MANUAL

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DOCUMENTO TÉCNICO

DE ATENCION EN SALUD DE LA UNIDAD MOVIL MEDICA ODONTOLOGICA

**empresa social del estado**

**hospital san jose de maicao**

**maicao, la guajira**



**TABLA DE CONTENIDO**

[I. INTRODUCCION 6](file:///D:\SG_Documental_HSJM\Gestión%20Mejoramiento%20Continuo\Manuales\004%20Manual%20de%20Atencion%20en%20Salud%20de%20la%20Unidad%20Movil%20Medica%20Odontologica.docx#_Toc112332083)

[II. PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN BRIGADA EXTRAMURAL 6](file:///D:\SG_Documental_HSJM\Gestión%20Mejoramiento%20Continuo\Manuales\004%20Manual%20de%20Atencion%20en%20Salud%20de%20la%20Unidad%20Movil%20Medica%20Odontologica.docx#_Toc112332084)

[2.1. OBJETIVO 7](#_Toc112332085)

[2.2. ALCANCE Y RESPONSABLES 7](#_Toc112332086)

[2.3. GENERALIDADES 7](#_Toc112332087)

[2.4. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO 10](#_Toc112332088)

[2.5. REGISTROS DE CALIDAD 10](#_Toc112332089)

[2.6. MARCO NORMATIvo 10](#_Toc112332090)

[2.7. TERMINOS Y DEFINICIONES 11](#_Toc112332091)

[III. PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DEL EQUIPO DE LA UNIDAD MOVIL MEDICO ODONTOLOGICA 11](file:///D:\SG_Documental_HSJM\Gestión%20Mejoramiento%20Continuo\Manuales\004%20Manual%20de%20Atencion%20en%20Salud%20de%20la%20Unidad%20Movil%20Medica%20Odontologica.docx#_Toc112332092)

[3.1. OBJETIVO 12](#_Toc112332093)

[3.2. ALCANCE 12](#_Toc112332094)

[3.3. CRITERIOS NORMATIVOS 12](#_Toc112332095)

[3.4. PROCEDIMIENTO 12](#_Toc112332096)

[3.5. BIBLIOGRAFIA 13](#_Toc112332097)

[IV. PROTOCOLO DE INGRESO ADMINISTRATIVO DEL PACIENTE 14](file:///D:\SG_Documental_HSJM\Gestión%20Mejoramiento%20Continuo\Manuales\004%20Manual%20de%20Atencion%20en%20Salud%20de%20la%20Unidad%20Movil%20Medica%20Odontologica.docx#_Toc112332098)

[4.1. OBJETIVOS 14](#_Toc112332099)

[4.2. ALCANCE 14](#_Toc112332100)

[4.3. CRITERIOS NORMATIVOS 14](#_Toc112332101)

[4.4. PROCEDIMIENTOS 14](#_Toc112332102)

[V. ATENCION POR MEDICO GENERAL 14](file:///D:\SG_Documental_HSJM\Gestión%20Mejoramiento%20Continuo\Manuales\004%20Manual%20de%20Atencion%20en%20Salud%20de%20la%20Unidad%20Movil%20Medica%20Odontologica.docx#_Toc112332103)

[5.1. PROTOCOLO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO A NIVEL EXTRAMURAL 14](#_Toc112332104)

[VI. GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA 20](file:///D:\SG_Documental_HSJM\Gestión%20Mejoramiento%20Continuo\Manuales\004%20Manual%20de%20Atencion%20en%20Salud%20de%20la%20Unidad%20Movil%20Medica%20Odontologica.docx#_Toc112332105)

[6.1. OBJETIVO 20](#_Toc112332106)

[6.2. ALCANCE Y RESPONSABLES: 20](#_Toc112332107)

[6.3. TERMINOS Y DEFINICIONES: 21](#_Toc112332108)

[6.4. GENERALIDADES 21](#_Toc112332109)

[6.5. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO 22](#_Toc112332110)

[VII. GUÍA DE ATENCIÓN DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS AGUDA 32](file:///D:\SG_Documental_HSJM\Gestión%20Mejoramiento%20Continuo\Manuales\004%20Manual%20de%20Atencion%20en%20Salud%20de%20la%20Unidad%20Movil%20Medica%20Odontologica.docx#_Toc112332111)

[7.1. OBJETIVO 32](#_Toc112332112)

[7.2. ALCANCE Y RESPONSABLES 32](#_Toc112332113)

[7.3. TERMINOS Y DEFINICIONES 32](#_Toc112332114)

[7.4. GENERALIDADES 33](#_Toc112332115)

[7.5. DESCRIPCION CLINICA 33](#_Toc112332116)

[7.6. FACTORES DE RIESGO 34](#_Toc112332117)

[7.7. AYUDAS DIAGNOSTICAS PERTINENTES 34](#_Toc112332118)

[7.8. IMÁGENES DIAGNÓSTICAS 36](#_Toc112332119)

[7.9. EDUCACION 36](#_Toc112332120)

[7.10. CRITERIOS DE REVISION 37](#_Toc112332121)

[7.11. CRITERIOS DE REMISION 37](#_Toc112332122)

[7.12. Revisión BibliográfICA 37](#_Toc112332123)

[VIII. GUÍA DE ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA 38](file:///D:\SG_Documental_HSJM\Gestión%20Mejoramiento%20Continuo\Manuales\004%20Manual%20de%20Atencion%20en%20Salud%20de%20la%20Unidad%20Movil%20Medica%20Odontologica.docx#_Toc112332124)

[8.1. OBJETIVO 38](#_Toc112332125)

[8.2. ALCANCE Y RESPONSABLES 39](#_Toc112332126)

[8.3. TERMINOS Y DEFINICIONES 39](#_Toc112332127)

[8.4. GENERALIDADES 39](#_Toc112332128)

[8.5. DEFINICIONES 40](#_Toc112332129)

[8.6. ETIOLOGIA 40](#_Toc112332130)

[8.7. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS 40](#_Toc112332131)

[8.8. FACTORES DE RIESGO 41](#_Toc112332132)

[8.9. FACTORES PROTECTORES 41](#_Toc112332133)

[8.10. CARACTERISTICAS DE LA ATENCION-SINDROMES CLINICOS 42](#_Toc112332134)

[8.11. INFECCIONES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES 42](#_Toc112332135)

[8.12. OTITIS MEDIA AGUDA 43](#_Toc112332136)

[8.13. FARINGITIS 46](#_Toc112332137)

[8.14. LARINGOTRAQUEITIS 49](#_Toc112332138)

[8.15. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DE LAS CAUSAS INFECCIOSAS DE ESTRIDOR 50](#_Toc112332139)

[8.16. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS INFERIORES 51](#_Toc112332140)

[8.17. BRONQUIOLITIS 59](#_Toc112332141)

[9.1. OBJETIVO 61](#_Toc112332142)

[9.2. ALCANCE Y RESPONSABLES 61](#_Toc112332143)

[9.3. GENERALIDADES 62](#_Toc112332144)

[9.4. GUÍA DE ATENCIÓN DE CEFALEA 62](#_Toc112332145)

[9.5. CARACTERISTICAS DE LA ATENCION 64](#_Toc112332146)

[9.6. SÍNDROMES PERIÓDICOS EN LA INFANCIA QUE PUEDEN SER PRECURSORES O ESTAR ASOCIADOS A MIGRAÑA 68](#_Toc112332147)

[9.7. COMPLICACIONES DE LA MIGRAÑA 69](#_Toc112332148)

[9.8. FORMAS CLÍNICAS 71](#_Toc112332149)

[9.9. HEMICRANEA PAROXISTICA 71](#_Toc112332150)

[9.10. EVALUACIÓN DE ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS BASADOS EN EVIDENCIA 71](#_Toc112332151)

[9.11. TRATAMIENTO 72](#_Toc112332152)

[9.12. EDUCACION 73](#_Toc112332153)

[9.13. CRITERIO DE REVISION 73](#_Toc112332154)

[9.14. CRITERIOS DE REMISIÓN 74](#_Toc112332155)

[9.15. TERMINOS Y DEFINICIONES 75](#_Toc112332156)

[9.16. Revisión Bibliográfica 75](#_Toc112332157)

[10.1. OBJETIVO 76](#_Toc112332158)

[10.2. ALCANCE Y RESPONSABLES 76](#_Toc112332159)

[10.3. GENERALIDADES 76](#_Toc112332160)

[10.4. CRITERIOS EPIDEMIOLOGICOS 80](#_Toc112332161)

[10.5. DESCRIPCION CLINICA 81](#_Toc112332162)

[10.6. AYUDAS DIAGNOSTICAS PERTINENTES COPROLOGICO: 82](#_Toc112332163)

[10.7. CUADRO HEMATICO 82](#_Toc112332164)

[10.8. TRATAMIENTO 82](#_Toc112332165)

[10.9. EDUCACION 83](#_Toc112332166)

[10.10. COMPONENTE NUTRICIONAL 83](#_Toc112332167)

[10.11. CRITERIOS DE REVISIÓN O SEGUIMIENTO DEL PACIENTE 83](#_Toc112332168)

[10.12. ALERTAS FARMACOTERAPEUTICAS: 83](#_Toc112332169)

[10.13. TERMINOS Y DEFINICIONES 83](#_Toc112332170)

[11.1. OBJETIVO 84](#_Toc112332171)

[11.2. ALCANCE Y RESPONSABLES 84](#_Toc112332172)

[11.3. TERMINOS Y DEFINICIONES 85](#_Toc112332173)

[11.4. GENERALIDADES 85](#_Toc112332174)

[11.5. DEFINICIÓN 85](#_Toc112332175)

[11.6. Descripción del problema 86](#_Toc112332176)

[11.7. DESCRIPCION CLINICA 88](#_Toc112332177)

[11.8. FACTORES DE RIESGO 89](#_Toc112332178)

[11.9. Diagnóstico 89](#_Toc112332179)

[11.10. CARACTERISTICAS DE LA ATENCION 91](#_Toc112332180)

[11.11. TRATAMIENTO 91](#_Toc112332181)

[11.12. EDUCACION 94](#_Toc112332182)

[11.13. CRITERIOS DE REVISIÓN O SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE 94](#_Toc112332183)

[11.14. CRITERIOS DE REMISIÓN 94](#_Toc112332184)

[11.15. Revisión Bibliográfica 95](#_Toc112332185)

[XII. ATENCION POR ENFERMERIA 95](file:///D:\SG_Documental_HSJM\Gestión%20Mejoramiento%20Continuo\Manuales\004%20Manual%20de%20Atencion%20en%20Salud%20de%20la%20Unidad%20Movil%20Medica%20Odontologica.docx#_Toc112332186)

[12.1. PROCEDIMIENTO PARA LA PRECONSULTA Y LA POST CONSULTA 95](#_Toc112332187)

[12.2. PROCEDIMIENTO TOMA DE FRECUENCIA CARDIACA A NIVEL EXTRAMURAL 97](#_Toc112332188)

[12.3. PROCEDIMIENTO TOMA DE FRECUENCIA RESPIRATORIA A NIVEL EXTRAMURAL 100](#_Toc112332189)

[12.4. PROCEDIMIENTO TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL A NIVEL EXTRAMURAL 105](#_Toc112332190)

[12.5. PROCEDIMIENTO TOMA DE PESO TALLA Y LONGITUD A NIVEL EXTRAMURAL 107](#_Toc112332191)

[12.6. PROCEDIMIENTO TOMA DE TEMPERATURA A NIVEL EXTRAMURAL 111](#_Toc112332192)

[XIII. PROTOCOLO PARA LAVADO DE MANOS 114](file:///D:\SG_Documental_HSJM\Gestión%20Mejoramiento%20Continuo\Manuales\004%20Manual%20de%20Atencion%20en%20Salud%20de%20la%20Unidad%20Movil%20Medica%20Odontologica.docx#_Toc112332193)

[13.1. OBJETIVOS 114](#_Toc112332194)

[13.2. ALCANCES 114](#_Toc112332195)

[13.3. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS 114](#_Toc112332196)

[13.4. PROTOCOLO DE HIGIENIZACIÓN DE MANOS PARA FUNCIONARIOS DE LA UNIDAD MOVIL 115](#_Toc112332197)

[13.5. CONTENIDO DEL PROTOCOLO 115](#_Toc112332198)

[13.6. RECOMENDACIONES 119](#_Toc112332199)

[13.7. BIBLIOGRAFIAS 120](#_Toc112332200)

[ELABORACION Y CONTROL DE CAMBIOS 121](file:///D:\SG_Documental_HSJM\Gestión%20Mejoramiento%20Continuo\Manuales\004%20Manual%20de%20Atencion%20en%20Salud%20de%20la%20Unidad%20Movil%20Medica%20Odontologica.docx#_Toc112332201)

1. INTRODUCCION

La unidad móvil medica Odontológica habilitada de la ESE HSJM, es la forma de acercar la salud a la comunidad ubicada en el área periférica y rural de la localidad para prestar servicios de salud básicos y además la identificación de casos críticos, tales como gestantes sin atención, menores desnutridos, víctimas de violencia y otras situación que ameritan intervención inmediata por los actores en salud y otras entidades dentro de la institucionalidad; en consecuencia se hace necesario que la Unidad posea protocolos claros de atención de los usuarios.

Los protocolos usados son adoptados mediante la Resolución interna 0232 de 2023 que expidió la entidad, para adoptar GPC, protocolos de vigilancia en salud pública, Herramientas de Seguridad del Paciente Emitidas por el Ministerio de salud, Instituto Nacional de Salud y Observatorio de calidad del Ministerio de Salud, Los cuales proveen fundamentación basada en evidencia científica.

1. PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN BRIGADA EXTRAMURAL
   1. OBJETIVO

Realizar oportunamente y con calidad las acciones extramurales organizadas por el Centro de Atención, en cumplimiento con los contratos suscritos con las diferentes entidades y como fortalecimiento de la demanda inducida de las acciones de promoción y prevención.

* 1. ALCANCE Y RESPONSABLES

Previo a la ejecución, debe elaborarse el cronograma de las brigadas de salud, teniendo en cuenta las solicitudes allegadas por representantes de la comunidad, De acuerdo a este cronograma se programan las brigadas en cada una de las veredas o inspecciones del municipio. Este inicia con el proceso de facturación.

Son responsables del cabal cumplimiento todo el personal del área de salud del Centro de Atención.

* 1. GENERALIDADES

DEFINICION DEL PROCESO DE ATENCION DE CONSULTA MÉDICA:

Es la atención brindada por un profesional médico a un Paciente ambulatorio. Incluye las atenciones a consultantes sanos.

Recursos

Talento Humano:

Enfermera Profesional

Médicos

Auxiliar de Enfermería

Auxiliar Administrativo

Recursos y materiales:

Tensiómetro

Fonendoscopio

Termómetro

Tallimetro

Bascula

Papelería correspondiente diseñada por la Ese Solución Salud, para las brigadas extramurales.

Metodológicos:

Normas técnicas

Medio Ambiente:

Puestos de Salud

Instituciones educativas

Polideportivos

Lugares comunitarios

Hogares de Bienestar Familiar

Salón de juntas de acción comunal

Según la programación se informara a la secretaria de salud el o los lugares donde se prestaran los servicios.

Cuando no se puedan llevar a cabo las brigadas de salud en los puestos de salud se acondicionaran áreas temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos, en lo posible sitio cerrado, techado, con suministro de agua y luz.

Responsabilidades del médico:

Realizar el pedido de medicamentos necesarios para la brigada de salud teniendo en cuenta los usuarios de cada programa de promoción y prevención.

A la llegada de la brigada de salud se concreta con farmacia la entrega de RIPS, formulas médicas para que sean facturadas las actividades y se entregan los medicamentos no utilizados.

Prestar el servicio a todos los usuarios del régimen subsidiado y vinculado cubiertos por contratación realizada por las administradoras de salud con la ESE HSJM.

Atender los usuarios programados en actividades de promoción y prevención en las brigadas que se realicen.

Verificar con la enfermera jefe del centro de atención la dotación, material necesaria (tensiómetro, fonendoscopio, equipo de órganos, baja lenguas, guantes, balanza, papelería, hoja de evolución, RIPS, formularios tanto médico como de promoción y prevención).

Remitir el paciente de requerirse, al servicio correspondiente y/o programa de promoción y prevención, utilizando el formato diseñado para tal fin

Responsabilidad de Odontología:

Alistar los materiales e insumos necesarios para la brigada de salud (unidad odontológica movil, instrumental a utilizar de acuerdo a la actividad.

Verificar con la auxiliar la dotación, materiales e insumos, papelería de historias odontológicas, RIPS, formularios médicos.

Prestar el servicio a todos los usuarios que se encuentren cobijados en los contratos de las administradoras de salud con la ESE HSJM del régimen subsidiado y Pobres no asegurados

.

Remitir el paciente de requerirse, al servicio correspondiente y/o programa de promoción y prevención, utilizando el formato diseñado para tal fin

Responsabilidad de Enfermería:

Avisar previamente el día de la brigada a la auxiliar de enfermería responsable del puesto de salud o las juntas de acción comunal de la vereda o inspección donde no haya puestos de salud para que la comunidad esté informada.

Coordinar con el personal el horario de salida.

Verificar con el médico la dotación, material necesario, instrumental y equipos, papelería, formularios médicos y demás elementos necesarios para la brigada de salud.

Verificar con la auxiliar de enfermería la dotación, material necesario (biológicos, jeringas, torundas, guardianes, atomizadores, registros diarios de vacunación, aplica solo si lo prestan, registros de actividades de los diferentes programas de promoción y prevención).

Participar de las actividades de promoción y prevención y diligenciamiento de papelería (citología cervicouterinas y demás actividades que se realicen, aplica solo si lo prestan).

Acordar el horario de llegada y salida con el conductor.

Llevar papelería de modelo de facturación y de historias clínicas de brigadas.

Responsabilidad de la auxiliar de enfermería del puesto de salud a visitar:

Avisar a la comunidad, el día que se va a realizar la brigada, por medio de avisos en sitios estratégicos y en el puesto de salud.

Concertar con la junta de acción comunal imprevistos.

Realizar canalización de los usuarios a los diferentes programas

Tener citas, previamente programadas a la comunidad.

Solicitar, custodiar y responder por los biológicos para aplicación durante la brigada.

Atender los usuarios programados para las actividades de promoción y prevención y demás procedimientos.

Responsabilidad del Conductor:

Revisar que el carro se encuentren en buenas condiciones técnicas en cada salida.

Dejar el carro tanqueado con gasolina, el día anterior a la salida.

Corroborar que se encuentre la llanta de repuesto y la herramienta necesaria y equipo de carreteras.

Colaborar en el montaje y organización de los diferentes insumos y elementos de la brigada.

Coordinar el mantenimiento preventivo de la Unidad Médica Odontológica

* 1. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

• Se inicia con la llegada al paciente a Admisión y tamizaje.

• Se saluda y se pregunta al paciente que tipo de atención o servicio necesita.

• Identificar los problemas y necesidades del individuo.

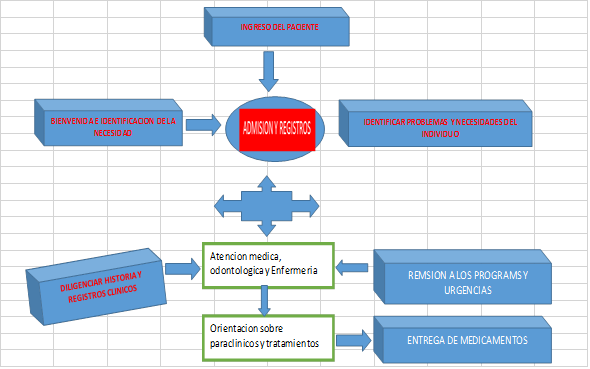
Atención médica o de enfermería.

• A los pacientes nuevos se debe abrir historia clínica para consulta externa o para el programa de promoción y Mantenimiento.

• Tomar y registrar los signos vitales de los usuarios y tamizaje nutricional

• Dar orientación sobre los para clínicos y tratamientos que el médico ordene.

• Dar cita de seguimiento a los usuarios los de programas de promoción y prevención.



* 1. REGISTROS DE CALIDAD

Historia Clínica

Papelería correspondiente para consulta externa y programas de promoción y prevención.

* 1. MARCO NORMATIvo

Decreto 1011 de 2006: Sistema obligatorio de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud.

Resolución 1043 de 2006

Resolución 3280 de 2018, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el plan nacional de salud pública 2007 – 2010.

Resolución 4796 de 2008 Reglamenta la atención por brigadas o jornadas de salud.

* 1. TERMINOS Y DEFINICIONES

Demanda Inducida: Es un procedimiento que se utiliza para direccionamiento a los usuarios a los diferentes programas de Promoción y Prevención.

Promoción de la Salud: La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Prevención de la enfermedad: Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Procedimiento: Forma específica de llevar a cabo una actividad.

**Referencias Bibliográficas:**

Organización Mundial de la Salud. Mumps. www.who.int.

Resolución 3100 de 2019

1. PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD DEL EQUIPO DE LA UNIDAD MOVIL MEDICO ODONTOLOGICA
   1. OBJETIVO

Orientar, en el marco de la pandemia por el nuevo coronavirus COVID-19, las medidas generales de bioseguridad que deben adoptar el personal asistencial de la Unidad móvil Medica Odontológica, en la atención extramural a los pacientes en cada uno de los asentamientos.

* 1. ALCANCE

El protocolo de Bioseguridad implementado por la ESE Hospital San José de Maicao para el proyecto de la Unidad Móvil, es aplicable para todos los profesionales y/o técnicos que conforman el grupo extramural de la ESE y en todas las áreas donde se realicen actividades con exposición o riesgo biológico, también tiene alcance a pacientes, funcionarios o visitantes que ingresen a cada una de las áreas de esta Unidad Médica Odontológica.

* 1. CRITERIOS NORMATIVOS

Las medidas generales de bioseguridad son las indicadas en la resolución 666 de 2020, “por medio de la cual se adopta el protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19.

Ley 9 de 1979 en su artículo 80, establece las normas para preservar, conservar y mejorar la salud de los individuos en sus ocupaciones, derivadas de las condiciones de trabajo.

* 1. PROCEDIMIENTO

El área de la salud es uno de los sectores con mayor riesgo ocupacional. En la práctica corriente, varias de las operaciones periódicas llevadas adelante en el marco de un programa de control de roedores pueden conducir a una serie de riesgos a los que están expuestos el propio trabajador, otros trabajadores cercanos a él, el entorno y hasta la misma comunidad. Mediante la evaluación de los riesgos y la asignación de buenas prácticas de trabajo dentro del grupo Unidad Móvil de la ESE Hospital San José de Maicao y capacitaciones, se pueden reducir a un mínimo los riesgos de exposición del personal de salud. En el marco de un programa de control de roedores, es necesaria entonces la adopción de un conjunto de medidas, con el fin de reducir o eliminar los riesgos producidos por agentes infecciosos o por elementos que no son estrictamente de origen biológico. Por lo anterior se deberán tener en cuenta las siguientes instrucciones para la operatividad de la Unidad Móvil.

* + 1. **Lávese las manos frecuentemente**

Lávese las manos con frecuencia con un desinfectante de manos a base de alcohol o con agua y jabón.

* + 1. **Adopte medidas de higiene respiratoria**

Al toser o estornudar, cúbrase la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo; tire el pañuelo inmediatamente y lávese las manos con un desinfectante de manos a base de alcohol, o con agua y jabón.

* + 1. **Mantenga el distanciamiento social**

Mantenga al menos 2 metros de distancia entre usted y las demás personas, particularmente aquellas que tosan, estornuden y tengan fiebre. Porque Cuando alguien con una enfermedad respiratoria, como la infección por el 2019-nCoV, tose o estornuda, proyecta pequeñas gotículas que contienen el virus. Si está demasiado cerca, puede inhalar el virus.

**3.4.4. Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca**

Las manos tocan muchas superficies que pueden estar contaminadas con el virus. Si se toca los ojos, la nariz o la boca con las manos contaminadas, puedes transferir el virus de la superficie a si mismo.

**3.4.5. Si tiene fiebre, tos y dificultad para respirar, solicite atención médica a tiempo**

Indique a su prestador de atención de salud si ha viajado a una zona de China en la que se haya notificado la presencia del 2019-nCoV, o si ha tenido un contacto cercano con alguien que haya viajado desde China y tenga síntomas respiratorios.

Siempre que tenga fiebre, tos y dificultad para respirar, es importante que busque atención médica de inmediato, ya que dichos síntomas pueden deberse a una infección respiratoria o a otra afección grave. Los síntomas respiratorios con fiebre pueden tener diversas causas, y dependiendo de sus antecedentes de viajes y circunstancias personales, el 2019-nCoV podría ser una de ellas.

**3.4.6. Manténgase informado y siga las recomendaciones de los profesionales sanitarios**

Manténgase informado sobre las últimas novedades en relación con la COVID-19. Siga los consejos de su dispensador de atención de salud, de las autoridades sanitarias pertinentes a nivel nacional y local o de su empleador sobre la forma de protegerse a sí mismo y a los demás ante la COVID-19.

Las autoridades nacionales y locales dispondrán de la información más actualizada acerca de si la COVID-19 se está propagando en su zona. Son los interlocutores más indicados para dar consejos sobre las medidas que la población de su zona debe adoptar para protegerse.

**3.4.7. Medidas de protección para las personas que se encuentran en zonas donde se está propagando la COVID-19 o que las han visitado recientemente (en los últimos 14 días)**

• Siga las orientaciones expuestas arriba.

• Permanezca en casa si empieza a encontrarse mal, aunque se trate de síntomas leves como cefalea y rinorrea leve, hasta que se recupere.

Evitar los contactos con otras personas y las visitas a centros médicos permitirán que estos últimos funcionen con mayor eficacia y ayudará a protegerle a usted y a otras personas de posibles infecciones por el virus de la COVID-19 u otros.

* 1. BIBLIOGRAFIA

• https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public?gclid=Cj0KCQjw-uH6BRDQARIsAI3I-UegfUgyya524EtAdWgbLwDv58MeOLypEBFdXNaFRvZok-blwgiIMcQaAjWtEALw\_wcB

• https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20892%20de%202020.pdf

• http://www.panaftosa.org/roedores/index.php/protocolo-para-bioseguridad

https://fisicalabsinvestigacion.uniandes.edu.co/archivos/man\_salud\_ocup/ANEXOS\_GISSA\_2013/PROTOCOLO%20DE%20BIOSEGURIDAD.pdf.

1. PROTOCOLO DE INGRESO ADMINISTRATIVO DEL PACIENTE
   1. OBJETIVOS

Identificar y caracterizar al paciente que será atendido

* 1. ALCANCE

Desde que llega el paciente hasta que es admisionado y registrado en base de datos

* 1. CRITERIOS NORMATIVOS

Resolución 1995 de 1996

Resolución 3100 de 2019

Resolución 3280 de 2018

* 1. PROCEDIMIENTOS

• Bienvenida e identificación de la necesidad de servicio del usuario

• Solicitud de documentos de identidad en ingreso en base de datos

• Educación y guía en lavado de manos y uso de la mascarilla

• Orientación del usuario para paso al consultorio o carpa de tamizaje

1. ATENCION POR MEDICO GENERAL
   1. PROTOCOLO DE DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL EMBARAZO A NIVEL EXTRAMURAL

OBJETIVO

Vigilar la evolución del proceso de la gestación en mujeres que demandan la atención medica en jornadas extramurales, de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo bioPsico-sociales que incidan en el mencionado proceso.

Inducir las gestantes atendidas en las jornadas extramurales, a los diferentes programas de promoción y prevención desarrollados por la ESE HSJM

ALCANCE Y RESPONSABLES

Las beneficiarias de esta norma son todas las mujeres gestantes usuarias de los servicios de salud ofrecidos en las jornadas a nivel extramural.

Son responsables el médico y la enfermera.

GENERALIDADES:

DEFINICION

Identificar e intervenir tempranamente por el equipo de salud, la mujer y su familia los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo.

CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las normas básicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, las Instituciones de salud que prestan este servicio, deberán contar con la capacidad resolutiva y el equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de Calidad, que garantice una gestación normal y una madre y su hijo o hija sanos.

RECURSOS

Talento Humano:

Medico

Enfermera

Auxiliar de enfermería

Materiales o Logísticos:

Material educativo (folletos, rota folios)

Historia clínica de la materna

Doppler fetal

Registro de la materna

Carné de gestantes

Tallimetro

Pesa de piso

Metro

Equipo de órganos.

Fonendo y tensiómetro.

Metodológicos:

Normas técnicas

Guías de manejo de Promoción y Prevención

Medio Ambiente:

Puestos de Salud, Polideportivos, salones comunales, hogares de bienestar familiar, Instituciones Educativas.

PROCEDIMIENTO

La auxiliar de enfermería que se encuentra en el área rural informa a las usuarias captadas el lugar en que se realizara la brigada de salud de acuerdo a la programación según cronograma establecido por el centro de atención.

IDENTIFICACION E INSCRIPCION DE LAS GESTANTES EN EL CONTROL PRENATAL

Para el desarrollo oportuno de este proceso, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 14 de gestación, para intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo.

Este proceso implica:

• Ordenar prueba de embarazo si éste no es evidente.

• Promover la presencia del compañero o algún familiar, en el control prenatal

• Informar a la mujer y al compañero, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características. En este momento es preciso brindar orientación, trato amable, prudente y respetuoso, responder a las dudas e informar sobre cada uno de los procedimientos qué se realizaran, en un lenguaje sencillo y apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad.

CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA

En la primera consulta prenatal buscas evaluar el estado de salud, los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados al proceso de la gestación y determinar el plan de controles.

Elaboración de la historia clínica e identificación de factores de riesgo

• Identificación: Nombre, documento de identidad, edad, raza, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbano, rural), dirección y teléfono

• Anamnesis:

Antecedentes personales: Patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxico-alérgicos, (medicamentos recibidos, tabaquismo, alcoholismo, sustancias psicoactivas, exposición a tóxicos e irradiación y otros).

Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual.

Antecedentes obstétricos:

Gestaciones: Total de embarazos, intervalos ínter genésicos, abortos, ectópicos, molas, placenta previa, abrupción, ruptura prematura de membranas, polidraminios, oligoamnios, retardo en el crecimiento intrauterino.

Partos:

Número de partos, fecha del último, si han sido únicos o múltiples, prematuro a término o prolongado, por vía vaginal o por cesárea, retención placentaria, infecciones en el posparto, número de nacidos vivos o muertos, hijos con malformaciones congénitas, muertes peri natales y causas y peso al nacer.

Antecedentes ginecológicos:

Edad de la menarquia, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuando, antecedente o presencia de flujos vaginales, enfermedades de transmisión sexual VIH/SIDA, historia y tratamientos de infertilidad.

Antecedentes familiares:

Hipertensión arterial crónica, pre eclampsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, auto inmunes, infecciosas, congénitas, epilepsia, trastornos mentales, gestaciones múltiples, tuberculosis, neoplasias y otras.

Gestación actual:

Edad gestacional probable (fecha de la última regla, altura uterina y/o ecografía obstétrica), presencia o ausencia de movimiento fetales, sintomatología infecciosa urinaria o cervicovaginal, cefaleas persistentes, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, epigastralgia y otros.

Valoración de condiciones psico-sociales: Tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, embarazo deseado y o programado.

Otros motivos de consulta: Inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual.

EXAMEN FÍSICO

• Tomar medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina y valorar estado nutricional.

• Tomar signos vitales: Pulso, respiración, temperatura y tensión arterial.

• Realizar examen físico completo por sistemas: Debe hacerse céfalo caudal incluida la cavidad bucal

• Valoración ginecológica: Realizar examen de senos y genitales que incluye valoración del cuello, toma de citología, tamaño y posición uterina y anexos, comprobar la existencia del embarazo, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.

• Valoración obstétrica: Determinar altura uterina, número de fetos, situación y presentación fetal, fetocardia y movimientos fetales.

SOLICITUDES DE EXAMENES

• Hemograma completo que incluya: Hemoglobina, hematocrito, leucograma y velocidad de sedimentación (Hemograma : hemoglobina, hematocrito, recuento de eritrocitos, índice eritrocitario, leucograma, recuento de plaquetas e índices plaquetarios)

• Hemoclasificación

• Serología (Serología prueba no treponémica VDRL en suero o LCR )

• Uroanálisis (uroanálisis con sedimento y densidad urinaria

• Pruebas para detección de alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos (glicemia en ayunas, glucosa en suero, LCR u otro fluido diferente a orina para detectar diabetes pregestacional; en pacientes de alto riesgo para diabetes mellitus, prueba de tolerancia oral a la glucosa desde la primera consulta (Glucosa, curva de tolerancia cinco muestras )

• Ecografía obstétrica: Una ecografía en el primer trimestre. (Ecografía Pélvica Obstétrica con evaluación de la circulación placentaria y fetal

• Ofrecer consejería (Consulta de Primera Vez por citología y prueba Elisa para VIH y HbsAg (Serología para hepatitis B antígeno de Superficie )

• Frotis de flujo vaginal en caso de leucorrea o riesgo de parto prematuro Coloración de Gram y lectura para cualquier muestra

• Citología cervical de acuerdo con los parámetros de la norma de detección del cáncer de cuello uterino

ADMINISTRACION DE TOXOIDE TETANICO Y DIFTERICO

La aplicación de estos biológicos, debe realizarse de acuerdo con el esquema de vacunación vigente y los antecedentes de vacunación de la gestante.

FORMULACION DE MICRONUTRIENTES

Se deberá formular suplemento de Sulfato Ferroso en dosis de 60 mg de hierro elemental/día y un miligramo día de Ácido Fólico durante toda la gestación y hasta el 6º mes de lactancia. Además debe formularse calcio durante la gestación, hasta completar una ingesta mínima diaria de 1.200-1.500 mg.

Educación individual a la gestante, compañero y familia

REMISION O CONSULTA ODONTOLOGICA GENERAL

Con el fin de valorar el estado del aparato estomatognático, controlar los factores de riesgo para enfermedad periodontal y caries, así como para fortalecer prácticas de higiene oral adecuadas, debe realizarse una consulta odontológica en la fase temprana del embarazo. Esta remisión debe hacerse de rutina independiente de los hallazgos del examen médico o tratamientos odontológicos en curso.

DILIGENCIAR Y ENTREGAR EL CARNE MATERNO Y EDUCAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE SU USO

En el carné materno, se deben registrar los hallazgos clínicos, la fecha probable del parto, los resultados de los exámenes paraclínicos, las curvas de peso materno, altura uterina y tensión arterial media y las fechas de las citas de control.

Información y educación sobre la importancia de la atención del parto y sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente tales como:

• Sangrado genital.

• Ruptura prematura de membranas.

• Edemas

• Vértigo

• Cefalea.

• Dolor epigástrico.

• Trastornos visuales y auditivos.

• Cambios en la orina

• Flujo vaginal

Remisión al curso de preparación para la Maternidad y Paternidad

Deben realizarse cada mes. Si es de bajo riesgo los controles hasta la semana 36, luego deben realizarse cada 15 días, si es del alto riesgo los controles deben realizarse con médico general y seguimiento por médico especialista

(ginecobstetra)

Informar, educar y brindar consejería en planificación familiar.

Educar y prepara para la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y con la alimentación complementaria hasta los 2 años.

Diligenciar y entregar el carnet y dar indicaciones sobre el siguiente control según condiciones y criterio.

Remitir a la gestante a la consulta médica para lectura de reportes si es de consulta de inscripción o si se encuentra hallazgos anormales que sugieren factores de riesgo, o los exámenes paraclínicos reporten anormalidades.

Los controles

deben realizarse cada mes. Si es de bajo riesgo los controles sin por enfermería hasta la semana 36, si es del alto riesgo los controles deben realizarse por médico general.

CONSULTAS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL

Las consultas de seguimiento por médico o enfermera deben ser mensuales hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto.

CONTROL PRENATAL POR MEDICO

El médico deberá realizar el control prenatal a las gestantes cuyas características y condiciones indiquen una gestación de alto riesgo.

CONTROL PRENATAL POR ENFERMERA

Es el conjunto de actividades realizadas por la Enfermera profesional a aquellas gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, para hacer seguimiento al normal desarrollo de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento.

REGISTROS DE CALIDAD:

Historia Clínica de la materna

NORMATIVIDAD:

Decreto 1011 de 2006: Sistema obligatorio de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad

VI. GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

* 1. OBJETIVO

Establecer un consensó de factores, causas y estrategias que faciliten la prevención, el diagnóstico y el adecuado manejo de las enfermedades gastrointestinales infecciosas que se pueden presentar en cualquier momento de la vida sin importar la edad, el género ni su razón social.

* 1. ALCANCE Y RESPONSABLES:

Un proceso que compromete a toda la población educando sobre los medios adecuados de higiene, enseñando los factores desencadenantes, de estas patologías y enfocando según cuadro clínico a su diagnóstico y tratamiento.

Cada integrante del equipo de salud es responsable de verificar y dar cumplimiento de todos los procesos descritos en las guías, asociado a la capacidad resolutiva y talento humano, con el fin de brindar atención humanizada y de calidad.

El personal médico es responsable de no solo identificar el proceso patológico sino que haga útil los medios de prevención para futuras o inmediatas complicaciones.

* 1. TERMINOS Y DEFINICIONES:

Diarrea: Es un síndrome clínico de etiología diversa que se acompaña de la expulsión frecuente de heces de menor consistencia de lo normal y a menudo vómitos y fiebre.

Diarrea osmótica. Se origina por la presencia de solutos no absorbibles en la luz intestinal, como laxantes y alimentos mal digeridos que causan la salida de agua. Desaparece con el ayuno. Es frecuente luego de la administración de medio de contraste oral para la realización de una TAC.

Diarrea secretora. Es secundaria a la secreción activa de iones que causa una pérdida considerable. Dentro de este grupo se encuentran las diarreas producidas por virus (rotavirus), enterotoxinas bacterianas (cólera, E. coli), protozoos (giardia) trastornos asociados con el SIDA, tumores productores de péptido intestinal vasoactivo (VIP), tumores carcinoides (histamina y serotonina) y adenomas vellosos de colon distal. No desaparece con el ayuno.

Diarrea exudativa. Es producto de la inflamación, ulceración de la mucosa intestinal y alteración de la permeabilidad para agua, electrolitos y solutos pequeños como la urea. Puede tener algunos componentes de la diarrea secretora como consecuencia de la liberación de prostaglandinas por células inflamatorias. Es consecuencia de infecciones bacterianas (Salmonella), Clostridium difficile (frecuentemente inducidos por antibióticos) parásitos del colon (Entamoeba histolytica), enfermedad de Crohn, enterocolitis por radiación e isquemia intestinal, proctocolitis ulcerativa y enfermedad intestinal inflamatoria idiopática.

Diarrea motora. Aunque poco estudiada, se sabe con certeza que se producen alteraciones hiperperistálticas con disminución en el contacto entre el contenido luminal y la mucosa intestinal. A menudo la diarrea es intermitente y alterna con estreñimiento. Es causada por diabetes mellitus, hipertiroidismo y, también por el Síndrome de intestino irritable.

Reducción de la superficie de absorción. Algunas operaciones (resección o derivación intestinal amplia) dejan una superficie de absorción inadecuada para líquidos y electrolitos. Es el denominado síndrome de intestino corto.

* 1. GENERALIDADES

Las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo, en los que constituyen una de las causas principales de enfermedad y muerte en los niños menores de 5

En promedio, los niños padecen 3.3 episodios de diarrea al año, pero en algunas áreas, pasa de nueve episodios anuales. Dentro de este grupo de edad, los niños menores de dos años, son los que sufren mayor morbilidad y mortalidad. Se estima que aproximadamente 80-90% de las muertes por diarrea ocurre en estos niños.

La causa principal de muerte es la deshidratación, la cual resulta por la pérdida de líquidos y electrolitos.

Otras causas de muerte son la disentería, la desnutrición y otras infecciones graves.

El Cólera ataca proporcionalmente más a la población de niños mayores, jóvenes y adultos con tasas de ataque muy altas. Sin embargo, con el tratamiento apropiado la mortalidad por Cólera es baja.

Se estima que del total de muertes que ocurren por diarrea en todo el mundo, más del 90% ocurren en menores de 5 años y son causadas por diarreas diferentes al Cólera.

En Colombia, a pesar de los logros alcanzados en la última década, las enfermedades diarreicas continúan ocupando los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población menor de cinco años, especialmente en los municipios con menor grado de desarrollo.

Las tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, en la población menor de cinco años, ha disminuido considerablemente, de 225,0 a 31,7 por 100.000 habitantes entre 1981 y 1995. Con la morbilidad no ha ocurrido lo mismo, la tendencia es al aumento, de 110 a 113.5 por 1.000 habitantes entre 1990 y 1996.

Por lo anterior es importante desarrollar guías de evaluación y manejo que puedan ser apoyo para la disminución de estas tasas de morbilidad y mortalidad.

* 1. DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

La diarrea es un síndrome clínico de etiología diversa que se acompaña de la expulsión frecuente de heces de menor consistencia de lo normal y a menudo con vómito, fiebre y pérdida del apetito.

La Organización Mundial de la Salud define un caso de diarrea como la eliminación de tres o más evacuaciones intestinales líquidas o blandas en un período de 24 horas. Es necesario resaltar en este punto que los niños alimentados de manera exclusiva al pecho pueden tener normalmente varias deposiciones blandas o semilíquidas por día.

La diarrea es causada principalmente por agentes infecciosos como virus, bacterias y parásitos, pero también puede ser producida por ingestión de fármacos o toxinas, alteraciones en la función intestinal, intolerancia a algunos alimentos, entre otras causas.

La mayor parte de las diarreas infecciosas se adquieren por transmisión, a través de ingestión de agua o alimentos contaminados por materias fecales, como consecuencia de sistemas inadecuados de evacuación o por la presencia también en agua o alimentos de residuos de heces de animales domésticos o salvajes.

En el cuadro No. 1 se dan a conocer los principales gérmenes causantes de diarrea.

Estos pueden afectar tanto a adultos como niños. Sin embargo, debido a la alta prevalencia de la diarrea en niños y debido a las características propias de este documento que difícilmente puede entrar a detallar la clínica o los aspectos fisiopatológicos para cada uno de los agentes productores de diarrea, se enfatizará en un abordaje sindrómatico encaminado a prevenir la morbimortalidad por diarrea en los menores de 5 años.

FACTORES PROTECTORES

• Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses.

• Alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses

• Inmunizaciones.

INFECCIONES ASINTOMÁTICAS

La mayoría de las infecciones entéricas son asintomáticas; la proporción de las asintomáticas se incrementa después de 2 años de edad, por el desarrollo de la inmunidad activa que evita que algunas infecciones intestinales se manifiesten clínicamente. Los sujetos con infecciones asintomáticas, las cuales pueden durar varios días o semanas, eliminan en sus heces fecales virus, bacterias o quistes de protozoos. Las personas con este tipo de infecciones juegan un papel importante en la diseminación de muchos patógenos entéricos, principalmente porque no saben que están infectadas, no toman precauciones higiénicas especiales y se Movilizan de un sitio a otro como normalmente lo hacen, ya que no están enfermas.

INFLUENCIA DE LA EDAD

La enfermedad diarreica es más intensa en los niños menores de cinco (5) años, especialmente entre los seis (6) meses y los dos (2) años de edad, teniendo consecuencias graves en los menores de seis (6) meses. Este patrón refleja los efectos combinados de la disminución de anticuerpos adquiridos por la madre, la falta de inmunidad activa en el niño menor de un año, la introducción de alimentos que pueden estar contaminados con entero patógenos, y el contacto directo con heces humanas o de animales cuando el niño empieza a gatear.

Después de los dos (2) años, la incidencia declina notoriamente porque los niños han desarrollado inmunidad a la mayoría de los enteros patógenos.

MORTALIDAD POR DIARREA

Aproximadamente el 85% de las muertes por diarrea ocurren en los menores de un año, esto se debe a que la mayoría de los episodios de diarrea ocurren en esta edad. La desnutrición en este grupo es frecuente y los niños desnutridos tienen mayores posibilidades de morir en un episodio diarreico, que los que están bien nutridos. Además, los lactantes y niños menores desarrollan deshidratación más rápidamente que los niños mayores o los adultos.

Cuadro No. 1

Patógenos frecuentemente identificados en niños con diarrea aguda en países en desarrollo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PATOGENO**  **ANTIMICROBIANO** | **% CASOS** | **RECOMENDADO** |
| VIRUS | Rotavirus | 10-25 | Ninguno efectivo |
| BACTERIAS | E. coli enterotoxigenica | 10-20 | Ninguno efectivo |
|  | Shiguella | 5-15 | TMPS - Nalidíxico |
|  | Campilobacter jejuni | 10-15 | Ninguno efectivo |
|  | Vibrio cholerae 01 | 5-10 | Tetraciclina |
|  | Salmonella (no tifoidea) | 1-5 | Doxicilina |
|  | E. coli entero patógena | 1-5 | Ninguno efectivo |
| PROTOZOOS |  | 5-15 | 5-15 |
| NINGUNO AISLADO |  | 20-30 | Ninguno efectivo |

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Factores de riesgo

Factores de la conducta:

• No lactancia materna exclusiva (durante los primeros 6 meses de vida).

• Usar biberones, chupos o entretenedores.

• Conservar los alimentos a temperatura ambiente durante varias horas antes de su consumo.

• No lavarse las manos después de defecar o antes de tocar los alimentos.

• No desechar correctamente las heces, especialmente las de los niños (pañales).

• Beber agua contaminada con materias fecales.

Factores del huésped:

• Desnutrición.

• Inmunosupresión por infecciones virales.

Variaciones climáticas:

• Diarreas virales se incrementan durante el invierno.

• Diarreas por bacterias se incrementan en épocas de sequía.

TIPOS CLÍNICOS DE DIARREA

Desde el punto de vista práctico son:

Diarrea líquida aguda

Disentería

Diarrea persistente

DIARREA LÍQUIDA AGUDA

Es aquel episodio de diarrea que empieza de manera aguda y tarda menos de 14 días. Se manifiesta por la presencia de tres o más deposiciones líquidas o semilíquidas sin sangre visible, que puede acompañarse de vómito, fiebre, irritabilidad y disminución del apetito. La mayoría de las veces este cuadro se resuelve en menos de 7 días. Los agentes más implicados en este tipo de diarrea son: rotavirus, E. Coli entertoxigénica, Shigella, Campylobacter jejuni y Cryptosporidium.

Es la más frecuente de todas las clases de diarrea y la mayoría de los casos son autolimitados, recuperándose en unos pocos días con la aplicación de la terapia de rehidratación oral (TRO), sin el uso de antiespasmódicos, antidiarréicos ni antibióticos, salvo aquellos casos sospechosos de cólera.

DISENTERÍA

Corresponde a aquellos casos de diarrea que se acompañan de sangre visible en las heces. Se manifiesta además por anorexia, pérdida rápida de peso y daño de la mucosa intestinal causado por invasión de bacterias. Los agentes más comúnmente implicados en este tipo de diarreas son: Shigella, Salmonella, Campylobacter jejuni, E. coli enteroinvasora. Aunque la Entamoeba histolytica puede causar disentería grave en adultos jóvenes, es una causa muy rara en niños.

Aunque se estima que sólo el 10% de todos los casos de diarrea son disentéricas, su importancia radica en que las mismas son responsables hasta del 15% de las muertes por esta enfermedad. De ahí la importancia de detectar, tratar y controlar posteriormente estos casos. (Véase “Cuadro de procedimientos” Estrategia AIEPI Ministerio de Salud. OPS/OMS).

DIARREA PERSISTENTE

La diarrea persistente es un episodio diarreico que se inicia en forma aguda y que se prolonga por 14 días o más. Alrededor del 10% de los casos de diarrea aguda se vuelven persistentes. Esta condición deteriora el estado nutricional y está asociada con mayor mortalidad que la diarrea aguda: Del 35-50% de las muertes por diarrea son debidas a diarrea persistente. Ocurre en niños malnutridos y por sí misma es una importante causa de malnutrición. La muerte se produce como consecuencia de un deterioro nutricional progresivo, estados prolongados de deshidratación, desequilibrio electrolítico y sepsis.

Fisiopatología:

Se considera que es multifactorial:

\_ Daño a la mucosa intestinal Factores nutricionales

\_ Procesos infecciosos Sobre crecimiento bacteriano

Etiología:

No existe una sola causa microbiana, pero se ha encontrado que agentes como Shigella, Salmonella y E. Coli enteroagregativa están más implicados que otros.

Es necesario tener en cuenta además al Cryptosporidium en niños con desnutrición grave o inmunodeficientes.

Factores de riesgo:

Se han identificado varios factores de riesgo que pueden llevar a que una diarrea líquida aguda se transforme en diarrea persistente:

• \_ La desnutrición, la que retrasa la recuperación del epitelio intestinal.

• \_ Introducción reciente de leche de vaca o fórmulas infantiles comerciales.

• \_ Prescripción injustificada de antibióticos.

• \_ Inicio prematuro de la alimentación complementaria.

• \_ Empleo de antimotílicos y otras sustancias “anti diarreicas”.

• \_ Restricción de alimentos durante la diarrea aguda

• \_ Dilución de la leche en presencia de diarreas

• \_ Abandono de la lactancia materna

• \_ Uso indiscriminado de medicamentos anti protozoarios

Diagnóstico diferencial:

La diarrea persistente no debe confundirse con la diarrea crónica que es de tipo recurrente o de larga duración y es de causa no infecciosa, como la fibrosis quística, la enteropatía perdedora de proteínas, desórdenes metabólicos hereditarios, etc.

Población objeto

Población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado menor de 5 años con diagnóstico de enfermedad diarreica.

Características de la atención

Manejo de las Enfermedades Diarreicas Agudas Diagnóstico

Evaluación del paciente

Es necesario evaluar cuidadosa e integralmente al paciente y realizar una historia clínica que incluya la clasificación y determinación del tratamiento adecuados.

La frecuencia o el volumen de las deposiciones o vómitos no ayudan a determinar el estado de hidratación del paciente, pero indican la intensidad de la enfermedad y deben tenerse en cuenta para prevenir la deshidratación.

La diarrea infecciosa aguda suele ser de evolución limitada y se resuelve habitualmente para el momento en que el paciente solicita atención médica.

Evaluación del estado de hidratación

Independientemente del germen causal, la orientación terapéutica de cada caso de diarrea debe basarse en la evaluación del estado de hidratación del paciente. Para ello se han seleccionado los signos que se presentan en el Cuadro No.2. Este cuadro tiene cuatro columnas verticales, en la primera columna a la izquierda, enumera los signos físicos de deshidratación que siempre deberán buscarse. Las tres columnas siguientes rotuladas: A, B y C, describen cómo aparecen estos signos según el estado de hidratación del paciente, o sea, desde la ausencia de signos de deshidratación hasta el estado grave.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PLAN A** | **PLAN B** | **PLAN C** |
| **OBSERVAR** | | | |
| Condición general Bien | Bien alerta | Intranquilo, irritable | Letárgico, comatoso, hipotónico,  inconsciente |
| Ojos | Normales | Hundidos | Muy hundidos |
| sed | Bebe normal sin sed | Sediento Bebe con avidez | Bebe mal o no puede beber |
| **EXAMINAR** | | | |
| Signo de pliegue  cutáneo | Desaparece  rápidamente | Desaparece  lentamente | Desaparece muy lentamente (más de  2”) |
| **TOME DECISIONES** | | | |
|  | No tiene signos de  deshidratación  4° Trat | Si presenta dos o  más signos tiene  deshidratación | Si presenta dos o más signos tiene  Deshidratación grave |
| **TRATAMIENTO** | | | |
|  | Use plan A | Use plan B | Use plan C  pese al niño |

El propósito de esta clasificación es unificar criterios de diagnóstico del estado de hidratación con el fin de facilitar el manejo correcto del paciente con diarrea en todos los niveles de atención. Al mismo tiempo, orienta el uso racional de la hidratación endovenosa sólo en los casos con deshidratación grave y/o shock, cuando el paciente no puede beber (y no es posible utilizar sonda nasogástrica) y cuando fracasa la terapia de rehidratación oral (TRO).

Es importante anotar que no se debe emplear más la antigua clasificación de la deshidratación por grados (deshidratación grado I, II y III), pues la misma se usaba en aquella época en que predominaba la terapia intravenosa para corregir la mayoría de los casos de deshidratación. Como se sabe, la TRO es efectiva en más del 95% de los niños deshidratados por diarrea.

Identificar la presencia de otros problemas importantes.

Además de evaluar el estado de hidratación, es indispensable clasificar la diarrea como Diarrea líquida aguda, disentería o diarrea persistente, por las implicaciones que esta clasificación tiene desde el punto de vista de las secuelas, como ya se anotó. En otras palabras, a todo niño atendido por diarrea es necesario, después de evaluarlo, hacerle una doble clasificación:

• De acuerdo al estado de hidratación (no deshidratado, deshidratado o deshidratado grave).

• De acuerdo al tipo de diarrea (líquida aguda, disentería o diarrea persistente).

De esta manera se le brindará un tratamiento y control más racionales. Por otra parte, se debe preguntar y observar signos que indiquen la presencia de otros problemas como:

Desnutrición, Infecciones Respiratorias Agudas y otras enfermedades prevalentes en la infancia como: malaria en zonas endémicas, anemia, maltrato infantil y estado de vacunación, con el fin de brindar una atención verdaderamente integral como lo establece la Estrategia AIEPI y no atender únicamente el motivo de consulta. Dicho de otra forma, es indispensable hacer la búsqueda de diagnósticos asociados. Recuérdese que uno de cada tres niños tiene otro problema o enfermedad, además de la que motivó la consulta.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DIARREICA SEGÚN EL ESTADO DE HIDRATACIÓN

Plan A

Tratamiento de pacientes con diarrea en ausencia de signos de deshidratación

Para prevenir la deshidratación y la desnutrición, así como la aparición de diarrea persistente, se debe aplicar el plan A de tratamiento.

PLAN A: PARA TRATAR LA DIARREA EN EL HOGAR

Usar este plan para enseñar a:

• Continuar tratamiento en el hogar del episodio actual de diarrea.

• Iniciar tratamiento precoz en futuros episodios de diarreas.

• Verificar y completar el esquema de vacunación, detectar desnutrición, anemia o maltrato.

Enseñar a la madre las cuatro reglas del tratamiento en el hogar:

1. Darle más líquidos (todo lo que el niño acepte).

Dar las siguientes instrucciones a la madre:

• \_ Darle el pecho con más frecuencia, durante más tiempo cada vez.

• \_ Si el niño se alimenta exclusivamente de leche materna, darle SRO además de la leche materna.

• Si el niño no se alimenta exclusivamente de leche materna, darle uno o varios de los siguientes líquidos: solución de SRO, líquidos a base de alimentos (como agua de arroz tostado, agua de harina de plátano, agua de coco, caldo de papa con carne, carne, sopa con pollo).

Es especialmente importante dar SRO en casa si:

• Durante esta consulta el niño recibió el tratamiento del plan B o del plan C.

• El niño no podrá volver a un servicio de salud si la diarrea empeora.

• Enseñar a la madre a preparar la mezcla y a dar SRO.

• Entregarle dos paquetes de SRO para usar en casa.

• Mostrar a la madre la cantidad de líquidos que debe darle al niño en casa además de los líquidos que le da habitualmente (dar 10 ml/kg)

• Menor de 2 años: 50 a 100 ml después de cada deposición acuosa (1/4 a ½ taza) Mayor de 2 años: 100 a 200 ml después de cada deposición acuosa (1/2 a 1 taza)

Dar las siguientes instrucciones a la madre:

• Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquidos con una taza.

• Si el niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar dándole líquidos, pero más lentamente.

• Continuar administrando líquidos hasta que la diarrea mejore.

2. CONTINUAR ALIMENTÁNDOLO: Consultar el cuadro de procedimientos.

1. CUÁNDO REGRESAR: Aconsejar a la madre o al acompañante.

**4. MEDIDAS PREVENTIVAS**

PRIMERA REGLA PARA EL TRATAMIENTO EN EL HOGAR: DARLE MÁS LÍQUIDOS

Decir a la madre que: Le dé al niño todo el líquido que le acepte. El propósito de dar más líquidos, es reemplazar los líquidos que se pierden en la diarrea y, así prevenir la deshidratación.

La medida fundamental es dar más líquidos de lo acostumbrado, tan pronto como comience la diarrea.

Dígale a la madre que le dé el pecho al niño con más frecuencia y durante más tiempo en cada comida.

También explíquele que le debe dar otros líquidos. La solución de SRO es uno de varios líquidos que se recomiendan para prevenir la deshidratación en la casa.

Si un niño se alimenta de leche materna exclusivamente, es importante que se le dé el pecho con más frecuencia de lo acostumbrado. También dele solución de SRO.

-A los niños menores de 6 meses alimentados exclusivamente con leche materna, primero se les debe ofrecer el pecho y luego darles las SRO.

Si un niño no se alimenta exclusivamente de leche materna, dele uno o más de los siguientes:

• Solución de SRO Líquido con base de alimentos Agua pura

En la mayoría de los casos, un niño que no está deshidratado, en realidad, no necesita la solución de SRO.

Dele más líquidos preparados con alimentos, por ejemplo, sopa, agua de arroz o agua de arroz tostado, agua de harina de plátano, agua de coco o caldo de papa con carne y agua pura (de preferencia junto con los alimentos de sal) y ojalá alimentos sólidos.

Recuerde que bebidas como los líquidos hidratantes de deportistas (Gatorade) no están recomendados y son nocivos. El Gatorade tiene sólo 21 mEq/Lt de sodio, una osmolaridad de 377 mosm/kg H2O.

Tampoco se recomiendan bebidas como las gaseosas, la Coca Cola tiene 10.9 gr de CHO, Na 4.3 mEq/Lt y una osmolaridad de 656 mOsm/kg H2O. Al igual que es recomendable disminuir las bebidas muy dulces como el agua de panela, jugos comerciales, gelatina, etc.

El plan A describe dos situaciones en las que la madre sí debe administrar la solución de SRO en la casa:

• Cuando el niño ha sido tratado con el plan B o con el plan C durante esta visita.

En otras palabras, estaba deshidratado. A este niño le ayudará beber la solución de SRO para evitar que se vuelva a deshidratar.

• El niño no puede regresar a un servicio de salud si empeora la diarrea. Por ejemplo, la familia vive muy lejos o la madre tiene un empleo al que no puede faltar.

Enseñe a la madre a preparar la mezcla y dar SRO. Entréguele dos paquetes de SRO para utilizar en la casa.

Cuando le dé las SRO a la madre, muéstrele cómo mezclar la solución y dársela al niño. Pídale a la madre que practique y lo haga sola mientras usted la observa.

Los pasos para hacer la solución de SRO son:

• Lávese las manos con agua y jabón.

• Use cualquier recipiente disponible como un frasco, un tazón o una botella.

• Mida un litro de agua pura. Es mejor hervir y enfriar el agua, pero si no se puede use el agua más limpia que tenga.

• Vacíe todo el polvo de un paquete en recipiente limpio.

• Vierta el agua en el recipiente. Mezcle bien hasta que el polvo se disuelva completamente.

Explique a la madre que debe mezclar solución de SRO fresca todos los días, en un recipiente limpio, mantener el recipiente cubierto y deshacerse de lo que haya quedado de la solución del día anterior.

Dele a la madre dos paquetes de SRO para utilizar en la casa.

Muestre a la madre la cantidad de líquidos que debe darle al niño además de los que le da habitualmente.

Explique a la madre que su hijo debe beber más líquidos de los que bebe a diario.

Muestre a la madre cuánto líquido más debe darle después de cada deposición diarreica:

• Hasta los 2 años: 50 a 100 ml después de cada deposición diarreica.( ¼ a ½ taza)

• 2 años o más: 100 a 200 ml después de cada deposición diarreica (1/2 a 1 taza).

Explique a la madre que la diarrea debería mejorar en 4 o 5 días. La solución de SRO no detendrá la diarrea, el beneficio de la solución de SRO es que reemplaza el líquido y las sales que el niño pierde en la diarrea e impide que el niño se agrave:

Dígale a la madre que:

• Le dé sorbitos frecuentes de una taza o cuchara. Use una cuchara para darle líquido a un niño pequeño.

• Si el niño vomita, espere 10 minutos antes de darle más líquidos. Luego siga dándole líquido pero más lentamente.

• Continúe dándole líquido de más hasta que cese la diarrea.

• Ofrecer ½ a 1 taza después de cada deposición.

Antes de que la madre se vaya, cerciórese de que haya entendido cómo dar más líquidos según el plan A.

Haga preguntas de verificación como las siguientes:

• Qué tipo de líquidos le va a dar a su hijo?

• Cuánto líquido le va a dar?

• Con qué frecuencia le va a dar la solución de SRO?

• Enséñeme cuánta agua va a usar para mezclar la SRO.

• Cómo va a darle la solución de SRO a su hijo?

• Qué hará si el niño vomita?

Pregunte a la madre qué problemas cree que va a tener al darle líquidos a su hijo. Por ejemplo, si dice que no tiene tiempo, ayúdela a hacer planes de cómo enseñarle a otra persona a que dé los líquidos. Si dice que no tiene un recipiente de un litro para mezclar las SRO, muéstrele cómo medir un litro usando un recipiente más pequeño, o enséñele a medir un litro en un recipiente más grande y márquelo con un instrumento apropiado.

SEGUNDA REGLA PARA EL TRATAMIENTO EN EL HOGAR: CONTINUAR CON LA ALIMENTACIÓN

Si la enfermedad de un niño se ha clasificado como diarrea persistente, deberá dar a la madre recomendaciones especiales sobre la alimentación. Estas recomendaciones son válidas para todos los niños enfermos o convalecientes por distintas causas (Infección respiratoria aguda, diarreas, otras infecciones) y que son manejados en el hogar.

Uno de los pasos más importantes es el tratamiento de la diarrea en casa y que quizás menos se cumpla es el de continuar alimentando al niño. Con alguna frecuencia el personal de salud restringe la alimentación del niño hasta un punto nocivo, siendo éste uno de los factores que en compañía de la polifarmacia más se asocian a las complicaciones, desnutrición y diarrea persistente. Cuando se dice continuar con la alimentación, se quiere decir, continúe dando alimentos adecuados para la edad, lo que el niño recibe usualmente.

TERCERA REGLA PARA EL TRATAMIENTO EN EL HOGAR: ENSEÑARLE A LA MADRE CUÁNDO VOLVER

Ha aprendido los signos por los que una madre debe regresar inmediatamente a ver al personal de salud.

Dígale a la madre de cualquier niño enfermo, los signos que le indican que debe regresar:

• No es capaz de beber o tomar el pecho

• Empeora

• Si aparece fiebre y antes no la tenía

Si el niño tiene diarrea, dígale también a la madre que debe regresar si:

• Hay sangre en las heces

• El niño bebe mal

• El niño vomita todo

“Beber mal” incluye “No es capaz de beber o tomar el pecho”. Estos signos se mencionan por separado, pero puede ser más fácil combinarlos. Podría simplemente decirle a la madre que regrese si el niño “bebe mal o toma mal el pecho”.

CUARTA REGLA PARA EL TRATAMIENTO DEL NIÑO CON DIARREA EN EL HOGAR: MEDIDAS PREVENTIVAS

Es importante en todo niño que es dado de alta promover prevención para evitar nuevos episodios de diarrea, estas son:

• Lavado de manos antes de comer, antes de alimentar al niño, antes de manipular los alimentos, después de cambiar los pañales y después de defecar.

• Preparación higiénica de los alimentos, mantenerlos en recipientes limpios y bien tapados.

• Disposición sanitaria de excretas, evitar la contaminación de las fuentes de agua con material fecal, manejo adecuado de las letrinas, manejo sanitario de basuras almacenándolas en recipientes bien tapados. Mención especial merece el manejo de las heces de los niños. Es indispensable explicar a las madres que las materias fecales de los niños y los pañales sucios son peligrosos y no se deben guardar en la pañalera ni estar en contacto con la ropa del bebé, juguetes, biberones.

Revisión Bibliográfica

Avery ME. Snyder JD. Oral therapy for acute diarrhea.

New Engl J Med 323:891, 2008

Campos J. Tercer Curso Anual de Actualizaciones en Medicina Interna.

Fundación Santa Fe de Bogotá. Santafé de Bogotá, 2008

Diaz H, Campos J. Diarrea aguda. En: Medicina Interna. F Chalem, J Escandón, J Campos,

R Esguerra, editores. Fundación Instituto de Reumatología e Inmunología.

Editorial Presencia Ltda. Santafé de Bogotá, 2008

Donowitz M et al. Drug therapy for diarrheal diseases. A look ahead.

Rev Infect Dis 8:202, 2009

Ericsson CD. Acute infections diarrhea. En: Conn’s Current Therapy 1994. Edited by RE Rakel. WB

Saunders Company. Philadelphia, 2008.

Atención Integrada de las enfermedades Prevalentes de la Infancia para los Países de la región de las Américas. UNICEF, Washington.D.C.20037,E.U.A,1992

Organización Panamericana de la Salud/OMS /HCP/HCTI/ARI-CDD/96.3 2 Congreso Nacional. Ley 100 del 23 de diciembre de 1.993

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 083 del 23 de Dic. de 1997.

VII. GUÍA DE ATENCIÓN DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS AGUDA

* 1. OBJETIVO

Esta guía pretende contribuir a disminuir la variabilidad de la práctica clínica en una patología tan extendida y con afectación de un gran número de pacientes de diversas edades y contribuir al uso racional, adecuado y seguro de los antibióticos, evitando tratamientos incorrectos y la aparición de resistencias innecesarias.

* 1. ALCANCE Y RESPONSABLES

Cada integrante del equipo de salud es responsable de verificar y dar cumplimiento de todos los procesos descritos en las guías, asociado a la capacidad resolutiva y talento humano, con el fin de brindar atención humanizada y de calidad.

El personal médico es responsable de no solo identificar el proceso patológico sino que haga útil los medios de prevención para futuras o inmediatas complicaciones.

La aplicación de esta guía está dirigida a los usuarios asistentes al servicio de consulta Externa de las instituciones adscritas a la ESE HSJM sin importar tipo de seguridad social y condiciones de etnia, sexo ni edad.

* 1. TERMINOS Y DEFINICIONES

Micción: Proceso por el que la vejiga urinaria se vacía de orina cuando está llena. La vejiga (que en estado vacío se encuentra comprimida por los demás órganos) se llena poco a poco hasta que la tensión de sus paredes se eleva por encima de un valor umbral.

Tenesmo: Pujo, gana frecuente de evacuar o de orinar con dificultad y con dolores.

Disuria: Micción dolorosa, aunque en forma específica es el ardor al momento de orinar reflejado en cualquiera de los segmentos del conducto urinario o uretra.

Piuria: Presencia de glóbulos de pus en la orina, procedentes de la transformación de los leucocitos; se suele asociar a una infección urinaria.

Bacteriuria: Es la presencia de un número significativo de bacterias en la orina que ocurre sin ninguno de los síntomas usuales como ardor al orinar o micción frecuente.

Diuretico: Clase de medicamentos que actúa en los riñones para producir más orina, lo que reduce la retención de líquido y la congestión.

Infección de vías urinarias: Es la alteración funcional o morfológica de la vía urinaria producida por gérmenes patógenos.

Infección urinaria en el varón: Suele ser el resultado de una alteración anatómica, funcional o instrumental del tracto urinario masculino.

* 1. GENERALIDADES

Hay infección de las vías urinarias (IVU) cuando existen gérmenes patógenos en la orina.

Los síntomas que suelen acompañar a la infección de orina son: disuria, polaquiuria, tenesmo, dolor suprapúbico, síntomas que en su conjunto se denominan síndrome miccional; además puede haber hematuria o fiebre y dolor en flanco, si se trata de una infección alta.

Las infecciones de orina también pueden ser asintomáticas.

Desde el punto de vista microbiológico, existe IVU cuando se detectan microorganismos patógenos en la orina, la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata.

En la mayor parte de los casos, el crecimiento de 105 UFC / ml en una muestra de orina adecuadamente recogida, puede significar infección.

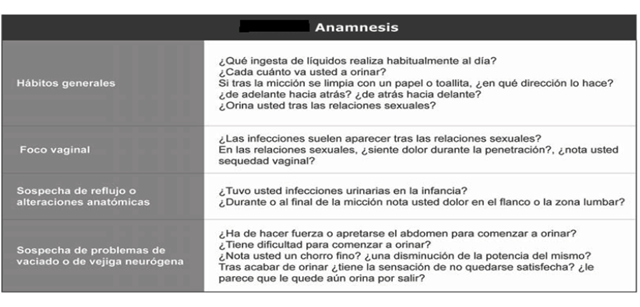
En presencia de síntomas o piuria se considera IVU con valores mucho menores (hasta 100 ufc/ ml). Cuando el recuento de colonias es superior a 105 ufc/ ml y hay más de dos especies de gérmenes indica contaminación de la muestra.

Se considera bacteriuria asintomática cuando, en ausencia de síntomas, hay más de 105 ufc/ml de un microorganismo en cultivo puro en dos muestras diferentes.

Ante un síndrome miccional en el que se excluyen otras causas del mismo (vaginitis, uretritis, prostatitis) y se confirma la presencia de leucocitos en orina podemos hace el diagnóstico de infección urinaria sin necesidad de realizar uro cultivo.

* 1. DESCRIPCION CLINICA

Es importante preguntar sobre hábito generales, higiene, entre otros con el fin de buscar posibles causas de las IVUs y corregir comportamientos predisponentes.



* 1. FACTORES DE RIESGO

Algunos de los factores de riesgo más comunes presentes en el desarrollo de dicha patología se describen a continuación:

* Estreñimiento
* Agrandamiento de la vejiga
* Antecedentes de reflujo vesicoureteral o enfermedad renal
* Antecedentes de infección urinaria
* Mielo meningocele u otro defecto de la columna
* Flujo urinario deficiente
* Problemas para orinar (vaciado disfuncional)
* Problema estructural en las vías urinarias
* Flujo vaginal mal tratado o no tratado
* Embarazo
  1. AYUDAS DIAGNOSTICAS PERTINENTES

CITOQUÍMICO DE ORINA (UROANÁLISIS)

En el uro análisis se encuentran hallazgos que pueden sugerir IVU, tanto en su estudio fisicoquímico y sedimento:

• Color turbio

• 5 o más leucocitos por campo de alto poder en orina centrifugada.

• Generalmente corresponden a polimorfo nucleares y su presencia indica inflamación en el riñón o cualquier sitio del tracto urinario sin indicar necesariamente que exista infección. Es importante

anotar que leucocituria sin bacteriuria debe hacer pensar en tuberculosis renal. Más de 10 leucocitos se consideran Piura.

• Bacterias al hacer Gram de gota de orina sin centrifugar.

• Nitritos. Se derivan de la reducción de los nitratos ingeridos en la alimentación por acción de las bacterias gram negativas. Hay falsos positivos cuando hay densidades urinarias altas, proteinuria elevada o ácido ascórbico, uso de diuréticos o ingesta insuficiente de nitratos en la dieta.

• Estearasas. Son enzimas que se encuentran en los gránulos de los neutrófilos y dependen del número de leucocitos que se encuentren en la orina, pero tienen la ventaja que al destruirse los neutrófilos, las estere asas los detectan. Su sensibilidad disminuye cuando hay concentraciones elevadas de glucosa, ácido ascórbico o algunos antibióticos en la orina.

Si todos los anteriores aspectos que comprende el uro análisis son negativos, podemos descartar infección urinaria, pero si alguno de los anteriores caracteres es positivo estaremos obligados al tratamiento empírico de IVU en mujeres jóvenes sin patología urinaria, o a la realización de uro cultivo y antibiograma si se trata de niños, mujeres embarazadas y hombres.

En la embarazada se recomienda la detección sistemática de la bacteriuria asintomática al menos una vez, en cada trimestre.

Si se detecta bacteriuria asintomática deberán realizarse uro cultivos periódicos posteriormente para detectar recidivas de ésta, debido a que aunque no se encuentra relación entre la presencia de la bacteriuria asintomática y la cistitis, sí se ha encontrado entre ésta y la pielonefritis, que es la principal complicación de la bacteriuria asintomática en el embarazo.

Además, se conoce que: Un 20-40% de la bacteriuria asintomática no tratadas evolucionan a pielonefritis. El 60-70% de la piel nefritis en el embarazo presenta bacteriuria asintomática previamente. La erradicación de la bacteriuria asintomática reduce el 80% de las pielo nefritis.

Muchas variables pueden disminuir la cantidad de bacterias en la orina o provocar falsos negativos como son:

Hora de recolección de la muestra: la primera orina matinal generalmente tiene un recuento alto, especies bacterianas poco frecuentes (hongos, Stafilococo coagulasa negativo), tratamiento AB reciente (tomar por lo menos a los cinco días de terminado), gérmenes de difícil desarrollo, orina muy diluida o de baja densidad, uso de desinfectantes locales, obstrucción completa del lado infectado.

Los falsos positivos se pueden dar por:

• Orina contaminada con deposiciones o secreciones vaginales, recolectores colocados durante más de 30 minutos, demora en el envío de la muestra.

• La orina debe tomarse lo antes posible o almacenarse a 4oC si se espera un retraso de más de 10-20 minutos, para reducir la posibilidad de crecimiento de gérmenes contaminantes.

* 1. IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Todo niño menor de 5-6 años con diagnóstico de infección urinaria debe ser sometido a un estudio imagen lógico, una vez tratada y con un uro cultivo negativo una semana luego del tratamiento, se debe remitir para manejo por pediatría.

TRATAMIENTO: EN ADULTOS

|  |  |
| --- | --- |
| ANTIBIOTICO | DOSIS |
| Ampicilina | 0.5 – 1 GR Cada cada 6 horas IV |
| Ciprofloxacina | 200-400 mg cada 12 horas IV |
| Gentamicina | 3-5 mg /Kg/dia IV |
| Amikacina | 15mg/Kg/Dia IV |
| Ampicilina + Sulbactam | 1,5 - 3 g cada 6 horas |

EN NIÑOS:

|  |  |
| --- | --- |
| ANTIBIOTICO | DOSIS |
| Ampicilina | 50 – 100 MG/Kg/dia cada 6 horas IV |
| Ciprofloxacina | 20-30 Mg/Kg/día cada 8 o 12 horas IV |
| Gentamicina | 5 – 7.5 Mg/Kg/día cada 12 horas IV |
| Amikacina | 10 – 15 Mg/Kg/día cada 8 – 12 horas IV |
| Ampicilina + Sulbactam | 50 – 100 Mg/Kg/dia cada 6 horas IV |

MUJERES GESTANTES:

|  |  |
| --- | --- |
| ANTIBIOTICO | DOSIS |
| Ampicilina | 0.5 – 1 GR Cada cada 6 horas |

* 1. EDUCACION

Se debe concientizar al grupo poblacional de mujeres, que son más susceptibles a la infección por las condiciones anatómicas. En la mujer joven sin factores de riesgo las cistitis agudas están producidas casi exclusivamente por Escherichia coli (70-80% de los casos) y el mayor factor de riesgo es el coito. Por lo cual se deben dar indicaciones claras de estrategias para evitar la infección con el fin de no causar asociaciones displacenteras al acto sexual.

En la mujer embarazada, es razonable administrar el tratamiento disponible más simple y más económico y considerar la posibilidad de administrarlo a mujeres que acepten un tratamiento ambulatorio, con la consideración de los trastornos que puede ocasionar la hospitalización para una mujer embarazada y su familia.

Además de lo anterior, se recomienda otra serie de actividades que mejorarían el tratamiento y rehabilitación como son:

• Educación sanitaria, pautas a seguir por la paciente. Realice una ingesta diaria mínima de 1.5 litros de líquidos.

• Aunque no note ganas de orinar, procure no estar más de 4 horas sin hacerlo (excepto durante las horas de dormir).

• Orine después de las relaciones sexuales.

• Cuando se lave el área genital o se seque tras orinar, lávese y séquese de delante hacia atrás.

• Realice el tratamiento siguiendo las dosis y duración recomendadas por su médico y evite la automedicación.

* 1. CRITERIOS DE REVISION

En mujeres, Si desaparecen los síntomas y no hay factores de riesgo no es preciso realizar cultivo postratamiento. Si persisten los síntomas sospecharemos resistencia del germen al antibiótico empleado, debe realizarse urocultivo y tratar según antibiograma, si el urocultivo es negativo hay que pensar en otras causas como uretritis o vaginitis.

En niños, se debe repetir el urocultivo si tras 48-72 horas de iniciado el tratamiento persisten los síntomas, con objeto de valorar resistencias bacterianas y establecer un cambio terapéutico.

En hombres, se debe solicitar uro cultivo previo al tratamiento, hacer reevaluación clínica a las 48 horas, uro cultivo post tratamiento y estudio urológico en toda infección urinaria sea de vía baja o alta.

En embarazadas, si el uro cultivo es negativo: hacer control cada 4-6 semanas hasta el parto. Si el uro cultivo es positivo: tratar y valorar profilaxis hasta el parto una vez esterilizada la orina.

* 1. CRITERIOS DE REMISION

En la mujer gestante, si tras el tratamiento con la pauta inicial elegida no se resuelve la clínica de cistitis o persiste bacteriuria, la mujer deberá ser remitida al ginecólogo.

Se remitirán los casos de cistitis recurrente, cistitis recidivante, infección urinaria complicada (trastornos estructurales o funcionales del tracto urinario, diabetes, Inmunosupresión, manipulación urológica reciente, enfermedad médica subyacente

* 1. Revisión BibliográfICA

Carmona de la Morena J, Alonso Moreno F. Bacteriuria asintomática en la consulta de atención primaria. IT

del Sistema Nacional de Salud. Volumen 32, Nº 2-2008. Inf Ter Sist Nac Salud 2008

Wuorela M. Treatment of urinary tract infections. EBM Guidelines. Article ID: ebm00232 (010.010). [Internet]

Duodecim Medical Publications Ltd [acceso 1/6/2009]. Disponible en: ebmg.wiley.com

Lin K, Fajardo K; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for asymptomatic bacteriuria in adults:

evidence for the U.S.Ann Intern Med. 2008

Henry DC Jr, Bettis RB, Riffer E, Haverstock DC, Kowalsky SF, Manning K, Hamed KA, Church DA. Comparison

of oncedaily extended-release ciprofloxacin and conventional twicedaily ciprofloxacin for the treatment

of uncomplicated urinary tract infection in women. Clin Ther 2002

Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM. Infectious Disease society of

Americanguidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. Clin Infect Dis 2005

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Infección urinaria y embarazo . Inf Ter Sist Nac

Salud 2005

Lutters M, Vogt-Ferrier NB. Duración Andreu A, Planells I. Grupo Cooperativo Español para el Estudio de

la Sensibilidad Antimicrobiana de los Patógenos Urinario. Etiología de la infección urinaria baja adquirida

en la comunidad y resistencia de Escherichia Colia los antimicrobianos de primera línea. Estudio nacional

multicéntrico. Med Clin (Barc). 2008;130(13):481-6. [PubMed

Del Andreu A, Planells Grupo Cooperativo Español para el Estudio de la Sensibilidad Antimicrobiana de

los Patógenos Urinario. Etiología de la infección urinaria baja adquirida en la comunidad y resistencia de

Escherichia Colia los antimicrobianos de primera línea. Estudio nacional multicéntrico. Med Clin (Barc).

2008;130(13):481-6. [PubMed]

Tratamiento antibiótico para las infecciones urinarias bajas sintomáticas no complicadas en ancianas.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD001535. [Resumen]

National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal care: routine for the healthy pregnant woman

[Internet]. London: NICE,

VIII. GUÍA DE ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

* 1. OBJETIVO

Detectar oportunamente la infección respiratoria aguda, brindar un tratamiento oportuno y adecuado, y reducir su impacto en la morbimortalidad y calidad de vida de los niños menores de 5 años.

* 1. ALCANCE Y RESPONSABLES

Este procedimiento inicia identificando los parámetros ambientales y sociales a la cual está expuesta la comunidad atendida, orientando hacia la prevención e intervención de los factores de riesgo; así como la canalización del diagnóstico, y el oportuno tratamiento. Vigilando y controlando en su evolución clínica.

Todo el personal de salud tiene la obligación de gestionar educación preventiva en los hábitos ambientales que están expuestos la comunidad.

Los médicos deben enfocar al manejo y seguimiento del paciente así como su círculo familiar.

Es importante, establecer guías de atención que faciliten el manejo de los niños menores de 5 años afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, con diagnóstico de infección respiratoria aguda, asistentes al centro de atención adscritos a la ESE Solución Salud y con ello contribuir a la disminución de estas tasas de morbilidad y mortalidad.

La aplicación de esta guía está dirigida a los usuarios asistentes al servicio de consulta externa de las instituciones adscritas a la ESE Departamental sin importar tipo de seguridad social y condiciones de etnia, sexo ni edad.

* 1. TERMINOS Y DEFINICIONES

Faringitis: es una enfermedad inflamatoria de la mucosa y estructuras adyacentes a la garganta. Infección Respiratoria Aguda: Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros.

Otitis Media Aguda: Es una inflamación infecciosa del oído medio, que incluye la cavidad del oído medio, la trompa de Eustaquio y en algunos casos la mastoides.

Laringotraqueitis: El “Croup” subglótico o laringotraqueobronquitis aguda es una infección de la vía respiratoria alta y baja que produce un edema subglótico importante.

Neumonía: Es la infección localizada o generalizada del parénquima pulmonar con compromiso predominantemente alveolar.

Bronquiolitis: Cuadro agudo de obstrucción de las pequeñas vías aéreas, precedido de infección del tracto respiratorio superior.

* 1. GENERALIDADES

A pesar de los logros alcanzados en la última década las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), constituyen un importante problema de salud pública en Colombia y continúan ocupando los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población menor de cinco años; en esta problemática están incluidas las diferentes entidades que se consideran esta guía (Otitis media, Faringitis incluyendo la faringitis estreptocóccica Laringotraqueitis, Bronquiolitis y Bronconeumonías y Neumonías) pero la Bronconeumonía y Neumonía son las más serias de las IRA en este grupo de edad y es la responsable de casi todas las muertes por esta causa, especialmente en los municipios con menor grado de desarrollo.

Las tasas de mortalidad por neumonía ha disminuido en los últimos años, de 51,0 a 40,0 por 100.000 habitantes entre 1988 y 1996. Con la morbilidad por IRA, no ha ocurrido lo mismo, la tendencia es al aumento, registrando tasas de 174,0 a 214,0 x 1.000 habitantes entre 1.991 y 1.996.

* 1. DEFINICIONES

Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, puede afectar la nariz, oídos, faringe, epiglotis, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos o pulmones; con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como: tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre; siendo la infección respiratoria aguda la primera causa de morbimortalidad en nuestro medio, como también de consulta a los servicios de salud y de internación en menores de cinco años.

Afortunadamente la mayoría de los niños con estos síntomas sólo padecen una infección leve, y auto-limitada tal como un resfriado común o una bronquitis de poca intensidad. Sin embargo, unos cuantos niños contraen neumonía que debe ser tratada a tiempo por cuanto puede ocasionar la muerte como consecuencia de un compromiso respiratorio progresivo a insuficiencia respiratoria o por una invasión bacteriana que desencadene sepsis.

* 1. ETIOLOGIA

Una gran variedad de virus y bacterias ocasionan las infecciones respiratorias. Dentro del grupo de virus están ante todo los rinovirus, virus de la influenza, virus sinscitial respiratorio, virus de la parainfluenza o adenovirus.

En cuanto a los agentes bacterianos en infecciones adquiridas en la comunidad, los microorganismos más comunes son: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae causando el 74% de estas y el Staphylococcus aureus, el 9%.

* 1. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

En la mayoría de los países, las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), ocurren con más frecuencia que cualquier otra enfermedad aguda; la incidencia de las IRA, parece similar en los países desarrollados y en desarrollo y es algo más elevada en las áreas urbanas que en las rurales. El número de episodios puede variar, oscilando entre 2 a 6 al año. No obstante la severidad de ellas en los países en desarrollo es mayor, hecho asociado con la presencia de factores de riesgo que facilitan una evolución más tórpida. En un porcentaje no Despreciable de casos, la duración de la enfermedad antes de la muerte, es breve, por la severidad y rapidez de su evolución.

El mecanismo de transmisión es fundamentalmente por contacto directo. El período de incubación es variable de acuerdo al agente etiológico y varía entre 1 y 14 días. El período contagioso es también variable, iniciándose en algunas ocasiones un día antes de las manifestaciones clínica con prolongación en algunos casos por más de 5 días.

Al igual que con muchas otras enfermedades, el riesgo de muerte por IRA, es más alto en los lactantes. En los países en desarrollo aproximadamente del 20% al 25% de las muertes por IRA, ocurre en los lactantes menores de dos meses, registrándose muy pocas defunciones por IRA, entre los niños mayores de 5 años.

* 1. FACTORES DE RIESGO

Los principales factores de riesgo, asociados a muerte por neumonía, o al desarrollo de IRA son:

• Niño menor de 2 meses

• No lactancia materna o desnutrición

• Carencia de Vitamina A

• Bajo peso al nacer

• Falta de inmunizaciones

• Variación climática: Tiempo frío y/o cambios bruscos de temperatura, con aparición epidémica en las épocas de mayor humedad ambiental.

• Hacinamiento

• Prevalencia elevada de portadores nasofaríngeos de bacterias patógenas

• Exposición a la contaminación del aire: intradomiciliario: humo de cigarrillo y combustión de leña, carbón o cualquier material de biomasa, para cocinar; extra domiciliario: contaminación ambiental dada ante todo

por aumento de dióxido de azufre (SO2), dióxido de nitrógeno (NO2), ozono (O3 )y partículas respirables en especial aquellas de menos de l0 micras de tamaño o PM10.

• Desconocimiento del manejo integral de las IRA en el hogar y de los signos de alarma para neumonía.

* 1. FACTORES PROTECTORES

• Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.

• Alimentación complementaria adecuada y buen nivel de nutrición

• Inmunizaciones especialmente vacunas del sarampión, triple viral, DPT, Haemophilus influenzae y BCG.

Las Infecciones Respiratorias Agudas se presentan con una variedad de síntomas comunes como tos, dificultad para respirar, obstrucción nasal o dolor de garganta.

Es importante separar los niños con enfermedades graves de los que sólo tienen dolencias leves auto limitadas. Se propone una clasificación ante todo basada en niveles de severidad y unas conductas de manejo para los primeros niveles de atención según dicha severidad, con especial atención a las neumonías, por ser ellas la causa más frecuente e importante de muerte por IRA; este programa es también de utilidad para otros niveles de atención y por tanto debemos conocerlo e integrarlo al máximo posible en el proceso de nuestro diario actuar en el manejo de niños con IRA.

* 1. CARACTERISTICAS DE LA ATENCION-SINDROMES CLINICOS

|  |  |
| --- | --- |
| Infecciones de las Vías Respiratorias Superiores | Infecciones de las Vías RespiratoriasInferiores |
| Otitis media Faringitis incluyendo la faringitis estreptocócica Laringotraqueitis | Neumonía / bronconeumonía Bronquiolitis |

* 1. INFECCIONES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

Las Infecciones del tracto respiratorio superior constituyen un capítulo importante de la patología, por la frecuencia con que se presentan y por la mortalidad elevada que eventualmente pueden producir algunas de ellas.

Son causadas predominantemente por virus. Podemos agruparlas en los siguientes síndromes clínicos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Síndrome Clínico | Virus | Bacterias |
| Rinofaringitis | Rinovirus Influenzae Coronavirus Parainfluenzae Sinscitial respiratorio. ECHO. Adenovirus | S. pyogenes H. influenzae P. pertussis M. pneumoniae |
| Laringoamigdalitis | Adenovirus Epstein -Barr Herpes virus hominis Coxsackie A | S. pyognes C. diphtheriae |
| Laringotraqueitis\* | Parainfluenzae. Sinscitial respiratorio Influenzae. Adenovirus. ECHO. Coxackie A |  |
| Epiglotis\* | H. influenzae tipo B. |  |
| Traqueítis\* | Probable antecedente viral con cualquiera de los virus arriba mencionados. | Staphylococcus aureus Streptococcus B. S. pyognes |

\* Aunque la epiglotis, la laringe y la tráquea anatómicamente pertenecen a las vías aéreas superiores, para fines prácticos de esta clasificación, se presentan en este ítem.

* 1. OTITIS MEDIA AGUDA

Las Infecciones del oído medio constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta y sus complicaciones ocasionalmente requieren hospitalización.

En la solución de este problema participan diversos especialistas, pero primariamente se enfrentan a él, el médico general o familiar y el pediatra; de ellos depende la solución adecuada de la mayoría de los casos o su correcta derivación.

Definición:

Es una inflamación infecciosa del oído medio, que incluye la cavidad del oído medio, la trompa de Eustaquio y en algunos casos la mastoides.

El oído medio se comunica con la nasofaringe a través de la trompa de Eustaquio. Habitualmente las infecciones respiratorias altas de origen viral que producen edema en la mucosa de la trompa de Eustaquio, preceden o acompañan a los episodios de otitis.

Epidemiologia:

Es una entidad con incidencia alta y constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta pediátrica; es más frecuente en los menores de 5 años; dentro de los diversos factores de riesgo asociados a otitis media, podemos mencionar: menor edad, bajo nivel socio-económico, exposición a humo de cigarrillo, en especial por madre fumadora, condiciones de atopia personal ante todo si existe componente de rinitis; hipertrofia adenoidea, anormalidades anatómicas cráneo faciales, el sexo, la raza, variaciones climáticas, posición supina en particular durante la alimentación con biberón.

Su reconocimiento y tratamiento en los preescolares es de especial importancia para impedir problemas de audición, que limitan el desarrollo escolar, aliviar los síntomas especialmente el dolor de oído y prevenir complicaciones como la mastoiditis.

Los síntomas comprenden dolor en el oído, fiebre y disminución de la agudeza auditiva.

En la exploración la membrana timpánica se mueve escasamente con la insuflación y suele encontrarse eritematoso, opaca, prominente o retraída. En ocasiones se observa una perforación espontánea del tímpano y otorrea.

Etiología:

La etiología de estas infecciones es variada. Es viral primaria en su mayor parte, en especial por rinovirus, pero se considera que más o menos un 55% se sobre infectan por bacterias dentro de las cuales, las más Importantes son:

• S. pneumoniae 35%

• H. influenzae 25%

• M catarrhalis 15%

• S. aureus 2%

• S. pyogenes 8%

• Otros 2%

• Negativos 13%

En estudios realizados en Medellín por el Dr Hugo Trujillo se encontró H. influenzae y S. pneumoniae en 63%,S. epidermidis, S. aureus, Enterobacter sp, M. catarrhalis, S. pyogenes y otros en 11%.

Enfoque diagnóstico:

Las manifestaciones clínicas más comunes de la otitis media son rinitis, tos, astenia, irritabilidad, fiebre y otalgia. En los lactantes menores de seis meses el cuadro puede ser más inespecífico: fiebre, irritabilidad, Vómito, apatía, anorexia, diarrea.

Métodos diagnósticos:

Frente a un cuadro clínico sospechoso, la otoscopia convencional sigue siendo el método diagnóstico de elección. Es aconsejable un otoscopio de luz halógena, con baterías nuevas, así como un conducto libre de cerumen para visualizar el tímpano.

Este procedimiento puede ser difícil en el niño, por el tamaño reducido del conducto auditivo externo y por las características propias de sujeción de los pequeños. A un grupo de médicos de nueve países se les indagó acerca de qué tan certeros eran en el diagnóstico de otitis media en niños pequeños.

Se encontró únicamente 58% de aciertos en el grupo de 0-12 meses; 66% en el grupo de 13-30 meses y 73% en mayores de 30 meses de edad. Esto demuestra la dificultad en el diagnóstico de la otitis media en el niño pequeño.Clasificación y manejo según Programa IRA

De acuerdo a la severidad se clasifica en:

| **CUADRO CLINICO, CLASIFICACION Y MANEJO** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Signos: | Inflamación sensible  Detrás de la oreja. | Está supurando el oído desde  hace MENOS de 2 semanas, o  Dolor de oído, o  Tímpano rojo e inmóvil  (Mediante otoscopia). | Oído supurando desde hace 2 semanas  o más:  Otorrea: - Mucoide  Serosa  Purulenta  Fétida |
| Clasifíquese  como: | MASTOIDITIS | INFECCION AGUDA  DEL OIDO | INFECCION CRONICA  DEL OIDO |
| Tratamiento: | - Formule el mismo tipo y  dosis de antibiótico que  para la neumonía:  - Penicilina Procaínica  -Amoxicilina,  -Ampicilina  -TMP-SMX.  Ver dosificación más Adelante.  Si requiere cirugía:  Hospitalización urgente. | -Tratamiento antimicrobiano  oral  -Seque el oído con mechas  -Maneje dolor y fiebre  -Dar indicaciones para secar el  oído con pequeños trozos de tela entorchados, introducidos  y retirados en el oído, hasta lograr extractar la tela  Totalmente limpia.  -Haga otra evaluación en 2  Días.  -Si no mejora o sigue igual  cambie de antibiótico | General:  - Remover la pus  - Cultivo de oído medio  - Seque el oído con mechas  Específico:  Inicial: - Antimicrobiano con espectro  beta-lactamasa (+)  - Acetaminofén para el dolor y la fiebre según necesidad.  Posterior: si “seca” continuar con  quimioprofilaxis, usando trimetropin  sulfa 5 mg/kg?día dosis única diaria  Durante 3 meses. |

Otra clasificación importante para tener en cuenta en el manejo por el médico es:

• Otitis media aguda (OMA): Inflamación del oído medio de comienzo rápido y evolución inferior a 3 semanas.

• Otitis media subaguda (OMS): duración de 3 semanas a 3 meses.

• Otitis media crónica (OMC): se prolonga más de 3 meses.

• Otitis media con efusión residual: presencia de una efusión asintomática del oído medio, sin signos otoscópicos y/o sistémicos de inflamación, 3 a 16 semanas después del diagnóstico de otitis aguda.

• Otitis media con efusión persistente: Como en el caso anterior, pero con efusión de duración mayor de 16 semanas.

• Otitis media aguda recurrente (OMAR): 3 o más episodios de otitis claramente definidos como nuevos episodios en un período de 6 meses o 4 o más en 1 año.

• Otitis media crónica supurada (OMCS): es la inflamación crónica del oído medio con otorrrea persistente o recurrente con tímpano perforado.

• Otitis media sin respuesta: está caracterizada por sintomatología clínica y hallazgos otoscópicos de inflamación de la membrana timpánica que persiste más de 48 horas después de haber sido iniciada la terapia antibiótica.

Una membrana timpánica roja con movilidad normal está en contra del diagnóstico de otitis media. Puede ser debida a infección viral del tracto respiratorio superior, llanto del paciente, o esfuerzos para remover el cerumen.

Los antibióticos de primera línea son:

Para otitis media aguda:

• Amoxacilina: 80 - 90 mg/Kg/día cada 8 horas durante 7 días.

• Trimetoprin sulfa: 10 mg de trimetoprin y 45 mg de sulfa por Kg/día cada 12 horas durante 7 a 10 días.

• Eritromicina sulfa: 40 mg de eritromicina y 150 mg de sulfa por Kg/día cada 6 horas durante 7 a 10 días.

Para otitis media recurrente:

• Amoxacilina: 20 mg/Kg/día en una o 2 dosis por 3 a 6 meses.

Para otitis media con efusión:

• Agente antibiótico: igual que para la otitis media aguda, pero durante 14 a 21 días.

• Corticoide: prednisolona 1 mg/Kg./día dividido en 2 dosis por 5 días.

Prevención y estilo de vida:

Es muy importante estimular la lactancia materna, pues se considera que reduce los episodios de otitis media aguda en estudios longitudinales .Limitar el uso de chupos en la guarderías ya que se ha asociado a un Incremento en episodios de otitis media.

Así mismo, los niños que asisten a guarderías se beneficiarían de una vacuna contra el virus de la influenza, que ha demostrado reducir la incidencia de otitis media aguda hasta en 40% durante epidemias.

La vacuna antineumocócica protege contra las cepas incluidas en ella, pero no disminuye la incidencia de otitis media aguda. Por el aumento de la resistencia del neumococo a la penicilina se trabaja arduamente en mejorar la inmunogenicidad de la vacuna, sobre todo en niños menores de dos años.

* 1. FARINGITIS

Definición

La faringitis es una enfermedad inflamatoria de la mucosa y estructuras adyacentes a la garganta. Clínicamente existen 3 entidades principales que son: amigdalitis, nasofaringitis y faringoamigdalitis, las cuales generalmente se acompañan además de diversos grados de inflamación de la úvula, nasofaringe y paladar blando.

La mayoría de las faringitis tienen un origen viral. Con frecuencia se asocian al resfriado común producido por los rinovirus, coronavirus o virus de la influenza o parainfluenza.

Los pacientes presentan “carraspera” o dolor de garganta, así como coriza y tos. La faringe se encuentra inflamada, edematosa y puede o no estar acompañada de exudado purulento.

Etiología

Son múltiples los agentes capaces de producir esta entidad en edad pediátrica. En el caso de niños previamente sanos hasta el 90% de la etiología esta dada por alguno de los siguientes gérmenes: adenovirus, virus influenzae A y B, virus Epstein-Barr, enterovirus, sinscitial respiratorio, rinovirus y Streptococcus beta hemolítico grupo A o Streptococcus pyogenes.

La mayoría de los dolores de garganta se deben a virus y mejoran en unos pocos días con buenos cuidados en el hogar y sin ningún tratamiento adicional. La causa bacteriana más frecuente de faringitis es el Streptococcus del grupo A (Streptococcus pyogenes). Este microorganismo es responsable de cerca del 15% de los casos de faringitis y puede ocasionar complicaciones importantes tanto supurativas (absceso periamigdalar y retrofaríngeo) como no supurativas (escarlatina, síndrome de shock tóxico por Streptococcus, fiebre reumática y glomerulonefritis poststreptocóccica aguda).

Los signos clásicos de la faringoamigdalitis estreptocóccica son: fiebre, inflamación faríngea, adenopatía cervical dolorosa, hipertrofia y congestión de amígdalas o amígdalas y faringe cubiertas por un exudado purulento; pueden existir también petequias en paladar blando.

Otras causas de faringitis bacteriana comprenden los estreptococos de los grupos C y G, Neisseria gonorrhae, Arcanobacterium haemolyticum, Yersinia enterocolitica y más raramente Corynebacterium diphtherae, Mycoplasma pneumoniae y Chlamydia pneumoniae. El diagnóstico se establece por cultivo.

La faringoamigdalitis bacteriana es muy poco frecuente antes de los 3 años. La faringoamigdalitis con exudado purulento en niños menores de 3 años, excluida la difteria casi siempre se debe a adenovirus y menos frecuente al virus de Epstein Barr.

Diagnóstico Diferencial y Tratamiento

La clasificación de esta entidad según nivel de severidad sería:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CUADRO CLINICO, CLASIFICACION Y MANEJO** | | | |
| CLASIFIQUE LA ENFERMEDAD | | | |
| Signos: | No puede beber. | Ganglios linfáticos del cuello sensibles y  Abultados y Secreción purulenta en la garganta. | Secreción u obstrucción nasal,  Garganta roja, Dolor o ardor de garganta. |
| Clasifíquese  Como: | ABSCESO DE  GARGANTA | INFECCION DE GARGANTA  (STREPTOCOCICA | FARINGITIS VIRAL |
| Tratamiento: | Hospitalización | Formule un antibiótico para infección estreptocócica de la garganta).  Trate la fiebre = o > 38.5°C axilar o el dolor  seg.  Recomiende medios físicos  Dígale a la madre que regrese inmediatamente si el niño empeora  Seguimiento en dos días. Haga otra evaluación en 2 días, si no mejora o sigue  igual cambie de antibiótico. | Indicaciones sobre cómo cuidarlo en  el hogar.  Recomiende un remedio inofensivo y suavizante para el dolor de garganta.  Trate la fiebre o el dolor.  Dígale a la madre que regrese inmediatamente si el niño empeora |

Si la clínica del paciente nos indica la existencia de una faringitis de origen viral se debe instruir al paciente acerca de la faringitis aguda no estreptocócica. Esto incluye la duración de los síntomas, la no efectividad del tratamiento antibiótico, el seguimiento de las medidas generales de cuidado que se exponen a continuación y el uso de analgésicos. Se debe advertir al paciente la necesidad de nueva consulta si no hay mejoría en 5-7 días o si empeoran los síntomas.

Medidas generales

• Mantener una adecuada hidratación

• Hacer enjuagues faríngeos con agua tibia y sal (¼ cucharadita de sal por un vaso de agua).

• Chupar hielo o pastillas para la garganta (adultos o niños mayores).

• Hacer enjuagues con agua helada

• Seguir dieta blanda.

• Tomar líquidos fríos o tibios.

• Consumir helados

Tratamiento farmacológico de la faringitis aguda Analgésicos:

Se recomienda el uso de ibuprofeno o de acetaminofén. Se debe evitar la aspirina en niños y adolescentes ya que aumentan el riesgo de síndrome de Reye.

Antibióticos:

• La penicilina es el antibiótico de elección para el tratamiento de la faringitis aguda bacteriana.

• La penicilina G benzatínica en una sola aplicación intramuscular a dosis de 1.200.000 unidades para mayores de 27 kg y de 600000 unidades para menores de 27 kg pero tiene la desventaja de ser una inyección muy dolorosa y tiene más alta incidencia de reacciones alérgicas que la penicilina oral.

• Cuando se prefiere el tratamiento de penicilina V debe ser a dosis de 250 mg 3 veces al día durante 10 días para menores de 27 kg o de 500 mg 3 veces al día durante 10 días para los mayores de este peso.

Tiene la desventaja que como los síntomas mejoran rápidamente al instaurar el tratamiento, éste puede no ser completado durante los 10 días, por lo cual se debe explicar y convencer a los padres, la necesidad de administrar el esquema hasta el final.

• Para pacientes alérgicos a la penicilina se debe formular Eritromicina; si la reacción no es de anafilaxia se puede considerar la cefalexina.

• Otras alternativas de tratamiento: cefalexina, cefaclor cefadroxil, claritomicina azitromicina.

• Las penicilinas de amplio espectro como amoxacilina o ampicilina pueden ser usadas aunque no muestran mejor respuesta que la penicilina benzatínica.

• El tratamiento en infecciones persistentes o fallas debe ser encaminado a erradicar organismos productores de B-lacta masa.

Tratamiento para los portadores de Estreptococo b-hemolítico

Las alternativas de tratamiento que han sido establecidas como efectivas para erradicarlo incluyen:

• Clindamicina 20 mg/kg/día en tres dosis (máximo 450 mg/día) durante 10 días; como primera elección.

• Amoxacilina – clavulanato

• Segunda elección: se recomienda el uso de penicilina y rifampicina. en forma simultánea los últimos 4 días de tratamiento penicilina benzatinica + rifampicina.

Educación al paciente con faringitis aguda estreptocócica

Cuando se confirma infección faríngea por estreptococo es importante explicar al paciente la necesidad de completar el tratamiento antibiótico aunque los síntomas mejoren, para evitar los posibles contagios y la posibilidad de desarrollar fiebre reumática. Si los síntomas no mejoran en las primeras 48 horas o en algún otro miembro de la familia aparecen síntomas de infección faríngea, debe consultar.

El propósito más importante del tratamiento con antibióticos para una faringitis o amigdalitis estreptocócicas, es matar las bacterias y de este modo prevenir la fiebre reumática y la subsiguiente cardiopatía reumática.

La fiebre reumática es principalmente un problema de los niños en edad escolar (de 5 -15 años de edad) y es poco común en los niños menores de tres años.

Se debe insistir en las medidas de apoyo con líquidos adicionales, así como ropa y condiciones ambientales apropiadas. Es importante que se explique a los padres las causas de la fiebre y las razones del tratamiento y se calmen los temores que sobre ella se tienen. No se debe tratar sistemáticamente a todo niño con fiebre; la reducción de la fiebre debe tener como meta aliviar el malestar del niño.

* 1. LARINGOTRAQUEITIS

Definición

El “Croup” subglótico o laringotraqueobronquitis aguda es una infección de la vía respiratoria alta y baja que produce un edema subglótico importante. Afecta casi siempre a niños de 2 a 3 años y suele seguir a una infección respiratoria alta iniciada uno o dos días antes. Los síntomas comprenden fiebre, disfonía (ronquera), tos molesta y fuerte (tos “perruna”) y estridor inspiratorio.

Etiología

Los virus parainfluenza, principalmente el tipo 1 seguido del tipo 3, son la causa más frecuente. La asociación con el virus de la influenza A y raramente el B es variable ya que su fluctuación estacional es imprevisible.

Esporádicamente se asocian al virus respiratorio sinscitial, adenovirus, para influenza tipo 2, rinovirus, enterovirus y M. pneumoniae.

Epidemiologia

Frecuente en niños entre los 3 meses y tres años de edad, tiene patrón de presentación dependiente de los cambios climatológicos de los virus implicados en su etiología.

Graduación de la Severidad del Cuadro Clínico

Escala de Westley(modificada por Fleisher), para valoración clínica de la dificultad respiratoria en los niños con laringotraqueobronquitis:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CUADRO** | **0** | **1** | **2** | **3** |
| Estridor | Ninguno | Solo con agitación | **Leve en reposo** | Grave en reposo |
| Retracción | Ninguna | Leve | **Moderada** | Grave |
| Entrada de aire (a la auscultación) | Normal | Leve disminución | **Moderada disminución** | Marcada disminución |
| Nivel de conciencia | Normal | Inquieto cuando se molesta | **Inquieto aun sin molestarlo** | Letárgico |

INTERPRETACION

0-4: leve. 5-6: leve-moderada. 7-8: moderada. 9 ó más: grave.

Diagnostico Diferencial y Tratamiento

En el diagnóstico diferencial deben considerarse ante todo las siguientes entidades:

• Epiglotitis.

• Traqueítis bacteriana.

• CRUP espasmódico o laringotraqueitis recurrente.

• Cuerpo extraño laríngeo o traqueal.

* 1. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DE LAS CAUSAS INFECCIOSAS DE ESTRIDOR

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CROUP VIRALLARINGOTRAQUEITIS** | **EPIGLOTITIS** | **TRAQUEITIS BACTERIANA** | **CROUP ESPASMÓDICO** |
| Historia:  Edad  Prodomos  Inicio  Disfagia | 2m – 4 a  Gripales ó (-)  Gradual  + ó - | 3 – 6 años.  Ninguno  Súbito  +++ | 2-4 años.  Gripal  Variable  + ó - | Antec. Atopia  Niños 1 a l2a  Inusual gripal  Rápido |
| Signos:  Fiebre  Estridor  Babeo  Postura | Baja  +++  -  Yacente | Elevada, tóxica  ++  +++  Sentado. Posición de  trípode | Elevada, tóxica  +++  + o –  Variable | Inusual  ++  -  Sin importancia |
| Pruebas:  Leucocitos  Rx  Cultivos | <10.000  Estrechamiento  Subglótico  Parainfluenzae,  VSR | >10.000  Epiglotis  Edema tizada  H. influenza e, Streptococcus grupo 1. A | >10.000  Irregularidad  Subglótica  S. aureus | <10.000  Usualmente sin hallazgos  especiales  Negativos |

Siempre tener presente la posibilidad de cuerpo extraño en vías aéreas, dada su alta frecuencia y eventual letalidad, en especial en niños entre los l0 meses y 3 años; el interrogatorio debe ser dirigido intencionalmente a esta posibilidad. Tener también en cuenta otras opciones como: absceso peri amigdalino, ingestión de corrosivos, angioedema o estenosis post - intubación.

Tratamiento

Debe orientarse según severidad del cuadro clínico así:

• Leve (puntuación < ó = 4): manejo ambulatorio después de MNB.

• Leve – moderada (puntuación 5 – 6): manejo ambulatorio si: mejora con MNB, es mayor de 6 meses y se cuenta con padres confiables.

• Moderada (puntuación 7 – 8): hospitalización, iniciar inmediatamente epinefrina racémica, o adrenalina 5 ampollas por nebulización.

• Grave (puntuación de 9 ó más): ingresar a UCI, epinefrina racémica, o adrenalina; posible intubación.

Medidas específicas:

• Mínima alteración: evitar estímulos que aumenten ansiedad.

• Oxígeno humedificado con sistemas de bajo o alto flujo, buscando saturación > de 92%.

• Manejo de fiebre y deshidratación si las hay.

• Nebulización: 1) Epinefrina racémica: 0,05 ml/Kg. de solución al 2.25% diluída en 3 ml de SSN. Dosis máxima: 0,5 ml cada 30 minutos, bajo monitorización, vigilar taquicardia grave, 2) es equivalente a nebulizar 5 ampollas de adrenalina por cada sesion de nebulización. Si después de 3 dosis en 90 min no hay mejoría significativa, se debe considerar intubación. Observar mínimo 4 horas después de la última MNB, pues puede haber un efecto de rebote.

• Corticoesteroides: aunque discutidos, en casos severos se puede considerar su uso: Dexametasona 0,6 mg. /Kg. en dosis única ya sea IM ó IV.

• Control de la vía aérea - Indicaciones para intubación:

• Intensidad creciente de las retracciones.

• Empeoramiento del estridor.

• Menor estridor, pero aumento del jadeo respiratorio.

• Sensorio alterado.

• Empeoramiento de la hipoxia, la hipercarbia o ambas

NOTA: NO están indicados los antibióticos, salvo en aquellas condiciones en las que se evidencia cuadro de infección bacteriana como la epiglotitis o sobre infección como sería el caso de la traqueítis bacteriana.

* 1. INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS INFERIORES

NEUMONIAS Y BRONCONEUMONIAS

Definición:

Es la infección localizada o generalizada del parénquima pulmonar con compromiso predominantemente alveolar. El compromiso localizado a un lóbulo se denomina clásicamente neumonía lobar; cuando el proceso está limitado a los alvéolos contiguos a los bronquios o se observan focos múltiples, se denomina bronconeumonía. Para efectos prácticos el término neumonía engloba ambos conceptos.

Epidemiologia:

Como se ha mencionado previamente, las neumonías y bronconeumonías son causa frecuente de morbilidad y desafortunadamente también de mortalidad en especial en poblaciones con factores de riesgo elevado como son: bajo nivel socioeconómico, bajo peso al nacer, ausencia de lactancia materna, menor edad, carencia de inmunizaciones, madre fumadora durante el embarazo o en la presencia del niño, contaminación intra y extra domiciliaria, etc. En estas condiciones hay predominio de causas bacterianas y de casos de mayor severidad, en los meses de invierno aumenta la frecuencia de episodios virales y con ellos el riesgo de neumonías bacterianas.

Etiología:

La etiología de las IRA de vías aéreas inferiores en los niños es viral en la mayoría de casos. Cuando estamos frente a situaciones en las cuales hay predominio de compromiso alveolar como son la neumonía y bronconeumonía, en países en desarrollo y en especial ante poblaciones con factores de alto riesgo, la etiología bacteriana llega a predominar sobre los virus; la frecuencia relativa de diversos patógenos, varía según el contexto en que se adquirió la infección; en los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad los microorganismos más comunes son:

Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae causando el 74% de estas y el Staphylococcus aureus el 9%; deben tenerse en mente la Clamydia trachomatis en niños entre los 2 y 4 meses de edad y el M. pneumoniae, en mayores de 5 años los cuales, por lo general ocasionan una enfermedad leve. Se estima que los bacilos entéricos gramnegativos y Pseudomona aureginosa, son causas poco frecuentes de neumonía adquirida en la comunidad y por el contrario, son responsables de más del 50% de las neumonías hospitalarias o neumonías nosocomiales.

Clínica:

Su intensidad, severidad o gravedad, es muy variable. La tos, la fiebre la polipnea y las retracciones son los elementos básicos que orientan a su diagnóstico; la auscultación pulmonar puede dar sintomatología de consolidación como broncofonía, o soplo tubárico; tanto la neumonía como la bronconeumonía dan crepitantes o estertores alveolares finos al final de la inspiración en la zona o zonas comprometidas; el y el compromiso del estado general varía según la severidad del cuadro clínico.

La clasificación para el manejo estándar de casos de IRA está basada en signos claramente definidos que orientan ante todo dos decisiones de tratamiento: Prescribir o no antimicrobianos y tratar al niño en la casa o referirlo para su hospitalización.

Como la auscultación del tórax en condiciones ideales y por personal muy calificado, predice tan sólo alrededor de la mitad los casos de neumonía en niños, se buscan otros signos que son mejores pronosticadores, de acuerdo a estudios clínicos multicéntricos:

• Respiración rápida

• Tiraje

• Signos de enfermedad muy grave

La respiración rápida, o taquipnea es un indicador sensible y específico de la presencia de neumonía. Se considera que la frecuencia respiratoria esta elevada cuando:

• La frecuencia respiratoria es mayor de 60 veces por minuto en lactantes menores de 2 meses.

• La frecuencia respiratoria es más de 50 veces por minuto en los lactantes de 2-11 meses.

• La frecuencia respiratoria es de 40 o más veces por minuto en niños de 1-4 años.

El tiraje subcostal persistente en el niño mayor de 2 meses es el indicador clínico con mejor sensibilidad y especificidad para definir una neumonía que altere la distensibilidad pulmonar, y requiere de oxígeno suplementario en el manejo básico, implicando, salvo consideraciones especiales, manejo hospitalario.

Los indicadores de mayor sensibilidad para un cuadro de IRA, con riesgo alto de muerte son: somnolencia importante con dificultad para despertar al niño, estridor laríngeo en reposo, presencia de convulsión, desnutrición grave en el niño mayor de 2 meses, fiebre o hipotermia para menores de 2 meses, incapacidad para beber líquidos en los mayores de 2 meses y disminución importante del apetito en los menores de 2 meses.

Producto de este enfoque se definieron los siguientes niveles de severidad para neumonía o bronconeumonía:

• Enfermedad muy grave: signos de IRA más cualquiera de los siguientes hallazgos: somnolencia importante con dificultad para despertar al niño, estridor laríngeo en reposo, presencia de convulsión, desnutrición grave en el niño mayor de 2 meses, fiebre o hipotermia para menores de 2 meses, incapacidad para beber líquidos en los mayores de 2 meses y disminución importante del apetito en los menores de 2 meses.

• Neumonía grave: cuadro clínico de IRA más retracción subcostal persistente en ausencia de signos para enfermedad muy grave.

• Neumonía: cuadro clínico de IRA más respiración rápida y ausencia de signos de neumonía grave o de enfermedad muy grave.

• No neumonía: cuadro clínico de IRA, sin ninguno de los indicadores para los otros niveles de severidad.

NEUMONIA: CLASIFICACION Y MANEJO DEL NIÑO DE 2 MESES A 4 AÑOS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SIGNOS DE GRAVEDAD:** | **CLASIFIQUE** | **MANEJO** |
| No puede beber Convulsiones Estridor en reposo Anormalmente somnoliento o difícil de despertar o, Desnutrición grave. | ENFERMEDAD MUY GRAVE | Hospitalización e inicio antibiótico indicado. Trate la fiebre. Trate la sibilancia Interconsulta con pediatra o especialista. |
| **SIGNOS:** | **CLASIFIQUE** | **MANEJO:** |
| Tiraje | NEUMONIA GRAVE | Hospitalización e inicio antibiótico indicado. Trate la fiebre. Trate la sibilancia Interconsulta con pediatra o especialista. |
| **SIGNOS:** | **CLASIFIQUE** | **MANEJO:** |
| No tiene tiraje.  Respiración rápida (50 x minuto o más, si tiene de  2 a 11 meses; 40 x minuto o más, si tiene de 1 a 4  años). | NEUMONIA | Inicie antibiótico indicado  Trate la fiebre,  Trate la sibilancia  Control diario, si el paciente no mejora evalúe  cambio de antibiótico. |
| **SIGNOS :** | **CLASIFIQUE:** | **MANEJO :** |
| No tiene tiraje,  No tiene respiración rápida. (menos de 50 x  minuto, si el niño tiene de 2 a 11 meses ; menos  de 40 por minuto si tiene de 1 a 4 años  . | NO ES  NEUMONIA :  TOS O  RESFRIADO | Si tose más de 15 días, evalúe y trate otros  problemas,  Cuidado en la casa.  Trate la fiebre.  Control en 2 días para , o antes si empeora o  sigue igual |

MANEJO DE LAS SIBILANCIAS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SIGNOS | **CLASIFIQUE** | **MANEJO** |
| Sibilancia y cualquier signo de gravedad o Cianosis o Tiraje subcostal. | **SIBILANCIA GRAVE** | Esquema de Beta 2 de corta acción nebulizado o inhalado Oxigenoterapia Intrerconsulta con especialista, según evolución. |
| SIGNOS : | **CLASIFIQUE COMO :** | **MANEJO :** |
| Sibilancia y Respiración rápida | **CRISIS DE SIBILANCIA** | Esquema de Beta 2 de corta acción nebulizado o inhalado Si mejora tratar ambulatoriamente con broncodilatador. Si no mejora evaluar uso de antibiótico y hospitalizar. Hacer seguimiento según cada caso. Indicar a la madre cuando volver de inmediato. |
| **SIGNOS :** | **CLASIFIQUESE COMO:** | **MANEJO :** |
| Sibilancia sin tiraje ni respiración rápida | **SIBILANCIA** | Administrar un broncodilatador oral o inhalado. Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato. Control según caso |

**INSTRUCCIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIBILANCIA**

|  |
| --- |
|  |
| ESQUEMA DE BETA 2 DE ACCION RAPIDA | SALBUTAMOL ORAL Cuatro veces al día, durante 7 días. |
| Salbutamol nebulizado (5 mg/ml) | 0,5 ml más 4,0 ml de suero fisiológico cada 20 min, durante l hora luego cada hora durante 3 horas luego cada 2 horas durante 6 horas, luego según respuesta | Edad o peso | Jarabe 2 mg en 5 ml |
| Salbutamol inhalado o en dispositivo de inhalador de dosis medida(I.D.M.) | 2 puff aplicados con espaciador cada 20 min, durante l hora luego cada hora durante 3 horas luego cada 2 horas durante 6 horas, luego según respuesta | De 1 a 4 años (10-19 kg.) | 5 ml |
| Epinefrina subcutánea (adrenalina) (1 :1000=0,1%) | 0,01 ml/kg de peso. | De 2 a 11 meses (< de 10 kg.) | 2,5 ml |

**INSTRUCCIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **ACETAMINOFEN (10 - 15 mg/kilo por dosis) (Cada 6 horas hasta que ceda la fiebre)** | |
| EDAD O PESO | JARABE (120 mg por 5 ml) |
| 2 a 3 meses (4 - < 6 kg) | 2.5 ml |
| 4 a 11 meses (6 - < 19 kg) | 5.0 ml |
| 1 a 2 años (10 - < 14 kg) | 5.0 ml |
| 3 a 4 años (14 - < 16 kg) | 7.5 ml |

LACTANTE PEQUEÑO (DE UNA SEMANA HASTA 2 MESES DE EDAD)

|  |  |
| --- | --- |
| **SIGNOS DE ENFERMEDAD GRAVE :** | **MANEJO :** |
| Dejó de alimentarse o Convulsiones o Anormalmente somnoliento o difícil de despertar o Quejido o Estridor en reposo o Sibilancia o Fiebre (38.0 °C) o temperatura baja (menos de 36.0 °C). | Hospitalización urgente y administración de antibiótico indicado\*\* Interconsulta con especialista |
| SIGNOS DE NEUMONIA GRAVE : | MANEJO : |
| Tiraje grave o Respiración rápida (60 x minuto o MAS) | Hospitalización URGENTE. Y Administración de antibiótico indicado \*\* Interconsulta con especialista Mantenga al bebé abrigado. |
| NO ES NEUMONIA : TOS O RESFRIADO | MANEJO : |
| No tiene tiraje grave y No tiene respiración rápida (menos de 60 x minuto). | Instruir a la madre para cuidado en casa : Mantener el bebé abrigado. Amamantarlo con frecuencia. Limpiarle la nariz si la obstrucción interfiere con la alimentación. Regresar rápidamente sí : Respira con dificultad. Respira rápidamente. Es difícil alimentarlo. La salud del bebé empeora |

Todo niño evaluado por una Infección Respiratoria Aguda, debe ser vinculado de inmediato a un programa de crecimiento y desarrollo de niño sano, una vez finalice su tratamiento.

Dichos diagnósticos de severidad independiente que puedan incluir en sí varias entidades permiten una orientación oportuna de los niños con IRA para definir un manejo de atención inicial; dichos indicadores son los mínimos que deben incluirse en un caso de IRA evaluado en cualquiera de los niveles de atención, pero cuando el caso es valorado por un médico y mucho más mientras mayor sea el nivel de experiencia y de entrenamiento en el manejo de niños, dichos indicadores deben estar complementados de acuerdo a cada situación y caso en particular, de los demás aspectos de evaluación médica, buscando complementar el diagnostico de severidad propuesto en el programa IRA, con un diagnostico nosológico lo más preciso posible, de acuerdo a la necesidad de cada caso, teniendo siempre en mente el racionalizar los recursos empleados en la búsqueda de dicho diagnóstico.

Exámenes Paraclínicos:

Si bien un porcentaje importante de los niños con IRA en especial los de manejo ambulatorio, pueden tratarse sin la necesidad de realizar exámenes paraclínicos, en algunas condiciones, en base a un análisis individual del médico tratante, se debe definir la justificación o nó de ayudas paraclínicas, buscando precisar algún aspecto en particular; no obstante se debe tener presente que la interpretación de los Rx de tórax, el CH y la P.C reactiva, para diferenciar entre neumonía viral y bacteriana, debe ser realizada cuidadosamente y a la luz de todos los datos en conjunto.

En los casos que ameriten manejo hospitalario, dada la severidad del caso, existe mayor justificación para acudir a apoyo diagnósticos paraclínicos diversos, pero es muy importante individualizar cada situación, buscando al máximo un equilibrio entre el costo beneficio de cada uno de ellos, para un caso en particular.

Tratamiento de la Neumonía:

Enfermedad muy grave equivalente a neumonía en paciente séptico.

Es indicación de hospitalización; amerita al máximo aclarar patología de base.

Medidas de soporte: Oxigenoterapia según requerimientos idealmente con base a control de oximetría de pulso buscando saturaciones mayores de 90%; con preferencia por sistemas de bajo flujo (cánula nasal), IV y aporte nutricional de acuerdo a las características de cada caso en particular, manejo de la fiebre (Tº > 38.5 ºC) y desobstrucción nasal.

Antibióticos:

• < 2m: oxacilina (200 mg/k/día) c/6h y gentamicina (6 mg/k/día) c/12h. Evalue justificación de cefalosporinas

de 3a generación.

• 2m : 1) cloranfenicol (100mg/kg/día) c/6h + oxacilina (200mg/Kg/d) c/6h 2) cefotaxime (200 mg/k/

día) C/6h + oxacilina (200 mg/k/día) c/6h. 3) ceftriaxona (100 mg/k/día) 1 dosis + oxacilina a dosis

anteriores.

• Trate “agresivamente” en forma simultánea el síndrome broncobstructivo si lo tiene.

Manejo idealmente por pediatra y con valoración por infecto logia y/o neumología y/o UCI pediátrica, según análisis individual de cada caso.

En INFECCIONES BACTERIANAS GRAVES, si no es posible realizar interconsulta con pediatra o especialista, administrar penicilina sódica cristalina cada 6 horas MÁS gentamicina cada 8 horas. En niños menores de una semana, administrar gentamicina cada 12 horas.

Neumonía Grave

• Hospitalice

• Medidas de soporte: Semejantes a la anterior situación

• Antibióticos :

< 2 m: ampicilina (200mg/kg/d) c/6h y gentamicina(6 mg/k/día) c/12h x 4 d.

2 m: penicilina cristalina (200.000 U/k/día) o ampicilina (200 mg/k/día) repartidas en dosis de c/6h x 4 a 7 días.

Considere opción al cuarto día de continuar VO amoxacilina (100 mg/k/día) repartida en dosis de c/8h hasta completar 10 días. Manejo simultáneo de SBO si lo tiene.

Neumonía Inicial

• Manejo ambulatorio si las características familiares lo permiten.

• Medidas de soporte en casa: manejo de la fiebre, continuar alimentación, administración abundante de líquidos fraccionados; recomendar desobstrucción nasal frecuente según necesidad.

• No se recomiendan antitusivos ni vaporizaciones ni terapia respiratoria.

• Indicar signos de alarma.

• Antibióticos: Los cuatro (4) antibióticos a considerar en primera línea son:

Trimetoprim-sulfametoxazol

Amoxacilina

Ampicilina

Penicilina Procaínica

DOSIS Y ESQUEMAS DE ADMINISTRACIÓN EN MANEJO AMBULATORIO

|  |  |
| --- | --- |
| **ANTIBIOTICO** | **DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION** |
| Penicilina Procaínica | 50.000 unidades por Kg., una dosis diaria durante 7 días. Administración: vía intramuscular. |
| Amoxicilina | 80-90 mg/kg/día, repartida en 3 dosis diarias. Administración vía oral x 7 días. |
| Ampicilina | 200 mg/kg/día en 4 dosis diarias. Administración: vía oral x 7 días. |
| Trimetoprin-Sulfametoxazol | 10 mg/kg/día, tratamiento repartido en 2 dosis diarias. Administración: vía oral x 7 días. (Evite el Trimetopim Sulfa en lactantes menores de un mes que sean prematuros). |

La neumonía debe tratarse con cualquiera de estos antibióticos durante 7 días. Estos son eficaces contra el S. Pneumoniae, incluyendo en las cepas parcialmente sensibles a la penicilina y el H. influenzae, que son la causa más frecuente.

La penicilina benzatínica, administrada como dosis intramuscular única de larga acción, no produce los niveles sanguíneos necesarios para inhibir el H. influenzae. La penicilina V (fenoximetil-penicilina) y la eritromicina Tamp línea recomendados en el tratamiento empírico de la neumonía. El cloranfenicol y la penicilina cristalina se reservan para el tratamiento hospitalario.

Atención educativa para el hogar

Enseñanza a la madre para el cuidado en el hogar de los niños de 2 meses a 4 años con Infecciones Respiratorias:

• Enseñar a los padres la administración correcta del antibiótico

• Alimentar al niño: Durante la enfermedad darle al niño mayor de 4 meses comidas blandas variadas y apetitosas que más le gustan a fin de animarlo a que coma la mayor cantidad posible y ofrecerle porciones pequeñas con frecuencia. Es ideal continuar con la lactancia materna, explicando a la madre que si disminuye el tiempo de toma, debe aumentar la frecuencia. Se debe incrementar la alimentación posterior a la enfermedad para recuperar la pérdida de peso por la misma, ésto se logra ofreciendo una comida adicional diaria.

• Aumentar los líquidos: El niño con IRA, pierde más líquido de lo normal, especialmente si tiene fiebre, por tanto se debe ofrecer líquidos adicionales.

• Limpiar las fosas nasales: es importante mantener las fosas nasales permeables, lo cual se logra realizando lavado con solución salina o mezcla preparada en casa (a 4 onzas de agua hervida agregue media cucharadita tintera de sal), aplique un goterado de esta solución en cada fosa nasal, cada 3 o 4 horas o a necesidad. No usa vasoconstrictores tópicos o sistémicos.

• Aliviar la Tos: La madre puede suavizar la garganta y aliviar la tos con remedios caseros como té o miel con limón. Siendo la tos uno de los mecanismos de defensa del pulmón, NO están indicados el uso de ANTITUSIVOS EXPECTORANTES O MUCOLÍTICOS. Por otro lado no cabe duda que un adecuado estado de hidratación es el mejor mucolítico. Tampoco deben usarse sustancias grasosas volátiles y petroladas ni las mentoladas.

• Vigilar los signos de alarma: Es la recomendación más importante sobre la atención en el hogar, vigilar en el niño los signos que indican que puede tener una neumonía e instruir para que consulte inmediatamente si:

• La respiración se hace difícil

• La respiración se acelera

• El niño tiene incapacidad para beber

• La salud del niño sigue igual o empeora.

• Asistir al control. Debe evaluarse el niño con neumonía a los dos días o antes, si existe justificación médica para ello, y decidir si ha empeorado, está igual o está mejorando.

Enseñanza para el cuidado en el hogar para un niño menor de 2 meses:

• Mantener abrigado.

• Continuar la lactancia

• Limpiar la nariz con solución salina como se indicó para el niño mayor de 2 meses, idealmente tibiarla previamente, en especial aplicarla antes de dar alimentación y NUNCA en el periodo postprandial inmediato.

• Estar muy atento a la aparición de signos de peligro, en especial, disminución de la ingesta de alimentos.

• Consultar de inmediato ante cualquier inquietud.

* 1. BRONQUIOLITIS

Definición:

Cuadro agudo de obstrucción de las pequeñas vías aéreas, precedido de infección del tracto respiratorio superior, que afecta fundamentalmente a los menores de 2 años.

Epidemiologia:

Se presenta principalmente en epidemias durante los meses de lluvia. La mayoría de los niños afectados tienen antecedente de contacto con otros niños que sufrieron alguna infección respiratoria en la semana inmediatamente anterior. Tiene una alta contagiosidad, en especial se debe estar atentos ante niños hospitalizados con otras patologías, expuestos a contagio con niños hospitalizados por bronquiolitis. Los adultos también son portadores frecuentes de los virus que ocasionan bronquiolitis en los niños.

Etiología:

En el 80% de los casos es causada por el Virus Sinscitial Respiratorio.

Otros : Parainfluenza, Adenovirus, Mycoplasma, Influenzae tipo A.

Clínica:

• Prodromos de infección respiratoria alta de 3 a 5 días, rinorrea, tos, pérdida de apetito, ocasionalmente fiebre.

• Sibilancias y/o roncus.

• Dificultad respiratoria en grados variables

• Aumento de la fase espiratoria

• En casos severos disminución de ruidos respiratorios.

• Hígado y bazo pueden palparse descendidos.

Paraclínicos:

El diagnóstico es básicamente clínico.

• Los exámenes paraclínicos deben basarse en criterios clínicos en especial para casos severos, que ameriten manejo hospitalario y son:

• Cuadro hemático: leucocitosis leve con predominio de linfocitos, aunque puede haber aumento de neutrófilos.

• VSG: moderadamente elevada.

• Rx tórax: usualmente infiltrados intersticiales difusos, pobremente definidos, en múltiples sitios, de predominio parahiliar; atrapamiento de aire, edema peribronquial y diferentes grados de atelectasias en especial subsegmentarias de lóbulos medio y/o superiores.

• Prueba rápida POSITIVA para Virus Sinscitial Respiratorio (Elisa o inmunofluorescencia directa) en secreción orofaríngea (Este exámen no es considerado algo fundamental, tendría su mayor justificación, buscando aislar los casos positivos por la alta contagiosidad del VSR, ante todo en pacientes que ameriten manejo hospitalario).

|  |
| --- |
| **MANEJO** |
| **AMBULATORIO** | **HOSPITALIZACIÓN** |
| Dar antipiréticos si la temperatura aumenta de 38.5ºC. Medios físicos. Hidratación adecuada. Alimentación en pequeñas cantidades varias veces al día. Limpieza de las fosas nasales. Mantenerlo en ambiente fresco sin corrientes de aire. Control diario. Los antibióticos no se usan regularmente, pero están indicados si se presenta asociada a otitis media o neumonía. Control y seguimiento diario. Debe instruirse claramente sobre una consulta ANTES si aparecen síntomas o signos de empeoramiento. | La mayoría de las bronquiolitis no requieren hospitalización; se contempla si hay factores de riesgo como: La edad (menor de 3 meses) por peligro de apneas. Antecedentes de apneas y/o de prematurez. Dificultad respiratoria. Dificultad en la alimentación o en la hidratación |

Los enfermos con bronquiolitis continúan excretando virus respiratorio sinscitial por varias semanas por tanto continúan siendo contagiosos y deben cuidarse aisladamente con el fin de evitar infección cruzada de otros niños. En general los síntomas van desapareciendo en una o dos semanas.

Manejo Intrahospitalario

Manejo General: Líquidos basales, oxigenación, aporte calórico adecuado.

Si no hay mejoría significativa en las primeras 24 horas o hay empeoramiento, aunque discutido en general se acepta el uso de esteroides ciclo corto de 5 días.

• Metilprednisolona 1-2 mg/K/dosis (primeras 24 horas), luego 1-2 mg/K/día dividido en 3 a 4 dosis.

• Prednisolona 1-2 mg/K/día dosis matutina.

No usar antibióticos excepto si hay sospecha importante de sobreinfección bacteriana, en especial ante niños con factores de riesgo.

Indicaciones para ventilación mecánica:

• Gases Arteriales: ph: 7.25, PCO2 mayor de 60mm/Hg, PO2 menor de 60mm/Hg, con FIO2 de 40%

• Apneas

• Inminencia de fatiga muscular

Hay discusión sobre la utilidad de broncodilatadores (B2 agonistas Inhaladores de dosis medida, o nebulizaciones) de aplicarse debe hacerse según lo anotado previamente en el manejo de IRA con componente bronco obstructivo.

La terapia respiratoria estaría eventualmente indicada en casos hiper secretantes, con micro nebulizaciones con B2 y aceleración de flujo espiratorio, cuando el componente más agudo se ha controlado.

**IX.** **GUÍA DE ATENCIÓN DE CEFALEA**

* 1. OBJETIVO

Manejo adecuado de la cefalea, disminución de los episodios, mejoría de la calidad de vida, y evitar la disminución de la funcionalidad del paciente.

* 1. ALCANCE Y RESPONSABLES

Con esta guía se pretende dar un enfoque más detallado de las cefaleas, porque como tal está clasificada como síntoma, por lo cual es necesario ajustar según su origen el diagnostico más preciso. En definitiva, el primer paso a la hora de abordar el diagnóstico de una cefalea va a consistir en ubicar a esta entre aquellas entidades caracterizadas por su recurrencia en ausencia de otras patologías, es decir, que la cefalea representa en sí misma “la enfermedad” del paciente (cefaleas primarias); el diagnóstico se sustentará en la descripción que el propio paciente nos haga de “su” cefalea y en la comprobación, por nuestra parte, de que esa descripción se ajusta a los “criterios diagnósticos” oficialmente reconocidos por la International Headache Society (IHS).No se alcance de esta guía las cefaleas secundarias.

La aplicación de esta guía está dirigida a los usuarios asistentes al servicio de consulta externa de las instituciones adscritas a la ESE Departamental sin importar tipo de seguridad social y condiciones de etnia, sexo ni edad.

* 1. GENERALIDADES

DEFINICION

La cefalea es un síntoma no una enfermedad. Se define como dolor o sensación desagradable en bóveda craneal, que por su naturaleza o etiología; invalidante o lograr una limitación funcional motora o psicológica, condiciona el impacto negativo en la calidad de vida de los que la padecen.

DESCRIPCION CLINICA

En 1998, la Sociedad Internacional de Cefaleas desarrolló una clasificación sistemática de cefaleas, para el diagnóstico de 129 tipos de cefaleas, descritas como primarias o secundarias según su etiología.

Existe una actualización de esta clasificación en el 2004, que es la que trataremos en esta guía.

CLASIFICACION DE LAS CEFALEAS PRIMARIAS

Migraña.

1. Migraña sin aura.

2. Migraña con aura.

Aura típica con cefalea migrañosa. Aura típica con cefalea no migrañosa. Aura típica sin cefalea.

3. Migraña hemipléjica familiar.

1. Migraña hemipléjica esporádica.

GUÍA DE ATENCIÓN DE CEFALEA

5. Migraña de tipo basilar.

6. Síndromes periódicos en la infancia que frecuentemente son precursores de migraña.

7. Migraña retiniana.

8. Complicaciones de la migraña.

Migraña crónica.

Aura persistente sin infarto.

Infarto migrañoso.

Crisis epiléptica desencadenada por migraña.

9. Migraña probable.

Migraña sin aura probable. Migraña con aura probable. Migraña crónica probable.

10. Estado de mal migrañoso

Cefalea de tipo tensión (CT).

1. CT episódica infrecuente.

CT episódica infrecuente asociada a hipersensibilidad dolorosa pericraneal.

CT episódica infrecuente no asociada a hipersensibilidad dolorosa pericraneal.

2. CT episódica frecuente.

CT episódica frecuente asociada a hipersensibilidad dolorosa pericraneal.

3. CT crónica.

4. CT probable.

CT episódica frecuente no asociada a hipersensibilidad dolorosa pericraneal.

CT crónica asociada a hipersensibilidad dolorosa pericraneal.

CT crónica no asociada a hipersensibilidad dolorosa pericraneal.

CT episódica infrecuente probable. CT episódica frecuente probable. CT crónica probable

Cefalea en racimos y otras cefalalgias trigémino-autonómicas.

1. Cefalea en racimos.

Cefalea en racimos episódica. Cefalea en racimos crón 2. Hemicránea paroxística.

Hemicránea paroxística episódica. Hemicránea paroxística crónica.

3 SUNCT (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and.Tearing).

4. Cefalalgia trigémino-autonómica probable.

Cefalea en racimos probable. Hemicránea paroxística probable. SUNCT probable.

Otras cefaleas primarias.

1. Cefalea punzante primaria.

2. Cefalea tusígena primaria.

3. Cefalea por ejercicio primaria.

4. Cefalea asociada a la actividad sexual primaria.

Cefalea preorgásmica. Cefalea orgásmica.

5. Cefalea hípnica.

6. Cefalea en estallido (thunderclap) primaria.

7. Hemicránea continúa.

8. Cefalea crónica desde el inicio.

* 1. CARACTERISTICAS DE LA ATENCION

DESCRIPCION CLINICA

El médico debe realizar una cuidadosa historia clínica preguntando por:

- Tiempo de evolución del dolor.

- Características del dolor (pulsatil, opresivo, etc).

- La localización (hemicraneal, frontal, etc).

- Factores que desencadenan o agravan el dolor (menstruación, estrés, etc).

• Síntomas que se asocian al dolor (náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia, etc).

- Si existe algún síntoma que preceda al dolor (visión luces parestesias, Defectos de la visión, etc.).

• Antecedentes familiares, si tienen algún familiar que padezca cefaleas similares.

A continuación se realiza un examen físico neurológico completo, incluyendo el fondo de ojo.

La mayoría de las cefaleas, son de carácter “benigno”. Sin embargo puede haber una enfermedad de fondo que haga que peligre la vida del paciente. Razón por lo que es importante conocer las posibles causas y los signos de alarma que puedan darse.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE MIGRAÑA

En la nueva clasificación de la IHS de 2004 se distinguen varios subepígrafes de migraña, que se enumeran en la tabla I. Los más frecuentes, con diferencia, son la migraña sin aura, la migraña con aura y la migraña crónica, cuyos criterios acaban de ser redefinidos solo 2 años después de la publicación de la nueva clasificación.

MIGRAÑA SIN AURA

Se trata de un trastorno recurrente idiopático que se manifiesta en forma de crisis de 4 a 72 horas de duración. Son características típicas de esta cefalea la localización unilateral, la cualidad pulsátil del dolor, la intensidad moderada o grave, el empeoramiento con la actividad física rutinaria (también llamado signo De traqueteo) y la presencia de otros síntomas asociados, como náuseas, vómitos, fotofobia y sonofobia e incluso osmofobia. Para cumplir los criterios diagnósticos el enfermo debe haber presentado, al menos, 5 que cumplan estas características.

Además, se debe haber descartado por medio de la historia clínica, la exploración física y neurológica y por las investigaciones apropiadas, la existencia de cualquier trastorno responsable de la cefalea. Este último criterio se aplica a todas las cefaleas primarias. Junto a la cefalea pueden aparecer síntomas gastrointestinales, síntomas vegetativos y alteraciones del equilibrio hídrico.

En un 70% de los casos la cefalea es unilateral, pero en los niños la localización del dolor es más frecuentemente bilateral.

El dolor abdominal periódico, los vómitos cíclicos y el vértigo paroxístico durante la infancia pueden ser precursores de la migraña del adulto. El inicio de la migraña suele producirse antes de los 40 años, pudiendo aparecer ya en la infancia, pero lo más habitual es que se inicie en la segunda o tercera décadas de la vida.

En general, la frecuencia tiende a disminuir con el paso de los años y tres de cada cuatro mujeres mejoran tras la menopausia.

Las crisis de migraña se pueden desencadenar por diversos factores, tanto dietéticos como ambientales, psicológicos, hormonales y/o farmacológicos. De todos modos, el principal factor desencadenante reconocido es el estrés y más aún, el momento en que este cesa.

Criterios diagnósticos de la Migraña sin aura

A. Al menos cinco ataques que cumplan los criterios B, C y D

B. Los ataques de cefalea duran entre 4 y 72 horas (cuando no han sido tratados o el tratamiento no ha tenido éxito)

C. La cefalea tiene, al menos, dos de las siguientes características:

1. Localización unilateral

2. Pulsatilidad

3. Intensidad del dolor moderada o grave

4. Se agrava por la actividad física rutinaria (v.g. caminar o subir escaleras) o condiciona que se evite dicha actividad

D. Durante el dolor se asocia, al menos, uno de los siguientes síntomas:

1. Náuseas, vómitos o ambos.

2. Fotofobia y fonofobia

3. El dolor no se atribuye a otra enfermedad

MIGRAÑA CON AURA

Es un trastorno recurrente idiopático que se manifiesta por crisis de cefalea que se acompaña de síntomas neurológicos originados en la corteza o el tronco cerebral.

En general, estos síntomas neurológicos se desarrollan gradualmente, durante 5-20 minutos, y tienen una duración media inferior a 60 minutos. Los síntomas pueden ser irritativos o deficitarios y se relacionan con el fenómeno de depresión cortical propagada objetivado por neuroimagen funcional en estos pacientes. La cefalea, las náuseas y la hipersensibilidad a estímulos ambientales (fotofobia, fono fobia, osmofobia) aparecen, normalmente, tras los síntomas neurológicos del aura, de forma inmediata o tras un intervalo libre de tiempo, en general, inferior a una hora, si bien pueden empezar antes o a la vez que el aura.

A continuación reseñamos unos sucintos rasgos diferenciales de los distintos subtipos de migraña con aura recogidos en la clasificación de la IHS-2004:

Migraña con aura típica

Es la forma más frecuente de migraña con aura. Se trata de una migraña con aura consistente en molestias visuales homónimas, síntomas hemisensoriales, disfasia o diversas combinaciones de dichos síntomas.

La mayoría de pacientes ven limitados sus síntomas neurológicos a aquellos de tipo visual. Nunca deben existir fenómenos de pérdida de fuerza (en ese supuesto la migraña se clasificaría como hemipléjica, como veremos seguidamente).

Aura típica con cefalea no migrañosa

Los síntomas de aura aparecen de forma gradual y con una duración no superior a 1 hora, pero se asocian a una cefalea que no cumple los criterios de migraña.

Aura típica sin cefalea

Cuando aparecen síntomas de aura que no se acompañan de cefalea.

Criterios diagnósticos de migraña con aura

A. Al menos dos ataques que cumplan los criterios B, C y D

B. El aura consiste en, al menos, uno de los siguientes (si el paciente tiene debilidad motora su migraña debe clasificarse como migraña hemipléjica):

1. Síntomas visuales completamente reversibles con características positivas (v.g. luces, manchas o líneas parpadeantes), características negativas (pérdida de la visión) o ambas.

2. Síntomas sensitivos completamente reversibles con características positivas (hormigueo, pinchazos), características negativas (entumecimiento, adormecimiento) o ambas.

3. Trastorno del habla difásico completamente reversible

4. Se agrava por la actividad física rutinaria (v.g. caminar o subir escaleras) o condiciona que se evite dicha actividad.

C. Al menos dos de los siguientes:

1. Síntomas visuales homónimos, síntomas sensitivos unilaterales o ambos

2. Al menos uno de los síntomas de aura se desarrolla gradualmente durante ≥ 5 minutos, y/o diferentes síntomas de aura se suceden durante ≥ 5 minutos

3. Cada síntoma dura ≥ 5 minutos y ≤ 60 minutos.

D. Cefalea que cumpla los criterios B, C y D de migraña sin aura (código 1.1) y que comience durante el aura o durante los 60 minutos que siguen a su terminación

E. Los síntomas no se atribuyen a otra enfermedad

MIGRAÑA HEMIPLÉJICA FAMILIAR (MHF)

Se trata de un tipo de migraña con aura que incluye una hemiparesia en mayor o menor grado y en la que, al menos, un allegado de primer o segundo grado padece ataques idénticos. Su genética es bien conocida y se han descrito mutaciones en los cromosomas 19, 1 y recientemente en el 2 que afectan a Subunidades de canales neuronales de intercambio de iones o energéticos, como los de calcio P/Q, bombas de Na/K y ATP.

Aun así, muchas familias con MHF todavía no pueden ser encuadradas en las mutaciones conocidas de estos tres genes.

MIGRAÑA HEMIPLÉJICA ESPORÁDICA

Migraña con aura que incluye hemiparesia, pero en la que no existen familiares de primer o segundo grado que padezcan ataques idénticos.

MIGRAÑA DE TIPO BASILAR

Se trata de migraña con síntomas de aura claramente originados en el tronco cerebral o en ambos hemisferios simultáneamente, pero sin paresia. Para el diagnóstico se necesitan dos o más de los siguientes síntomas:

Síntomas visuales en los campos temporal y nasal de ambos ojos, disartria, vértigo, acufenos, pérdida de audición, diplopía, ataxia, parestesias bilaterales y disminución del nivel de conciencia. Suele aparecer en adultos jóvenes. En ocasiones, este cuadro no se sigue de cefalea, complicando aún más el diagnóstico diferencial.

* 1. SÍNDROMES PERIÓDICOS EN LA INFANCIA QUE PUEDEN SER PRECURSORES O ESTAR ASOCIADOS A MIGRAÑA

Aunque son poco frecuentes, sí es conveniente saber de su existencia, si los observamos en descendientes de familias con historia de migraña, el diagnóstico de ésta puede ser sencillo y tranquilizador para los progenitores, son los siguientes:

Vómitos cíclicos

Crisis recurrentes y auto limitadas de vómitos e intensas náuseas que se asocian a palidez y letargo.

Migraña abdominal

Episodios recurrentes de dolor abdominal que aparecen principalmente en niños y que duran entre 1 y 72 horas. El dolor es de intensidad moderada o grave y se acompaña de náuseas y vómitos.

Vértigo paroxístico benigno de la infancia

Este trastorno se caracteriza por breves episodios recurrentes de vértigo.

MIGRAÑA RETINIANA

Consiste en ataques repetidos de escotoma o amaurosis monocular que duran menos de 1 hora y se acompañan de cefalea.

* 1. COMPLICACIONES DE LA MIGRAÑA

Afortunadamente poco frecuentes, a excepción de la migraña crónica, pero es importante conocer su existencia y su tratamiento, siendo la mayoría de las veces emergencias neurológicas:

Migraña crónica

Episodios de cefalea que aparecen 15 o más días al mes, durante más de 3 meses consecutivos y en ausencia de abuso de medicación. En la reciente actualización de estos criterios, muy controvertidos en la forma original de la clasificación publicada en 2004, se hace constar que, al menos, durante 8 días los rasgos clínicos de la cefalea sean compatibles con los de una migraña. Por tanto, se trata de pacientes en los que las crisis de migraña se hacen muy frecuentes y sin que haya abuso de fármacos intercurrente.

En muchos casos las características clínicas de la cefalea recuerdan a las de la cefalea tensional, pero, como hemos comentado, al menos, durante 8 días al mes siguen presentando síntomas o signos claramente migrañosos. En este grupo de pacientes con migraña crónica el uso de fármacos preventivos va a ser la clave para su manejo y es donde más atentos debemos estar, para evitar el abuso de tratamientos sintomáticos y su transformación en cefalea por abuso de medicación.

Estado (o status) de mal migrañoso

Episodio de migraña cuya fase de cefalea dura más de 72 horas a pesar del tratamiento. Pueden existir intervalos sin cefalea inferiores a 4 horas (sin incluir el período de sueño). Suele asociarse con el abuso prolongado de fármacos (analgésicos o ergóticos). Es importante el tratamiento adecuado de esta entidad ya desde los servicios de urgencias.

Aura persistente sin infarto

Los síntomas del aura persisten durante más de una semana sin evidencia en la neuroimagen de infarto cerebral.

Infarto migrañoso

Presencia de uno o más síntomas de aura migrañosa asociados con una lesión isquémica cerebral del mismo territorio vascular y demostrado por neuroimagen.

Crisis epiléptica desencadenada por migraña

Crisis epiléptica que aparece durante o en una hora tras un aura migrañosa.

MIGRAÑA PROBABLE

Se habla de migraña probable cuando los episodios de cefalea no cumplen completamente los criterios diagnósticos operacionales de ninguna de las formas de migraña.

CEFALEA TENSIONAL

Es el más frecuente, predominio en el sexo femenino. El dolor se describe como una opresión o “peso” cefálico, sin carácter pulsátil en la mayoría de los pacientes.

Por lo general, no se acompaña de náuseas, vómitos, aunque pueden presentar anorexia y en raros casos fotofobia o fono fobia. La localización del dolor es Holo craneal en la inmensa mayoría de los sujetos y, a diferencia de la migraña, no suele agravarse con los esfuerzos o la actividad física. La intensidad del dolor es leve-moderada, aunque existen casos que pueden presentar una intensidad mayor. Algunos pacientes aquejan sensación de inestabilidad como expresión

de un mareo psicofisiológico, astenia o alteraciones del sueño.

Criterios Diagnósticos de Cefalea Tensional

Al menos 10 episodios de cefalea que duren entre 30 minutos y 7 días y que tengan, al menos, dos de las siguientes características:

• Calidad opresiva (no pulsátil)

• Intensidad leve o moderada

• Localización bilateral

• No agravado por esfuerzos físicos

• Sin náuseas ni vómitos

• Fotofobia o fonofobia (no más de uno)

* 1. FORMAS CLÍNICAS

Cefalea de tensión episódica infrecuente:

- Nº de episodios: < 1 día/mes (menos de 12 días/año) Cefalea de tensión episódica frecuente:

- Nº de episodios: < 15 días/mes durante, al menos, 3 meses

Cefalea de tensión crónica:

- Nº de episodios ≥ 15 días/mes durante más de 3 meses

* 1. HEMICRANEA PAROXISTICA

Se manifiesta como ataques de cefalea, cuyo dolor es de características similares a la cefalea en racimos (unilateral grave o muy grave, orbitario, supraorbitario y/o temporal), con similares signos y síntomas acompañantes, pero de duración más breve (de 2 a 30 minutos), mayor frecuencia de los ataques (más de 5 al día al menos la mitad del tiempo que dure), mayor predominancia del sexo femenino.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MIGRAÑA** | **CEFALEA** | **CEFALEA** | **CEFALEA** |
| **TENSIONAL** | **CRONICA** | **HORTON** |  |
| Frecuencia | Variable | Variable | Diaria | Variable |
| Duración | 4-72 h | minutos-semanas | meses | 1-3h |
| Localización | Hemicraneal | frente-nuca | completa | Periorbitaria |
| Signos acompañantes | Aura | No tiene | No tiene | Lagrimeo |
| Nauseas | sudor ansiedad |  |  |  |
| Fotofobia |  |  |  |  |
| Características | Mujer | Mujer | Mujer | Varón |
| Factores precipitantes | Fatiga, | Estrés | Medicamentos | Alcohol - tabaco |
| hipoglicemia |  |  |  |  |
| Menstruación, |  |  |  |  |
| algunas comidas |  |  |  |  |

* 1. EVALUACIÓN DE ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS BASADOS EN EVIDENCIA

PRIMER EPISODIO DE CEFALEA

Cuando en una persona mayor de 50 años de edad surgen cefaleas de comienzo reciente, el médico debe considerar siempre la posibilidad de que sean consecuencia de algún padecimiento que obligue a la práctica de estudios diagnósticos específicos y tratamiento especializado.

Hasta 15% de los pacientes de 65 años o mayores que acuden por primera vez al neurólogo con cefalea de comienzo reciente, pueden tener un cuadro grave como accidente cerebrovascular, arteritis temporal, neoplasias o hematoma subdural. Aunque no hay estudios prospectivos doble ciego aleatorizados y controlados que evalúen la utilidad de imágenes diagnósticas o de la realización de punción lumbar en un primer episodio de cefalea, los datos disponibles son de NIVEL II.

RECOMENDACIÓN B2, muestran que algún tipo de evaluación es indicado. Los datos muestran que de 10 a 33% de los pacientes que presentan un primer episodio de cefalea tienen una patología intracraneana seria.

La Tomografía Axial Computadorizada ha sido el estudio utilizado de primera línea en el servicio de Urgencias, ya que es más rápido de realizar que la Resonancia. Magnética (RECOMENDACIÓN C) y menos invasivo que la punción lumbar.

MIGRAÑA O CEFALEA CRÓNICA

La evidencia sugiere que no hay ninguna razón para realizar Tomografía Axial Computadorizada o Resonancia Magnética cerebral en pacientes con cefalea crónica o migraña de características típicas, con examen neurológico normal.

Estas conclusiones son basadas en NIVEL III. RECOMENDACION C1 y en opiniones de expertos y por lo tanto no son conclusivas de recomendar excluir en su totalidad las neuro imágenes en un paciente con cefalea crónica típica.

Aunque algunos datos soportan la superioridad en sensibilidad de la Resonancia Magnética cerebral sobre la Tomografía Axial Computadorizada, no hay datos que demuestren que la información obtenida de más, cambie el tratamiento.

El electroencefalograma no es apropiado para el estudio de cefaleas, a menos que se encuentre un síndrome convulsivo asociado (NIVEL III. RECOMENDACIÓN C2).

La Tomografía Axial Computadorizada cerebral con medio de contraste debe realizarse en todo paciente en el cuál se la mínima sospecha de un tumor cerebral.

* 1. TRATAMIENTO

OPCION 1:

Dipirona: 2 gr IV dosis respuesta.

Diclofenaco: 75 mg IM dosis respuesta

Tramal: 50 – 100 mg IV ó SC dosis respuestas

* 1. EDUCACION

Cada vez hay más evidencias de la posible participación central en la Cefalea Tensional y que los trastornos psicológicos participan, pero no son imprescindibles en la génesis de la cefalea.

Se reconoce la influencia de factores hormonales, sobre todo en relación con los estrógenos (más bien su caída durante el ciclo menstrual) en las mujeres. Los factores ambientales, como los cambios de presión

Atmosférica y otros también pueden jugar un papel.

Hay también factores de índole psicológica implicados, y entre los migrañosos algunas psicopatologías son más prevalentes. El exceso de horas de sueño, y también la disminución de las mismas se implican en algunos casos. De todos modos, la mayoría de migrañosos, colocan al estrés, y sobre todo, el cese del mismo como la principal causa desencadenante de las crisis o periodos de aumento de frecuencia de las mismas.

A el paciente se le deberá informar sobre la benignidad del cuadro clínico, los signos de alarma, como aparición de fiebre o aumento de la intensidad del dolor, o persistencia de este con el tratamiento.

Debe ser clara la necesidad de la revisión para evaluar nuevamente los parámetros e instalar el tratamiento profiláctico si así se requiere.

* 1. CRITERIO DE REVISION

Si el paciente presenta signos de alarma: Cefalea intensa, de comienzo súbito Empeoramiento reciente de una cefalea crónica Cefalea de frecuencia y/o intensidad creciente.

Localización unilateral estricta (excepto cefalea en racimos, hemicránea paroxística, neuralgia occipital, neuralgia del trigémino, hemicránea continua y otras cefaleas primarias unilaterales) Cefalea con manifestaciones acompañantes:

- Trastornos de conducta o del comportamiento

- Crisis epilépticas

- Alteración neurológica focal

- Papiledema

- Fiebre

- Náuseas y vómitos no explicables por una cefalea primaria (migraña) ni por una enfermedad sistémica

- Presencia de signos meníngeos

Cefalea precipitada por un esfuerzo físico, tos o cambio postural

• Cefalea de características atípicas

• Cefalea refractaria a un tratamiento teóricamente correcto

• Cefalea en edades extremas de la vida

• Cefalea de presentación predominantemente nocturna

Si el paciente fue remitido a médico especialista solicitar la contra referencia. Verificar adherencia al tratamiento.

* 1. CRITERIOS DE REMISIÓN

El principal motivo de derivación de un paciente con cefalea a otro nivel asistencial (consulta especializada o urgencias) debe ser la sospecha de una cefalea debida a una lesión estructural (cefalea secundaria).

Al servicio de urgencias:

• Cefalea de presentación aguda de etiología no aclarada

• Sospecha clínica de cefalea secundaria grave

• Aparición de signos neurológicos focales, signos de irritación meníngea o alteración del nivel de

Conciencia

• Cefalea aguda que no cede al tratamiento sintomático adecuado

A un nivel asistencial de consulta neurológica: (medicina interna)

• Cefalea con síntomas clínicos no característicos de cefaleas primarias (migraña o cefalea de tipo tensión)

• Presencia de signos anormales en la exploración neurológica o presencia de síntomas deficitarios neurológicos asociados a la cefalea

• Cefaleas con mala respuesta a tratamientos sintomáticos y preventivos adecuados

• Modificaciones no aclaradas en las características clínicas de la cefalea

• Sospecha clínica de cefalea secundaria

* 1. TERMINOS Y DEFINICIONES

Cefalea: Significa “dolor de cabeza”, siendo en la práctica dolor desde la zona frontal hasta la región occipitocervical.

Cefalea Tensional: Es el más frecuente, predominio en el sexo femenino. El dolor se describe como una opresión o “peso” cefálico, sin carácter pulsátil en la mayoría de los pacientes.

Migraña sin aura (migraña común): Consiste en ataques recurrentes que duran 4-72 horas. El dolor es típicamente unilateral, pulsátil, de intensidad moderada o severa y se exacerba con la actividad física normal.

Migraña con aura (migraña típica): La migraña típica es un desorden recurrente ideopático, con ataques de síntomas neurológicos que se desencadenan en la corteza cerebral o en el tallo cerebral, lo que causa la presencia de aura; que usualmente se desarrolla en 5-20 minutos, dura menos de 60 minutos y es completamente reversible.

Revisión Bibliográfica

Tomado de: ACTITUD DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA DE LAS CEFALEAS. Recomendaciones 2006.

Revisión 2007. Grupo de Estudio de las Cefaleas. Sociedad

Española de Neurología.

Mateos Marcos V. Ed. X Curso Nacional de Cefaleas. Ergon, Madrid, 2005.

Mateos Marcos V. Ed. Cefalea en Racimos. Luzán 5 Ed, Madrid,2006

Mathew NT, Ashina M (2006). Acute Pharmacotherapy ofTension-Type Headaches. The Headaches, 3rd ed.

Philadelphia: Lippincot Williams& Wilkins. 2006: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen P, Welch

KM eds. The Headaches. 3rd Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2006.

Pascual J. Migraña: diagnóstico y tratamiento. Med Clin 2001;116: 550-555.

Practice parameter:

pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents: report of the American

**X.** **GUIA PARA EL MANEJO DE PARASITOSIS INTESTINAL**

* 1. OBJETIVO

Establecer unos adecuados parámetros que evalué y clasifique las infecciones parasitarias de acuerdo a condiciones ambientales, factores externos e internos considerando la susceptibilidad de padecerla; al mismo tiempo diagnosticando y tratando individual o colectivamente la población consultante.

* 1. ALCANCE Y RESPONSABLES

La aplicación de esta guía está dirigida a los usuarios asistentes al servicio de consulta externa de las instituciones adscritas a la ESE HSJM sin importar tipo de seguridad social y condiciones de etnia, sexo ni edad.

Este procedimiento inicia identificando los parámetros ambientales y sociales a la cual está expuesta la comunidad atendida, orientando hacia la prevención e intervención de los factores de riesgo; así como la canalización del diagnóstico, y el oportuno tratamiento. Vigilando y controlando en su evolución clínica.

Todo el personal de salud tiene la obligación de gestionar educación preventiva en los hábitos ambientales que están expuestos la comunidad.

Los médicos deben enfocar al manejo y seguimiento del paciente así como su círculo familiar.

Las comunidades deben hacer partícipes en todas las jornadas de prevención como desparasitación.

El personal de salud así como intervienen con brigadas de desparasitación deben ser partícipes de estas así como se indica según la guía.

* 1. GENERALIDADES

DEFINICIONES:

Las parasitosis son infecciones del tracto gastrointestinal ocasionadas por parásitos (organismos que viven a expensas de otro) que se caracterizan por cuadros clínicos intermitentes y malnutrición.

Los parásitos tienen distribución mundial, aunque son más frecuentes en los países en vía de desarrollo por las condiciones de saneamiento ambiental y hacinamiento. Pueden localizarse en diferentes órganos y tejidos.

Se clasifican básicamente en parasitosis por: PROTOZOOS: son patógenos intestinales, unicelulares, unos viven libres y otros parasitario de vegetales y animales

Los protozoos que infectan al ser humano se dividen a su vez en 4 phylum: Sarcodyna (incluye todas las amebas), Ciliophora (protozoos ciliados), Sporozoa (coccidios) y Mastogophora (protozoos flagelados)

Amibiasis:

Enfermedad causada por la Entamoeba histolytica (EH), con o sin manifestación clínica. El ser humano se infecta por quistes ingeridos. Este parásito se encuentra en la luz del intestino grueso. Existe en dos formas:

Quiste y el trofozoito (forma invasiva). En algunos de los casos asintomáticos se cree que corresponden a E. dispar, casi indistinguible de la EH. Clínica más común: Diarrea, pujo, retorcijones, tenesmo rectal, esputo rectal, febrícula, anorexia, náuseas. El absceso hepático es la forma extraintestinal más común.

Giardiasis:

Infección producida por la Giardia Lamblia; se transmite por la ingesta de quistes en alimentos o agua contaminada o relaciones sexuales oro-anales. Se fija a la mucosa del intestino delgado. Se puede asociar a deficiencia de IgA secretoria.

Ciclo vital: tras ingesta, el quiste se rompe en duodeno y yeyuno donde se multiplica.

Clínica: Casi la mitad de los infestados son portadores asintomáticos, mientras que la otra mitad presentan febrícula, escalofríos, diarreas explosivas acuosas y fétidas, que se acompañan de abdominalgia.

Duodenitis aguda: dolor peri umbilical, vómito.

Heces liquidas, lientéricas y fétidas.

Diarrea crónica: pastosas, esteatorrea, flatulencia.

Cuadros pueden ser intermitentes. A veces la infección es asintomática. Puede dar cuadros de mal absorción intestinal y desnutrición.

Balantidiasis:

Infección producida por Balantidium Coli; invade la mucosa del colon. Lesiones y Síntomas similares a la amibiasis. Tratamiento con Nitroimidazolicos a dosis similares.

Criptosporodiasis

Producida por el Criptosporidium. Medio de transmisión: ingesta de agua y alimentos contaminados y prácticas sexuales oro-anales. Existen dos cuadros clínicos: auto limitado en pacientes inmunocompetentes, crónico en pacientes con VIH u otra inmunosupresión. Puede llevar a estados de deshidratación y desnutrición.

HELMINTOS: Son gusanos, seres multicelulares, viven en libremente o adaptado de forma parasitaria en vegetales, animales o el hombre.

El estudio nacional de parasitismo intestinal de 1992 mostró prevalencias de 38.6% en el caso de Áscaris lumbricoides, el 35.3% de trichuris trichiura y 21.2% de Uncinarias.

Ascaridiasis

Infección producida por Áscaris Lumbricoides. Transmisión por ingesta de huevos en alimentos o agua contaminada. Se encuentran en el intestino delgado, sueltos en la luz. Dos fases de migración: pulmonar y la intestinal. Dolor abdominal difuso Nauseas, Vómito, meteorismo, Diarrea inespecífica, S. De Ioeffler, Pseudo obstrucción intestinal

Ciclo vital: ingesta de huevo, a través de pared duodenal pasa a sistema circulatorio derecho hasta llegar a pulmón. Las larvas maduran en los alvéolos, ascienden hasta la glotis donde pasan a tubo digestivo o son expulsadas directamente al toser. Los adultos viven en el intestino delgado.

Clínica: Los síntomas intestinales los produce el gusano adulto, reviste especial gravedad la oclusión intestinal (por ovillos de parásitos), las lesiones hepática o vesicular (por migración del adulto por conducto biliar), peritonitis (por perforación intestinal) y necrosis pancreática (por obstrucción de la ampolla de Váter).

La clínica respiratoria depende del grado de hipersensibilidad y en ella es frecuente la eosinofilia. El síndrome de Löffler se produce por la migración de larvas al pulmón y se caracteriza por tos, fiebre, eosinofilia e infiltrados pulmonares. Éstos son típicamente difusos, migratorios y transitorios.

La fiebre, corticoides, ciertos antiparasitarios y algunos anestésicos favorecen la migración de adultos hacia conducto biliar o localizaciones extra intestinales (incluida piel y fosas nasales).

Es importante saber que desde la infestación hasta la aparición de huevos hay un periodo de más de dos meses, en los que no se podrá hacer el diagnóstico por muestra de heces.

Uncinariasis

Producida por Ancilostoma duodenales y Necátor americanus. Se transmite por penetración de la larva por piel. Se ancla a la mucosa del intestino delgado. Puede causar Anemia crónica Ferropénica - Micro citica; Lesiones cutáneas pruriginosas. Dermatitis, S. de Loeffler- Neumonitis, Eosinofilia.

Ciclo vital: la larva atraviesa la piel, emigra por los vasos sanguíneos hasta el pulmón donde madura y de allí asciende por tráquea y la faringe hasta ser deglutido alojándose definitivamente en el intestino delgado.

Clínica: reacción alérgica con exantema en la puerta de entrada, síntomas digestivos, osino filia y anemia micro citica por ingesta de sangre e incluso déficit nutricional, que en niños muy pequeños puede provocar retraso mental o de crecimiento.

Es frecuente la sobreinfección bacteriana de las lesiones provocadas por los gusanos al anclarse a la mucosa.

Neumonitis, pequeñas hemorragias e infiltrados pulmonares se encuentran en la fase migratoria larvaria.

Oxiuriasis

Producida por Enterobius Vermiculares. Medio de transmisión: directa mano-boca principalmente, objetos personales, autoinfección o inhalación de polvo.

Clínica: Prurito anal, nocturno, Alteraciones del sueño, Dolor abdominal, anorexia. Prurito vulvar. Síntomas urinarios. Bruxismo.

Tricocefalosis:

Producido por Trichuris Trichiuria. Se transmite por la ingesta de huevos. Se

Anclan a la mucosa del ciego. Clínica: Diarrea, colitis, anemia, síntomas vagos, prolapso rectal en niños.

Estrongiloidiasis

Producida por Strongyloides Stercoralis. Medio de transmisión: penetración de la larva a través de la piel o ingesta de la misma.

Clínica: Síndrome

Absorción. De loeffler, Dermatitis pruriginosa, Dolor epigástrico, Vómito, Duodenitis, Mal

Teniasis

Son Cestodos aplanados. La infección se da por la ingestión de cisticercos.

T. Solium (carne cerdo) y T. Saginata (carne de res). La clínica más frecuente: Dolor abdominal, Meteorismo y nauseas.

Taenia saginata

Medio de transmisión: ingesta de carne vacuna contaminada con cisticercos.

Ciclo vital: tras ingesta se ancla en intestino delgado desde donde producirá huevos en las proglótides.

Clínica: generalmente asintomática salvo por pequeñas molestias, abdominalgias en la zona de anclaje con diarreas ocasionales o digestiones pesadas. Con frecuencia es la visión de proglótides lo que hace al paciente acudir al médico.

Normalmente asintomáticos, en algunos casos síntomas abdominales inespecíficos.

Taenia solium

Medio de transmisión: ingesta de carne de cerdo contaminada por cisticercos.

Ciclo vital: tras ingesta se ancla en intestino delgado desde donde producirá huevos en las proglótides.

Clínica: normalmente asintomáticos, en algunos casos síntomas abdominales inespecíficos. La ingesta de huevos de Tenia solium, produce emigración a musculatura, tejido subcutáneo, ojos, pulmón o cerebro (cisticercosis).

* 1. CRITERIOS EPIDEMIOLOGICOS

De las 20 helmintiasis más graves que afectan a la población colombiana, se observa una prevalencia de nematodos, especialmente entre la población escolar.

El parasitismo intestinal y los problemas nutricionales (deficiencia de micronutrientes) son considerados como las principales causas de inasistencia, deserción escolar y deterioro en la capacidad de aprendizaje del niño.

Estos dos grandes indicadores se encuentran íntimamente relacionados, tanto en sus causas como, en sus consecuencias.

El parasitismo intestinal afecta directamente el estado nutricional del menor, pues incrementa las pérdidas de hierro y vitamina A, causa pérdida de los nutrientes ingeridos e incrementa los niveles de anorexia. De otro lado, el parasitismo incide en la capacidad de aprendizaje y cognición del menor al incrementar las citokinas inflamatorias y el factor de necrosis tumoral, los cuales pueden afectar el Sistema Nervioso Central

La prevalencia del parasitismo intestinal en Colombia, principalmente en el área rural y urbana marginal, ha sido tradicionalmente alta, debido a que las condiciones socioeconómicas y sanitarias son deficientes.

El estudio de parasitismo de 1999 estableció que la prevalencia de los dos primeros helmintos eran menores del 10% en el ámbito nacional, revelando una reducción importante de esta problemática.

Factores epidemiológicos

A.) Contaminación fecal

B.) Condiciones ambientales

C.) Vida rural.

D) Deficiencia de higiene y educación

E) Costumbres alimenticias

F) Migraciones humanas

* 1. DESCRIPCION CLINICA

La sintomatología puede estar ausente o con síntomas leves o inespecíficos. DOLOR ABDOMINAL, RECURRENTE

DIARREA: no es una manifestación usual, suele ser transitoria y acuosa.

OTROS: bruxismo, nauseas, vómito, distensión abdominal, epigastrálgia, flatulencia, anorexia.

PERDIDA DE PESO Y DESNUTRICIÓN. ANEMIA Ferropenia).

REACCIONES ALERGICAS EN LA PIEL: urticaria, prurito y dermatitis atópica.

FACTORES DE RIESGO:

• Consumo de Agua No Potable o agua sin hervir 78.1%

• Inadecuados hábitos de Higiene (nos e lavan las 98.6 %

• Manos antes y después de comer ö antes y después

• De asistir al sanitario)

• Falta de unidad sanitaria 66.7%

• Inadecuada recolección de residuos (Basura) 1.8%

COMPLICACIONES:

• Deshidratación

• Desnutrición

• Anemia

• Obstrucción intestinal

* 1. AYUDAS DIAGNOSTICAS PERTINENTES COPROLOGICO:

Es el método de elección. El recuento de huevos es útil para la intensidad de la infección además reporta larvas, presencia macroscópica de parásitos y de parásitos en general

* 1. CUADRO HEMATICO

Tiene poca utilidad en el diagnóstico, pero anemia y eosinofilia sugieren infección por parásitos. Se deben solicitar cuando haya complicaciones o compromiso sistémico del paciente.

* 1. TRATAMIENTO

PROTOZOOS: Los medicamentos se dividen de acuerdo a su mecanismo de acción, unos de acción tisular y otros de acción luminal. A continuación se relacionan los de acción tisular:

• Metronidazol: Tabletas de 500 mg, suspensión de 250 mg/ 5 ml y Vial de 500 mg para manejo parenteral.

• Dosis adultos 30 mg/kg/día por 5 – 8 días

• Dosis niños 30 – 50 mg/kg/día por 5 – 10 días.

• Tinidazol: Tabletas de 500 mg y suspensión de 200 mg/ml.

• Dosis adultos 2 gramos/día en una toma después de las comidas/2 días

• Dosis niños 50 – 60 mg/kg/día por 2 – 3 días.

HELMITIASIS:

• PAMOATO DE PIRANTEL: Tabletas de 250 mg y suspensión de 250 mg/5ml.

• Dosis 10 – 20 mg/kg dosis única. (Niños)

• Dosis: 750 mg dosis única vía oral. (Adulto).

• MEBENDAZOL: Tabletas de 100 mg y jarabe 100mg/5ml.

• Dosis 100 mg/ cada 12 horas por tres días para todas las edades. (Adulto)

• Dosis: 5 cc cada 12 horas por tres días.

• ALBENDAZOL: Tableta de 200 mg y suspensión de 200mg/5ml.

• Dosis única 400 mg en adultos y niños mayores de 2 años.

• Dosis 5 ml dosis única.

• PIPERAZINA: Jarabe al 20%.

• Dosis 50 – 100 mg/kg/día por 3 – 5 días, dosis máxima diaria 3,5 gr

* 1. EDUCACION

Dar a conocer la importancia de la buena higiene y aseo, cumplimiento del tratamiento para la mejoría de los síntomas y molestias que se presentan en las parasitosis como la expulsión de parásitos, prurito anal y bruxismo, Adecuada disposición de excretas, eliminación adecuada de aguas residuales, consumo de agua hervida, lavado de frutas y verduras antes de su consumo, cocción adecuada de la carne, lavado de manos después de cada deposición y antes de manipular alimentos, baño diario, calzado adecuado, no auto medicarse.

* 1. COMPONENTE NUTRICIONAL

Es importante una dieta rica en calorías, baja en derivados de la lactosa. Mantener buena hidratación.

* 1. CRITERIOS DE REVISIÓN O SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

Cuando el paciente haya presentado alguna complicación. Anemia. Diarrea crónica. Desnutrición.

* 1. ALERTAS FARMACOTERAPEUTICAS:

No consumo de bebidas alcohólicas durante el tratamiento con Nitroimidazoles, por el Efecto antabuse.

Síntomas gastrointestinales, mareo, cefalea, reacciones alérgicas en piel, sabor metálico, alteración en las enzimas hepáticas.

* 1. TERMINOS Y DEFINICIONES

Parasitosis: Son infecciones del tracto gastrointestinal ocasionadas por parásitos (organismos que viven a expensas de otro) que se caracterizan por cuadros clínicos intermitentes y malnutrición.

Protozoos: son patógenos intestinales, unicelulares, unos viven libres y otros parasitario de vegetales y animales.

Helmintos: Son gusanos, seres multicelulares, viven en libremente o adaptado de forma parasitaria en vegetales, animales o el hombre.

Referencias Bibliográficas:

1- www.fisterra.com.co/guiasclinicas

2- www.unicef.org.co

3- Botero D, Restrepo M; parasitosis humanas; CIB Medellín; tercera edición; 11, 12.

**XI.** **GUÍA DE ATENCIÓN DE VAGINITIS-VAGINOSIS**

* 1. OBJETIVO

Establecer una Guía que permita el diagnóstico certero y oportuno y la instauración del tratamiento más eficaz para aliviar los síntomas y evitar morbilidad asociada descrita, con el mínimo de efectos secundarios.

* 1. ALCANCE Y RESPONSABLES

La secreción vaginal se clasifica como una de las 10 primeras causas de morbilidad de servicio de consulta externa, por presentar una prevalencia de 3 por cada 100 mujeres que asisten al centro de atención.

La presente guía pretende dar unas pautas generales de manejo de las leucorreas, en todos los grupos de edad para la población femenina, con mayor énfasis en la población afectada, mujeres entre los 25 y 44 años; pero también quiere dar la idea de que la vagina es un microambiente especial, tiene una flora normal y que como tal no todas las leucorreas significan infección.

La no utilización de la guía, puede convertir las pacientes en consultas crónicas, por dar una inadecuada educación, además de apoyar prácticas que pueden ocasionar riesgos inherentes al desconocimiento, en esta población.

En el embarazo la vaginosis bacteriana se ha relacionado con importantes complicaciones.

La aplicación de esta guía está dirigida a los usuarios asistentes al servicio de consulta externa de las instituciones adscritas a la ESE Departamental sin importar tipo de seguridad social y condiciones de etnia, sexo ni edad.

* 1. TERMINOS Y DEFINICIONES

Vulvovaginitis: Es la inflamación de la vulva y la vagina.

Vaginosís Bacteriana: Se trata de una enfermedad infecciosa cuya patogenia es incierta, que se caracteriza por una alteración en la flora bacteriana de la vagina.

Candidiasis Vaginal: Es una infección causada por un hongo de la familia de las cándidas, generalmente la Cándida albicans.

Tricomoniasis: Es una enfermedad de transmisión sexual caracterizada por la infección del aparato urogenital del hombre y de otros animales por protozoos de la especie Trichomonas vaginalis, afecta tanto a hombres como a mujeres, siendo más frecuentes los síntomas en las mujeres.

* 1. GENERALIDADES

La vaginitis es el problema ginecológico más frecuente en las consultas de atención primaria. Aproximadamente un 75 % de las mujeres han padecido Vulvovaginitis en algún momento de su vida.

El 90% de las mujeres con sintomatología de flujo genital padecen vaginosis bacteriana, candidiasis o tricomonas. El 10% restante sufre de otros trastornos: ETS, atrofia vaginal, alergias e irritación química.

Las causas de esta patología pueden en ocasiones no estar completamente claras, pero incluyen malos hábitos higiénicos, uso de algunos fármacos (inmunosupresores, anticonceptivos, antibióticos), embarazo, alergia, actividad sexual y enfermedades concomitantes.

* 1. DEFINICIÓN

La secreción vaginal puede ser patológica o fisiológica y para diferenciarlas es importante conocer la flora normal de la vagina, la cual es un grupo de microorganismos que colonizan el tracto genital femenino, y algunos de los cuales tienen un comportamiento inocuo, pero pueden ser patógenos cuando las condiciones cambian.

El lacto bacilo (bacilo Gram positivo) es la bacteria predominante en la vagina de las mujeres sanas con influjo estrogénico. Tiene la capacidad de utilizar la glucosa y libera ácido láctico que genera en la vagina un PH 4 y 5. Produce peróxido de hidrogeno y bacteriocitas, lo que constituye una defensa contra otras bacterias patógenas.

• Factores que pueden afectar la flora normal: anticonceptivos orales, embarazo, antibióticos, Diabetes Mellitus, humedad y uso de protectores y tampones, Stress.

Menstruación, espermicidas, relaciones sexuales oro genitales, condón.

Hay patógenos que nunca se consideran flora normal: gonococo, la clamidia, el herpes virus, el papova virus.

* 1. Descripción del problema

La vulvovaginitis es la inflamación de la vulva y la vagina caracterizada por la secreción de flujo anómalo e irritante, maloliente o no, que produce malestar local (prurito o ardor) y que se puede acompañar de disuria y/o dispare unía.

Aunque como ya se mencionó, no todos los flujos vaginales son de causa infecciosa, la vaginosis bacteriana, la candidiasis y la tricomoniasis son en su orden las causas más frecuentes de vulvovaginitis y serán las entidades a tratar en la presente guía.

Vaginosís Bacteriana:

Es la causa más frecuente (40-50% de los casos) de flujo vaginal resultante de una alteración de la flora vaginal, predominando una flora mixta formada por Gardnerella vaginalis, anaerobios (mobiluncus) y Micoplasma hominis.

Vaginosis recurrente se considera cuando se presentan 4 o más episodios en un año.

Está asociada con el incremento del riesgo de varias patologías, entre las que se incluyen la enfermedad pélvica inflamatoria luego de aborto, endometritis (15 veces más alto que en mujeres sin esta patología); durante el embarazo las mujeres con Vaginosis tienen un incremento en 16 veces del riesgo de sufrir corioamnionitis y de 6 veces de sepsis neonatal.

Se trata de una enfermedad infecciosa cuya patogenia es incierta, que se caracteriza por una alteración en la flora bacteriana de la vagina lo que se traduce en la aparición de secreción fétida que en forma característica no causa inflamación vulvogenital.

Esta entidad afecta a mujeres en edad reproductiva, aparece también en mujeres sexualmente inactivas, pero es más frecuente en mujeres con múltiples parejas y tiene una alta incidencia en lesbianas.

El inicio temprano de las relaciones sexuales, el uso del DIU y el embarazo son factores de riesgo. En la vaginosis bacteriana desaparecen la mayoría de los lactobacilos, aumenta el pH vaginal y existe una proliferación patógena de otras bacterias anaeróbicas. Son cuatro las bacterias implicadas en la vaginosis bacteriana: que es un anaerobio facultativo y fermentativo que aparece en un 40% de las mujeres normales pero que es la bacteria más frecuentemente asociada a

Esta patología (95%).

Vaginitis por Hongos: El agente etiológico es la Cándida albicans o monilia, hongo levaduriforme de la familia Cryptococacea que incluye los géneros Cándida, Torulopsis, Trichosporum, Criptococcus. La Cándida albicans causa 95% de los casos.

Es un patógeno oportunista, componente de la flora vaginal normal en un cierto número de mujeres y de la flora del tubo digestivo, su principal reservorio.

Forma infectante: hifas y pseudomicelios. Las blastoconidias y esporos son formas normales de la flora vaginal; al cambiar el PH cambia la forma. (PH normal 4 ligeramente ácido). Se puede asociar a otras infecciones.

La candidiasis vaginal es una causa frecuente de vaginitis, ya que los hongos se encuentran presentes en la vagina en escasa cantidad, pero los síntomas únicamente aparecen cuando aumentan su número; el agente causal es la en el 80-92% de los casos.

Son varios los factores que se han relacionado con el incremento de la infección sintomática, pero la respuesta a si la entidad puede o no ser transmitida sexualmente es desconocida porque casi todas las mujeres poseen el microorganismo en la vagina y se desconoce aún la historia natural de la enfermedad.

Los síntomas causados por la infección con especies de cándida albicas u otras especies de cándida son indistinguibles entre sí; sin embargo, ninguno de estos síntomas o signos es específico para el diagnóstico de candidiasis, con mucha frecuencia el diagnóstico se realiza solo con base en los signos clínicos y la mitad de estas mujeres presentan otros trastornos, entre los cuales el más común es la alergia.

Entre 10-20% de las mujeres en edad reproductiva tienen especies de cándida en ausencia de síntomas y no requieren tratamiento.

Vaginitis por Trichomonas:

La tricomoniasis vaginal es causada por el protozoo móvil, flagelado y anaerobio, llamado Trichoma vaginalis, que se adquiere en los adultos exclusivamente por contacto sexual; en las mujeres el microorganismo se localiza en la vagina, la uretra y en las glándulas para uretrales, en el hombre se localiza en la mayoría de las veces en la uretra, pero se han aislado los microorganismos en el surco balano prepucial y en lesiones del pene. Puede favorecer la transmisión del VIH y se asocia con complicaciones durante el embarazo.

Es factor de riesgo para neoplasia cervical, EPI, infertilidad e infección quirúrgica.

En el 30% de los casos se asocia a otras enfermedades de transmisión sexual Y en El 50% de los pacientes (tanto hombres como mujeres) están asintomático en el momento del diagnóstico. Un tercio de ellos desarrollarán los síntomas en los 6 meses siguientes si no se tratan.

La clínica típica es de una secreción líquida abundante, espumosa y de color amarillo verdoso en ocasiones con olor a aminas; cuando se presentan síntomas, estos consisten en molestias vulvo vaginales como dolor, dispare unía, disuria, eritema vaginal y leucorrea maloliente.

Al examen físico en un 25% de las mujeres se evidencia el clásico cérvix en fresa. Los principales factores de riesgo para su transmisión son la promiscuidad, la historia previa de ETS y el no usar métodos anticonceptivos de barrera. La infección por tricomonas en la mujer embarazada está relacionada con parto pretérmino y bajo peso al nacer y también existe alguna evidencia de que la tricomoniasis puede aumentar la transmisión del VIH.

* 1. DESCRIPCION CLINICA

Vaginosís Bacteriana: Flujo de mal olor (pescado), gris no adherente, abundante.

El olor puede notarse durante la menstruación o relaciones sexuales (las secreciones alcalinas al contacto con el flujo hacen volátiles las aminas: putrescina y cadaverina) La paciente puede estar asintomática. El cuadro clínico puede ser permanente o intermitente.

Vaginitis por Hongos: vulvitis (dispareunia, disuria, prurito vulvo - vaginal), eritema en vagina, flujo vaginal blanco adherente, grumoso (desprende fácilmente) no fétido, escoriaciones por rascado. Los síntomas se pueden intensificar 1 semana previa a la menstruación. En el hombre produce balanitis.

Factores pre disponentes de candidiasis vaginal (Vaginistis por Hongos).

- Estación (> tercer trimestre)

- ACO de alta carga estrogénica (75-150 ug) -Diabetes mellitus

- Antibióticos (tetraciclina, ampicilina, cefalosporinas)

- Mayor frecuencia del coito

- VIH y otras inmunosupresiones

- Enf. Sistémica crónica (LES, Enf. Tiroidea) -Duchas vaginales, perfumes y otras sustancias de uso íntimo.

- Ropa ajustada, nylon o poco ventilada

- Alergia local

Síntomas y signos de candidiasis

- Prurito vulva

- Dolor y ardor vulvar

- Flujo vaginal

- Disuria de inicio

- Dispareunia

Signos

- Eritema vulvar

- Fisuras vulvares

- Flujo grumoso no fétido

- Lesiones satélite

- Edema

Vaginitis por Trichomonas: Flujo vaginal de mal olor verdoso o amarillo abundante y espumoso, puede ser o no pruriginoso. Irritación vulvar, dispareunia. Pueden cursar asintomáticas. Eritema vaginal y cérvix en fresa. Dolor pélvico.

(Nivel de evidencia III).

* 1. FACTORES DE RIESGO

• Anticonceptivos orales

• Embarazo

• Antibióticos

• Diabetes Mellitus

• Humedad y uso de protectores y tampones

• Condones

• Uso de espermicidas

• Relaciones sexuales urogenitales

• Menopausia o hipoestrogenismo

• Uso de duchas vaginales

* 1. Diagnóstico

El diagnóstico diferencial es eminentemente clínico, ante la queja de leucorrea se debe proceder a realizar una anamnesis detallada (evaluar las características del Flujo y factores pre disponentes) y exploración clínica con observación del flujo y sus características.

El patrón de oro para el Dx de vaginosis bacteriana es el cumplimiento de 3 de los 4 criterios diagnósticos de Amsel :

- Secreción homogénea aumentada en volumen.

- PH > 4.5

- Olor a aminas antes o después de instilarle KOH

- Células clave (células del epitelio vaginal que aparecen recubiertas de bacterias, lo que les da un aspecto granular, como rebozadas). Deben existir al menos un 20% de células clave en el frotis de flujo vaginal.

Como se puede apreciar, los tres primeros criterios son fácilmente observables durante la práctica en el consultorio.

El diagnóstico de tricomoniasis lo realizaremos sobre la base de la clínica y la exploración.

El 90% de las pacientes presentarán un pH mayor a 4,5 al realizarle la medición con papel tornasol y en el 50% de los casos presentará olor a aminas al reaccionar con el KOH.

En la candidiasis el diagnóstico se realiza por: hallazgos clínicos y examen del flujo (medición del pH, reacción al KOH y aspecto), en muy contadas ocasiones en donde la clínica y la anamnesis sugieran otras patologías

como la alergia, se realizará cultivo en medio Sabouraud para confirmar el diagnóstico. En la vulvovaginitis candidiásica el pH suele ser entre 4-4,5.

La siguiente tabla resume los criterios diagnósticos:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Criterio Diagnostico** | **Normal** | **vaginosis** | **Tricomoniasis** | **candidiasis vaginal** |
| Bacteriana |  |  |  |  |
| PH vaginal | 3,8-4,2 | > 4,5 | >4,5 | usualmente < 4,5 |
| Aspecto del flujo | Blanquecino | grisáceo, aspecto | Amarillo verdoso | Blanco como |
| o transparente | homogéneo y | aspecto espumoso | leche cortada |  |
| adherente |  |  |  |  |
| Cantidad | Normal | Moderada | Aumentada | Escasa o moderada |
| Olor a aminas (KOH | Ausente | Presente: olor a | Puede estar | Ausente |
| test) | pescado | Presente |  |  |
| Flujo fétido (puede |  |  |  |  |
| Síntomas | No | ser luego del | Flujo espumoso |  |
| coito) sin inflamación - | Mal olor, Prurito |  |  |  |
| vulvovaginal | vulvar, Disuria |  |  |  |

* 1. CARACTERISTICAS DE LA ATENCION

COMPLICACIONES

AYUDAS DIAGNOSTICAS PERTINENTES

DIRECTO Y GRAM DE FLUJO: directos con solución salina: Tricomonas: flagelado; leucocitos > polimorfo nucleares. Hongos: esporas Vaginosis:

CRITERIOS DE AMSEL:

• Leucorrea gris abundante y no adherente.

• PH > 4.5

• Olor a aminas antes o después del KOH.

• Células guía presentes (al menos un 20%)

KOH: estructuras de los hongos (esporas y micelios).

CULTIVOS: rara vez son necesarios. Requiere juicio clínico para su interpretación; en inmuno suprimidos y casos recurrentes y muy sintomáticos. Son costosos y no fácilmente disponibles.

MEDICION DE PH VAGINAL:

Trichomona:

PH > 4.5

Hongos: PH < 4.5

Vaginosis: PH >4.5

* 1. TRATAMIENTO

Use ropa interior de algodón, trate de evitar fibras sintéticas. Evitar el coito ya que puede irritar más las paredes vaginales que ya están con un proceso inflamatorio.

Es importante que los dos miembros de la pareja tomen el tratamiento siempre que se presente la infección, de esta manera se evitará también la reinfección de un miembro de la pareja al otro.

El tratamiento médico será diferente de acuerdo al microorganismo que está causando la infección. Ejemplos: Candidiasis se trata con crema de Miconazol al 2% o clotrimazol al 1% con tabletas o supositorios vaginales.

De 3 a 7 días dependiendo del tipo de tratamiento. Trichomoniasis y Gardnerella con Metronidazol (flagil). Y otros tratamientos diferentes para cada tipo de microorganismo.

El tratamiento es muy sencillo e incluye antibióticos por vía oral o por vía vaginal. Hay esquemas en dosis única o por 7 a 10 días con efectividad similar en todos los casos.

Metronidazol 500mg dos veces al día por 5-7 días

Metronidazol 2 gramos en toma única.

Metronidazol intravaginal por 5 días

Clindamicina 2% crema diariamente por una semana

Clindamicina 300mg cada 12 horas por una semana

Tratamiento no farmacológico

1. No utilizar ducha vaginal, geles y agentes antisépticos locales.

2. Practicar una técnica adecuada de higiene vulvovaginal.

3. Corregir anomalías anatomo-funcionales asociadas.

4. Comenzar tratamiento en presencia de signos y síntomas de infección vaginal mientras se espera por la confirmación diagnóstica.

5. El uso de estrógenos intravaginales durante la postmenopausia puede Prevenir infecciones recurrentes.

Tratamiento farmacológico de la Vaginosís bacteriana

1. En las niñas el tratamiento de elección es el metronidazol, en dosis única o durante 7 días, por vía oral o tópica.

2. En la mujer no embarazada el tratamiento de elección es el metronidazol, por Vía oral durante 7 días o tópica por 5 días.

3. En la mujer embarazada el tratamiento de elección es el metronidazol oral Durante 7 días. El metronidazol se iniciará a partir del segundo trimestre de la Gestación. No se debe usar clindamicina vaginal porque aumenta el riesgo de parto prematuro.

4. La clindamicina oral durante 7 días es el fármaco de segunda elección en todas las pacientes.

Tratamiento farmacológico de la candidiasis vulvovaginal

1. En las niñas el tratamiento de elección es la nistatina tópica durante 14 días o el fluconazol oral, en dosis única. La violeta de genciana por vía tópica durante 14 días, es el fármaco de segunda elección.

2. En la mujer no embarazada el tratamiento de elección es el clotrimazol por

Vía tópica, durante 3 ó 7 días. La nistatina tópica durante 14 días o el Fluconazol oral en dosis única, son los fármacos de segunda elección.

3. En la mujer embarazada el tratamiento de elección es el clotrimazol o la

Nistatina durante 14 días vía vaginal.

Todos los tratamientos tópicos y orales con derivados azoicos ofrecen entre el 85-95% de curación en candidiasis vulvovaginal en mujeres no embarazadas, la nistatina ofrece una curación de entre el 70 - 90% en el embarazo.

No existen pruebas de que sea beneficioso tratar al compañero sexual; en la embarazada está indicado el tratamiento tópico 1 ó 2 semanas.

Tratamiento farmacológico de la tricomonas vaginales

1. En las niñas el tratamiento de elección es el metronidazol, en dosis única o durante 7 días, por vía oral.

El tinidazol oral en dosis única es el fármaco de segunda elección.

2. En la mujer no embarazada el tratamiento de elección es el metronidazol oral durante 7 días. El metronidazol o el tinidazol oral y en dosis única, son los fármacos de segunda elección.

3. En la mujer embarazada el tratamiento de elección es el metronidazol oral en Dosis única. El clotrimazol tópico por 7 días es el fármaco de segunda elección.

La T. vaginalis es altamente susceptible al Metronidazol.

Con este régimen terapéutico se consigue un 85% de curación, y si se implica también a la pareja sexual, un 95%.

Puede usarse aún en caso de embarazo o lactancia, aunque en estos casos es prudente evitar las pautas con dosis elevadas.

Tratamiento farmacológico de la chlamydia trachomatis

1. Tratamiento a los miembros de la pareja, sin esperar por los resultados de las pruebas diagnósticas.

2. En las niñas el tratamiento de elección es azitromicina doxiciclina durante 7 días. La eritromicina, o tetraciclina en mayores de 8 años, son los fármacos de segunda elección.

3. En la mujer no embarazada el tratamiento de elección es doxiciclina durante 7 días. La Eritromicina o ciprofloxacina son los fármacos de segunda elección.

4. En la mujer embarazada el tratamiento de elección es eritromicina o

Amoxicilina por 7 días. La eritromicina es un fármaco de segunda elección.

Criterios de derivación

La vulvovaginitis es una entidad de manejo exclusivo de atención primaria y en ningún momento se justifica derivación a consulta especializada, salvo en aquellos casos de enfermedades refractarias a tratamiento e indicaciones o cuando hagan parte de una amenaza de parto prematuro.

* 1. EDUCACION

Se debe explicar a la paciente la importancia de un tratamiento completo, por la existencia de recidivas y los síntomas tan molestos que estas infecciones producen, como el prurito y el mal olor.

Consultar de nuevo si no hay mejoría de la leucorrea y síntomas, y no auto medicarse.

Realizar citología vaginal cada año o según criterio médico.

Alerta sobre la ingestión de bebidas alcohólicas durante el tratamiento.

Dar a conocer la importancia del tratamiento a la pareja sexual cuando se requiera.

En las mujeres en embarazo dar signos de alarma.

No usar condones como método de planificación durante el tratamiento con Clindamicina tópica.

* 1. CRITERIOS DE REVISIÓN O SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE

El seguimiento no es necesario si los síntomas se resuelven.

* 1. CRITERIOS DE REMISIÓN

GINECOOBSTETRICIA: vaginosis recurrente durante el embarazo, y más si tiene antecedente de parto pre término.

Vaginosis recurrente; 3 tratamientos realizados adecuadamente. Paciente con síntomas sugestivos de cáncer.

Citologías alteradas.

* 1. Revisión Bibliográfica

Asociación Americana de la Salud Social (American Social Health Association, ASHA) 1-800-783-9877

Krieger JN and Alderete JF. Trichomonas vaginalis and trichomoniasis. In: K. Holmes, P. Markh, P. Sparling

et al (eds). Sexually Transmitted Diseases, 3rd Edition. New York: McGraw-Hill

Prodigy Guidance. Prodigy Clinical Recommendation. Trichomoniasis [Internet]. [Acceso 9/12/2008].

Disponible en: http://cks.library.nhs.uk/home

Prodigy Guidance. Prodigy Clinical Recommendation. Sexual health [Internet]. Acceso 9/12/2008].

Disponible en: http://cks.library.nhs.uk/home

Spence D. Candidiasis (vulvovaginal). Clin Evid. 2005

XII. ATENCION POR ENFERMERIA

Los procedimientos de enfermería se realizan prioritariamente a los pacientes y permiten identificar alteraciones, ahí radica su importancia.

* 1. PROCEDIMIENTO PARA LA PRECONSULTA Y LA POST CONSULTA

OBJETIVO

Contar con una guía unificada que permita la realización del procedimiento de una forma, oportuna y eficaz.

ALCANCE Y RESPONSABLES

La realización de la atención inicial será llevada a cabo por el personal auxiliar de enfermería. Se debe Realizar para consulta externa extramural y programas de promoción y prevención.

GENERALIDADES

Procedimiento: Forma específica de llevar a cabo una actividad.

RECURSOS

TALENTO HUMANO

La realización de la atención inicial de consulta externa y programas de promoción y prevención será realizado por el personal auxiliar de enfermería.

RECURSOS Y MATERIALES:

Tensiómetro

Fonendoscopio

Termómetro

Tallimetro

Bascula

Papelería correspondiente para consulta externa y programas de promoción y prevención.

Medio ambiente:

Unidad movil, salones comunales, hogares de bienestar familiar, Instituciones Educativas.

REGISTROS DE CALIDAD:

Historia Clínica

NORMATIVIDAD:

Decreto 1011 de 2006: Sistema obligatorio de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad

social en salud.

Resolución 1043 de 2006

Resolución 4796 de 2008 Reglamenta la atención por brigadas o jornadas de salud.

Resolución 1995 de 1999

TERMINOS Y DEFINICIONES:

Pre-consulta:

Es una valoración inicial y parte del procedimiento de ingreso de pacientes a las consultas externas y programas de promoción y prevención.

Procedimiento:

Forma específica de llevar a cabo una actividad.

PROCEDIMIENTO

Se saluda y se pregunta al paciente que tipo de atención o servicio necesita.

Identificar los problemas y necesidades del individuo

Buscar historia clínica para los pacientes que ya la tienen.

A los pacientes nuevos se debe abrir historia clínica para consulta externa o para el programa de promoción y prevención.

Responder dudas y disipar los temores que pueda tener el usuario hacia la atención médica.

Dar orientación al usuario sobre los cuidados de enfermería de acuerdo a la patología.

Dar orientación sobre los paraclínicos y tratamientos que el médico ordene.

Dar cita de seguimiento a los usuarios los de programas de promoción y prevención.

* 1. PROCEDIMIENTO TOMA DE FRECUENCIA CARDIACA A NIVEL EXTRAMURAL

OBJETIVO

Determinar los procedimientos por medio de los cuales el personal de enfermería y/o medico toma la frecuencia cardiaca del paciente y realiza su registro respectivo en la historia clínica, participando en el proceso paliativo o restaurativo del mismo Prevenir y/o corregir rangos anormales de la frecuencia cardiaca a nivel extramural.

ALCANCE Y RESPONSABLES

El procedimiento se inicia con la llegada del paciente a la consulta inicial y termina con la realización y registro del procedimiento. Su propósito es brindar apoyo para el diagnóstico de algunas técnicas y procedimientos que requieren control de la frecuencia cardiaca.

El responsable para realizar la dicha actividad es el personal de enfermería y/o médico.

GENERALIDADES

DEFINICION

Pulso: se define como la expansión rítmica de los vasos sanguíneos producida por el paso de sangre que bombea el corazón. La frecuencia cardiaca se controla para determinar el funcionamiento del corazón y de todo el sistema cardiovascular. Por eso es importante el control de este signo cuando se presenten o se sospechen lesiones que comprometan órganos vitales o que impliquen gran pérdida de sangre.

RECURSOS

Talento Humano:

Médicos

Enfermera Profesional

Materiales o Logísticos:

Reloj con segundero

Esfero

Planillas de registro.

Metodológicos:

Normas técnicas

Guías de manejo

Protocolos

Medio ambiente:

IPS Rural, Polideportivos, salones comunales, hogares de bienestar familiar, Instituciones Educativas.

CONSIDERACIONES

- Tener en cuenta que existen múltiples factores como hemorragias, heridas y quemaduras que pueden hacer variar el número de pulsaciones.

- Edad del paciente.

Existen diferentes sitios para la toma de la frecuencia cardiaca.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE | UBICACION |
| TEMPORAL | En la sien 3 dedos adelante del pabellón auricular. |
| CAROTIDEO | En el cuello hacia atrás de la tráquea. |
| HUMERAL | En la parte interna del brazo arriba del pliegue del codo. |
| CUBITAL | En la parte interna del pliegue del codo. |
| RADIAL EN LA MUÑECA | 3-4 dedos atrás de la base del dedo pulgar. |
| FEMORAL | En la ing |

PROCEDIMIENTO

• Lave sus manos

• Explique al paciente el procedimiento

• Coloque al sentado comodamente o paciente acostado

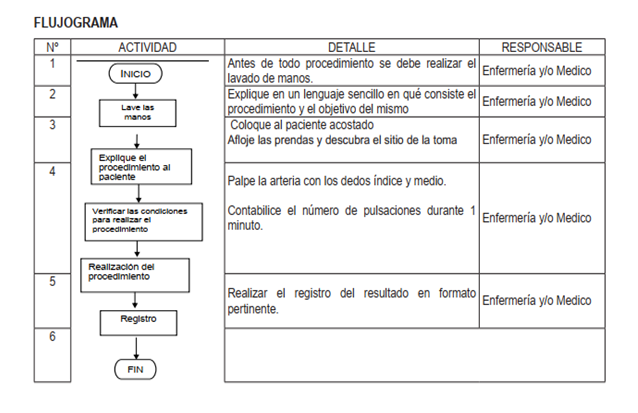
• Afloje las prendas y descubra el sitio de la toma

• Palpe la arteria con los dedos índice y medio

• No ejerza demasiada fuerza

• Contabilice el número de pulsaciones durante 1 minuto

• Registre en el formato correspondiente.



REGISTROS DE CALIDAD

Historia Clínica

NORMATIVIDAD

Decreto 1011 de 2006: Sistema obligatorio de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad,social en salud.

Resolución 1043 de 2006

Resolución 4796 de 2008 Reglamenta la atención por brigadas o jornadas de salud.

Resolución 1995 de 1999

Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social Salud y se dictan otras disposiciones.

Resolución 0412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

TERMINOS Y DEFINICIONES

Procedimiento: Forma específica de llevar a cabo una actividad.

Frecuencia Cardiaca: Es la expansión contracción de las paredes arteriales.

Referencias Bibliográficas:

Farnos. Gloria. Manual de protocolos y procedimientos generales en enfermería. Edición Hospital UniversitarionReina Sofía. Córdoba.

Organización Mundial de la Salud. Mumps. www.who.int

* 1. PROCEDIMIENTO TOMA DE FRECUENCIA RESPIRATORIA A NIVEL EXTRAMURAL

OBJETIVO

Prevenir y/o corregir rangos anormales de la frecuencia respiratoria a nivel extramural.

ALCANCE Y RESPONSABLES

El procedimiento se inicia con la llegada del paciente a la consulta inicial y termina con la realización y registro

del procedimiento. Su propósito es brindar apoyo para el diagnostico de algunas técnicas y procedimientos

que requieren control de la frecuencia respiratoria.

El responsable para realizar la dicha actividad es el personal de enfermería y/o médico.

GENERALIDADES

DEFINICION

Frecuencia Respiratoria: es el número de inspiraciones y expiraciones realizadas en 1 minuto.

RECURSOS

Talento Humano:

Médicos

Personal de Enfermería

Maquinaria y Tecnología:

Reloj con segundero

Materiales o Logísticos:

Lapicero verde

Formato de registro

Metodológicos:

Normas técnicas

Guías de manejo de Promoción y Prevención

Medio ambiente:

IPS Rural, Polideportivos, salones comunales, hogares de bienestar familiar, Instituciones Educativas.

CONSIDERACIONES:

Se debe tener en cuenta la edad del paciente ya que de acuerdo a esto existen diferentes rangos que serán

Reportados a continuación.

EDAD RESPIRACIONES POR MINUTO

Niños de 0-36 meses 30-40 por minuto

Niños mayores de 6 año 26-30 por minuto

Adultos 16-20 por minuto

Ancianos -16 por minuto

De acuerdo con los resultados tenga en cuenta el siguiente cuadro para hacer especial énfasis cuando el niño menor de 5 años presenta las siguientes cifras en respiración:

PROCEDIMIENTO:

· Explique el procedimiento al paciente

· Colocar al paciente boca arriba y/o sentado

· Aflojar las prendas de vestir si son muy ajustadas

· Si existe vomito girar la cabeza para un lado

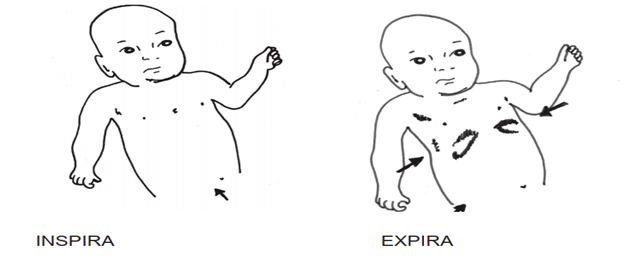
Observar el movimiento del tórax y el abdomen

OBSERVAR si hay tiraje subcostal

Existen múltiples definiciones de “retracciones” o tiraje, incluyendo retracción supra-esternal, retracciones intercostales, retracción xifoidea y retracción subcostal. La retracción supra-esternal y xifoidea se presenta en los niños muy severamente enfermos con obstrucción de la vía aérea superior (laringotraqueitis) o compromiso respiratorio severo. Por el contrario, la retracción intercostal es muy sutil y ocurre en muchos niños, aún en aquellos con obstrucción nasal e infecciones leves del aparato respiratorio superior.

La retracción o el tiraje subcostal indican uso de músculos abdominales y el diafragma en un niño con dificultad respiratoria, es por esto que es el más confiable para identificar la necesidad de manejo hospitalario.

El tiraje subcostal se identifica en los niños que requieren hospitalización con un rango de sensibilidad y especificidad alrededor de 70%. El tiraje subcostal debe ser bien definido y estar presente todo el tiempo. El tiraje subcostal se observa cuando el niño INSPIRA. El niño tiene tiraje subcostal si la parte inferior de la pared torácica se contrae durante la inspiración porque realiza un esfuerzo mucho mayor que lo normal para respirar.



OBSERVAR Y AUSCULTAR

Si hay estridor

El estridor es un ruido áspero que produce el niño al INSPIRAR. El estridor se produce por la obstrucción de la vía aérea superior por inflamación de la laringe, la tráquea o la epiglotis o por la presencia de un cuerpo extraño.

La inflamación interfiere con el ingreso de aire a los pulmones y puede ser potencialmente mortal, cuando la inflamación es tan severa que obstruye la vía aérea superior del niño. Un niño que presenta estridor cuando está en reposo tiene una obstrucción grave.

Los niños con estridor en reposo pueden tener o no respiración rápida o tiraje subcostal.

La causa más común de estridor en los países en desarrollo es la laringotraqueitis o CRUP viral, y en lactantes menores estridor laríngeo congénito.

La Epiglotitis es muy rara en países en desarrollo. Un problema frecuente en este grupo de edad, que siempre debe existir como diagnóstico diferencial en un niño con estridor son los cuerpos extraños en la vía aérea que ponen en peligro la vida de los niños.

A fin de observar, escuchar y auscultar si hay estridor, fíjese cuando el niño INSPIRA.

Luego escuche si hay estridor. Si la obstrucción de la vía aérea superior no es muy grave, sólo presentará estridor cuando llora o tose. Si la obstrucción de la vía aérea superior es severa, el estridor se escucha en reposo y a distancia, sin necesidad de auscultar al niño.

OBSERVAR Y AUSCULTAR

Si hay sibilancias

La sibilancia es un suave ruido musical que se escucha cuando el niño está ESPIRANDO. Escuche o ausculte el tórax en busca de sibilancias y observe si la espiración es dificultosa. La sibilancia es causada por un estrechamiento y obstrucción al paso del aire en los pulmones. Exhalar le toma más tiempo del normal y requiere esfuerzo.

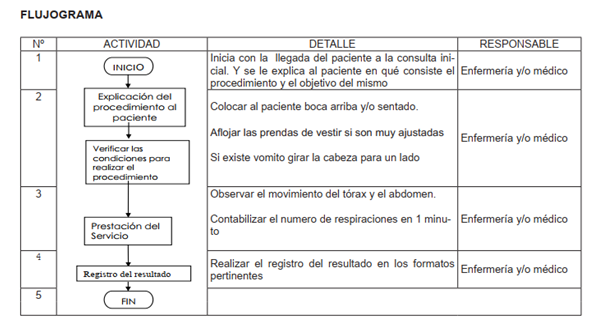
En los lactantes y niños por debajo de los dos años, el primer episodio de sibilancias puede ocurrir durante el periodo de lluvias y la bronquiolitis es usualmente la causa.

En niños mayores y niños con episodios recurrentes de sibilancias, el asma es la causa más importante.

Otras causas de sibilancias son menos comunes pero quizá aún causen morbilidad significativa. Por ejemplo, otras infecciones respiratorias como la neumonía viral o el Micoplasma pueden asociarse a sibilancias.

• Contabilizar el número de respiraciones en 1 minuto

• Realizar el registro de la cifra en el formato correspondiente.



REGISTROS DE CALIDAD:

Historia Clínica impresa y/o sistematizada

NORMATIVIDAD:

Decreto 1011 de 2006: Sistema obligatorio de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud.

Resolución 1043 de 2006

Resolución 4796 de 2008 Reglamenta la atención por brigadas o jornadas de salud.

Resolución 1995 de 1999

Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Resolución 3280 de 2018, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

TERMINOS Y DEFINICIONES:

Procedimiento: Forma específica de llevar a cabo una actividad.

Frecuencia Respiratoria: es el número de inspiraciones y expiraciones realizadas en 1 minuto.

Referencias Bibliográficas:

Farnos. Gloria. Manual de protocolos y procedimientos generales en enfermería. Edición Hospital Universitario

Reina Sofía. Córdoba.

Organización Mundial de la Salud . Mumps. [www.who.int](http://www.who.int).

* 1. PROCEDIMIENTO TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL A NIVEL EXTRAMURAL

OBJETIVO:

Determinar los procedimientos por medio de los cuales el personal de enfermería y/o medico toma la tensión arterial del paciente y realiza su registro respectivo en la historia clínica, participando en el proceso paliativo o restaurativo del mismo

Prevenir y/o corregir rangos anormales de tensión arterial a nivel extramural.

ALCANCE Y RESPONSABLES

El procedimiento se inicia con la llegada del paciente a la consulta inicial y termina con la realización y registro del procedimiento. Su propósito es brindar apoyo para el diagnóstico de algunas técnicas y procedimientos que requieren control de la tensión arterial.

El responsable para realizar la dicha actividad es el personal de enfermería y/o médicos.

GENERALIDADES:

DEFINICION:

• TENSION ARTERIAL: ES la presión ejercida por la sangre sobre las paredes de las arterias. El corazón trabaja como una bomba cuya misión es enviar la sangre a todo el cuerpo a través de las arterias; pero éstas progresivamente van disminuyendo su calibre, originando una resistencia que el corazón debe vencer ejerciendo una fuerza o presión.

• TENSION ARTERIAL SISTOLICA: Es la presión arterial máxima con que bombea el corazón la sangre al resto del cuerpo.

• TENSION ARTERIAL DIASTOLICA: Es la presión arterial mínima resistencia que presentan las arterias y vasos sanguíneos al paso de la sangre mientras el corazón se recupera para volver a bombear, es decir, cuando se relaja.

RECURSOS

Talento Humano:

Personal de enfermería

Médico

Maquinaria y Tecnología

Tensiómetro

Fonendoscopio

Materiales o Logísticos:

Sillas

Registros clínicos

Esferos

Metodológicos:

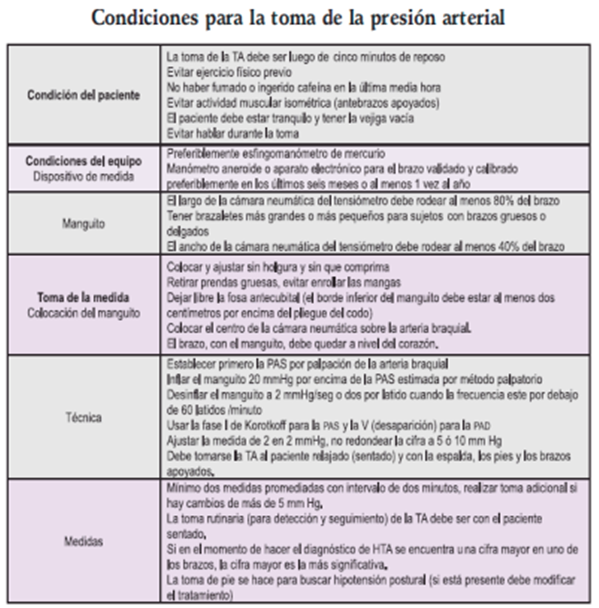
Normas técnicas

Medio ambiente:

IPS Rural, Polideportivos, salones comunales, hogares de bienestar familiar, Instituciones Educativas.

CONSIDERACIONES:

Tener en cuenta CIFRAS TENSIONALES NORMALES:



**Recomendaciones para la toma correcta de la presión arterial**

• En todas las visitas médicas se debe medir la presión arterial, determinar el riesgo cardiovascular y monitorear el tratamiento antihipertensivo (D)

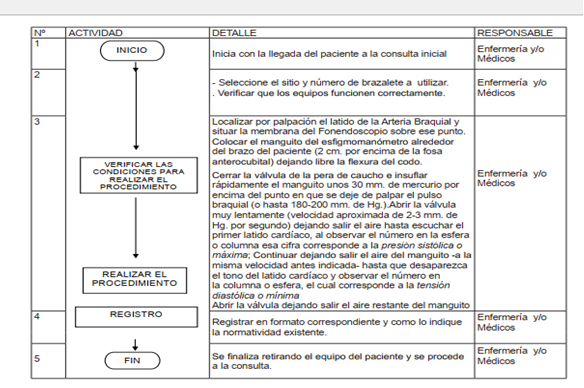
• La PA debe ser medida por profesionales de la salud que han sido entrenados para medirla correctamente

• Es recomendable insistir en la calidad de la técnica estandarizada para medir la PA

• El médico, la enfermera o la auxiliar de enfermería deben informar a la persona acerca de su diagnóstico y el resultado de la toma de presión arterial, asimismo, dar educación sobre estilos de vida saludable, aclarar sobre nuevas visitas con el fin de mantener la adhesión y continuidad en los controles de presión arterial.

• Dejar colocado al paciente en posición cómoda y adecuada a su estado

• Registre la tensión arterial en el formato correspondiente.



* 1. PROCEDIMIENTO TOMA DE PESO TALLA Y LONGITUD A NIVEL EXTRAMURAL

OBJETIVO

Establecer los parámetros para el proceso de toma de Talla y Longitud de los usuarios, aplicando correctamente la técnica indicada y evitando los errores más comunes durante la realización del procedimiento.

ALCANCE Y RESPONSABLES

Se inicia solicitándole al usuario ubicarse junto al Tallimetro y termina con el registro en la historia clínica del dato obtenido durante el procedimiento.

El responsable de este procedimiento es el auxiliar de enfermería.

GENERALIDADES:

DEFINICION:

La antropometría es la técnica que se ocupa de medir las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo.

Sus objetivos son valorar el crecimiento del individuo, valorar su estado de salud enfermedad y ayudar a determinar el diagnostico medico y de enfermería.

Dos de las medidas utilizadas con mayor frecuencia son el peso y la estatura porque nos proporcionan información útil para:

• Monitorear el crecimientos del niño (a)

• Detectar anormalidades del crecimiento

• Vigilar el estado nutricional

• Rastrear los efectos de la intervención médica o nutricional.

La Talla mide el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones), el niño se mide de pie (parado). La talla se toma en niños mayores de 24 meses.

La Longitud mide el tamaño del niño desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones), y se mide acostado. Esta medida se toma en niños de 0 a 24 meses

PESO: Serie de maniobras para cuantificar la cantidad en gramos de masa corporal.

TALLA: Es la distancia existente entre la planta de los pies del individuo a la parte más elevada del cráneo.

RECURSOS

Talento Humano:

Auxiliar de enfermería

Maquinaria y Tecnología.

Tallimetro

Bascula con estadiómetro

Materiales o Logísticos.

Papelería.

Historia clínica del paciente al día.

Esfero

Metodológicos.

Procedimientos y/o protocolos.

Medio Ambiente.

IPS Rural, Polideportivos, salones comunales, hogares de bienestar familiar, Instituciones Educativas.

Infraestructura adecuada para la prestación del servicio.

CONSIDERACIONES

La precisión obtenida en todas las mediciones, es importante porque los resultados se usan como base para diagnosticar el riesgo nutricional y el estado de salud a partir del cálculo de índices e indicadores nutricionales.

Si las mediciones están erradas, entonces la base del cálculo del crecimiento también será errada.

La verificación de la fecha de nacimiento es importante puesto que la edad es la variable principal de análisis en el proceso de comparación de los resultados, de igual forma hay que tener cuidado en el registro correspondiente del género.

La altura o longitud de un individuo es la suma de cuatro componentes: las piernas, la pelvis, la columna vertebral y el cráneo.

La longitud es una medida importante de la extensión total del esqueleto en niños menores de dos años, por tal razón debe tenerse cuidado al ejercer la presión para no alterar la longitud de la columna vertebral.

PROCEDIMIENTO

TALLA EN NIÑOS MENORES DE 24 MESES

• Coloque el tallímetro sobre una superficie plana, firme y fija preferiblemente sobre una mesa.

• Coloque al niño en posición boca arriba sobre el Tallimetro de tal forma que la cabeza del niño quede en la posición cero.

• Apoye la cabeza los hombros, la espalda las nalgas y los talones contra la tabla del Tallimetro y sostenga la cabeza del niño.

• Tome las rodillas del niño con la mano izquierda, estirándolas suave pero rápido y con la mano derecha estire la pierna hasta ubicar el talón en la medida exacta.

• Lea el dato y regístrelo en la historia clínica.

TALLA EN MAYORES DE 2 AÑOS

• Sitúe al individuo con los pies en posición firme, con los talones juntos y las rodillas sin doblar sin zapatos y la cabeza sin gorros ni adornos.

• Antes de medir asegúrese que la parte de atrás de los talones, muslos, nalgas, espalda y la parte posterior de la cabeza toquen la pared.

• La cabeza con la vista al frente y los brazos deben colgar libremente a los lados del tronco con las palmas dirigidas hacia los muslos.

• Con la mano coloque la escuadra o pieza en la coronilla de la cabeza del individuo haciendo ángulo recto para evitar que el individuo se agache.

• Se toman dos veces.

• Lea el dato y rregístrelo en la historia clínica.

TECNICA DE MEDICION DE PESO Y TALLA

Técnica:

• Ayudarlo a subir sobre la plataforma de la báscula con el cuerpo alineado, es decir con los talones y las escápulas en contacto con el estadiómetro y la cabeza recta

• Mover las barras de la báscula (kilogramos) hasta encontrar el peso

• Colocar la rama horizontal del estadiómetro hasta tocar el vértice de la cabeza de tal manera que las 2 ramas del estadiómetro formen un ángulo recto

• Hacer la lectura de la talla y bajar las ramas del estadiómetro

• Ayudar al paciente a bajar.

• Hacer anotaciones en la historia.

FLUJOGRAMA:

Inicio

Explique el procedimiento al paciente

Coloque al paciente en la báscula con el cuerpo alineado, talones y las escápulas en contacto con el estadiómetro y la cabeza recta

Hacer la lectura del peso y la talla

Registe el dato en la hoja de enfermería de la historia

REGISTROS DE CALIDAD:

Historia Clínica

NORMATIVIDAD:

Decreto 1011 de 2006: Sistema obligatorio de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud.

Resolución 1043 de 2006

Resolución 4796 de 2008 Reglamenta la atención por brigadas o jornadas de salud.

Resolución 1995 de 1999

TERMINOS Y DEFINICIONES:

Procedimiento: Forma específica de llevar a cabo una actividad.

Longitud: Mide el tamaño del niño desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones), y se mide acostado. Esta medida se toma en niños de 0 a 24 meses.

Peso: Serie de maniobras para cuantificar la cantidad en gramos de masa corporal.

Talla: Es la distancia existente entre la planta de los pies del individuo a la parte más elevada del cráneo.

Referencias Bibliográficas:

Farnos. Gloria. Manual de protocolos y procedimientos generales en enfermería. Edición Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Organización Mundial de la Salud. Mumps. www.who.int. 2000.

* 1. PROCEDIMIENTO TOMA DE TEMPERATURA A NIVEL EXTRAMURAL

OBJETIVO:

Dotar a los profesionales y auxiliares en enfermería de un procedimiento para Verificar en grados centígrados la temperatura corporal; Prevenir y/o corregir rangos anormales de temperatura a nivel extramural.

ALCANCE Y RESPONSABLES

Inicia con el registro del paciente captado a nivel extramural y termina con la medición y registro del resultado de la temperatura del paciente.

Son responsables del cabal cumplimiento de este procedimiento es el personal de enfermería y/o médico.

GENERALIDADES:

DEFINICIÓN:

Toma de temperatura: Es el procedimiento por medio del cual se censa en grados centígrados la temperatura corporal.

RECURSOS:

Talento humano:

Enfermera profesional

Medico

Materiales o logísticos:

Termómetro axilar.

Torundas

Alcohol.

Recipiente para desecho.

Hoja de registro y lapicero (rojo).

Metodológicos:

Lo descrito en el presente documento

Medio ambiente:

IPS Rural, Polideportivos, salones comunales, hogares de bienestar familiar, Instituciones Educativas.

Los signos vitales son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante como la temperatura, respiración, pulso y tensión arterial o presión sanguínea.

En estado de salud no varían, pero en enfermedad, cualquiera de ellos o todos pueden variar en forma considerable; estas variaciones se consideran como factores importantes para formular un diagnóstico, conocer la evolución del padecimiento y la eficiencia del tratamiento que se está utilizando.

La temperatura, tratar de tomarla a las mismas horas (en condiciones básales).

El termómetro debe estar completamente desinfectado.

Verificar que el termómetro esté en buen estado.

Utilizar el termómetro indicado según el sitio donde se vaya a tomar.

Desinfectar, secar y bajar siempre los termómetros.

Explicarle al paciente y pedirle su colaboración

Estar presente durante el procedimiento.

Rectificar la temperatura en caso de duda.

PROCEDIMIENTO:

TEMPERATURA AXILAR

• Explique el procedimiento al paciente.

• Seque la axila del paciente.

• Dígale al paciente que se coloque en posición supino con la axila descubierta.

• Coloque el termómetro en la axila, con el bulbo apuntado hacia la cabeza.

• Pida al paciente que apoye la mano del lado de la medición sobre el hombro contrario, elevando el codo y apoyándolo sobre el pecho.

• Deje el termómetro colocado durante 5 minutos, luego retírelo y límpielo con un algodón.

• Proceda a la lectura como en temperatura bucal y registre el dato en el formato correspondiente.

VALORES NORMALES

Tº AXILAR 36ºC A 37.5ºC

PUNTOS DE CONTROL MEDICION E INDICADORES

 Verificar que la columna de mercurio este por debajo de 30.

FLUJOGRAMA:

Inicio

Explique el procedimiento al paciente

Coloque al paciente en posición cómoda

Tome la temperatura

Registe el dato en la hoja de enfermería de la historia clínica

Fin

REGISTROS DE CALIDAD:

Historia Clínica

NORMATIVIDAD:

Decreto 1011 de 2006: Sistema obligatorio de calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad social en salud.

Resolución 1043 de 2006

Resolución 4796 de 2008 Reglamenta la atención por brigadas o jornadas de salud.

Resolución 1995 de 1999

TERMINOS Y DEFINICIONES:

Procedimiento: Forma específica de llevar a cabo una actividad.

Toma de temperatura: Es el procedimiento por medio del cual se censa en grados centígrados la temperatura corporal.

Signos Vitales: Son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante como la temperatura, respiración, pulso y tensión arterial o presión sanguínea.

Referencias Bibliográficas:

Farnos. Gloria. Manual de protocolos y procedimientos generales en enfermería. Edición Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Organización Mundial de la Salud. Mumps. [www.who.int](http://www.who.int)

XIII. PROTOCOLO PARA LAVADO DE MANOS

* 1. OBJETIVOS

Establecer los lineamientos de lavado de manos para prevenir la transmisión de enfermedades cruzadas, durante la asistencia del grupo Unidad móvil en la comunidad y/o asentamientos visitados.

* 1. ALCANCES

Aplica al personal de Salud de la Unidad Móvil Medica Odontológica (Medico, enfermera, odontólogo, auxiliar de enfermería, conductor, vacunadora y promotora de salud) en las actividades desarrolladas durante la prestación de los servicios de salud extramural en la jornada laboral respetiva.

Por otra parte los usuarios que asistan a la atención brindada por el grupo de la unidad móvil, previa citación, deberán realizar el lavado de manos e higienización de manos antes y después del ingreso a la unidad móvil.

* 1. DEFINICIONES Y/O ABREVIATURAS

LAVADO DE MANOS: Fricción enérgica de las superficies de las manos con una solución anti- microbiana o jabonosa, seguido por enjuague en un chorro de agua.

MICROFLORA DE LAS MANOS:

• Flora residente: Conformada por microorganismos que colonizan y se multiplican en las capas profundas de la piel y folículos pilosos. En su mayoría son inocuos, pero difíciles de eliminar.

• Flora transitoria: Conformada por microorganismos que colonizan las capas superficiales de la piel y no se multiplican allí. Se adquiere durante el contacto directo con personas o superficies contaminadas; ésta clase de flora se asocia frecuentemente a infecciones nosocomiales. Es más fácil de remover con una rutina de lavado de manos.

• Flora infecciosa: Flora patógena que coloniza frecuentemente las manos de los trabajadores de la salud, las personas hospitalizadas y familiares causándole enfermedades.

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con situaciones seguras y competitivas internacionalmente.

PUNTO DE ATENCIÓN: Es exactamente el lugar en el que se lleva a cabo la asistencia y se define como “el lugar en el que concurren tres elementos: el paciente, el profesional sanitario y la atención o el tratamiento que implica el contacto con el paciente”.

* 1. PROTOCOLO DE HIGIENIZACIÓN DE MANOS PARA FUNCIONARIOS DE LA UNIDAD MOVIL

Y PACIENTES: Aquella que incluye al paciente y algunas superficies y objetos del entorno inmediato del paciente destinados a éste de forma temporal y exclusiva (por ejemplo, todas las superficies inanimadas que toca el paciente o que están en contacto físico directo con él y que toca el profesional de la salud mientras presta asistencia), incluidos los efectos personales del paciente.

* 1. CONTENIDO DEL PROTOCOLO

INDICACIONES

(CINCO MOMENTOS SEGÚN LA OMS)

• Antes del contacto con el paciente Para controlar y prevenir la transmisión de microbios desde el área de asistencia al paciente a través de las manos del profesional de salud y, en última estancia, en algunos casos para proteger al paciente de la colonización y de las infecciones exógenas por parte de gérmenes nocivos.

• Antes de realizar una tarea o técnica limpia/aséptica Fundamental para impedir la transmisión de microbios al paciente y de un punto del cuerpo a otro del mismo paciente, y desde el área de asistencia al paciente por inoculación.

• Después del riesgo de exposición a fluidos corporales Indispensable para proteger al profesional de la salud de la colonización o infección por los microbios del paciente y proteger el entorno sanitario de la contaminación y posterior potencial propagación.

• Después del contacto con el paciente Importante para proteger al profesional de la salud de la colonización y la infección potencial por los microbios del paciente y proteger el entorno del área de asistencia de la contaminación y la posible propagación.

• Después del contacto con el entorno inmediato del paciente Básico para proteger al profesional de la salud de la colonización por los microbios del paciente que pueden estar presentes en las superficies u objetos del entorno inmediato del paciente y proteger el entorno sanitario de la contaminación y la potencial propagación.

MATERIALES

• Solución antimicrobiana: clorhexidina al 4% - 5% (Agente antiséptico: sustancia que se aplica para reducir el número de flora microbiana)

• Toallas desechables

• Alcohol glicerinado al 60% - 90% con su respectivo dispensador (preparado alcohólico (líquido, gel o espuma) formulado para aplicarlo en las manos con el fin de inactivar microorganismos y/o detener

• Agua

PROCEDIMIENTO DE LAVADO DE MANOS

• Mójese las manos con agua colocando primero bajo el agua la parte distal de la mano a la proximal y sin devolver el movimiento.

• Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos (más o menos 3 cc).

• Frótese las palmas de las manos entre sí

• Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa

• Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados

• Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.

• Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.

• Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa.

• Enjuáguese las manos con agua

• Séquese con una toalla desechable

• Sírvase de la toalla para cerrar el grifo

• Sus manos son seguras.



PROCEDIMIENTO DE FRICCIÓN DE MANOS CON PRODUCTOS DE BASE ALCOHOLADA

• Deposite en la palma de la mano una cantidad de producto suficiente para cubrir toda la superficie a tratar.

• Frótese las palmas de las manos entre sí

• Frótese la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.

• Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados

• Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta

• Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo rotándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.

• Frote la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.



* 1. RECOMENDACIONES

• Mantener las uñas cortas y sin esmaltes, facilitando así la limpieza de las mismas

• No usar anillos, relojes ni pulseras que actúan como reservorio de gérmenes, dificultando la limpieza de manos y muñecas.

* 1. BIBLIOGRAFIAS

• VILLA, Silvia: Margalejo, Silvia; Lizzi, Alicia; Giufre, Carolina. Higiene de manos. Guía de recomendaciones para los establecimientos de salud. ECI, vol. 3, No. 3. Diciembre 2011: 390-408.

• Hand hygiene technical reference manual. Geneva: World Health Organization, 2009. Consultado 25 de febrero de 2014. Disponible en: http://www.who.int/gpsc/5may/tools/trainingeducation/en/index.html

• ¿Cómo lavarse las manos? Organización Mundial de la Salud. 2010. Consultado 27 de febrero de 2014. Disponible en: http://www.who.int/gpsc/information\_centre/gpsc\_lavarse\_manos\_poster\_es.pdf?ua=1

• La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración. Organización Mundial de la Salud. 2013. Consultado 25 de febrero de 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84918/1/9789243503370\_spa.pdf?ua=1

ELABORACION Y CONTROL DE CAMBIOS

ELABORACIÓN INICIAL DEL DOCUMENTO

| **CONTROL** | **FECHA** | **NOMBRE Y APELLIDO** | **CARGO** |
| --- | --- | --- | --- |
| REALIZÓ | 03/04/2020 | MABIS MERCADO RUA | PROFESIONAL UNIVERSITARIO |
| REVISÓ | 06/05/2020 | GUILLERMO VILLAMIL | SUBGERENTE |
| APROBÓ | 07/07/2020 | GIOVANNI SALAMANCA M | AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR |

CONTROL DE CAMBIOS

| **NOMBRE DEL DOCUMENTO** | **CÓDIGO** | **VER**  **SIÓN** | **FECHA MODIFICACIÓN** | **MODIFICACIÓN** | **RESPONSABLE** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MANUAL DE ATENCION EN SALUD DE LA UNIDAD MOVIL MEDICA ODONTOLOGICA | C.E.-MN: 005 | 2 | 07/07/2023 | CONTENIDO | MABIS MERCADO RUA |
|  |  |  |  |  |  |

registro de comunicación del documento

| **NOMBRE Y APELLIDO** | **CARGO** | **FIRMA** | **FECHA** |
| --- | --- | --- | --- |
| CARLA ESCOBAR H. | LÍDER CONSULTA EXTERNA |  | 2/08/2023 |
| HENRY MARTINEZ VEGA | SUBGERENTE |  | 2/08/2023 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |