiene su propio criterio médico, también tienen diferentes caracteres y personalidades, las cuales en algunos casos no son los más apropiados. Es por tal, que mencionamos la importancia de aprender

lo correcto y adecuado profesionalmente; teniendo en cuenta que en la relación médico - paciente es muy importante la empatía y la confianza que se transmite.

Por otro lado, en esta última etapa, se toma consciencia de la responsabilidad, seriedad y el constante estudio que conlleva la carrera, siempre en beneficio de los demás. Aunque muchas veces generan emociones adversas como presión o estrés, sobre todo en los últimos meses, donde se acerca el momento de rendir el ENAM, pero también una gran emoción tanto en internos como en las familias respectivas por la titulación.

## CONCLUSIONES

1. La fase del internado médico es esencial para la formación profesional de los estudiantes de medicina, siendo una etapa donde se consolidan los conocimientos prácticos y teóricos que se han ido adquiriendo a lo largo de la carrera. De esta forma, la práctica clínica diaria con el paciente hace que el interno de medicina tenga mayor facilidad de recordar o realizar procedimientos de forma automatizada, prescribir medicamentos, reconocer signos y síntomas, que le ayuda a tener confianza en el manejo del paciente.
2. Debido al contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, el internado 2021 no se ha desarrollado de forma tradicional, donde el aprendizaje ha sido obstaculizado hasta cierto grado. Sin embargo, se ha logrado, en medida de lo posible, las metas y objetivos primordiales en las 4 grandes especialidades que conforman la carrera de medicina humana.
3. Adicionalmente, se debe tener en cuenta que el interno de medicina debe tener la predisposición, voluntad e interés de consultar y absorber todo el aprendizaje que los asistentes, residentes o personal de salud en general, les brindan; puesto que ya se encuentran a un año de ser médicos. Y por más que haya tutores, la responsabilidad del aprender está a cargo de cada uno para la buena praxis médica.

## RECOMENDACIONES

- Cambio curricular para los alumnos de pregrado de medicina, de tal forma que en el sexto año realicen un externado médico.
- Establecer convenios con establecimientos de salud que tengan centros de simulación para realizar las distintas prácticas de medicina.
- Establecer horas respetadas donde el tutor de la rotación brinde docencia práctica acerca de los procedimientos médicos que se realizan.
- Realizar casos clínicos simulados bajo la supervisión del docente - tutor para ayudar al interno de medicina a entender la magnitud de sus decisiones clínicas.
- Se debe fomentar el cumplimiento de los lineamientos de internado médico por cada jefe de servicio de cada hospital.
- Brindar los EPP necesarios de parte de la universidad para un adecuado desarrollo de la práctica clínica, debido a la interacción con pacientes con tuberculosis, asistencia de partos, atención de recién nacidos, etc.
- Establecimiento de la “Ley del internado” N°6969.
- Fomentar la capacitación y aumento del personal administrativo de la universidad para que desarrollen a tiempo los trámites de bachiller, titulación, registro en ASPEFAM, de tal forma que los internos puedan concentrarse solo en su ENAM.
- Predisposición de la universidad para establecer convenios con distintas academias que preparen para el ENAM.
- Establecer incentivos a los alumnos que saquen notas mayores de 15 en el ENAM para mejorar la posición de la universidad en el ranking por ENAM a nivel nacional.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Eminem – Lose Yourself Lyrics | Genius Lyrics [Internet]. [cited 2022 Mar 2]. Available from: <https://genius.com/Eminem-lose-yourself-lyrics>
2. Muralidar S, Ambi SV, Sekaran S, Krishnan UM. The emergence of COVID-19 as a global pandemic: Understanding the epidemiology, immune response and potential therapeutic targets of SARS-CoV-2. *Biochimie* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2022 Feb 19]; 179:85. Available from: [/pmc/articles/PMC7505773/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33057773/)
3. Grifoni A, Sidney J, Zhang Y, Scheuermann RH, Peters B, Sette A. A Sequence Homology and Bioinformatic Approach Can Predict Candidate Targets for Immune Responses to SARS-CoV-2. *Cell Host and Microbe* [Internet]. 2020 Apr 8 [cited 2022 Feb 19]; 27(4):671-680.e2. Available from: <http://www.cell.com/article/S1931312820301669/fulltext>
4. Lossio J. Covid-19 en el Perú: respuestas estatales y sociales. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2021 Apr 30 [cited 2022 Feb 19]; 28(2):581–5. Available from: <http://www.scielo.br/j/hcsm/a/Jm4F4MvZ6DHyT5jKvvdLShy/>
5. COVID-19 Daily Update: 11 March 2020 [Internet]. [Cited 2022 Feb 19]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54349?show=full>
6. Decreto Supremo N° 044-2020-PCM - Gobierno del Perú [Internet]. [Cited 2022 Feb 19]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/460472-044-2020-pcm>
7. Resolución Viceministerial N° 081-2020-MINEDU - Gobierno del Perú [Internet]. [Cited 2022 Feb 19]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/459958-081-2020-minedu>

8. Comunicado ASPEFAM [Internet]. 2020 [cited 2022 Feb 19]. Available from:  
[https://www.aspefam.org.pe/prensa/comunicado\\_15.03.2020.pdf](https://www.aspefam.org.pe/prensa/comunicado_15.03.2020.pdf)
9. Taype-Rondán Á, Tataje Rengifo G, Arizabal A, Alegría Hernández S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. 2016 Apr 12 [cited 2022 Feb 19]; 77(1):31–8. Available from:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832016000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
10. Rojas-Bolívar D. Diario de un interno de medicina: aproximaciones a la educación médica y al sistema de salud en Lima, Perú. 2018;
11. Albitres-Flores L, Pisfil-Farroñay YA, Guillen-Macedo K, Niño-García R, Alarcon-Ruiz CA, Albitres-Flores L, et al. Percepción de los internos sobre la suspensión del internado médico durante la cuarentena por la COVID-19. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2022 Feb 19]; 37(3):504–9. Available from:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342020000300504&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000300504&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Nieto-Gutiérrez W, Bendezú-Quispe G, Taype-Rondán Á. ¿Por qué hacen huelga los internos de Medicina en Perú? Revista médica de Chile [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2022 Feb 19]; 144(4):538–9. Available from:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872016000400020&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000400020&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
13. Nieto-Gutierrez Wendy, Taype-Rondán Alvaro, Bastidas Fanny, Casiano-Celestino Roxana, Inga-Berrosipi Fiorella. Percepción de médicos recién egresados sobre el internado médico en Lima, Perú 2014. Acta méd peruana [Internet]. 2016 [cited 2022 Feb 19]; 33(2):105–10. Available from:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172016000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

14. Charca-Benavente LC, Huanca-Ruelas GH, Moreno-Loaiza O. Accidentes biológicos en estudiantes del último año de medicina de tres hospitales de Lima, Perú. Medwave [Internet]. 2016 Aug 11 [cited 2022 Feb 19]; 16(07):e6514. Available from: </link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/6514>
15. Fitzgerald C, Arroyo Ramirez A, Arroyo-Ramirez FA, Rojas-Bolivar D, Lima AI. Internado médico durante la pandemia del COVID-19: la problemática de los practicantes preprofesionales de medicina ante la legislación peruana. Acta Médica Peruana [Internet]. 2020 Dec 30 [cited 2022 Feb 21]; 37(4):562–4. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172020000400562&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000400562&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
16. El Peruano - Decreto de Urgencia que establece medidas excepcionales y temporales que coadyuven al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por la COVID -19 - DECRETO DE URGENCIA - N° 090-2020 - PODER EJECUTIVO - [Internet]. [Cited 2022 Feb 21]. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-medidas-excepcionales-y-te-decreto-de-urgencia-n-090-2020-1874820-3/>
17. Resolución Ministerial N° 622-2020-MINSA - Gobierno del Perú [Internet]. [Cited 2022 Feb 21]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1097726-622-2020-minsa>
18. Asociación Peruana de Facultades de Medicina - ASPEFAM. Pronunciamiento [Internet]. [cited 2022 Feb 21]. Available from: [https://www.aspefam.org.pe/prensa/pronunciamiento\\_31.05.2021.pdf](https://www.aspefam.org.pe/prensa/pronunciamiento_31.05.2021.pdf)
19. Asociación Peruana de Facultades de Medicina - ASPEFAM. Preservar la salud y seguridad de los internos de medicina [Internet]. [Cited 2022 Feb 21]. Available from: [https://www.aspefam.org.pe/prensa/pronunciamiento\\_06.04.2021.pdf](https://www.aspefam.org.pe/prensa/pronunciamiento_06.04.2021.pdf)

20. Federación Peruana de Estudiantes de Medicina Humana - FEPEMH. Pronunciamiento [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 21]. Available from:  
<https://www.facebook.com/fepemh/photos/pcb.323752065775491/323750742442290>
21. Federación Peruana de Estudiantes de Medicina Humana - FEPEMH. Marcha nacional de estudiantes de Ciencias de la Salud [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 21]. Available from:  
<https://www.facebook.com/fepemh/photos/a.102108564606510/324743072343057/>
22. Trujillo: Internos de Medicina y de otras áreas de salud piden ser vacunados contra el COVID-19 | Canal N [Internet]. [Cited 2022 Feb 21]. Available from: <https://canaln.pe/peru/trujillo-internos-medicina-y-otras-areas-salud-piden-vacunados-contra-covid-19-n434560>
23. Estudiantes de Medicina realizan plantón en el Minsa pidiendo acelerar proceso de vacunación contra el COVID-19 Coronavirus nndc | LIMA | EL COMERCIO PERÚ [Internet]. [Cited 2022 Feb 21]. Available from:  
<https://elcomercio.pe/lima/sucesos/estudiantes-de-medicina-realizan-planton-en-el-minsa-pidiendo-acelerar-proceso-de-vacunacion-contra-el-covid-19-coronavirus-nndc-noticia/>
24. Pandemia de COVID-19: inicia vacunación de estudiantes de medicina que realizan internado Coronavirus Perú Ministerio de Salud nndc | PERU | GESTIÓN [Internet]. [Cited 2022 Feb 21]. Available from: <https://gestion.pe/peru/pandemia-de-covid-19-inicia-vacunacion-de-estudiantes-de-medicina-que-realizan-internado-coronavirus-peru-ministerio-de-salud-nndc-noticia/?ref=gesr>
25. Ministerio de Salud (MINSA). OFICIO CIRCULAR N° 121 -2021-DG-DIGEP/MINSA. Vacunación contra la COVID-19. Internos de ciencias de la salud de las universidades del país [Internet]. [cited 2022 Feb 21]. Available from: [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)

26. El Peruano - Decreto de Urgencia que dicta medidas extraordinarias en materia económica y financiera en recursos humanos y formación en salud como respuesta ante la emergencia sanitaria por la COVID-19 - DECRETO DE URGENCIA - N° 053-2021 - PODER EJECUTIVO - [Internet]. [cited 2022 Feb 21]. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-dicta-medidas-extraordinarias-en-mat-decreto-de-urgencia-n-053-2021-1963997-1/>
27. Ministerio de Salud (MINSA). Resolución Ministerial N° 779-2021-MINSA - Gobierno del Perú [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 21]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1976734-779-2021-minsa>
28. Universidad de San Martín de Porres (USMP). Plan de estudios [Internet]. [cited 2022 Feb 21]. Available from: [https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/plan%20de%20estudios/plan\\_de\\_estudios\\_pregrado.pdf](https://medicina.usmp.edu.pe/medicina/academico/plan%20de%20estudios/plan_de_estudios_pregrado.pdf)
29. Chinchay Ruesta SA, Granados Burga A, Peña-Sánchez ER, Chinchay Ruesta SA, Granados Burga A, Peña-Sánchez ER. Internado médico: una difícil elección. Investigación en educación médica [Internet]. 2017 Jan [cited 2022 Feb 21]; 6(21):65–6. Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572017000100065&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572017000100065&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
30. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - ¿Qué hacemos? - Gobierno del Perú [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: <https://www.gob.pe/4332-hospital-nacional-daniel-alcides-carrion-que-hacemos>
31. Hospital de Emergencias “José Casimiro Ulloa.” Plan Operativo Institucional Modificado 2021 [Internet]. Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, editor. Lima; 2021 [cited 2022 Mar 2]. Available from: <http://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido>

- /1101/PLAN\_OPERATIVO\_INSTITUCIONAL\_MODIFICADO\_V.01.pdf
32. Organigrama Estructural del Hospital Nacional “Daniel Alcides Carrión” [Internet]. [Cited 2022 Feb 27]. Available from: <http://www.hndac.gob.pe/organigrama/index.htm>
  33. Dirección Regional De Salud - Región Callao, Gobierno Regional Callao. Analisis de Situación de Salud Región Callao 2020 (ASIS -2020) [Internet]. Callao; 2021 [cited 2022 Mar 2]. Available from: <https://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/documentos/baselegal/FILE0020742021.pdf>
  34. : :Diresa Callao - Transparencia:: [Internet]. [cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/trans\\_directorio.php](https://www.diresacallao.gob.pe/wdiresa/trans_directorio.php)
  35. Directorio Establecimientos - DIRIS LIMA CENTRO [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: <https://dirislimacentro.gob.pe/directorio-establecimientos/>
  36. Overview of the treatment of hyponatremia in adults - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-hyponatremia-in-adults?search=hiponatremia&sectionRank=1&usage\\_type=default&anchor=H1251999622&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display\\_rank=1#H2818747047](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-hyponatremia-in-adults?search=hiponatremia&sectionRank=1&usage_type=default&anchor=H1251999622&source=machineLearning&selectedTitle=1~150&display_rank=1#H2818747047)
  37. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang HJ, Pires H, Basso S, et al. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2019; 49(4):307–23.
  38. Management of acute pancreatitis - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H3](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-pancreatitis?search=pancreatitis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H3)
  39. Gosmanov AR, Gosmanova EO, Kitabchi AE. Hyperglycemic Crises: Diabetic Ketoacidosis and Hyperglycemic Hyperosmolar State. *Acute Endocrinology* [Internet]. 2021 May 9 [cited 2022

- Mar 2]; 119–47. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279052/>
40. Phillips Morales O, Quesada Vargas M, Esquivel Rodríguez N. Emergencias hiperglicémicas . Rev.méd.sinerg [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2022 Mar 2]; 5(2). Available from:  
<https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/353/726>
  41. Canto JG, Kiefe CI, Rogers WJ, Peterson ED, Frederick PD, French WJ, et al. Number of coronary heart disease risk factors and mortality in patients with first myocardial infarction. JAMA [Internet]. 2011 Nov 16 [cited 2022 Mar 2];306(19):2120–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22089719/>
  42. SEGURO SOCIAL DE SALUD ESSALUD, INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD E INVESTIGACIÓN. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO [Internet]. 2017 [cited 2022 Mar 2]. Available from: <http://www.sign.ac.uk/sign-148-acute-coronary-syndrome.html>
  43. Overview of the acute management of ST-elevation myocardial infarction - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-acute-management-of-st-elevation-myocardial-infarction?search=infarto%20agudo%20de%20miocardio&topicRef=184&source=see\\_link#H1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-acute-management-of-st-elevation-myocardial-infarction?search=infarto%20agudo%20de%20miocardio&topicRef=184&source=see_link#H1)
  44. Rapid overview: Management of STEMI or NSTEMI - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=CARD%2F75032&topicKey=CARD%2F66&search=infarto%20agudo%20de%20miocardio&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=CARD%2F75032&topicKey=CARD%2F66&search=infarto%20agudo%20de%20miocardio&source=see_link)
  45. En el Perú se registra más de 55 mil casos de mordedura de perro al año - Gobierno del Perú [Internet]. [Cited 2022 Feb 28]. Available from:  
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/51949-en-el-peru-se-registra-mas-de-55-mil-casos-de-mordedura-de-perro-al-ano>

46. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud para la Vigilancia, Prevención y Control de la Rabia Humana en el Perú [Internet]. 1st ed. Lima; 2017 [cited 2022 Feb 28]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4193.pdf>
47. Animal bites (dogs, cats, and other animals): Evaluation and management - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Feb 28]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/animal-bites-dogs-cats-and-other-animals-evaluation-and-management?search=dog%20bite&source=search\\_result&selectedTitle=1~41&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H420770747](https://www.uptodate.com/contents/animal-bites-dogs-cats-and-other-animals-evaluation-and-management?search=dog%20bite&source=search_result&selectedTitle=1~41&usage_type=default&display_rank=1#H420770747)
48. Management of acute appendicitis in adults - UpToDate [Internet]. [cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=appendicitis%20aguda&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/management-of-acute-appendicitis-in-adults?search=appendicitis%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)
49. Knab LM, Boller AM, Mahvi DM. Cholecystitis. The Surgical clinics of North America [Internet]. 2014 [cited 2022 Mar 2];94(2):455–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24679431/>
50. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2022 Mar 2]; 25(1):41–54. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jhbp.515>
51. Treatment of acute calculous cholecystitis - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?source=history\\_widget#](https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis?source=history_widget#)
52. Antibiotic regimens for low-risk intra-abdominal infections - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from:

- [https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ID%2F106948&topicKey=SURG%2F3684&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ID%2F106948&topicKey=SURG%2F3684&source=see_link)
53. Treatment of acute calculous cholecystitis - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=GAST%2F64526&topicKey=SURG%2F3684&source=outline\\_link](https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=GAST%2F64526&topicKey=SURG%2F3684&source=outline_link)
54. Classification, clinical features, and diagnosis of inguinal and femoral hernias in adults - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=hernia%20inguinal&source=search\\_result&selectedTitle=2~122&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H1](https://www.uptodate.com/contents/classification-clinical-features-and-diagnosis-of-inguinal-and-femoral-hernias-in-adults?search=hernia%20inguinal&source=search_result&selectedTitle=2~122&usage_type=default&display_rank=2#H1)
55. Overview of treatment for inguinal and femoral hernia in adults - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults?search=hernia%20inguinal&source=search\\_result&selectedTitle=1~122&usage\\_type=default&display\\_rank=1#](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-treatment-for-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults?search=hernia%20inguinal&source=search_result&selectedTitle=1~122&usage_type=default&display_rank=1#)
56. Open surgical repair of inguinal and femoral hernia in adults - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/open-surgical-repair-of-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults?search=Liechtenstein%20&source=search\\_result&selectedTitle=1~6&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H1918945](https://www.uptodate.com/contents/open-surgical-repair-of-inguinal-and-femoral-hernia-in-adults?search=Liechtenstein%20&source=search_result&selectedTitle=1~6&usage_type=default&display_rank=1#H1918945)
57. Ministerio de Salud (MINSA). Norma técnica de salud para el manejo de infecciones de transmisión sexual en el Perú [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969122/rm\\_263-2009\\_minsa.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969122/rm_263-2009_minsa.pdf)
58. Gestational diabetes mellitus: Screening, diagnosis, and prevention - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/gestational-diabetes-mellitus-screening-diagnosis-and->

- prevention?search=diabetes%20gestational&source=search\_result&selectedTitle=2~150&usage\_type=default&display\_rank=2#H1
59. Gestational diabetes mellitus: Glycemic control and maternal prognosis - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/gestational-diabetes-mellitus-glycemic-control-and-maternal-prognosis?search=diabetes%20gestational&source=search\\_result&selectedTitle=3~150&usage\\_type=default&display\\_rank=3#H7](https://www.uptodate.com/contents/gestational-diabetes-mellitus-glycemic-control-and-maternal-prognosis?search=diabetes%20gestational&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H7)
  60. Initial approach to glycemic control in patients with GDM - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=OBGYN%2F131228&topicKey=OBGYN%2F6790&search=diabetes%20gestational&source=outline\\_link&selectedTitle=3~150](https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=OBGYN%2F131228&topicKey=OBGYN%2F6790&search=diabetes%20gestational&source=outline_link&selectedTitle=3~150)
  61. Acute treatment of severe hypertension in preeclampsia - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=OBGYN%2F134292&topicKey=OBGYN%2F6815&search=hipertensi%C3%B3n%20gestacional&source=see\\_link](https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=OBGYN%2F134292&topicKey=OBGYN%2F6815&search=hipertensi%C3%B3n%20gestacional&source=see_link)
  62. Preterm prelabor rupture of membranes: Clinical manifestations and diagnosis - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=premature%20rupture%20of%20membranes&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H2697491175](https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=premature%20rupture%20of%20membranes&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H2697491175)
  63. Preterm prelabor rupture of membranes: Management and outcome - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-management-and-outcome?search=premature%20rupture%20of%20membranes&topicRef=6754&source=see\\_link#H2227571636](https://www.uptodate.com/contents/preterm-prelabor-rupture-of-membranes-management-and-outcome?search=premature%20rupture%20of%20membranes&topicRef=6754&source=see_link#H2227571636)
  64. Scabies: Epidemiology, clinical features, and diagnosis - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from:

- [https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=scabies-epidemiology-clinical-features-and-&source=search\\_result&selectedTitle=1~100&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/scabies-epidemiology-clinical-features-and-diagnosis?search=scabies-epidemiology-clinical-features-and-&source=search_result&selectedTitle=1~100&usage_type=default&display_rank=1)
65. Scabies: Management - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/scabies-management?search=scabies-epidemiology-clinical-features-and-&source=search\\_result&selectedTitle=2~100&usage\\_type=default&display\\_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/scabies-management?search=scabies-epidemiology-clinical-features-and-&source=search_result&selectedTitle=2~100&usage_type=default&display_rank=2)
  66. Rico S, Torres Hinojal MC. Diagnóstico diferencial de los exantemas PEDIATRÍA INTEGRAL Resumen. *Pediatr Integral*. 2014; 1:22–36.
  67. Urinary tract infections in children: Epidemiology and risk factors - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-children-epidemiology-and-risk-factors?search=infection%20urinary&source=search\\_result&selectedTitle=2~150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H3](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-children-epidemiology-and-risk-factors?search=infection%20urinary&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H3)
  68. Urinary tract infections in infants and children older than one month: Clinical features and diagnosis - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-infants-and-children-older-than-one-month-clinical-features-and-diagnosis?search=infection%20urinary&topicRef=5988&source=see\\_link#H20](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-infants-and-children-older-than-one-month-clinical-features-and-diagnosis?search=infection%20urinary&topicRef=5988&source=see_link#H20)
  69. Urinary tract infections in infants older than one month and young children: Acute management, imaging, and prognosis - UpToDate [Internet]. [Cited 2022 Mar 2]. Available from: [https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-infants-older-than-one-month-and-young-children-acute-management-imaging-and-prognosis?search=infection%20urinary&source=search\\_result&s](https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-infants-older-than-one-month-and-young-children-acute-management-imaging-and-prognosis?search=infection%20urinary&source=search_result&s)

electedTitle=1~150&usage\_type=default&display\_rank=1#H1379  
175857

70. Roseola infantum (exanthem subitum) - UpToDate [Internet].

[Cited 2022 Mar 2]. Available from:

[https://www.uptodate.com/contents/roseola-infantum-exanthem-subitum?search=roseola&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1#H14](https://www.uptodate.com/contents/roseola-infantum-exanthem-subitum?search=roseola&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H14)