



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ATENCION PRIMARIA EN SALUD DURANTE EL INTERNADO EN EL CENTRO  
DE SALUD TEBOL AZUL Y EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA

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

PRESENTADA POR  
ERIC VICTOR GALLEGOS CHIPANA

ASESORA  
DR. ALBERTO ALCIBIADES, SALAZAR GRANARA

LIMA , PERÚ  
2021



**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**

**ATENCION PRIMARIA EN SALUD DURANTE EL INTERNADO  
EN EL CENTRO DE SALUD TREBOL AZUL Y EN EL  
HOSPITAL DE VENTANILLA**

**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**ERIC VICTOR GALLEGOS CHIPANA**

**ASESORA**

**DR. ALBERTO ALCIBIADES, SALAZAR GRANARA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **JURADO**

**Presidente:** Dr. Jose Enrique Villarreal Palomino

**Miembro:** Dr. Victor Wilfredo Onton Reynaga

**Miembro:** Dr. Edilberto Temoche Espinoza

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo principalmente a mi madre, quien fue la que me brindó su apoyo en todas las situaciones sean buenas y malas, me motivó a seguir hacia adelante cuando ya no podía, agradezco que por ella estoy aquí.

Quiero además dedicar esta tesis a mi padre por su apoyo incondicional y verdadero, porque a pesar de los problemas y las dificultades me apoya en mis sueños y metas.

También estoy agradecido con mis hermanos Diego y Danna por coordinar y supervisar las preocupaciones administrativas que me permitieron completar mi trabajo.

Agradezco a ellos por permanecer presente en este largo camino, colaborando con palabras, con un gran apoyo en este complicado momento de mi vida.

Debo, necesito y quiero reconocer también a los muchos colegas, amigos, maestros y otros compañeros que brindaron su ayuda, aconsejaron y apoyaron mis esfuerzos de lectura e investigación a lo largo de todos estos años.

Eric Victor Gallegos Chipana

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar deseo expresar mi agradecimiento a la doctora de mi centro de salud, Dra. Patricia Cuarez, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la dirección. Gracias por la confianza ofrecida desde que llegué a este Centro de Salud.

Asimismo, agradezco a mis compañeros del Centro de Salud por su apoyo personal y humano, especialmente a mi compañero Kenny y a la Dra. Mayra, con quien he compartido ideas e ilusiones durante estos meses.

Agradecer a mi familia, mis padres y mis hermanos, Ya que junto a ellos compartí una feliz niñez, Mantengo los recuerdos y me motivan para seguir hacia adelante.

Gracias a compañeros, Por siempre prestar de su apoyo humano y moral, indispensables cuando acontecen difícil situaciones en esta profesión y trabajo.

Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y, por eso, este trabajo es también el suyo. A todos, muchas gracias.

A todos, muchas gracias.

Eric Victor Gallegos Chipana

## ÍNDICE

|   | <b>Págs.</b> |
|---|--------------|
| <b>Portada</b>  | i            |
| <b>Jurado</b>   | ii           |
| <b>Dedicatoria</b>  | iii          |
| <b>Agradecimientos</b>  | iv           |
| <b>Índice</b>   | v            |
| <b>Resumen</b>  | vii          |
| <b>Abstract</b>   | ix           |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>   | xi           |
| <br>  |              |
| <b>CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL</b>                              | <b>1</b>     |
| 1.1 Caso Clínico 1 Medicina Gastritis Crónica                           | 2            |
| 1.2 Caso Clínico 2 Medicina Escabiosis                                  | 3            |
| 1.3 Caso Clínico 3 Medicina Crisis Hipertensiva                         | 4            |
| 1.4 Caso Clínico 4 Medicina Gastroenteritis Aguda                       | 5            |
| 1.5 Caso Clínico 5 Medicina Colecistitis Aguda                          | 6            |
| 1.6 Caso Clínico 6 Medicina Apendicitis Aguda                           | 6            |
| 1.7 Caso Clínico 7 Medicina Vulvovaginitis Candidiasica                 | 7            |
| 1.8 Caso Clínico 8 Medicina Infección del Tracto Urinario               | 8            |
| <br>  |              |
| <b>CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO<br/>LA EXPERIENCIA</b> | <b>10</b>    |
| <br>  |              |
| <b>CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL</b>                             | <b>12</b>    |
| 3.1 Aplicación Caso Clínico 1 Medicina Gastritis Crónica                | 12           |
| 3.2 Aplicación Caso Clínico 2 Medicina Escabiosis                       | 13           |
| 3.3 Aplicación Caso Clínico 3 Medicina Crisis Hipertensiva              | 15           |
| 3.4 Aplicación Caso Clínico 4 Medicina Gastroenteritis Aguda            | 16           |
| 3.5 Aplicación Caso Clínico 5 Medicina Colecistitis Aguda               | 16           |
| 3.6 Aplicación Caso Clínico 6 Medicina Apendicitis Aguda                | 17           |
| 3.7 Aplicación Caso Clínico 7 Medicina Vulvovaginitis Candidiasica      | 18           |
| 3.8 Aplicación Caso Clínico 8 Medicina Infección del Tracto Urinario    | 19           |

|  |    |
|--|----|
| <b>CAPITULO IV. REFLEXIÓN CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA</b>          | 21 |
| <b>CONCLUSIONES</b>  | 23 |
| <b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>                                    | 24 |
| <b>ANEXOS</b>  | 26 |
| 1. Niveles de atención y categorías de Establecimientos de Salud | 27 |
| 2. Criterios de la Escala diagnostica de Alvarado                | 28 |

## RESUMEN

El presente trabajo de sustentación realizar el análisis, desempeño, experiencias y conocimiento del año académico de internado del último año de medicina en las dos diferentes sedes que hubo oportunidad de rotar, siendo estos el Hospital de Ventanilla y el Centro de Salud Trébol Azul. Así mismo se hace énfasis en comentar la experiencia vivida en estos establecimientos de salud y en exponer diferentes casos clínicos que se presentaron en las diferentes rotaciones de ginecología, medicina, cirugía y pediatría.

En el primer capítulo se hablara sobre los objetivos, conocimientos y competencias adquiridas en los diferentes establecimientos de salud. Asimismo se expondrá los diferentes casos manejados y conocidos en la rotación de la especialidad en los establecimientos priorizando problemas de ATENCION PRIMARIA DE SALUD para lo que se expondrá el caso clínico, Comenzando por la anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, impresión diagnostica y plan de trabajo.

El cual no fue más difícil que de costumbre por motivos de la coyuntura actual, limitando el acercamiento con el paciente y una correcta y más profunda evaluación clínica tanto física como psicológica.

Esto nos trajo muchos problemas como la falta de apoyo diagnóstico, la dificultad de referencias, el aglomeramiento de pacientes por la alta demanda y derivación de los hospitales a los establecimientos de salud de menor complejidad a sus pacientes crónicos que ya no se podían atender en los hospitales correspondientes.

Además el nuevo tipo de referencia a diferentes especialidades para consulta mediante las “teleconsultas” con sus largos tiempos de espera y difícil acceso a los pacientes por no contar muchas veces con los medios económicos o equipos para comunicarse por medio de teleconsulta con el especialista referido.

Posteriormente estaremos explicando los motivos y causas de los diferentes tratamientos y manejo según protocolos, guías o disposiciones del centro de salud para la actual coyuntura como la dificultad de lugares de atención amplio y ventilado, falta de equipos de protección, no tener el aislamiento necesario

para el centro de tuberculosis y el área covid designado y la alta demanda de atención diaria en el área covid.

Así como las dificultades y problemas que hubo respecto al apoyo diagnóstico con algunas pruebas de laboratorio o imágenes con la saturación de nuestro centro de referencia para apoyo diagnóstico y elevación de costos en centros particulares de diagnósticos por imagen.

De la misma manera se continuara con como la coyuntura actual afecta los diferentes servicios de salud en el establecimiento de salud y nos limitan en poder dar un mejor tratamiento al paciente.

Se concluirá con esta nueva experiencia de internado en centros de salud y la diferencia con el internado en un hospital, la problemática que nos planteó la coyuntura actual del covid como internos de medicina y como sobrellevamos hasta lograr resolver muchas dificultades en este diferente año de internado.

## ABSTRACT

The present support work will carry out the analysis, performance, experiences and knowledge of the academic year of internship of the last year of medicine in the two different locations that there was an opportunity to rotate, these being the Hospital de Ventanilla and the Centro de Salud Trébol Azul. Likewise, emphasis is placed on commenting on the experience lived in these health establishments and on exposing different clinical cases that were presented in the different rotations of gynecology, medicine, surgery and pediatrics.

In the first chapter we will talk about the objectives, knowledge and skills acquired in the different health establishments. Likewise, the different cases handled and known in the rotation of the specialty in the establishments will be exposed, prioritizing problems of PRIMARY HEALTH CARE for which the clinical case will be exposed, starting with the anamnesis, physical examination, complementary tests, diagnostic impression and plan of job. Which was not more difficult than usual for reasons of the current situation, limiting the approach with the patient and a correct and deeper clinical evaluation, both physical and psychological.

This brought us many problems such as the lack of diagnostic support, the difficulty of referrals, the overcrowding of patients due to the high demand and referral from hospitals to less complex health facilities for their chronic patients who could no longer be cared for in the hospitals. corresponding hospitals.

In addition, the new type of referral to different specialties for consultation through "teleconsultations" with their long waiting times and difficult access to patients because they often do not have the economic means or equipment to communicate by teleconsultation with the referred specialist.

Later we will be explaining the reasons and causes of the different treatments and management according to protocols, guides or provisions of the health center for the current situation such as the difficulty of large and ventilated places of care, lack of protective equipment, not having the necessary

isolation to the tuberculosis center and the designated covid area and the high demand for daily care in the covid area.

As well as the difficulties and problems that existed regarding the diagnostic support with some laboratory tests or images, with the saturation of our reference center for diagnostic support and increased costs in private diagnostic imaging centers.

In the same way, it will continue with how the current situation affects the different health services in the health establishment and limits us in being able to give better treatment to the patient.

It will conclude with this new experience of internship in health centers and the difference with the internship in a hospital, the problem that the current situation of the covid posed as medicine interns and how we coped until we managed to solve many difficulties in this different year of internship.

## INTRODUCCION

El 28 de diciembre del 2019 empezó el séptimo año de la carrera de medicina que realice en el HOSPITAL DE VENTANILLA de categoría II-1 y ubicado Av. Pedro Beltran, Ventanilla donde la primera rotación fue la de ginecobstetricia que acabo al empezar la pandemia el 15 de marzo del 2020. Empezando el internado el hospital organizo una bienvenida donde nos presentaron a todo el personal administrativo del hospital y los diferentes doctores encargados de cada especialidad. Además organizamos las rotaciones, dividiendo al total de internos en 4 grupos de 15 que rotaria en cada especialidad siendo MEDICINA, PEDIATRIA, GINECOBSTETRICIA Y CIRUGIA GENERAL.

Cada grupo fue presentado en sus diferentes rotaciones y el personal de cada área. Además de conformar los horarios, turnos y servicios que nos tocaría pasar durante cada rotación.

La situación nacional epidemiológica en el 2019-2020 nos alertaba el dengue siendo los primeros meses del 2020 un aumento de casos preocupante para la semana 10 epidemiológica. Habiendo presencia de casos confirmados en la jurisdicción del hospital.

Siendo el enfoque epidemiológico muy importante y siempre siendo informados por el área de epidemiologia del hospital para reportar casos sospechosos de dengue.

Posterior a estos primeros meses del 2020 comenzó la cuarentena obligatoria donde por unos 6 meses no pudimos acudir a nuestras prácticas pre profesionales en el hospital y con la incertidumbre de si podríamos volver o no ese año o esperar al siguiente.

En el mes de octubre nos asignaron a nuevos establecimientos de salud para retomar nuestras prácticas de internado donde no hubo una correcta organización y fuimos agrupados de alguna manera aleatoria y sin opción de elegir centros de salud cercana a nuestros domicilios sobre todo para los que pertenecíamos a diris lima centro.

Posteriormente escogido nuestra nueva sede, Siendo mí sede el centro de salud TREBOL AZUL con categoría I-3, ubicada en Canevaro Alt.9 AAHH TRA donde pude concluir mis prácticas del internado.

El centro de salud nos recibió de la mejor manera y nuestros tutores nos brindaron una charla sobre el centro de salud, las áreas del centro de salud, el personal que trabaja y cuales serían nuestras áreas para rotar lo que restaba de nuestro internado.

Principalmente nos ofrecieron rotar por las áreas de consultorio general, Urgencias médicas, Centro de excelencia para el control de la transmisión de la tuberculosis, Nutrición y anemia.

La situación actual del COVID-19 ponía en alerta y era prioridad para el centro de salud TREBOL AZUL en la captación de pacientes y realización de pruebas COVID. Donde recibimos una charla sobre cuidados y capacitación en toma de pruebas aunque por resolución no participábamos aun cuando nuestro centro de salud contaba con un área dedicada al diagnóstico y toma de pruebas para COVID.

## **CAPITULO I. TRAYECTORIA PROFESIONAL**

El internado cumple una función muy importante en la formación académica final del estudiante de medicina, donde puede afianzar lo aprendido en diversas prácticas presenciales con pacientes con casos muy particulares hasta los más comunes.

Como interno de medicina había altas expectativas respecto a lo académico y práctico para nuestra sede de internado, siendo este hospital de categoría II-1 donde en caso particular mío, pude empezar por la rotación de ginecología.

En esta única rotación nos asignaron rotaciones dentro de la especialidad, estas venían a ser: Consultorio externo de ginecología, Planificación familiar, Centro obstétrico, Emergencia de ginecobstetricia, Sala de operaciones, Hospitalización de puerperio y Hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico.

Todos tuvimos la oportunidad de rotar por cada área del servicio cumpliendo diferentes objetivos académicos y prácticos clínicos.

Los horarios eran extensos, pudiendo llegar a 36 horas seguidas de turnos incluyendo la guardia nocturna y los turnos de día.

Complete esta primera rotación con mayores capacidades prácticas, aplicando lo aprendido en los 6 años de universidad, pudiendo manejar la emergencia de ginecología, atender consultorio externos de ginecología, Dando orientación y consejería con aplicación de diferentes métodos anticonceptivos, Atendiendo partos y monitoreo de gestantes en centro obstétrico y evolucionando pacientes en hospitalización de puerperio y Alto Riesgo Obstétrico.

Posterior a esto la pandemia nos impidió terminar las 2 últimas semanas de esta primera rotación, para luego volver al internado en centros de salud en el mes de octubre del 2020.

Este nuevo internado era algo nuevo para todos los internos de medicina, tenía bajas expectativas sobre las prácticas que podríamos realizar, por las limitaciones que conlleva la atención en un centro de salud, Por ejemplo no contar con sala de operaciones, exámenes de laboratorio, radiografías, ecografías, hospitalización o emergencias.

A pesar de que es cierto, los centros de salud cuentan con muchas deficiencias, esto no limitaba a los médicos, enfermeras, técnicas, obstetras, psicóloga, nutrición y laboratorio.

La demanda de pacientes en el centro de salud TREBOL AZUL era muy alta, sobre todo los 4 primeros días de la semana. Pacientes que acudían para diferentes servicios, como consultorio externo, atención por urgencias, atención por área covid, vacunación, odontología, nutrición, obstetricia y atención para cenex para evitar la transmisión de tuberculosis.

Siendo esto áreas poco valoradas en hospitales de mayor complejidad y mejor manejo en el centro de salud. Por lo que realizar prácticas y en cada área era muy beneficioso para un interno de medicina que objetivo es lograr una buena atención primaria de salud.

En mi caso el poder rotar sobre todo por consultorio y urgencias me dieron la posibilidad de poder mejorar la capacidad de hacer una buena relación médico-paciente, Así mismo poder comprender, diagnósticas y diferencias diferentes patologías que pueden ser manejados por el centro de salud o que ameriten referir a un hospital de mayor complejidad (Ver anexo 1).

Para este parte hare mención priorizando casos prioritarios en el centro de salud siendo de ATENCION PRIMARIA.

## **CASO CLINICO 1 MEDICINA GASTRITIS CRONICA**

### **Anamnesis**

Paciente hombre de 37 años, no presente antecedentes de relevancia, con una altura de 1 metro 65 y 72 kg. Refiere ser fumador de aproximadamente

10 cigarrillos cada día y no tiene costumbre alcohólica. Asiste al centro de salud trébol azul por dolor en epigastrio y refiere sentir plenitud pos comidas de 5 meses de antigüedad. No refiere vómitos, disfagia, náuseas, disminución de peso, ni alteración en las heces y valores de laboratorios sin anormalidad.

#### Exploración física

Paciente normotenso, sin fiebre. A la exploración Cardiopulmonar y abdominal no se encuentra anormalidades. Extremidades sin alteraciones., No se encuentra presencia de nódulos o varices. Sistema Nervioso Central No presencia de alguna neuropatía, No se encuentra signos de focalización.

#### Pruebas Complementarias

Hb: 13.4 gr/dl, HCTO: 42%, Leucocitos: 7400 /mm<sup>3</sup>

Test Aliento H. Pylori: +

Diagnóstico: Gastritis Crónica

Plan: Claritromicina 500mg tabletas c/12 horas por 14 días, Amoxicilina 1gr tabletas c/12 horas por 14 días y omeprazol 20mg tabletas c/12 horas.

## **CASO CLINICO 2 MEDICINA CRISIS HIPERTENSIVA**

#### Anamnesis

Paciente mujer de 45 años de edad con 1.62cm altura y 72 kg de peso acude a urgencias del centro de salud trébol azul por cefalea intensa de 3 horas de evolución, con náuseas, dolor de pecho, dolor de espalda, refiere alteraciones visuales y con alteración de la consciencia asociado a la cefalea intensa.

Refiere haber estado ingiriendo bebidas alcohólicas esa misma noche con familiares donde tiene discusión con hermano en la cual este agrede físicamente con un golpe de puño en el tórax.

Sin antecedentes de hipertensión arterial,

#### Exploración Física

TA 182/110mmHg, FC 115x', T° 36.8C° Sat O<sub>2</sub> 98%,

Paciente con síntomas neurológicos de agitación y alteraciones visuales. No responde de manera coherente a órdenes sencillas y no puede mantener una correcta atención.

ACP: ruidos cardiacos rítmicos con aumento de la frecuencia cardiaca, sin auscultación de soplos. Además murmullo vesicular conservados pasa bien ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreañadidos. Se observa hematoma en la zona de contusión a nivel del tórax.

Abdomen: no se encuentra dolor a la palpación, depresible, ruidos hidroaereos presentes, no hay defensa de pared abdominal, blando, blumberg (-) y Murphy (-).

SNC: no se encuentran signos de focalización, no irritación meníngea o rigidez de nuca.

Diagnóstico: Crisis Hipertensiva

Plan: Captopril 12.5mg

### **CASO CLINICO 3 PEDIATRIA ESCABIOSIS**

Anamnesis

Paciente niño de 6 años, vienen a consultorio por motivo de presentar exantemas generalizados con un mes de antigüedad, primordialmente con intensa picazón en las noches que le dificulta controlar lo que causa gran irritabilidad en el paciente. No refiere alguna otra sintomatología. No refiere viajes recientes. Refiere presencia de mascotas en el hogar entre 1 perro y 1 gato. Además tiene antecedentes de tratamiento con clorfenamina hace 10 días sin mejoría alguna.

Examen físico: presenta lesiones papulares y con eritema, con cierta cantidad de lesiones costrosas de aproximadamente 2 milímetros de diámetro con presencia de liquenificación en dorso de dedos.

Diagnóstico: Escabiosis

Plan: Permetrina al 5% crema, aplicar por en todo el cuerpo posterior a ducha y antes de dormir.

## CASO CLINICO 4 PEDIATRIA GASTROENTERITIS AGUDA

Paciente masculino de 3 meses de nacimiento que han pasado 1 día desde que presenta fiebre con 38.5°C según la madre, Acompañado de diarreas y vómitos al comienzo del cuadro, que fueron 6 desde el inicio del cuadro. No rechaza alimento, pero ha disminuido el tiempo de lactancia.

Antecedentes: Controles prenatales completos, madre presento anemia durante la gestación y necesito feroterapia por vía parenteral. Parto vaginal a termino con 40 semanas, Peso de 3340gr del recién nacidos.

Exploración Física Peso de 5230 gr y altura de 55.5 cm

T° axillar: 37.7 °C FR: 33 r" TA: 100/58mmHg FC: 130 lpm SatO2: 98%

Aparente buen estado general, hidratado. Nutrición adecuada. No exantema ni petequias.

Auscultación Cardiopulmonar: murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No se encuentran masas.

SNC: La fontanela anterior normo tensa. No presencia de focalización neurológica.

Hemograma: 4100 leucocitos/mm<sup>3</sup> (17%N, 59%L, 21%M, 1%E, 2%B) Hb: 10.5g/dl, Hto: 31.5% Plaquetas: 359000 /mm<sup>3</sup>. Recuento absoluto de neutrófilos: 1050 /mm<sup>3</sup>.

Microbiología: Se detectan en las heces antígeno de adenovirus.

Diagnóstico: Gastroenteritis Aguda, Neutropenia Leve

Plan: Sales de rehidratación oral 20.5gr, Paracetamol 120mg5ml Jbe y orientación en aparición en signos y síntomas de alarma acudir a urgencia de inmediato.

Manejo:

Hay que evaluar 3 datos en un paciente con neutropenia y con fiebre ante un

- a. Encontrar una probable causa u origen de la fiebre.
- b. Evaluar la compatibilidad con alguna infección complicada de causa bacteriana.
- c. Analizar complicaciones de alargar el tratamiento.

## **CASO CLINICO 5 CIRUGIA COLECISTITIS AGUDA**

Acude a urgencias paciente mujer de 35 años con talla de 155cm y 69kg de peso, refiere que tiene 6 horas dolor en hipocondrio derecho de tipo cólico posterior a comida (tequeños y postre), Además manifiesta sentir mareos y también nauseas. Manifiesta ya ha presentado este tipo de dolor con anterioridad después de comer pero que no era tan fuerte y cedía solo.

Exploración Física: T°: 37.5C, TA 110/66mmHg y FC: 99lpm.

Aparente buen estado de hidratación, nutrición, Con característica de demostrar ansiedad y mucha preocupación por el dolor que siente.

ACP: murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

Abd: Doloroso sin localización exacta pero más acentuado en hipocondrio derecho, presente signos de defensa peritoneal al mismo nivel; Murphy (+); signo de Blumberg (-).

En los exámenes de laboratorio encontramos valores que sugieren el diagnóstico de colecistitis. Destacando valores con leucocitosis de 14 000 leucocitos/mm<sup>3</sup>, así como valores de bilirrubina sérica total ligeramente elevado BT: 1.5mg y fosfatasa alcalina: 150 U/L.

Ultrasonido: Imagen muestra formación litiasica vesicular la que crea sombra acústica posterior y un ensanchamiento de la pared vesicular.

Diagnóstico: Colecistitis aguda

Plan: Hidratación, Analgésico, Antiespasmódico, Antiemético y ayuno

Frasco de NaCl 0.9%

Diclofenaco 25mg/ml Ampolla

Escopolamina 20mg/ml

Dimenhidrato 50/5ml

## **CASO CLINICO 6 CIRUGIA APENDICITIS AGUDA**

Paciente varón de 18 años ingresa al servicio de urgencias del centro de salud por dolor abdominal de 2 días de evolución, de inicio peri umbilical que

posteriormente se irradia a hipogastrio. Acompañado de fiebre con 38,3 C, Nauseas, Falta de apetito y refiere que presento 3 vómitos. No presenta diarrea.

No refiere alergias medicamentosas, ni intervenciones quirúrgicas previas, o alguna otra enfermedad.

Exploración Física: Peso 66 kg, Talla 162cm, FC 120lpm, FR: 22rpm, TA 110/66mmHg

Aparente buen estado general, buen estado de hidratación y nutrición. Sin petequias, ni exantemas.

ACP: Murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos.

ABD: Refiere dolor en FID, blando y depresible. No encuentra presencia de masas. Blumberg (-). Signos del Psoas (-).

Exploración genital sin hallazgos. Neurológico normal.

Pruebas Complementarias: Hb: 13.5 g/dl, Leucocitos: 20 500/ul (neutrófilos: 15800/ul, Linfocitos: 2560/ul), plaquetas: 300000/ul.

Diagnóstico: Apendicitis aguda

Plan: Hidratación, Analgésico, Antiespasmódico, Antiemético y ayuno

Frasco de NaCl 0.9%

Diclofenaco 25mg/ml Ampolla

Escopolamina 20mg/ml

Dimenhidrato 50/5ml

## **CASO CLINICO 7 GINECOLOGIA VULVOVAGINITIS CANDIDIASICA**

Anamnesis: Paciente mujer de 20 años de edad que acude a consulta del establecimiento de salud, refiere tener 3 días que presenta secreción de color blanco amarillento a nivel vaginal y está asociado a fuerte picazón. Niega fiebre, náuseas o dolor.

Antecedentes: Niega alergias, Niega medicación habitual, niega procedimientos quirúrgicos.

Exploración física: TA 98/56mmHg, T 36.3°C, Aparente buen estado general, buen estado de hidratación y nutrición.

ACP: Ruidos cardiacos rítmicos y murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Abd: blando y depresible, no se palpan masas ni visceromegalias, no doloroso a la palpación superficial y profunda.

A la exploración ginecológica: se aprecia vagina amplia y elástica, útero normoposicionado con abundante secreción blanquecina y de aspecto grumoso, sin mal olor.

Diagnóstico: Vulvovaginitis candidiasica.

Plan:

Clotrimazol 1g/100g 1% crema aplicar cada 24 horas por 7 días.

Clotrimazol 500mg Ovulo cada 24 horas por 3 días.

Prohibido relaciones sexuales mientras dure el tratamiento.

## **CASO CLINICO 8 GINECOLOGIA INFECCION DEL TRACTO URINARIO**

Paciente femenino de 26 años, con 16 semanas de gestación, Acude a urgencias por manifestar dolor a nivel del hipogastrio, poliaquiuria, tenesmo vesical, y disuria de 1 día de evolución. No presenta fiebre, no refiere antecedentes de episodios similares.

Antecedentes: Apendicetomía, FUR: 29-11-2019, FPP: 4-9-2020, G: 1 P: 0 0 0 0, Sin antecedentes obstétricos, ni uso de medicina habitual.

Exploración Física: TA: 110/60mmHg, FC: 80lpm, T° 36C.

ACP: Ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, No ruidos agregados.

Abd: blando, presente ligero dolor a la palpación en hipogastrio. PPRL negativa.

GU: Al especuloscopio se encuentra cérvix de normal epitelizacion, no secreciones y no hay restos de sangre.

Laboratorio: Examen de orina con leucocitosis (+++), Nitritos (++), Proteínas negativo (-). Hematíes (+).

Latidos cardiacos fetales presente, Se indica ecografía: embrión acorde a la semana de gestación y amenorrea.

Diagnóstico: Infección de tracto urinario

Plan:

Nitrofurantoina VO 100mg c/12 horas x 5 días.

Se indica urocultivo posterior 1 semana después del tratamiento antibiótico.

## **CAPITULO II. CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA EXPERIENCIA.**

El establecimiento de salud donde se desarrolló el proyecto fue en el CENTRO DE SALUD TREBOL AZUL siendo este un establecimiento de salud de categoría I-3, ubicada en Canevaro Alt.9 AAHH TRA- San Juan de Lurigancho.

La extensión geográfica del distrito es de 23.98 km<sup>2</sup>, limitando con los distritos de Chorrillos y Santiago de Surco por el este, con Villa Salvador por el sur, por el Oeste con Villa María del Triunfo y por el norte con La Molina.

El establecimiento cuenta con las diferentes áreas, siendo estas: consultorio externo, atención por urgencias, atención por área covid, vacunación, odontología, nutrición, obstetricia y atención para cenex para evitar la transmisión de tuberculosis.

Nuestro hospital de referencia a donde pertenecía el establecimiento de salud era el HOSPITAL MARIA AUXILIADORA. Esto se veía afectado por la pandemia debido a la saturación del mismo hospital las referencias quedaron limitadas por orden a exclusivamente referir gestantes y emergencias.

La atención por consultorio externo era referida únicamente por tele consulta donde se armaba la historia clínica del paciente y se refería por correo al especialista el cual respondía indicando si ameritaba atención presencial por su servicio o si podíamos manejarlo en el centro de salud con indicaciones del especialista.

Para diagnóstico por imágenes nos apoyaba el CENTRO MATERNO INFANTIL MANUEL BARRETO con radiografías y ecografías.

La situación de pandemia afectaba tanto a las referencias como a la atención, saturándolo con pacientes del área covid y muchas veces teniendo que hacer un buen triaje para no incluir pacientes covid en áreas no covid.

El mismo distanciamiento y la habilitación de áreas más ventiladas y equipos de protección muchas veces dificultaban el realizar un correcto trabajo clínico, incluso al punto de tener que atender las urgencias en la entrada del establecimiento por motivo que el servicio de urgencias era pequeño y poco ventilado.

Con respecto al HOSPITAL DE VENTANILLA este era de categoría II-1 y está ubicado Av. Pedro Beltran, Ventanilla.

El cual tiene como jurisdicción el distrito de ventanilla, el cual tiene como hospital de referencia el HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION, en este caso no había pandemia por lo cual las referencias procedían como de costumbre a excepción cuando se requería hospitalización por falta de camas. La situación en estos 3 primeros meses del 2020 no fueron afectados por la pandemia por lo cual el trabajo y atención en consultorios, emergencias y hospitalización.

### **CAPITULO III. APLICACIÓN PROFESIONAL.**

En este caso explicaremos los diferentes procedimientos, dificultades y forma de trabajo en los diferentes casos expuestos.

#### **APLICACIÓN CASO CLINICO 1 MEDICINA GASTRITIS CRONICA**

Como diagnóstico inicial manejamos una dispepsia en el paciente que atendimos por los síntomas que indican etiología de la parte superior del tracto digestivo.

En este caso se planteó 2 opciones para el diagnóstico: una que fuera intervencionista para investigar una posible causa orgánica que justificara los síntomas y otra más conservadora que consistía en un tratamiento antibiótico empírico ante los criterios sintomáticos que cumplía el paciente (1).

Lo ideal para la exploración diagnóstica sería indicar una endoscopia digestiva alta, pero en el centro de salud no se contaba con el apoyo diagnóstico de necesidad y el paciente no contaba con los recursos necesarios para poder hacer el examen de manera particular (1).

Por otro lado el establecimiento de salud si cuenta con un laboratorio que nos ofrece prueba de urea en el aliento para *Helicobacter Pylori* la cual se basa en la hidrólisis de urea por la *Helicobacter pylori* para la producción de CO<sub>2</sub> y amoníaco. La urea marcada se administra al paciente por vía oral que posteriormente el *helicobacter pylori* liberara CO<sub>2</sub> marcado que se podrá detectar en las muestras de aliento, esta demora entre 15 a 30 minutos para ser detectado y los resultados se pueden brindar incluso el mismo día (1).

Se sugiere hacer la prueba luego de 4 semanas después de haber terminado el tratamiento antibiótico, Asimismo la prueba que indicamos es la de aliento, ya que esta puede detectar la presencia activa de las bacterias de helicobacter pylori y es la que contamos en el centro de salud para nuestros pacientes (2). Estos resultados junto a la clínica del paciente nos indica el diagnóstico de una Gastritis por infección de helicobacter pylori.

El manejo que tuvimos con el paciente fue basado en guía de tratamientos de uptodate la cual era común usar en el centro de salud ya que no se contaba con guías actualizadas, muchas de las cuales contaba con más de 15 años de antigüedad (3).

Nos enfocamos en el régimen antibiótico triple a base de claritromicina, siendo está indicada según antecedentes del paciente que no tiene alguna exposición previa a la terapia con macrolidos o claritromicina (3).

El tratamiento a base de claritromicina consiste en amoxicilina, claritromicina y un inhibidor de bomba de protones, todo esto dos veces al día por 14 días (4).

Posterior al tratamiento sugerimos indicar una prueba para confirmar la erradicación de la bacteria helicobacter pylori, esto es importante debido a la resistencia a los antibióticos que hacen estas bacterias (4).

La adherencia al tratamiento implica muchos factores, desde los posibles problemas y efectos adversos por el uso de los antibióticos durante esos 14 días hasta el saber explicar al paciente sobre el tratamiento, la duración y la importancia de completarlo por la posibilidad de reinfección o resistencia antibiótica (4).

## **APLICACIÓN CASO CLINICO 2 MEDICINA CRISIS HIPERTENSIVA**

El manejo de los síntomas y signos neurológicos en la urgencia del establecimiento de salud suele ser un escenario clínico más complicado y difícil. Asimismo basado en la clínica nos orientamos a una encefalopatía de origen hipertensiva. A diferencia de otras causas como accidentes cerebrovasculares o traumatismos craneoencefálicos, los signos y síntomas de la encefalopatía hipertensiva en este caso son: dolor de cabeza, confusión

y náuseas. Suelen remitir después de reducir la presión arterial elevada que presenta el paciente (5).

Se indica si se puede realizar pruebas de manera particular por motivo que en el centro de salud trébol azul no contamos con todas las pruebas complementarias que nos ayudarían a hacer un diagnóstico más preciso.

Manejamos en el plan una radiografía de tórax de manera particular para descartar daño interno por la contusión ocasionada por el familiar de la paciente. Por motivos económicos no se cuenta con la posibilidad de realizarse la radiografía de tórax por lo que según clínica evaluamos que no sugiere algún daño interno (6).

El tratamiento antihipertensivo es variado y orientado al origen hipertensivo. De esta manera manejar y disminuir la presión arterial es esencial en este paciente. El cual debe ser disminuido de manera progresiva y vigilada. Los riesgos de un tratamiento antihipertensivo agresivo pueden inducir isquemia o infarto cerebral o de miocardio, sobre todo si es un paciente con factores de riesgo (7).

Entonces el plan de manejo para la crisis hipertensiva es el captopril 12.5mg media tableta por vía oral.

Tras la administración del antihipertensivo, se vigila al paciente durante unas horas para comprobar la reducción de la presión arterial de aproximadamente 20 a 30 mmHg, Al cabo de unas horas y la presión disminuyo progresivamente. Se encuentra a la paciente más tranquila con el dolor de cabeza, náuseas y confusión ya disminuidos casi en su totalidad (7).

Ya el paciente mejor orientado y controlado es enviado a casa con otra prescripción de captopril y con indicación para que pase por consultorio de medicina para su control posterior (6).

La deficiencia de apoyo diagnóstico y ciertas pruebas de laboratorio nos limitan a poder evaluar al paciente de manera más precisa y apoyada en exámenes que pudieran sugerir algún problema oculto por lo que el tratamiento que muchas veces manejamos en sintomático y ambulatorio con posteriores controles en consultorio de medicina o referencias a establecimientos de salud de mayor complejidad en caso amerite el caso (7).

## APLICACIÓN CASO CLINICO 3 PEDIATRIA ESCABIOSIS

La escabiosis es una infestación producida por el *Sarcoptes scabiei*, que se suele caracterizar por presentar lesiones que pican mucho. Se diagnostica principalmente por la clínica. Síntomas similares en familia se considera diagnóstico y el tratamiento recomendado es la permetrina al 5% (8).

La intensa picazón del paciente de predominio nocturno nos sugiere una infestación por escabiosis la cual no guarda relación directa a la cantidad de lesiones visibles en la piel; La presencia de las lesiones y como están distribuidas apoyan el diagnóstico, igualmente que familiares manifiesten similar sintomatología nos aclara el panorama diagnóstico de una infestación por escabiosis (8).

Para hacer un diagnóstico diferencial de la escabiosis nos centraremos en cómo están formadas y distribuidas las lesiones, Así como el tiempo que tienen estas que pueden excluir algunos diagnósticos.

El tratamiento en niños de más de un par de meses es la crema permetrina al 5% que contamos en el centro de salud y podemos brindar al paciente.

Posteriormente hay que explicar al paciente que debe aplicarse la crema en toda la superficie corporal, desde cuello hasta plantas de pies, incluyendo debajo de las uñas siempre evitando ojos y boca. Esta debe mantenerse en el cuerpo entre 8 a 14 horas por lo cual es recomendable indicar que se coloque antes de ir a descansar para que pueda cumplir el tiempo requerido, posteriormente se debe retirar la crema con una ducha. El proceso se repetirá 1 y 2 semanas después para eliminar los huevos depositados (9).

Además es de suma importancia que los miembros de la familia realicen el mismo tratamiento presenten o no síntomas de escabiosis. Asimismo se sugiere el lavado de la ropa y sábanas a altas temperaturas, el tratamiento antihistamínico se recomienda para disminuir los síntomas de prurito intenso (10).

## **APLICACIÓN CASO CLINICO 4 PEDIATRIA GASTROENTERITIS AGUDA**

Una correcta anamnesis resaltando previa exposición a fármacos o infección previa, antecedentes familiares de enfermedades en infancia y una cuidadosa exploración física. Presencia de adenopatías y/o hepatoesplenomegalias (11). Siendo un paciente afebril con neutropenia que aparenta buen estado de general y sin hallazgos físicos o clínica que pudiera indicar infección localizada consideramos el alta con una cuidadosa observación en casa y su posterior pase por consultorio externo de medicina.

Los cambios de los valores de leucocitos son común en la infancia sobre todo en los valores de leucocitosis y neutropenia. Siendo los neutrófilos la primera línea de defensa ante las infecciones (12).

La mayoría de neutropenias de la infancia por causa infecciosa son agudas y transitorias. Asimismo manejamos como una neutropenia viral siendo esta la causa más frecuente de neutropenia transitoria de la infancia. Estas suelen resolverse un par de semanas aunque a veces pueda persistir. En general se corresponde a su fase de viremia (11).

## **APLICACIÓN CASO CLINICO 5 CIRUGIA COLECISTITIS AGUDA**

La colecistitis crónica litiasica es un motivo frecuente de urgencias en el centro de salud, la forma clásica de presentación sobreviene como nauseas, vómitos y dolor en cuadrante superior derecho. Una historia clínica completa y una exploración física detallada nos orienta al diagnóstico (13).

Es importante conocer la dieta del paciente ya que esto nos ayuda conociendo factores de riesgo que puedan sugerir apoyo al diagnóstico final, En este caso el paciente tenía una dieta alta de azúcares refinados, grasas y pocos vegetales, bebe muy poca agua y en su lugar toma gaseosas o jugos. Además no realiza actividades físicas debido a problemas de dolor en las rodillas y que trabaja todo el día (14).

Todo ello apoyado en pruebas complementarias como un examen de laboratorio con elevación de bilirrubinas y un método de imagen como un ultrasonido podría ser confirmatorio (15).

Se indica un ultrasonido de urgencia al servicio de radiología del centro de salud de referencia para apoyo diagnóstico, igualmente sugerimos el examen de manera particular por la demora, cola y lejanía del establecimiento de apoyo diagnóstico.

El ultrasonido del paciente se muestra compatible con un lito dentro de la vesícula y un engrosamiento de la pared vesicular.

Para definir el diagnóstico nos apoyamos en los criterios de TOKYO GUIDELINES 2018 donde evaluaremos diferentes signos y síntomas:

- A. Signos locales de inflamación: signos de murphy, Masa, dolor y sensibilidad en cuadrante superior derecho.
- B. Signos sistémicos de inflamación: Fiebre, PCR elevado y leucocitosis.
- C. Hallazgos por Imágenes: resultados característicos de colecistitis aguda.

Con esto sabemos que tenemos como mínimo 1 criterio positivo en cada punto lo cual nos da un diagnóstico definitivo.

El tratamiento final debe ser quirúrgico evitando así complicaciones como la perforación y una peritonitis generalizada.

Paciente evoluciona de manera favorable y es referida a Hospital María Auxiliadora para programar su colecistectomía que sería el tratamiento de elección definitivo.

## **APLICACIÓN CASO CLINICO 6 CIRUGIA APENDICITIS AGUDA**

Normalmente en los casos de apendicitis y específicamente en los casos agudos no suelen presentar signos, ni clínicos ni radiográficos de perforación. Usamos para el diagnóstico clínico de la apendicitis la escala de Alvarado evaluando las siguientes manifestaciones clínicas y laboratorio:

1. Síntomas: Migración de dolor a la fosa iliaca derecha, Anorexia, Nauseas y/o vómitos.

2. Signos: Dolor en cuadrante inferior derecho, dolor al rebote o descompresión y fiebre.
3. Laboratorio: Leucocitosis, Desviación Izquierda

De acuerdo a esto podemos encontrar 8 puntos de 10 que nos da un riesgo elevado (16) (Ver anexo 2).

Confirmándonos el diagnóstico de apendicitis aguda y empezando el manejo para el paciente.

El manejo inicial fue una adecuada hidratación con líquidos intravenosos, analgésicos y antieméticos. Siempre controlando funciones vitales. Todo con fin de pasar a sala de operaciones en el hospital de referencia (18).

En este caso tenemos un tratamiento invasivo que es la apendicetomía y por otro lado un tratamiento más conservador pero no definitivo que es el tratamiento antibiótico.

El tratamiento antibiótico suele responder clínicamente mejor en la reducción de glóbulos blancos, evitando la peritonitis y reduciendo la sintomatología general (19).

Aproximadamente el 90% de los casos tratados con antibioticoterapia puede evitar la cirugía inicial. Sin embargo la probabilidad de necesitar a futuro una apendicetomía es de aproximadamente un 39% por lo que teniendo la posibilidad de referencia al hospital maría auxiliadora, optamos por la opción de manejar sintomatología y referir de urgencia al hospital (18).

## **APLICACIÓN CASO CLINICO 7 GINECOLOGIA VULVOVAGINITIS CANDIDIASICA**

La vulvovaginitis es una de las consultas más comunes en ginecología más frecuente en la atención primaria de salud. Se manifiesta como una inflamación de la vagina, tejido endocervical y vulva, la cual se puede presentar de diferentes maneras, siendo estas infecciosas, reacciones alérgicas, traumatismos o alteraciones hormonales.

Fuera de la etiología muchos de estos pueden progresar con signos y síntomas similares que consiste en dolor al tener relaciones sexuales,

leucorrea y picazón. La diferenciación si la leucorrea es patológica o fisiológica nos podrá orientar a un más preciso diagnóstico teniendo en cuenta las características de la leucorrea como: el color, la consistencia de la secreción, la cantidad y el olor (20).

En este caso no fue necesario realizar pruebas complementarias por motivo que se trató de un diagnóstico de similares signos y síntomas a la vulvovaginitis. Apoyado una buena anamnesis y antecedentes, al igual que una exploración clínica correcta de la paciente (19).

La paciente presenta una vulvovaginitis candidiasica producida por la *Candida albicans* que suele ser la más común en estos casos. Los factores de riesgo para que se desarrolle esta enfermedad son: embarazo, inmunosupresión, diabetes mellitus o alguna antibioticoterapia reciente (19).

Debido a que se trata de una patología muy prevalente en las consultas ginecológicas y es de fácil manejo, es importante identificarlo y tener en cuenta factores o circunstancias que agraven esta situación por lo que debemos manejar orientación y consejería adecuada para el paciente.

## **APLICACIÓN CASO CLINICO 8 GINECOLOGIA INFECCION DEL TRACTO URINARIO**

El embarazo va a constituir uno de los principales factores que influyen para la infección de vía urinaria, por diferentes modificaciones fisiológicas de la madre que van a provocar que aumente la probabilidad de presentar infecciones de tracto urinario. La bacteriuria asintomática no tratada en estas pacientes puede ser un factor de riesgo muy importante para la hacer una pielonefritis por lo que realizar exámenes de orina como controles es importante (21).

El tratamiento de estas bacteriurias asintomáticas va a reducir la incidencia y riesgo de complicaciones en las gestantes.

Para un diagnóstico preciso y dar un tratamiento antibiótico de elección lo ideal es una prueba de uro cultivo pero estas pruebas suele demorar unos días. Por lo que la terapia empírica se basa en dar tratamiento para los bacilos Gram

negativo, en este caso escherichia coli, siendo este el causante de la mayoría de infecciones del tracto urinarias en gestantes (22).

## **CAPITULO IV. REFLEXION CRÍTICA DE LA EXPERIENCIA.**

Los 3 primeros meses de internado fueron antes de que empezara la pandemia y en un Hospital, el trabajo en el hospital antes de la pandemia tenía sus problemas.

La dificultad principal era la atención oportuna y las pruebas que normalmente laboratorio no contaba con algunos reactivos.

Fuera de eso la atención era integral y se podía lograr una buena relación médico paciente con un trato directo, cercano y de confianza. La demanda era satisfecha en los diferentes servicios sin problema, habiendo muy pocas veces que se pudiera sobresaturar un servicio y necesitar apoyo.

Luego de la pandemia el internado cambio a centros de salud los cuales eran menos complejos y con menos servicios que un hospital, al mismo tiempo había menos personal y mayor demanda de pacientes en los diferentes servicios.

La pandemia no solo afecto el centro de salud saturando los servicios, también dificulto el trato directo con el paciente, teniendo que mantener distancias y los equipos de protección dificultaba que el paciente pudiera verte y escucharte de manera adecuada.

Esto se traducía en una atención más robotizada y menos humanizada, Afectando como sabemos muchas veces en lograr llegar al paciente y dejar en claro el nivel de gravedad de la enfermedad que padeciera o la importancia de cumplir con el tratamiento.

La solución muchas veces era atender en lugares más abiertos y ventilados al consultorio clásico o servicio de urgencias donde el reducido espacio dificultaba la atención. Esto nos permitió poder acercarnos más al paciente y poder escuchar y ser escuchados de manera más apropiada.

El uso de folletos e imágenes nos ayudó mucho también en el trabajo de atender a los pacientes, muchas veces las patologías eran recurrentes y las soluciones repetitivas por lo que nos permitía armar folletos o imágenes impresas para ayudar a lograr una mejor comprensión de la enfermedad al paciente y así mismo lograr que el paciente sea más consciente de lo que padecía y poder junto al médico lograr un buen y completo tratamiento.

## CONCLUSIONES.

La atención primaria en salud es y será de vital importancia en la salud por lo que la experiencia y conocimientos adquiridos en la atención en el centro de salud nos hacen entender mejor este complejo primer sistema de atención al que no le hemos dedicado la importancia debida.

El hospital nos brinda conocimiento más complejo y especializado el cual no es del todo malo pero la misma demanda y complejidad no nos permite poder desenvolvernos completamente en una atención integral y muchas veces nuestros tutores son los que terminan dando la solución final.

El trato también varía, siendo este más apresurado en el hospital por la misma demanda de pacientes y urgencia de atenderlos, esto no nos permite lograr aplicar muchas veces lo aprendido y seguir las órdenes del tutor.

En el centro de salud los casos son entre comillas menos complejo, ya que muchas veces parecen problemas simples que son encubiertos con múltiples patologías crónicas que en este momento nos tomamos el tiempo de darnos cuenta todo lo que puede venir detrás del paciente.

Este internado fue mucho más completo y te prepara mejor para ser un médico general más capacitado, además de poder llevar un serum más capacitado y de manera más eficiente. La atención primaria en salud será el pilar de la formación médica en este internado, debiendo aprovecharlo de manera completa para una formación de calidad.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Crowe SE. Helicobacter pylori Infection. N Engl J Med 2019; 380:1158.
2. Fischbach LA, van Zanten S, Dickason J. Meta-analysis: the efficacy, adverse events, and adherence related to first-line anti-Helicobacter pylori quadruple therapies. Aliment Pharmacol Ther 2004; 20:1071.
3. Fallone CA, Chiba N, van Zanten SV, et al. The Toronto Consensus for the Treatment of Helicobacter pylori Infection in Adults. Gastroenterology 2016; 151:51.
4. Chey WD, Leontiadis GI, Howden CW, Moss SF. ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori Infection. Am J Gastroenterol 2017; 112:212.
5. Peixoto AJ. Acute Severe Hypertension. N Engl J Med 2019; 381:1843.
6. Martin JF, Higashiyama E, Garcia E, et al. Hypertensive crisis profile. Prevalence and clinical presentation. Arq Bras Cardiol 2004; 83:131.
7. Delgado Martín AE, Sánchez López J, Muñoz Beltrán HJ. Manejo de las crisis hipertensivas. Med Integr. 2003; 41(2):61–9.
8. Veraldi S, De Micheli P, Schianchi R, Pontini P. A new treatment regimen with permethrin in scabies. G Ital Dermatol Venereol 2018; 153:491.
9. Executive Committee of Guideline for the Diagnosis and Treatment of Scabies. Guideline for the diagnosis and treatment of scabies in Japan (third edition): Executive Committee of Guideline for the Diagnosis and Treatment of Scabies. J Dermatol 2017; 44:991.
10. Goldstein BG, Goldstein AO. Scabies. 2015 Uptodate.
11. Jennifer Sundberg, MD, Cristina Estrada, Thomas J. Abramo, Pediatric Fever And Neutropenia: An Evidence-Based Approach. Pediatric Emergency Medicine Practice 2009;6(7)1-15
12. Perez-Mendez C, Molinos-Norniella C, MoranPoladura M, Fernandez-Rodríguez E, Suarez-Castanon C, Solís-Sanchez G. Low risk of bacteremia in otherwise healthy children presenting with fever and severe neutropenia Pediatr Infect Dis J. 2010 Jul;29(7):671-2.

13. Yokoe M, Hata J, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences*. 2017.
14. Stone CK, RL Humphries. *Diagnóstico y tratamiento en medicina de urgencias*. 7ª edición. Ed. McGraw-Hill LANGE; 2013. pp. 229-230, 242, 243.
- 15.. Rumack MC, Wilson SR, Charboneau JW, Johnson JA. *Diagnóstico por ecografía*. 3a edición. Marbán. 2006. pp. 171-4, 177-9.
16. Velázquez MJD, Godínez RC, Vázquez GMÁ. Evaluación prospectiva de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de apendicitis aguda. *Cir Gen*. 2010;32(1):17-23.
17. Gorter RR, Eker HH, Gorter-Stam MA y col. Diagnóstico y manejo de la apendicitis aguda. Conferencia de desarrollo de consenso EAES 2015. *Surg Endosc* 2016; 30: 4668.
18. Hansson J, Körner U, Khorram-Manesh A, et al. Ensayo clínico aleatorizado de terapia con antibióticos versus apendicectomía como tratamiento primario de la apendicitis aguda en pacientes no seleccionados. *Br J Surg* 2009; 96: 473.
19. Sobel JD, Brooker D, Stein GE, et al. Single oral dose fluconazole compared with conventional clotrimazole topical therapy of Candida vaginitis. Fluconazole Vaginitis Study Group. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:1263.
20. National guideline for the management of vulvovaginal candidiasis. Clinical Effectiveness Group (Association of Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases). *Sex Transm Infect* 1999; 75 Suppl 1:S19.
21. Vazquez JC, Abalos E. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; :CD002256.
22. Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2019; 68:e83.

## **ANEXOS**

## ANEXO N°1

**Tabla N° 01. Niveles de atención y categorías de Establecimientos de Salud**

| Nivel de atención | Internamiento     | Categoría | Descripción  |
|-------------------|-------------------|-----------|--|
| Primer Nivel      | Sin internamiento | I-1       | Puestos o postas de salud con profesionales de salud no médicos  |
|                   |                   | I-2       | Puesto o posta de salud con médico, con médicos con o sin especialidad                                 |
|                   |                   | I-3       | Centros de salud, centros médicos, centros médicos especializados, policlínicos, centros odontológicos |
|                   | Con internamiento | I-4       | Centro de salud o centros médicos con camas de internamiento   |
| Segundo Nivel     | Con internamiento | II-1      | Hospital de atención general   |
|                   |                   | II-2      | Hospital de atención general   |
|                   |                   | II-E      | Hospital de atención especializada   |
| Tercer Nivel      | Con internamiento | III-1     | Hospital de atención general   |
|                   |                   | III-E     | Hospital de atención especializada   |
|                   |                   | III-2     | Instituto de salud especializado   |

**FUENTE:** Elaborado por el autor

## ANEXO N°2

### *Criterios de la escala diagnóstica de Alvarado*

| <b>Criterios de evaluación de la escala diagnóstica de Alvarado</b> |                |
|---|----------------|
| <b>Criterio</b>   | <b>Valor</b>   |
| Dolor en cuadrante inferior derecho                                 | 2              |
| Signo de Blumberg positivo  | 1              |
| Migración del dolor   | 1              |
| Náuseas o vómito  | 1              |
| Anorexia  | 1              |
| Temperatura oral superior a 37,2 °C                                 | 1              |
| Recuento de leucocitos mayor de 10.000 por mm <sup>3</sup>          | 2              |
| Neutrofilia mayor de 70 %   | 1              |
| <b>Criterios de decisión de la escala diagnóstica de Alvarado</b>   |                |
| <b>Decisión</b>   | <b>Puntaje</b> |
| Negativo para apendicitis   | 0-4            |
| Possible apendicitis  | 5-6            |
| Probable apendicitis  | 7-8            |
| Apendicitis   | 9-10           |

*Fuente: Beltrán M, Villar R, Tapia TF. Score diagnóstico de apendicitis: Estudio prospectivo, doble ciego, no aleatorio. Revista Chilena de Cirugía. 2004;56:550-7.*