

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SUB DIRECCIÓN DE SALUD

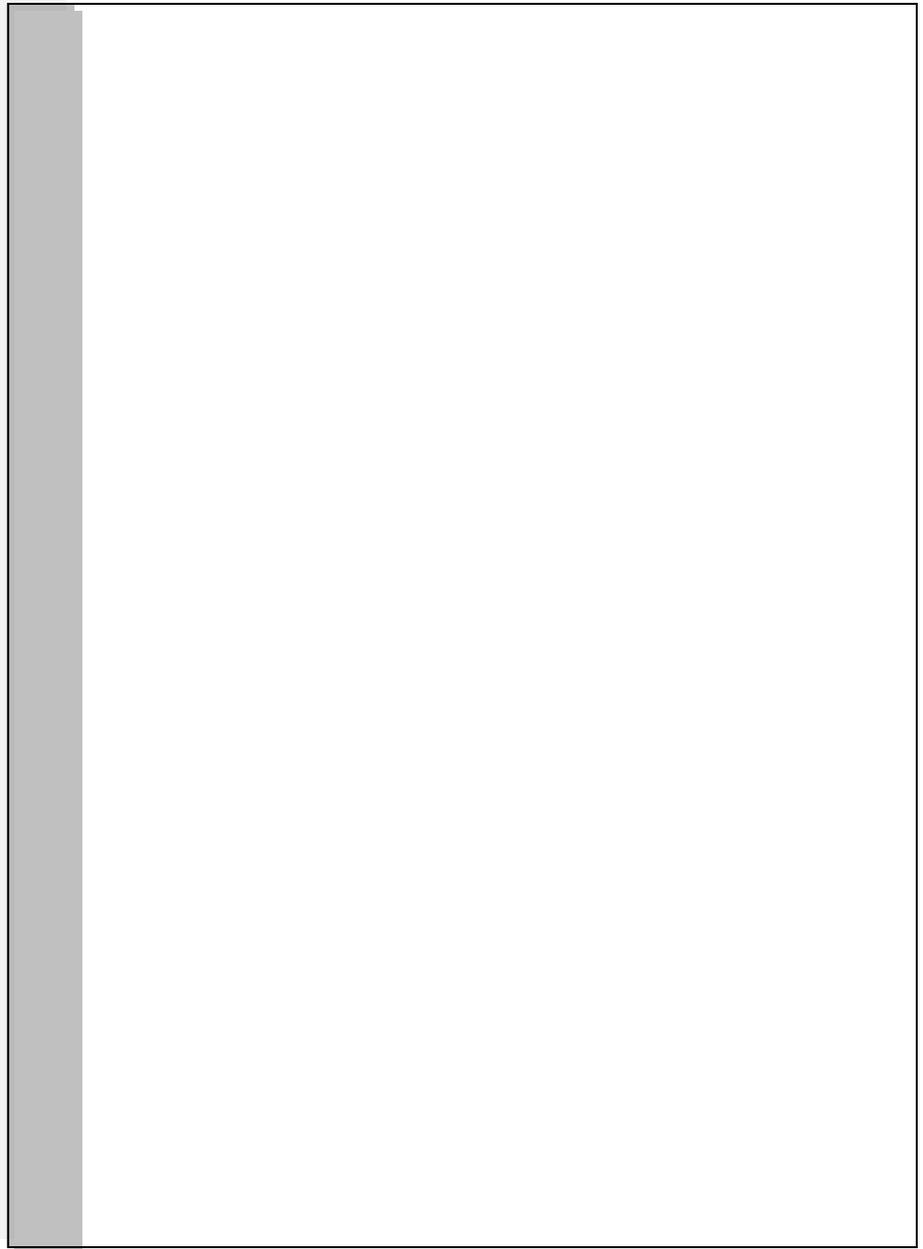
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



GUÍAS DE MANEJO EN PEDIATRÍA

JULIO - 2003



San Salvador, 4 de julio de 2003.

Señores

DIRECTORES DE CENTROS DE ATENCIÓN

ISSS

Presente.

Según el acuerdo # **2002-0521** del 29 de abril de 2002, el Honorable Consejo Directivo del ISSS, aprobó la nueva organización de la Subdirección de Salud con la finalidad de mejorar la calidad de atención a los derechohabientes y la imagen del Instituto.

Para regular la calidad de la práctica clínica, la División Técnica Normativa a través del Proceso de normalización ha ESTANDARIZADO las Normas y Guías de Manejo Clínico y Manuales de Procedimientos Médicos.

En este contexto se resuelve oficializar la presente "**GUIAS DE MANEJO EN PEDIATRIA**", para su implantación y debido cumplimiento en los Centros de Atención en Salud del ISSS.

Transcribo lo anterior para su conocimiento y efectos siguientes.

DR. RICARDO ANDRÉ BURGOS

Subdirector de Salud

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



"GUÍAS DE MANEJO EN PEDIATRIA"

San Salvador, julio de 2003.

COMITÉ NORMATIVO

JEFE DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA	Dr. Simón Baltazar Agreda
TITULAR DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN	Dr. Héctor Emilio Castillo Reyes
FACILITADOR II DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN.	Dr. Roberto Francisco Bonilla

COMITÉ TÉCNICO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INFANTIL

COORDINADORA U.M. SAN JACINTO

DRA. GLADIS DE BENITEZ

COORDINADORA U.M. 15 DE SEPTIEMBRE

DRA. MARGARITA BARRA DE FUENTES

COORDINADOR U.M. ATLACATL

DR. JOSÉ ALBERTO HERNÁNDEZ PEÑA

COORDINADORA U.M. SANTA TECLA

DRA. ANGELA DE MENDOZA

COORDINADOR U.M. APOPA

DR. CARLOS MEJÍA

COORDINADOR HOSPITAL REGIONAL DE SONSONATE

DR. ROBERTO QUINTANILLA

COORDINADOR HOSPITAL REGIONAL DE SANTA ANA

DR. GUSTAVO DONMINGUEZ G.

COORDINADOR U.M. DE ILOPANGO

DR. ROBERTO GOCHEZ

COORDINADORA U.M. SAN MIGUEL

DRA. NIDIA CASTILLO DE DÍAZ

COORDINADORA U.M. ZACAMIL

DRA. ELIZABETH DE VIANA

COORDINADOR HOSPITAL 1º DE MAYO

DR. CARLOS AGUILAR COLATO

REVISIÓN:

➤ DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ GRIMALDI

➤ DRA. ANA MERCEDES DE HERNÁNDEZ

➤ DR. ROBERTO QUINTANILLA

INDICE

PAG.	No.
PRESENTACIÓN	1
OBJETIVOS	2
CAMPO DE APLICACIÓN	2

CAPITULO I ENFERMEADES RESPIRATORIAS

1- Resfriado Común	3
2- Faringoamigdalitis	5
3-Sinusitis Aguda	8
4- Otitis Media Aguda-	12
5- Neumonías	15
6- Otitis Externa	19
7- Asma Bronquial	22
8- Rinitis Alérgica	27
9- Bronquitis	30

CAPITULO II. ENFERMEADES TRANSMISIBLES

10- Dengue y Dengue Hemorrágico-	33
11- Diarrea	39
12- Amibiasis intestinal	43
13-Giardiasis	45
14- Oxiuriasis o Enterobiasis	47
15- Trichuriasis	49
16- Estrongiloidiasis	51
17- Anquilostomiasis o uncinarias	53
18- Ascariasis	55
19- Teniasis	57
20- Cisticercosis	59
21- Himenolepiasis	61
22- Conjuntivitis	63

CAPITULO III. ENFERMEADES DE LA NUTRICIÓN.

23- Anemia Ferropriva	66
24- Desnutrición o mal nutrición	70
CAPITULO IV. ENFERMEDADES DE LA PIEL.	
25- Eccemas	85
25.1- Dermatitis atópica	85
25.2- Dermatitis de Contacto	87
25.3- Pitiriasis alba	88
25.4- Urticaria	88
26- Pediculosis	89
27- Escabiosis	91
28- Piodermitis	93
CAPITULO V. ENFERMEDADES HEPÁTICAS.	
29- Hepatitis A –	96
30- Hepatitis B –	99
CAPITULO VI. ENFERMEDAD RENAL.	
31- Infección de Vías Urinarias	102
CAPITULO VII. ENFERMEDAD EXANTEMÁTICA.	
32- Varicela	106
OBSERVANCIA DE LAS GUIAS	107
VIGENCIA	108

PRESENTACION:

En el marco institucional y bajo el nuevo enfoque administrativo por procesos, corresponde al Proceso de Normalización y Estandarización la revisión, actualización y elaboración de guías de manejo de procesos mórbidos en los diferentes niveles de atención médica del ISSS.

Se espera que el presente documento "GUIAS DE MANEJO EN PEDIATRIA", sirva de soporte al Programa de atención infantil a nivel nacional para que los médicos generales y pediatras proporcionen atención pediátrica en forma uniforme, basada en evidencia científica y en experiencia de médicos pediatras que laboran en el Instituto.

Es necesario reconocer que el ISSS proporciona atención pediátrica general, monitoreo del crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, y en general medidas de puericultura al niño de cero a seis años en el primer nivel de atención en unidades médicas y en la consulta externa de algunos hospitales del ISSS. Pero, así mismo da atención al recién nacido tanto normal como aquel que nace con patologías que ponen en peligro la vida al neonato. Esta última modalidad de atención únicamente se proporciona en el Hospital Primero de Mayo de San Salvador y los hospitales regionales de Santa Ana, Sonsonate y San Miguel.

Algo que es de suma importancia conocer, es la a población inscrita y registrada al ISSS y que recibe atención en todo el país, la cual para el año 2002, en base a conteo de expedientes, es la siguiente:

Menores de un año	29,468
De 1 a 4 años	133,626
De 5 a 6 años	47,428
TOTAL	210,522

En el documento se ha querido enfatizar hasta donde han sido posibles los siguientes aspectos:

- ✓ Respetar el tiempo prudencial para referir un paciente ya sea del parte del médico general o del mismo pediatra a un subespecialista.
- ✓ Proporcionar los controles adecuados al niño para darle continuidad a cada caso dependiendo de su complejidad.
- ✓ Apoyarse adecuadamente en los estudios de laboratorio y gabinete para definir el diagnóstico específico.
- ✓ Incluir en todas las patologías la educación para la salud.

- ✓ A pesar de que en la atención al niño no está considerada la incapacidad como tal, debe considerarse su incapacidad para que no asista a la escuela o a un jardín de niños mientras dure la etapa más grave o de transmisibilidad de la enfermedad
- ✓ A todas las patologías se les ha anotado la (CIE-10) o Clasificación Internacional de Enfermedades para estandarizar la clasificación de enfermedades o signos clínicos.
- ✓ Para algunas enfermedades se tomó en consideración los conceptos, recomendaciones y experiencias de la Estrategia AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), como por ejemplo: asma bronquial, diarrea, desnutrición, dengue, y así mismo la detección temprana de los signos de peligro.

Antes de finalizar es justo reconocer el esfuerzo de los médicos coordinadores del Programa de Atención Infantil que participaron en la elaboración del documento "GUÍA DE MANEJO EN PEDIATRÍA" quienes dedicaron tiempo y empeño para ofrecer una mejor atención.

OBJETIVO GENERAL.

Regular la calidad de la práctica clínica a través de la estandarización de los procedimientos de la atención pediátrica que permitan realizar una intervención adecuada, eficiente, oportuna e integral, mejorando el pronóstico y la recuperación del niño.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Estandarizar los procedimientos de la práctica pediátrica en todos los centros de atención, para disminuir la variabilidad de la práctica clínica.
2. Proporcionar a los médicos que atienden niños en la institución, una herramienta que permita una atención adecuada, oportuna e integral.
3. Proporcionar a los médicos un apoyo ante eventuales conflictos que se deriven de la práctica pediátrica.
4. Mejorar la calidad de vida de la población infantil a través de una práctica clínica eficaz y eficiente.

CAMPO DE APLICACIÓN:

Estas guías son de observancia obligatoria para todo el personal de salud que labora en los centros de atención a nivel nacional, que brindan atención a la población infantil hijos de derechohabientes del ISSS.

1. RESFRIADO COMÚN CIE-10: J-00

DEFINICION

Es la infección de la mucosa nasal y rinofaringe, siendo la enfermedad respiratoria más frecuente en niños.

Este síndrome infeccioso inflamatorio, se diferencia de los adultos, en que es más extenso, y afecta a los senos paranasales accesorios más a menudo, al oído medio y a la nasofaringe.

ETIOLOGÍA:

La enfermedad es producida por diferentes virus; los principales agentes son los rinovirus y coronavirus; también adenovirus, virus parainfluenza, influenza A y B, y otros más.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

La susceptibilidad a los agentes productores de ésta enfermedad es universal. Aunque las infecciones aparecen durante todo el año, son más frecuentes al inicio del invierno.

Los niños tienen de 3 a 6 infecciones por año; pero algunos tienen un número mayor, especialmente durante el segundo a tercer año de la vida. La frecuencia varía directamente con el número de exposiciones. La susceptibilidad está aumentada por la deficiencia en la nutrición.

Frecuencia y distribución por grupos de edad en pacientes del ISSS.

La rinofaringitis aguda en el ISSS ocupa el primer lugar dentro de las primeras diez causas de enfermedades, y presenta la misma distribución para los tres grupos etáreos: menores de un año, de uno a cuatro años y de cinco a seis años.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

CLINICOS:

- Rinorrea hialina
- Obstrucción nasal
- Malestar general
- Fiebre
- Mialgias y artralgias.
- Cefalea
- Lagrimeo
- Irritabilidad
- Llanto

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

SINTOMÁTICO.

- Acetaminofén: 10 mgs/Kg./dosis, c/4-6 horas. Por 3 a 5 días.
- Suero fisiológico: 3-4 gotas en cada fosa nasal las veces que sea necesario.
- Aspirar secreciones de fosas nasales, si es necesario
- Alimentación normal de acuerdo a la edad.
- Líquidos orales abundantes.

El uso de descongestionantes y antihistamínicos quedará a criterio del pediatra.

EDUCACIÓN:

- Evitar contacto con otros niños.
- Uso de utensilios personales
- Explicar a los padres sobre complicaciones.
- Si es un niño de edad escolar recomendar reposo de 2 a 3 días.
- Uso de pañuelo para cubrir la boca al toser y/o estornudar.
- Disposición adecuada de pañuelos desechables y de secreciones.
- Lavado de manos.

2. FARINGOAMIGDALITIS. CIE-10: J-03

DEFINICION:

La faringitis o amigdalitis es un proceso inflamatorio de observación frecuente que involucra las membranas adyacentes de la faringe en forma aguda o crónica.

ETIOLOGÍA:

El origen de las infecciones puede ser variada y las de origen microbiano se distribuyen de la siguiente manera:

BACTERIANAS	VIRAL 70 – 80 %	OTROS.
<input checked="" type="checkbox"/> Estreptococo beta hemolítico del grupo A (estreptococo pyogenes) 15– 20 %	<input checked="" type="checkbox"/> Adenovirus.	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Mycoplasma eumoniae</i> .
<input checked="" type="checkbox"/> Estreptococo del grupo C y G.	<input checked="" type="checkbox"/> Rinovirus.	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Chlamydia psitachi</i> .
<input checked="" type="checkbox"/> Anaerobios.	<input checked="" type="checkbox"/> Enterovirus.	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Chlamydia pneumoniae</i> .
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Arcanobacterium haemolyticum</i> .	<input checked="" type="checkbox"/> Coronavirus	
<input checked="" type="checkbox"/> <i>C. diphtheriae</i> .	<input checked="" type="checkbox"/> parainfluenzae.	
<input checked="" type="checkbox"/> <i>N. gonorrhoeae</i>	<input checked="" type="checkbox"/> influenza A y B.	
	<input checked="" type="checkbox"/> Herpes simples 1 y 2.	
	<input checked="" type="checkbox"/> citomegalovirus.	
	<input checked="" type="checkbox"/> Epstein-Barr	

EPIDEMIOLOGÍA:

FRECUENCIA:

Aproximadamente 10 % de niños evaluados por médico adolece de faringitis y de estos el 25- 50 % tienen estreptococo beta hemolítico del grupo A; sin embargo es importante notar que aproximadamente el 20 % de estos niños son portadores asintomáticos crónicos. (Datos de Estados Unidos de América).

Sexo: No existe predilección por el sexo.

Edad: Ocurre en todos los grupos etáreos.

- la infección estreptocócica tiene una gran incidencia en las edades de 5 – 18 años.
- En menores de 2 años, la mayoría de faringitis es de origen viral.
- El período de incubación es de 2 – 5 días.
- La transmisión ocurre por contacto directo de persona a persona, por gotita de saliva.

En el ISSS la Faringoamigdalitis se registra también como amigdalitis aguda. De ésta manera, la amigdalitis aguda, dentro de las primeras diez causas de enfermedades durante el bienio 2000-2001, se sitúa en el 4º y 5º lugar en menores de un año; en el 2º lugar en los niños de 1 a 6 años de edad.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

CLINICOS:

- Fiebre de inicio súbito.
- Dolor de Garganta.
- Cefalea.
- Dolor Abdominal.
- Anorexia.
- Inflamación faringoamigdalina, a menudo con exudado.
- Adenitis cervical dolorosa.
- Petequias en amígdalas o paladar.
- Exantema escarlatiniforme.

En todo paciente menor de 3 años y mayor de 20 años, acompañado de conjuntivitis, rinitis, tos, ronquera y diarrea; debe sospecharse fuertemente que se trata de una **farinitis de etiología viral.**

LABORATORIO Y GABINETE.

- Hemograma.
- Cultivo faringeo.
- Título de anti- estreptolisinas "O"

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION.

- Aconsejar una hidratación adecuada.
- Acetaminofén: 10 – 15 mgs/kg/dosis c/4 - 6 horas. Mientras dure la fiebre.
- Reposo, por 2 – 3 días.
- Antimicrobianos cuando se sospecha etiología bacteriana de acuerdo a la siguiente tabla:

ANTIBIÓTICO

DOSIS.

COMENTARIOS.

- Penicilina Benzatínica IM (Dosis única).	600,000 UI en niños con un peso menor o igual que 25 Kg. y 1.200,000 UI en niños con un peso mayor de 25 Kg.	Este tratamiento esta indicado en casos de dudas sobre el cumplimiento del tratamiento oral.
- Amoxicilina Oral	50 mgs/kg/día c/8 horas por 10 días	No es necesario tomar la Amoxicilina en ayunas.
- Cefadroxilo oral	30mgs/Kg/día c/12horas por 10 días	Puede ser útil en circunstancias como falta de cumplimiento, para tratar algunos casos de faringitis recurrente. Considerar reacción cruzada con penicilinas.
- Claritromicina	15 mgs/Kg./día c/12 horas por 10 días	Indicados en casos de alergias a las penicilinas.

COMPLICACIONES DE FARINGITIS ESTREPTOCÓCICA.

- Fiebre Reumática.
- Glomerulonefritis aguda.

EDUCACIÓN

- Cumplir el tratamiento indicado
- Explicar las complicaciones a los padres y/o pacientes.
- Uso de utensilio personales.
- Evitar la transmisión por la saliva.
- Evitar contactos escolares en las primeras 24-48 horas de tratamiento.

3. SINUSITIS AGUDA. CIE-10: J-01

DEFINICION

Inflamación de la mucosa de los senos paranasales.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

Aun en fechas recientes, muchos médicos restaban importancia al problema de la sinusitis en la edad pediátrica, y algunos cuestionaban abiertamente su existencia. No obstante, hoy se sabe que esta entidad es una patología frecuente en la infancia, y se considera que entre 0,5 y 5% de las infecciones respiratorias agudas se complican con esta enfermedad.

Los síntomas clásicos de sinusitis en adolescentes y adultos, como dolor facial, cefalea y fiebre, suelen no estar presentes en pacientes menores de cinco años, lo que dificulta su diagnóstico oportuno y correcto.

La sinusitis no aparece en los informes de las primeras causas de morbilidades infantiles en el ISSS correspondientes al bienio 2000-2001.

ETIOLOGÍA:

Streptococcus pneumoniae 30-40%

Haemophilus influenzae 20-40%

Streptococcus beta hemolítico del grupo A.

Otros: Moraxella catharralis, Streptococcus del grupo C y viridans, Staphylococcus aureus y epidermidis

CLASIFICACIÓN:

La sinusitis puede ser aguda cuando los síntomas se presentan por un período menor de un mes, subaguda cuando los síntomas son de uno a tres meses y crónica cuando son mayores de tres meses.

FISIOPATOLOGÍA:

Los senos maxilares y etmoidales se forman durante el tercer y quinto mes de gestación y están presentes, aunque pequeños, al nacimiento. El desarrollo de los senos frontales no está completo hasta el final de los 6 a 8 años de edad. La difícil posición del tracto de salida del seno maxilar impide el drenaje de secreciones y es un factor predisponente para que con frecuencia se colonice por bacterias. No es común la sinusitis frontal pero cuando ocurre, puede ser un foco de diseminación hacia el sistema nervioso central (SNC). Las infecciones aisladas del seno esfenoidal son poco usuales y cuando ocurren también pueden ser fuente de diseminación hacia el SNC.

Existen tres elementos importantes para el funcionamiento de los senos paranasales:

- La permeabilidad de los osteum u orificios de drenaje.
- La función del aparato ciliar.
- La calidad de las secreciones.

La sinusitis generalmente es producida por:

- Obstrucción del osteum.
- Alteración del movimiento ciliar.
- Sobreproducción o cambio de la viscosidad de las secreciones.

Otros factores Predisponentes son: las severas deformidades del tabique, anomalías craneofaciales, atresia de coanas unilaterales, cuerpos extraños (sondas naso gástricas o taponamientos nasales prolongados) y pólipos nasales entre otros.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

CLÍNICOS:

Existen dos tipos de presentación clínica dependiendo de la persistencia de los síntomas y de la severidad de los mismos.

El primer caso, consiste en un paciente con descarga persistente de cualquier característica (gruesa, clara, mucoide o purulenta) y tos (que puede ser seca o húmeda), que se puede presentar durante el día, pero que empeora en la noche. Es frecuente la halitosis. Los niños no lucen muy enfermos y si tienen fiebre, ésta no es alta.

La segunda presentación no es muy común y el paciente luce agudamente enfermo. Puede presentar fiebre alta (por lo menos 39°C) y descarga nasal purulenta. Tiene mialgias y cefalea. Usualmente cuando la fiebre termina comienzan los síntomas respiratorios.

La sinusitis crónica se caracteriza por síntomas nasales extremadamente prolongados, tos o ambos. Es frecuente la cefalea principalmente al despertar, la fiebre intermitente y halitosis. También irritabilidad, falta de atención, insomnio e Hiporexia.

Los hallazgos físicos son:

- Descarga mucopurulenta nasal o retrofaríngea
- Mucosa nasal eritematosa.
- Sensibilidad a la palpación y la percusión de la cara.
- Sensibilidad a la percusión de los dientes.
- Persistencia de tos diurna
- Edema palpebral matutino transitorio
- Cefalea

- Fiebre variable
- Se acompaña de manifestaciones atópicas como rinitis y asma.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION:

Aproximadamente 40% de las personas con sinusitis aguda se recuperan espontáneamente.

El tratamiento recomendado es el siguiente:

1. Uso de antibióticos. La Amoxicilina es el medicamento de elección en la sinusitis aguda sin complicaciones. Observar el siguiente cuadro:

ANTIBIÓTICO	DOSIS	COMENTARIOS
Amoxicilina oral.	40 mgs./Kg./día c/8 horas por 14-21 días	En áreas de prevalencia de neumococo resistente a penicilina, se debe utilizar dosis dobles de Amoxicilina.
Claritromicina oral	15 mgs/Kg./día, c/12 hrs. Por 14-21 días.	

2. Acetaminofén a dosis de 10mg. /Kg. dosis, cada 4-6 horas. Durante el tiempo que dure la fiebre y el dolor.
3. Solución salina fisiológica: 3-4 gotas en cada fosa nasal, aspirando con perilla, las veces que sea necesario.

COMPLICACIONES:

La mayoría se presenta después de una enfermedad aguda:

1. LOCALES

- Mucocelos o mucopioceles. La mayoría son frontales y le siguen los maxilares.
- La osteomielitis es poco frecuente, se pueden presentar después de trauma o de enfermedades debilitantes.

2. ORBITALES

- Celulitis preseptal: cuando existe edema palpebral y ausencia de signos orbitarios.
- Celulitis postseptal: hay compromiso de las estructuras orbitarias.
- Absceso subperióstico: Proptosis con desplazamiento del globo ocular lateralmente y hacia abajo, con conservación de la movilidad ocular.
- Absceso orbitario: Hay exoftalmos, quemosis, oftalmoplejía completa y visión alterada.

3. INTRACRANEANAS.

Compromiso de los senos cavernosos; existe compromiso orbital bilateral, severa y progresiva quemosis, compromiso oculomotor, congestión retiniana, fiebre y postración.

- Meningitis
- Empiema subdural
- Absceso cerebral.

REFERENCIAS:

- Paciente que no responde al tratamiento.
- Paciente que presenta complicación(es).

EDUCACIÓN

Promover la lactancia materna **exclusiva** en los primeros meses de vida, retardando el ingreso a guarderías y prohibiendo el cigarrillo en el hogar.

* Educar a la familia con niños atópicos sobre la higiene y alérgenos.

4. OTITIS MEDIA AGUDA. CIE-10-H-66.

DEFINICION:

Inflamación aguda y supurativa del oído medio.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

Se considera la enfermedad de mayor prevalencia en la infancia.

En nuestra institución durante los últimos dos años la otitis media ocupa los siguientes lugares dentro de las diez primeras causas de enfermedades por grupo de edad:

Menores de un año: no aparece.

De uno a cuatro años: se ubica en el 16° lugar.

De cinco a seis años: no aparece.

FACTORES PREDISPONENTES:

- Catarro común previo
- Edad temprana
- Sexo masculino
- Alergias respiratorias
- Historia familiar de otitis.

ETIOLOGÍA:

Por orden de frecuencia son responsables los siguientes micro- organismos:

Estreptococo pneumoniae

Haemophilus influenzae

Estreptococo beta hemolítico del grupo A

Estafilococo aureus

Moraxella catharralis

Bacilos Gram.(-) como E. Coli y Pseudomonas aeruginosa

Otros agentes: anaerobios.

EL 20 – 30 % DE LOS CULTIVOS SON ESTERILES

CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

CLINICOS:

Paciente con proceso catarral que presenta súbitamente fiebre y dolor, malestar generalizado y pérdida de la audición.

En lactantes se puede presentar con irritabilidad, diarrea, vómitos.

La otoscopia revela tímpano hiperémico, opaco y abombado, con poca motilidad. Puede presentar otorrea purulenta, presentando caída de la fiebre y disminución del dolor en la gran mayoría de los casos.

En forma resumida podemos agruparlos de la siguiente manera:

- Otalgia.
- Dolor a la presión del trago.
- Fiebre.
- Edema de tímpano.
- Secreción o presencia de líquido.
- Usualmente después de un proceso respiratorio superior.

DIAGNÓSTICO:

Basado en la visualización clínica del tímpano.

Es importante recordar que una membrana timpánica roja puede verse en un niño llorando.

TRATAMIENTO MEDICOY EVOLUCION.

La Amoxicilina oral a dosis de 40 mg/Kg/día dividido en tres dosis durante 10 días, sigue siendo el antibiótico de elección en el tratamiento de la OMA; sin embargo hay cada vez más preocupación por la emergencia de cepas de *H. influenzae* y *S. pneumoniae* resistentes a éste antibiótico, por lo que en las zonas donde se considere alta resistencia, o que el paciente haya recibido Amoxicilina recientemente, deberá considerarse el uso de otros agentes tales como la Claritromicina a 15 mg/Kg/ día en dos dosis por 10 días. Otros agentes útiles son TMP-SMX, las penicilinas asociadas a inhibidores de betalactamasa, cefalosporinas de segunda generación, y las cefalosporinas de tercera generación orales.

El uso de analgésicos es importante para controlar el intenso dolor que se produce, pudiendo prescribirse Diclofenaco potásico 0,15 o 0,20 mg por Kg de peso dosis, o en su defecto Acetaminofén a dosis de 10-15 mg/Kg/ dosis.

Los cambios escleróticos y retracciones, así como el colesteatoma pueden observarse en pacientes con infecciones a repetición. Ver la siguiente tabla:

ANTIBIÓTICO	DOSIS.	COMENTARIOS
Amoxicilina Oral (Asociada o no a ácido clavulánico)	40 mgs/kg/día c/8 horas por 7-10 días.	
Claritromicina oral	15 mgs/kg/día c/12 horas por 10 días	
Trimetoprim/Sulfametoxazole	Trimetoprim 8 mgs/kg/d (Sulfa 40 mgs/Kg/d) c/12 horas por 10 días.	No usarlo en niños menores de 2 meses.

De acuerdo a la estrategia AIEPI, se hace necesario enseñar a la madre a tratar las infecciones localizadas, por lo que secar el oído con una mecha es parte del manejo del paciente, por lo menos 3 veces/día. El procedimiento es el siguiente:

- Retorcer un paño absorbente o un trozo de papel absorbente, formando una mecha.
- Colocar la mecha en el oído del niño.
- Retirar la mecha cuando esté empapada.
- Con una mecha limpia repetir el procedimiento hasta que el oído esté seco.

REFERENCIAS:

Son motivo de referencia para consulta ORL y/o hospitalización:

- Niños en estado grave aspecto tóxico.
- Niños que no responden de manera satisfactoria al tratamiento antibiótico.
- Aparición de otitis media en un paciente que está siendo tratado con antibióticos.
- Paciente con complicaciones intratemporales o intracraneanas supurativas.

EDUCACIÓN

Aconsejar a los padres que es mejor una consulta temprana por un proceso catarral a tener que enfrentar las consecuencias de dicho proceso mal manejado.

- No se recomienda ningún tratamiento local en caso de OMA.
- No utilizar hisopos u otros instrumentos para limpiar cerumen o secreciones en el paciente, pues puede provocar laceración timpánica u obstrucción, y dificultar la visualización.

5. NEUMONIAS. CIE-10: J-15.9

DEFINICION:

Es una enfermedad del tracto respiratorio inferior, agudo, de naturaleza infecciosa; regularmente de origen viral, pero puede ser también bacteriana.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

La frecuencia de neumonía es mucho mayor en los últimos períodos del invierno. Los niños presentan aproximadamente de seis a ocho procesos infecciosos de vías respiratorias al año. Dichos procesos constituyen uno de los problemas más frecuentes de la pediatría en general. Las infecciones del tracto respiratorio inferior incluyen bronquitis y neumonía. La mayoría de estos episodios son de tipo bronquial y su frecuencia es mayor durante el primer año de vida. Son frecuentes los contagios familiares.

En el ISSS durante los años 2000 y 2001 la neumonía no aparece dentro de las primeras diez causas de enfermedades.

La tasa de mortalidad por neumonía es considerablemente alta en lactantes y niños menores de cinco años.

FACTORES DE RIESGO:

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Edad | 6. Falta de lactancia materna |
| 2. Bajo peso al nacer | 7. Inmunizaciones incompletas |
| 3. Desnutrición | 8. Tabaquismo |
| 4. Nivel socioeconómico bajo | 9. Inmunodeficiencia |
| 5. Hacinamiento | 10. Fibrosis quística. |

ETIOLOGÍA:

- ☛ **VIRAL:** Regularmente producen un pequeño número de infecciones graves o fatales. El más frecuente es el virus sincitial respiratorio con una prevalencia de 15-40%.
- ☛ **BACTERIANA:** Es menos frecuente que las virales, pero el riesgo de muerte es mucho mayor. Las bacterias aisladas con más frecuencia son: *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophylus influenzae*, que representan aproximadamente el 70% de las infecciones. Puede haber también neumonía por estafilococo, estreptococo, que son menos frecuentes.
- ☛ **OTRAS:** Micóticas, aspirativas, químicas, polvo, cuerpo extraño, etc.

La siguiente tabla resume lo anteriormente expuesto.

ETIOLOGÍA BACTERIANA POR GRUPOS DE EDAD

	< 1 MES	1 – 3 MESES	3m – 5 AÑOS	> 5 AÑOS
Gram. (+)	Gram. (-)	Chlamydia trachomatis.	S. Neumoniae	S. Neumoniae
Estreptococo del grupo B	E. coli	Gérmenes de < 1 mes a 5 años	Haemophilus influenzae tipo B	Estafilococo aureus.
Estreptococo Pneumoniae.	Proteus		Estafilococo aureus.	
Estreptococo del grupo A.	Pseudomonas. Enterobacter, Klebsiella.			

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

CLINICOS:

Comprende los siguientes signos y síntomas:

FIEBRE	Frecuencia respiratoria aumentada Menor de 2 meses: 60 o más por minuto. De 2 a 11 meses: 50 o más por minuto. De 1 a 4 años: 40 o más por minuto.
IRRITABILIDAD	Taquicardia
POBRE ALIMENTACIÓN	Retracción, tiraje de espacios Intercostales.
TOS	Vómitos o diarrea.
ESTRIDOR RESPIRATORIO	Estertores
CIANOSIS	Alteración del murmullo vesicular
DOLOR TORÁCICO	
CEFALEA, CONVULSIONES, DELIRIO	
HIPER-RESONANCIA	
DISNEA	

DIAGNÓSTICO:

Se hace por:

- Cuadro clínico
- Rx de tórax
- Exámenes de laboratorio: Leucocitosis con neutrofilia o leucopenia con linfocitosis.

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: se hará principalmente con: bronquitis, congestión pasiva crónica en la insuficiencia cardíaca, tuberculosis, derrame pleural, asma, cuerpo extraño, intoxicación por salicilatos, acidosis.

LABORATORIO Y GABINETE:

- Rx de tórax AP y lateral
- Hemograma
- Eritrosedimentación y proteína C reactiva.

Es necesario recordar que, de acuerdo a la estrategia AIEPI, a la neumonía se le conocen dos categorías: **NEUMONÍA GRAVE** (o enfermedad muy grave) y **LA NEUMONÍA**.

Para que un caso específico se considere como **NEUMONÍA**, el hallazgo clínico principal es la respiración rápida. Y este padecimiento se trata ambulatoriamente, durante siete a diez días, y se cita al paciente 2 días después.

LA NEUMONÍA GRAVE se caracteriza por presentar además: Cualquier signo de peligro, o tiraje subcostal, o estridor en reposo. Este caso amerita referencia urgente al hospital.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION.

El tratamiento ambulatorio comprende el uso de los siguientes antimicrobianos:

<input checked="" type="checkbox"/> Amoxicilina	40 mg/Kg/día, cada 8 horas
<input checked="" type="checkbox"/> Claritromicina	15 mg/Kg/día, cada 12 horas
<input checked="" type="checkbox"/> Penicilina procaína	50,000 UI/Kg/día cada 24 horas
<input checked="" type="checkbox"/> TMP sulfa	4-12 mg. de TMP/Kg./día, cada 12 horas.
<input checked="" type="checkbox"/> El tratamiento deberá instituirse por 10 días.	

CRITERIOS PARA REFERENCIA AL HOSPITAL:

- ☛ Grado de dificultad respiratoria
- ☛ Aspecto tóxico del paciente
- ☛ Menor de dos meses

- ☛ Desnutrición grave
- ☛ Historia de neumonía recurrente
- ☛ Presencia de enfermedad subyacente
- ☛ Fracaso terapéutico
- ☛ Inhabilidad de tratamiento en casa
- ☛ Paciente inmunodeprimido

PREVENCIÓN:

- Inmunoprofilaxis
- Prevención del bajo peso al nacer
- Promoción de la lactancia materna
- Nutrición adecuada
- Mejorar las condiciones socioeconómicas.

6. OTITIS EXTERNA. CIE-10: H-60

DEFINICIÓN:

Es una inflamación del epitelio que tapiza el conducto auditivo externo. Se le conoce como "otitis del nadador".

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

FRECUENCIA Y MORBILIDAD:

Las otitis externas constituyen una patología que afecta a los niños pre-escolares, escolares y adolescentes que tienen la tendencia a limpiarse el conducto auditivo externo con objetos sólidos que dañan el epitelio del conducto, y causan procesos inflamatorios.

La enfermedad es más frecuente en deportistas, especialmente en los que practican la natación, o los que les gusta visitar los sitios donde hay agua, como piscinas públicas, lagos, lagunas o ríos.

En el ISSS la otitis externa aparece como causa de consulta en el 12º lugar durante los años 2000 y 2001, únicamente en el grupo de 5 a 6 años

ETIOLOGÍA:

Existen diferentes factores que predisponen a la otitis externa, entre ellos:

- Físicas
- Químicas
- Anatómicas
- Congénitas

La otitis externa se produce más frecuentemente por:

- Pseudomonas aeruginosa
- Enterobacter aerogenes
- Proteus mirabilis
- Klebsiella pneumoniae
- Streptococcus y Staphylococcus epidermidis
- Hongos, como Cándida y Aspergillus.

El proceso conocido como el oído de nadador se produce al desaparecer la cera protectora y por irritación y maceración crónica debidas a la humedad excesiva en el conducto externo.

Las infecciones virales que afectan al pabellón y al conducto, son principalmente virus del Herpes hominis y Varicela zoster.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

CLINICOS:

El síntoma predominante en la otitis externa difusa es el dolor de oído, acentuado con la manipulación del pabellón y especialmente a la manipulación del trago.

Otros síntomas:

- Prurito
- Leve edema peri auricular
- Pérdida de audición temporal
- Secresiones serosas o purulentas.

El edema del conducto, el eritema y la otorrea verdosa, constituyen los signos predominantes de la enfermedad aguda. La ocleración completa del canal causa gran dolor a la masticación y a los movimientos del trago.

CLASIFICACIÓN:

Esta enfermedad se puede clasificar de acuerdo al tiempo de evolución en: Aguda y Crónica.

Diagnóstico Diferencial.

- Furunculosis
- Otitis media
- Mastoiditis
- Miringitis bullosa
- Celulitis Aguda

El diagnóstico diferencial se hace principalmente con otitis media:

OTITIS EXTERNA	OTITIS MEDIA
No perforación timpánica	Tímpano perforado
Audición alterada temporalmente	Audición perdida total o parcial.
Tímpano normal	Tímpano retraído, abombado é inmóvil
Dolor a la manipulación del pabellón	Hay dolor a la presión del trago
Linfadenitis	Sin Linfadenitis
Pabellón auricular empujado hacia fuera	Pabellón auricular normal

LABORATORIO Y GABINETE.

El principal examen que se realiza es el cultivo de las secreciones.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

El tratamiento lleva como objetivo:

- Quitar el dolor
- Limpieza del canal
- Restaurar la barrera defensiva
- Prevenir infecciones

ESTADO PRE INFLAMATORIO:

El canal debe ser irrigado con solución salina tres veces al día y secar después de cada irrigación. Si no hay infección, se pueden utilizar cremas con esteroides tópicos: prednisona al 1%, betametazona al 0,5%.

Si hay infección bacteriana utilizar soluciones con antibióticos tópicos tipo neomicina o polimixina más hidrocortisona. También se pueden utilizar soluciones que contengan un amino glucósido o una quinolona.

Para el dolor se puede usar Diclofenaco potásico 0,15 o 0,20 mg por Kg de peso dosis o en su defecto, Acetaminofén 10 – 15 mg/kilo/dosis c/4-6 hrs.

CRITERIOS PARA REFERIR A UN HOSPITAL:

El único criterio aplicable es cuando un individuo presenta susceptibilidad a los brotes recurrentes.

PREVENCIÓN DE LA OTITIS EXTERNA:

- Evitar actividades relacionadas con el agua
- Utilizar tapones en los oídos al bañarse.
- Después de nadar utilizar ácido acético al 2% en canal ótico, 1-2 gotas.
- Inmediatamente después de nadar utilizar alcohol al 90-95% en el canal ótico, 1-2 gotas.

EDUCACIÓN EN OTITIS EXTERNA:

La educación del paciente está orientada especialmente en la prevención de la enfermedad, ya que está relacionada íntimamente con las actividades y el aseo personal, como bañarse, por lo cual debe aprender a utilizar los tapones en cada oído, lo mismo que aprender a instilar en sus oídos el alcohol o ácido acético después de practicar la natación o de asistir a paseos donde ha practicado el baño o la natación.

Z. ASMA BRONQUIAL. CIE- 10: -J- 45

DEFINICION:

Es una enfermedad caracterizada por disnea, tos, y Sibilancias, como resultado de una inflamación que condiciona una hiper-reactividad traqueo bronquial que cursa con grados variables de obstrucción al flujo aéreo, la cual es reversible.

CRISIS ASMÁTICA:

Es un empeoramiento progresivo en un corto tiempo de algunos o todos los síntomas relacionados con el asma.

ESTADO ASMÁTICO:

Es una crisis de asma grave desde el inicio o que empeora progresivamente y que no responde a las medidas terapéuticas habitualmente eficaces y que requieren el inicio inmediato de tratamiento bajo supervisión médica hasta su resolución.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

Las muertes relacionadas con el asma han aumentado en todas partes desde finales de los años setenta, con una prevalencia notoria entre las personas de 5 a 34 años de edad, especialmente en los países más contaminados del continente americano.

Numerosos estudios han demostrado que el asma está subdiagnosticada y diagnosticada de forma equivocada. En los niños en muchas ocasiones se diagnostica esta condición en lugar de bronquitis recurrentes o neumonías. De hecho, las infecciones respiratorias virales son la causa más común de asma, por lo que una infección viral en un niño puede causar una exacerbación de un asma que no ha sido diagnosticada.

En el ISSS los informes epidemiológicos del área infantil durante los años 2000-2001 el asma aparece únicamente en los niños menores de un año en el 14o lugar.

CLASIFICACIÓN DEL ASMA:

El asma se clasifica de acuerdo a la severidad de signos y síntomas en:

ASMA LEVE: Sibilancias de corta duración una o dos veces por semana; asintomático entre exacerbaciones; no síntomas nocturnos.

ASMA MODERADA: Síntomas semanales que afectan la actividad, el sueño, o el ejercicio, consultas ocasionales a servicios de urgencias.

ASMA SEVERA: Síntomas frecuentes que afectan y limitan la actividad física; frecuentes síntomas nocturnos; repetidas visitas a servicios de urgencias.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS:

CLINICOS:

Comprende los siguientes signos y síntomas:

1. Tos	7. Cianosis
2. Disnea	8. Hiper-resonancia
3. Sibilancias	9. Pulso paradójico
4. Espiración prolongada	10. Uso de músculos accesorios de la respiración.
5. Crisis nocturna	11. Disminución del murmullo vesicular.
6. Taquicardia	12. Aleteo nasal.

EL DIAGNÓSTICO DE ASMA SE BASA EN:

- Datos de hallazgos de historia clínica (Antecedentes familiares).
- Hallazgos de exámen clínico.
- Resultados de pruebas de la flujometría pulmonar (prueba que actualmente es de mucha utilidad diagnóstica pero el ISSS no cuenta con ella).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

El asma se debe distinguir de las siguientes patologías:

- Crup.
- Epiglotitis.
- Bronquitis.
- Aspiración de cuerpo extraño.
- Síndrome de aspiración.
- Fibrosis quística.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Intoxicación por aspirinas.
- Tuberculosis.

LABORATORIO Y DE GABINETE:

- ☑ Hemograma completo
- ☑ Rx de tórax.
- ☑ Flujoimetría pulmonar (al contar con éste recurso).

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

DEBE ESTAR ORIENTADO A:

- ☛ Mejorar la obstrucción bronquial tan pronto como sea posible.
- ☛ Tratar la hipoxemia y restablecer la función pulmonar normal o cerca de lo normal.
- ☛ Evitar nuevos episodios de crisis.

La obstrucción puede revertir mediante la administración de Beta 2 agonista por vía inhalatoria por medio de un inhalador dosis medida (IDM) o por un nebulizador. Si usamos un IDM, método más fácil y práctico, se debe utilizar una inhalocámara o espaciador de volumen que evita la descoordinación del disparo con la fase inspiratoria en el niño.

El nebulizador está indicado en las formas severas para la administración simultánea de oxígeno húmedo donde sea necesario combatir la hipoxemia. La inflamación mejora con esteroides administrados por vía oral, inhalada o endovenosa. Las vías son igualmente efectivas, pero si no hay impedimento para la vía oral, esta será preferida evitándole así un trauma más al niño. Es preferible la metilprednisolona por su mejor difusión pulmonar. El curso con esteroides será corto, entre 4 y 7 días, pudiendo continuar su administración en forma inhalada con espaciador de volumen de acuerdo con la evolución y severidad del asma.

Todo paciente después de la crisis debe continuar un monitoreo clínico y de su función respiratoria, evitando los factores desencadenantes para prevenir nuevas exacerbaciones.

CRISIS LEVES Y MODERADAS:

El primer objetivo será revertir la obstrucción y la hipoxemia, si estuviera presente.

Para combatir la obstrucción tenemos broncodilatadores de acción corta, tipo Salbutamol administrado por vía inhalatoria a través de un IDM más espaciador o de un nebulizador.

Si se utiliza el inhalador dosis medida (IDM) dos inhalaciones o disparos cada 15 ó 20 minutos en la primera hora, o una gota por cada 2 kilos de peso, de Beta 2 agonista, disueltos en 3 ml de solución salina, cada 20 minutos por el nebulizador, máximo 3 veces. Es preferible utilizar un IDM con una inhala-cámara porque es un método más sencillo, rápido y eficiente. Se debe asegurar que el IDM contiene el medicamento adecuado y no solo gas o el propelente del inhalador, lo cual

se puede comprobar de una manera sencilla y rápida, sumergiéndolo en un vaso con agua: tiene el medicamento si permanece sumergido, de lo contrario sólo tiene gas.

En caso de no disponer de un Beta 2 agonista inhalado, se puede administrar adrenalina subcutánea, 0.01 ml/ Kg/ dosis, máximo 3 dosis de 0.1ml de volumen. Si sólo hay una mejoría parcial, continuará en observación, se le adicionarán esteroides, vía oral 1 mg/ Kg/dosis, cada 6 horas, el primer día y 1-2 mg / Kg/ día, repartido cada 12 horas por 4-7 días. Regresará a su hogar en horas siguientes, una vez mejore, para control posterior. Si la crisis no mejora o es severa desde el comienzo, por factores de riesgo conocidos, se debe hospitalizar al paciente.

En algunos casos, cuando el paciente sólo tiene Sibilancias se puede prescribir Salbutamol oral, enseñándole a la madre cuando regresar, dejando cita en 5 días, y recomendar líquidos caseros abundantes.

En forma esquemática podemos establecer lo siguiente:

SITUACION DEL PACIENTE	CONDUCTA A SEGUIR
Tiene algún signo general de peligro, tiraje subcostal o estridor en reposo, cianosis y/o palidez extrema.	Refiéralo urgentemente al Hospital.
Tiene respiración rápida y Sibilancias.	Usar broncodilatador de acción rápida (Nebulizado o en aerosol con espaciador de volumen con mascarilla) cada 20 min./ No.3, luego evaluar: Continúa con respiración rápida: trate como Neumonía. No tiene respiración rápida: Salbutamol oral, cita en 5 días. Enseñarle a la madre cuando regresar. Líquidos caseros abundantes.
Solo tiene Sibilancias	Salbutamol oral, si carece de otra presentación. Enseñarle a la madre cuando regresar. Cita en 5 días, líquidos caseros abundantes.

Esquema de tratamiento broncodilatadores de acción rápida:

Adrenalina y Salbutamol oral.

MEDICAMENTO	DOSIFICACION
Salbutamol Nebulizado (5 Mg./ml)	1 gota por cada 2 Kg de peso más 3 ml de sol. Salina 0.9%. Mínimo 4 gotas, Máx. 10 gotas. Cada día o en otros casos cada 6 h. hasta controlar el espasmo.
Salbutamol aerosol de dosis medida.	1 disparo en espaciador con mascarilla. Deje que el niño respire hasta 6 veces(o esperar 20 segundos), luego el otro disparo.
Epinefrina subcutánea (1:1000=0.1%)	0.01ml por Kg de peso cada 15 minutos, máximo 3 dosis previo control médico.
Salbutamol jarabe 2mg / 5ml. Durante 2 semanas.	De 2 a 11 meses (<10 Kg) = 1.5 ml cada 6 h. De 1 a 4 años (10 a <14 Kg) = 2.5 ml cada 6 h. De = > 5años (14-19 Kg) = 5.0 ml cada 6 horas O calcular a 0.15 mg/ Kg de peso, dosis.
También se puede considerar el uso de aminofilina.	A dosis de 5mg/ Kg de peso, dosis, cada 6 horas.

Hacer una consulta de control a los 2 días y luego a las 2 semanas.

CRITERIOS DE REFERENCIA A UN HOSPITAL:

Crisis muy frecuentes (asma moderada dos ó más por mes).

- Uso diario de broncodilatadores sin mejoría clínica.
- Uso regular de corticosteroides orales en cada crisis.
- No responde a medidas terapéuticas de emergencia.
- Presencia de cianosis o acrocianosis

EDUCACIÓN A LOS PADRES DE FAMILIA:

Control del medio ambiente:

- Libre de polvo
- No animales domésticos: perros, gatos, pericos, palomas etc.
- No uso de repelentes (ejemplo: insecticidas).
- No uso de talcos o lociones.
- Evitar contacto con personas que fuman
- No cocinar con leña dentro de la habitación.
- No uso de peluches dentro del dormitorio.
- No uso de ventiladores.
- Tener al menos 2 mosquiteros para cambios frecuentes.
- Alimentación adecuada sugerida por el médico (por ejemplo: no cítricos, no chocolates, evitar el colorante amarillo, etc.).
- Cambio frecuente de cortinas en el hogar.
- Asolear el colchón diariamente.

8. RINITIS ALERGICA. CIE-10:- J- 30.4

DEFINICION

Es una inflamación de la mucosa nasal debida a mecanismos atópicos, desencadenada por una hiper-reactividad a través de una reacción vasomotora (vaso dilatación e hipersecreción), frente a un estímulo específico (reacción antígeno-anticuerpo).

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

La prevalencia de la enfermedad aumenta con la edad. En niños se estima que en un 5 a 9% de la población, presenta hallazgos positivos. Su frecuencia es máxima entre los 20- 30 años de edad.

La enfermedad está relacionada con factores climáticos, de ahí su clasificación en rinitis perenne o estacional.

En los informes del ISSS la rinitis alérgica no aparece dentro de las primeras diez causas de enfermedad infantil a nivel nacional durante el bienio 2000-2001.

ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN:

Los agentes etiológicos son casi siempre inhalantes y excepcionalmente alimentos.

Los más frecuentes son pólenes. Otros son: polvo de casa, pelos, cloro de las piscinas, caspa, plumas de animales, y hongos.

De acuerdo al agente etiológico, se clasifican en dos variedades:

RINITIS ALÉRGICA ESTACIONAL:

Se presenta en forma periódica, de acuerdo a la estación climática, así tenemos:

- ☛ **Primaveral:** debido a pólenes. También conocida como rinitis polínica, polinosis o fiebre del heno.
- ☛ **Verano:** Debida a hiervas y mohos.
- ☛ **Otoño:** Ambrosia (flor amarilla de olor suave)

RINITIS ALÉRGICA PERENNE:

Se presenta en cualquier época del año. No tiene periodicidad. Los agentes involucrados son: polvo doméstico, plumas y caspa de animales.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

CLINICOS:

1. Prurito nasal. A veces extendido a paladar, faringe y ojos.
2. "Saludo alérgico". Movimiento constantes, estereotipado e inconsciente; de la palma de la mano o el dorso, al rascarse la nariz por el prurito en forma intensa y mantenida.
3. Rinorrea acuosa o serosa. Moco claro y filante.
4. Estornudos aislados o en salvas. A veces muy ostentosos.
5. Obstrucción nasal en forma constante.
6. Respiración, es preferentemente oral.
7. Otros síntomas: lagrimeo persistente (epifora), cefalea, epistaxis, o anosmia.
8. Hallazgos típicos al examen físico:
 - ☛ Mucosa nasal edematosa, húmeda y pálida.
 - ☛ Conjuntivas oculares enrojecidas.
 - ☛ Nariz: puede mostrarse deformada, con las fosas nasales ensanchadas y dirigidas hacia delante.
 - ☛ Ojos: Típicas ojeras o pliegues oscuros subpalpebrales debido a un fallo crónico del drenaje linfático de dicha zona.
9. Pólipos nasales, más frecuentes en los adultos.

OTROS CRITERIOS DE DIAGNÓSTICOS:

- ☛ Antecedentes familiares de enfermedad alérgica.
- ☛ Hallazgos por exámen físico.
- ☛ Datos de Laboratorio
- ☛ Pruebas cutáneas positivas.

LABORATORIO:

- Hemograma completo,
- Frotis de sangre periférica,
- Frotis de secreción nasal (moco nasal) para determinación y conteo de eosinófilos.

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES:

- ☛ Sinusitis
- ☛ Otitis media serosa
- ☛ En casos crónicos: Hipoacusia, Anosmia.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION.

MEDIDAS GENERALES:

Control ambiental:

Eliminación de la exposición al alérgeno sospechado:

- ☛ Control del polvo de la casa. Atención especial a la habitación del niño.
- ☛ Evitar contacto con animales domésticos.
- ☛ Evitar la humedad del suelo, para control de hongos domésticos. Uso de deshumidificadores y aire acondicionado con filtros eficientes.
- ☛ Preparación de recámara libre de polvo
- ☛ Cúbrase el colchón y la almohada con material no antigénico impermeable (plástico o tela de hule).
- ☛ Quitar todos los tapetes, las cortinas, colchas, u otros materiales productores de partículas volátiles; y todos los adornos u otros objetos que no se puedan limpiar con facilidad. Las sábanas deben ser de material sintético, si es posible.
- ☛ Solear el colchón.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO:

Antihistamínicos- anti alérgicos:

- ☛ Cetirizina: 0,2 Mg/Kg./dosis, cada 12 ó 24 horas. Máximo 10mg/ día. Se puede prescribir a niños menores de 2 años.
- ☛ Loratadina: 0,2 Mg./Kg./día, una vez al día. Máximo 10 mg/ día. Manejo por el pediatra haciendo uso de la presentación en tabletas.
- ☛ Ketotifeno: 0.1Mg./Kg./dosis, cada 12 horas. Manejo por el pediatra haciendo uso de la presentación en tabletas.

El tratamiento será por tres meses.

Evaluar el uso de esteroides intranasales, según indicación específica por pediatra.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Medidas generales para control ambiental en niños con antecedentes familiares de enfermedad alérgica. No exponer al niño a cambios bruscos de temperatura.

REFERENCIAS:

Pacientes que no responden al tratamiento deben referirse con el especialista en alergias.

9. BRONQUITIS. CIE- 10: J-20

DEFINICION:

Inflamación de la mucosa bronquial, que resulta en tos productiva.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

De acuerdo a los informes reportados al programa de atención infantil del ISSS la bronquitis aguda se ubicó dentro de las diez primeras causas de morbilidad durante los dos últimos años de la siguiente manera:

GRUPO DE EDAD	2000	2001
Menor De un año	3°	4°
1 a 4 años	3°	5°
5 a 6 años	4°	5°

CLASIFICACIÓN:

- ☛ **BRONQUITIS AGUDA CATARRAL**
- ☛ **BRONQUITIS ESPÁSTICA**
- ☛ **BRONQUITIS A REPETICIÓN**

BRONQUITIS AGUDA CATARRAL:

Proceso agudo consistente en la inflamación del sistema canalicular bronquial que afecta a bronquios de gran calibre con producción de edema e hipersecreción mucosa, que se traduce en un síntoma capital: La tos.

La traquea esta casi siempre afectada, por lo que sería más correcto emplear el término de traqueo bronquitis.

Se presenta con mayor frecuencia en la edad escolar que en la primera infancia y es uno de los cuadros más frecuentes en el consultorio pediátrico. Puede ser causada por diversas bacterias (Neumococos y el Haemophylus) y virus (es mucho mayor el número de virus responsables los cuales facilitan el camino a la colonización bacteriana secundaria; diversos agentes físicos o químicos, inhalados o ingeridos pueden igualmente originarla.

Existen también las bronquitis acompañantes de numerosas enfermedades sistémicas tanto víricas como bacterianas, tales como: Sarampión, Gripe, Varicela, Rubéola, tos ferina, etc.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Van precedidas, por lo general, de una infección de vías respiratorias superiores, anunciada por una tos de comienzo gradual, seca y no productiva acompañada en ocasiones de molestias retroexternales bajas; la temperatura puede ser normal o discretamente elevada, al progresar la enfermedad, la tos se hace productiva, no son raros los vómitos por la intensidad de la tos.

HALLAZGOS FÍSICOS:

En las fases precoces, sin hallazgos auscultatorios, en etapas más avanzadas, abundantes roncus con murmullo vesicular rudo, las complicaciones son excepcionales en niños sanos; en cambio en pacientes mal nutrido o defensas bajas pueden aparecer neumonías o atelectacias.

Los niños con episodios repetidos de BAC deben ser estudiados con el objeto de descartar déficit inmunitario, TB, cuerpos extraños, proceso alérgico, bronquiectasias, hipovitaminosis D, Cardiopatías congénitas o infecciones de vías aéreas superiores (sinusitis, adenoiditis) sin olvidar fibrosis quística, Síndrome de los cilios inmóviles, discinesia traqueo bronquial.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCIÓN.

- ☛ Reposo en cama.
- ☛ Si esta febril bajar temperatura por medios físicos.
- ☛ Líquidos orales abundantes.
- ☛ Drenaje postural
- ☛ Uso de mucolítico: Ambroxol 2 mg/kg/día, cada 8 horas.
- ☛ En caso de toses irritativas no productivas es opcional el empleo de Dextrometorfan: 0.2 – 0.5 mg./Kg/dosis, c/8 horas. Usar en niños mayores de 2 años.
- ☛ Los antimicrobianos se usarán según casos individuales:
- ☛ Amoxicilina a dosis de 40 – 50 mg/kg/día, dividido cada 8 horas.
- ☛ Claritromicina a dosis de 15mg/Kg/día c/12 horas.
- ☛ El tratamiento debe ser por 7 a 10 días.

BRONQUITIS ESPÁSTICA:

Es un proceso inflamatorio agudo del árbol bronquial que asienta de forma preferente a nivel de los bronquios de mediano calibre y que se caracteriza, desde el punto de vista patogénico por edema, hipersecreción de moco y espasmo de la musculatura lisa bronquial. El proceso incide fundamentalmente en lactantes y niños hasta los 2 o 3 años de edad y tiende a aparecer con carácter recidivante.

ETIOLOGÍA:

Los virus son los responsables de la mayoría de las reacciones espásticas en niños menores de 2 años: rhinovirus, adenovirus, virus de la influenza y virus sincitial respiratorio son los más frecuentes y en menor frecuencia enterovirus y aún más raros mixovirus de la gripe. Entre las bacterias, las aisladas con mayor frecuencia: Haemophilus influenzae, Neumococo y Estafilococo. Otros factores etiológicos incluyen perturbaciones climáticas, cambios bruscos de temperatura, contaminación ambiental y factores emocionales.

TRATAMIENTO:

- ☛ Líquidos orales abundantes
- ☛ Ambroxol 2mg/kg/día, cada 8 horas.
- ☛ Para Sibilancias utilizar Salbutamol en aerosol con espaciador de volumen (idealmente) o en su defecto Salbutamol oral como se recomienda en ASMA.
- ☛ Si hay sospecha de infección bacteriana, utilizar antibioticoterapia como se recomienda para el niño con bronquitis aguda catarral.

BRONQUITIS A REPETICIÓN:

Por bronquitis a repetición o recurrente entendemos como la afección de los bronquios de mediano y pequeño tamaño en forma de episodios agudos, preferentemente obstructiva y habitualmente infecciosas, intercaladas con periodos asintomáticos o de sintomatología atenuada.

Para establecer el diagnóstico se precisa la existencia de 4 o más episodios anuales (tos con o sin expectoración, disnea, fiebre).

La mayor frecuencia aparece en niños de edad entre 1 y 5 años, siendo superior en los que habitan en áreas urbanas o con contaminación industrial y en condiciones socioeconómicas desfavorables.

TRATAMIENTO.

El manejo del niño se basa en dos componentes importantes:

- a. Abordaje de la enfermedad condicionante, que está relacionado con su naturaleza.
- b. El tratamiento del episodio bronquial agudo y su prevención.

Para el tratamiento de infecciones respiratorias de vías altas (adenoiditis, sinusitis, etc.) habitualmente se realiza con antibioticoterapia. El tratamiento sintomático (fiebre, tos Expectoraación) tiene el mismo fundamento que el comentado en bronquitis aguda catarral. Incluir en el manejo también el drenaje postural.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

10. DENGUE Y DENGUE HEMORRAGICO.

CIE-10 : A- 90

DEFINICION:

El dengue es una arbovirosis causada por cualquiera de cuatro virus estrechamente relacionados pero que no proveen inmunidad cruzada.

Una persona puede infectarse hasta cuatro veces, una vez con cada uno de los serotipos. Los virus de dengue son transmitidos en el ambiente doméstico de persona a persona por el mosquito *Aedes aegypti*. Para el estudio del dengue es necesario identificar sus diferentes categorías:

1- DENGUE CLASICO :

El dengue clásico se caracteriza por el comienzo agudo de fiebre alta, dolor de cabeza frontal, dolor retro-orbitario, mialgias, artralgias, náuseas, vómitos, y a menudo erupción maculopapular. Además, muchos pacientes pueden notar alteraciones en el gusto. Los síntomas tienden a ser más leves en los niños que en los adultos, y la enfermedad puede confundirse clínicamente con la influenza, el sarampión o la rubéola (sarampión alemán). Las manifestaciones de la enfermedad pueden variar en intensidad, desde pasar desapercibidas hasta los síntomas descritos anteriormente. La fase aguda, que dura hasta una semana, es seguida por un período de convalecencia de 1 a 2 semanas, caracterizado por debilidad, malestar y anorexia. El tratamiento hace énfasis en el alivio de los síntomas.

DENGUE CLASICO CON MANIFESTACIONES HEMORRAGICAS.

Dengue clásico que durante o al final del período febril presente epistaxis, petequias, otras manifestaciones hemorrágicas leves, con o sin plaquetopenia y **sin signos de extravasación de plasma.**

2- DENGUE HEMORRAGICO (DH) O FIEBRE HEMORRAGICA POR DENGUE.

Toda persona que presente los siguientes síntomas y signos:

- ☛ Fiebre aguda o antecedentes de ella.
- ☛ Acompañamiento de por lo menos una de las siguientes manifestaciones hemorrágicas: petequias, equimosis, hemorragia de mucosas, gastrointestinal, urinaria, o en sitio de venopunción, o prueba de torniquete positivo.
- ☛ Recuento plaquetario menor o igual a 100,000/mm³.

- Extravasación de plasma manifiesto por uno o más hallazgos: hemoconcentración (aumento del hematocrito en 20% esperado para la edad), incremento de la relación entre el valor del hematocrito y la hemoglobina, arriba de 3.2 (no obstante debe tenerse cuidado con éste signo porque este valor supone que los eritrocitos son normocíticos-normocrómicos), derrame pleural, ascitis, e hipoalbuminemia.

3- SINDROME DE CHOQUE POR DENGUE (SCD).

Dengue hemorrágico (DH) con signos de falla circulatoria manifestada por dos o más de los siguientes signos y síntomas: hipotensión, pulso rápido y débil, piel fría y húmeda, y alteraciones del estado mental.

EPIDEMIOLOGIA

En la década de los años sesenta posterior a intervenciones contra *Aedes aegypti*, se logró la erradicación de éste vector del dengue, certificándose en 1965, internacionalmente, e El Salvador como país libre de *Aedes aegypti*. Posteriormente se volvió a reinfestar y en 1978-79 se evidenció un brote de 18,004 y 23,207 casos de dengue clásico respectivamente, encontrándose como serotipo del virus del dengue circulante el DEN-1 y el DEN-4.

- En 1987 se registraron 2836 casos de dengue clásico y 78 de dengue hemorrágico, encontrándose la circulación del DEN-2 del virus cepa americana (Puerto Rico); éste fue el primer brote de dengue hemorrágico en El Salvador.
- En 1990 se descubrió la circulación del serotipo DEN-4 del virus.
- En 1995 nuevas investigaciones dieron a conocer la circulación del DEN-3 del virus del dengue, cepa SRI-Lanka, altamente virulenta. Se produjo una epidemia de aproximadamente 10,000 casos, de los cuales solo 625 se confirmaron por laboratorio.
- En los siguientes años la incidencia de casos fue la siguiente:
- En 1996, 794 casos de dengue clásico y un caso de hemorrágico.
- En 1997, 396 casos de dengue clásico y ninguno hemorrágico.
- En 1998, 1686 casos de dengue clásico y dos hemorrágicos.
- En 1999, 556 dengues clásico y 70 hemorrágicos. Se reporta la circulación del serotipo DEN-2 del virus.
- En el año 2000, se presenta una epidemia con 2837 casos de dengue clásico y 409 de dengue hemorrágico confirmados por laboratorio; en ésta ocasión el DEN-2 fue el serotipo circulante.

CLASIFICACIÓN DE CASOS:

1. Probable: Una enfermedad febril aguda con dos ó más de las siguientes manifestaciones:

- ☛ Dolor de cabeza
- ☛ Dolor retro-orbitario
- ☛ Mialgia
- ☛ Artralgia
- ☛ Rash
- ☛ Manifestaciones hemorrágicas
- ☛ Leucopenia y soporte serológico:
 - Anticuerpos de inhibición de la hemoaglutinación = o > de 1280; comparable IgG (ELISA).
 - Anticuerpos IgM en fase aguda o de convalescencia.

2-Confirmado: Por criterio de laboratorio.

3-Reportable: Algún caso probable o confirmado.

CLINICA Y TRATAMIENTO

Por el tipo de prestación que otorga el ISSS al niño, la atención pediátrica deberá ser ambulatoria. Esta a su vez será de 2 modalidades:

1) Manejo ambulatorio en consultorio, y

2) Manejo en unidades de dengue, que para tal efecto serán instaladas en unidades médicas que cuenten con pediatra, enfermeras, y apoyo de laboratorio clínico.

En general el **manejo ambulatorio** se realizará ante un caso con las siguientes características: Sospecha de dengue sin signos de alarma, sin sangramientos, sin riesgo social, paciente tolera vía oral, buena hidratación.

Manejo en consultorio:

En esta etapa, descartar y tratar otras morbilidades diferentes al dengue: resfriado común, amigdalitis, bronquitis, otitis, infección gastrointestinal, infección urinaria, etc. En cualquiera de estos casos:

- ☛ Continuar alimentación normal, líquidos orales abundantes.
- ☛ Control de la fiebre: medios físicos y Acetaminofén 10mg/Kg/dosis cada 4 o 6 horas según malestar o fiebre.

- ☛ No administrar pirazonas, AINES, ni aspirina.
- ☛ Proporcionar tratamiento específico según patología diagnosticada.
- ☛ Instruir sobre signos de alarma, aún cuando el caso oriente a otra morbilidad diferente del dengue.

MANEJO EN UNIDAD DE DENGUE:

Ante la sospecha de dengue clásico, el niño se derivará a una UNIDAD DE DENGUE, en donde se le dispensarán las siguientes medidas:

1. Se recomendará una alimentación normal y líquidos orales abundantes.
2. Suero oral a libre demanda
3. Control de la fiebre, proporcionando Acetaminofén a dosis de 10 mg/Kg/ dosis cada 4 o 6 horas, y si es necesario utilizar medios físicos.
4. Observar frecuencia respiratoria
5. Medir tensión arterial y frecuencia de pulso cada 6 horas (guiarse por la tabla de valores esperados para la edad del niño).
6. Realizar prueba de Lazo
7. Hemograma completo al ingreso.
8. Conteo de plaquetas
9. Tomar muestra de sangre para medición de niveles de IgM de dengue, entre los días 6 y 10 después del inicio de síntomas y enviarla al laboratorio correspondiente.
10. Identificar signos de alarma:
 - ☛ Dolor abdominal progresivo y sostenido.
 - ☛ Vómitos frecuentes persistentes
 - ☛ Irritabilidad/ somnolencia
 - ☛ Decaimiento y frialdad de extremidades
 - ☛ 11. Llenar la hoja de estudio de caso.

REFERENCIAS

Ante la presencia de signos de alarma u otro criterio médico el niño deberá referirse a un **hospital de 2º nivel ó al hospital de niños Benjamín Bloom** de acuerdo al área geográfica donde se encuentre la Unidad Médica. Los hospitales a donde se puede referir niños son: Neumológico, Zacamil, San Bartolo, ó Benjamín Bloom En el interior del país los niños deben referirse a hospitales del MSPAS.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

1. Al darse de alta al niño se le proporcionará a la madre o al acompañante, las mismas indicaciones descritas anteriormente, incluyendo reevaluación cada 24 o 48 horas según el caso.
2. Recomendar la abatización en el domicilio del paciente.
3. Evitar o eliminar criaderos de zancudos.
4. Proteger a la familia de picaduras de zancudos con uso de mosquiteros y repelentes.

Técnica de la prueba de Lazo

Se insufla el manguito de presión sanguínea hasta un punto intermedio entre la presión sistólica y diastólica durante 5 minutos. Después de desinflado espere que la piel regrese a su coloración normal y luego cuente el número de petequias visibles en un área de una **pulgada cuadrada** en la superficie ventral del antebrazo; 20 o más petequias en ésta área constituye una prueba **positiva**.

VALORES NORMALES DE LOS SIGNOS VITALES EN LOS NIÑOS

(Fuente: MSPAS)

VALORES NORMALES DE FRECUENCIA CARDIACA

EDAD	LIMITE INFERIOR	LIMITE SUPERIOR
Recién Nacidos	140	160
1- 11 meses	120	140
1-2 años	110	130
3-4 años	100	120
5-6 años	100	115
7-11 años	90	110
12-14 años	85	105

VALORES NORMALES DE HEMATOCRITO-HEMOGLOBINA

EDAD	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO
Recién Nacidos	15 -17	45-51
Niño de 1 mes	10.5	33
Niño de 2 meses	9.5	28
Niño de 6 meses	10.5	31
Niños de 2 a 6 Años	11.5	34

VALORES NORMALES DE FRECUENCIA RESPIRATORIA

EDAD	VALOR
0-2 Meses	40-60
3-11 Meses	30-50
1-2 Años	35
3-8 Años	25

VALORES NORMALES DE TENSION ARTERIAL

EDAD	VALOR
Recién Nacidos	60-40
Niño de 6 Meses	70-50
Niño de 2 años	90-60
Niño de 4 años	95-65
Niño de 8 años	100-70

VALORES DE TEMPERATURA:

Temperatura axilar, hay fiebre a los 37,5 °C, hay **fiebre alta** a los 38.5°C.

11. DIARREA CIE-10: A - 09

DEFINICION:

Es la pérdida de heces menos consistentes, más aguadas y generalmente más frecuentes, con mayor volumen diario que el habitual para un individuo en particular. Puede ser con agregados de mucus, pus o sangre.

Sinónimos: Síndrome diarreico agudo (SDA), Enteritis aguda, Gastroenteritis aguda (GEA), o Enfermedad Diarreica Aguda (EDA).

Etiología:

1. Dieta
2. Inflamación o irritación de la mucosa gastrointestinal.
3. Infecciones gastrointestinales: víricas, bacterianas, micóticas.
4. Fármacos.
5. Trastornos síquicos.
6. Enfermedad extra-gastrointestinal (diarrea parenteral).
7. Afecciones anatómicas o mecánicas.
8. Infestaciones parasitarias (Giardiasis, amibiasis, ascaridiasis).

Etiología bacteriana:

- ☛ Escherichia coli enterotoxigénica (ECET)
- ☛ Escherichia coli entero patógena (ECEP)
- ☛ Escherichia coli entero invasora (ECEI)
- ☛ Escherichia coli entero adhesiva (ECEA)
- ☛ Escherichia coli productora de toxina de Shiga (ECTS)
- ☛ Shigella
- ☛ Salmonella no tífica.
- ☛ Campylobacter yeyuni
- ☛ Otros: Yersinia, Aeromonas, Clostridium, Estafilococo, Pseudomonas, Vibrios, Klebsiella, Proteus, Edwarsiella

Etiología Viral:

- ☛ Rota virus
- ☛ Clásicos: Entero virus, Adenovirus, etc.
- ☛ Otros: Picornavirus, Astro virus, Agente Norwalk.

Etiología parasitaria:

- ☛ Amiba histolytica
- ☛ Giardia lamblia
- ☛ Tricocéfalos
- ☛ Otros: Balantidium, Isospora.
- ☛ Etiología micótica: Como consecuencia de tratamiento previo con antibióticos, Inmunosupresión: Cándida albicans.

EPIDEMIOLOGIA

Enfermedad común durante toda la infancia. En los lactantes menores la dieta es la causa más frecuente. En los lactantes mayores y niños de mayor edad, la causa más común o frecuente es la infección.

Comportamiento de la diarrea en el ISSS.

Durante los últimos dos años (2000 y 2001) la diarrea como causa de consulta ocupó los siguientes lugares:

GRUPO DE EDAD	2000	2001
Menores de un año:	2°	2°
De 1-4 años:	2°	4°
De 5-6 años:	5°	6°

Cuadro Clínico:

La diarrea se acompaña habitualmente de vómitos, rechazo alimentario, grados variables del compromiso del estado general, aumento de la temperatura.

Sus **complicaciones** son:

- ☛ Deshidratación con grados variables
- ☛ Desequilibrio hidroelectrolítico
- ☛ Convulsiones
- ☛ Alteraciones del nivel de conciencia
- ☛ Hipoglucemia o hiperglicemia
- ☛ Las cepas ECEP, ECEA, producen diarrea persistente.
- ☛ La cepa ECTS, produce Síndrome urémico hemolítico.

Exámenes de Laboratorio:

- ☛ General de heces
- ☛ Coprocultivo
- ☛ Directo de heces.
- ☛ Rota virus en heces.
- ☛ Prueba de azul de metileno (estudio del moco fecal).
- ☛ Hemograma
- ☛ Sustancias reductoras en heces(descartar deficiencia de disacaridasas)
- ☛ General de orina y Urocultivo (descartar diarrea parenteral).

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

Tratar la diarrea en casa:

Enseñar a la madre las 3 reglas del tratamiento en la casa: darle más líquidos, continuar alimentándolo y cuando regresar.

Darle más líquidos (todo lo que el niño acepte), significa darle pecho con más frecuencia y durante más tiempo cada vez. Darle uno o varios de los siguientes líquidos:

Suero oral, líquidos caseros sin azúcar como: agua de arroz, agua de coco, atoles, refrescos naturales. O agua potable.

Si la diarrea empeora y el niño no puede volver al servicio de salud, es especialmente importante dar SRO si la diarrea empeora.

Enseñar a la madre a preparar y a dar suero de rehidratación oral.

Entregarle 3 sobres de suero oral para usar en casa

Mostrar a la madre la cantidad de líquido que debe darle al niño en casa, además de los líquidos que le da habitualmente:

Menor de un año, de 50-100 ml después de cada evacuación acuosa (2 a 4 onzas).

Mayor de un año, de 100 a 200 ml después de cada evacuación acuosa (4 a 6 onzas)

Dar las siguientes instrucciones a la madre:

- ☛ Administrar frecuentemente pequeños sorbos de líquidos con una taza y cuchara.
- ☛ Si el niño vomita, esperar 10 minutos y después continuar pero más lentamente.
- ☛ Continuar dando líquidos hasta que la diarrea pare.
- ☛ Continuar alimentándolo.
- ☛ Regresar si presenta: vómitos persistentes, deshidratación, fiebre, diarrea con sangre.
- ☛ Buscar un hospital si: convulsiona, cuadro diarreico igual o peor.

Uso de antibióticos:

Utilizar antibióticos cuando el cuadro clínico se caracterice por: fiebre, mucus positivo, diarrea con sangre, azul de metileno positivo (más de 10 leucocitos por campo)

Así mismo es necesario el aislamiento bacteriano.

Los antimicrobianos a utilizar son:

Trimetoprim/ sulfam: 8 a 12 mg/40-60 Mg por Kg de peso día, repartido cada 12 horas, por 5 días.

Amoxicilina a 50 mg/Kg/ día, repartido cada 8 horas, por 7 días.(Usar con cautela para tratamiento de diarrea).

Amikacina sulfato, a 15-22.5 mg/Kg/ día, repartido cada 12 horas, por 5 días. Es necesario contar con respaldo de Coprocultivo y únicamente para uso por pediatra.

Otra opción puede ser el uso de la gentamicina sulfato a 7-10 mg/Kg/ día, diariamente, por 5 días.

Si en un general de heces se reportara con hifas de *Cándida*, se tratará con nistatina hasta los 3 años de edad, 2 goteros 4 veces al día (presentación de 100,000 UI/ml).

EDUCACION PARA LA SALUD

- ☛ Uso adecuado de la letrina
- ☛ Manipulación higiénica de los alimentos y el agua.
- ☛ Prestar atención cuidadosa a la higiene personal
- ☛ Cumplir el tratamiento indicado.
- ☛ Uso de utensilios personales.
- ☛ Explicar las complicaciones a los padres o acompañantes.

12. AMIBIASIS INTESTINAL. CIE-10: A-06

DEFINICION

Infección del colon causada por Entamoeba histolytica.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

En forma general se considera que el 12% de la población mundial está infectada.

Existen dos formas de amiba: la de trofozoito y la forma quística.

El primero es la forma parasitaria y se aloja en la luz intestinal. El quiste es la forma infecciosa del parásito, resiste los cambios ambientales, y puede propagarse en forma directa por contagio interhumano, como indirecta por el agua y la comida.

En el ISSS durante los años 2000 y 2001 no se reportaron casos de amibiasis en menores de un año. En niños de 1-4 años los casos se ubicaron en el 10º lugar en ambos años, y en niños de 5-6 años en el noveno.

Factores de Riesgo:

- ☛ Malas condiciones ambientales
- ☛ Frutas y vegetales contaminadas con heces humanas, o lavadas con agua contaminada, o que son manipuladas por portadores asintomáticos de quistes.
- ☛ Ingesta de agua contaminada.
- ☛ Inadecuada disposición de excretas.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

CLINICOS:

Se acompaña de diarrea alternando con estreñimiento, flatulencia y dolor abdominal de tipo espasmódico, pujo y tenesmo. En ocasiones se aprecia una zona de hiperestesia sobre el hígado y colon ascendente y pueden detectarse moco y sangre en las heces. **La disentería amibiana** se caracteriza con episodios de heces líquidas y semilíquidas que a menudo contienen sangre, pocos de moco y trofozoitos activos; en ocasiones febrículas, y en períodos de íntercrisis aumenta la caquexia y anemia, pero disminuye la intensidad de los síntomas.

El cuadro a veces es asintomático.

Complicaciones:

- ☛ Amibiasis hepática
- ☛ Absceso hepático
- ☛ Apendicitis subaguda
- ☛ Diseminación hematogena a pulmón, cerebro y a otros órganos.

DIAGNÓSTICO LABORATORIO:

Se confirma con la demostración de amiba en las heces a través de examen directo o general de heces.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION.

Asintomático (quistes o forma intraluminal)

Furoato de diloxanida 10 a 20 mg/Kg/ día dividido en tres dosis, por 10 días.

Infección Leve y Moderada.

Metronidazole en suspensión: 35 a 50 mg/ Kg / día, en tres dosis, por 10 días.

En caso de que exista dolor se podrá prescribir propinoxato en gotas a dosis de 1 gota/ Kg de peso/ dosis, cada 8 horas, sin excederse de 10 gotas por dosis.

REFERENCIA:

Paciente que presentan las siguientes complicaciones:

- ☛ Deshidratación severa.
- ☛ Desnutrición severa.
- ☛ Amibiasis con diarrea de alto gasto que no tolera la vía oral.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

- Educación de la población en general en materia de higiene personal, en particular la eliminación sanitaria de las heces y el lavado de las manos después de la defecación y antes de preparar o ingerir alimentos.
- Eliminación de las heces humanas en forma sanitaria.
- Protección de los abastecimientos públicos de agua potable de la contaminación por heces.
- Lavado escrupuloso de alimentos principalmente frutas y verduras.
- Limpieza y corte de uñas.

13. GIARDIASIS. CIE-10 : A - 07.1

DEFINICION:

Infección del intestino delgado, principalmente el duodeno, producido por Giardia lamblia, un protozoo flagelado.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Es la infección intestinal producida por protozoo más frecuente en niños en todo el mundo. Es endémica a nivel mundial. En guarderías la tasa de infección es mayor del 50%.

La transmisión de una persona a otra ocurre por transferencia de los quistes de las heces de un individuo infectado por el mecanismo mano-boca, especialmente en instituciones y centros de atención infantil.

Los brotes localizados a veces surgen por ingestión de quistes en el agua contaminada con heces y, con menor frecuencia, por alimento contaminado por ellas.

En el ISSS la giardiasis durante los años 2000 y 2001 ocupó los siguientes lugares por grupo de edad:

GRUPO DE EDAD	2000	2001
Menores de un año	0	0
1 a 4 años	12°	12°
4 a 6 años	13°	15°

Factores de Riesgo:

Ingestión de agua contaminada, hacinamiento, alimentos contaminados.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS:

CLINICOS:

Los síntomas se desarrollan de 1-2 semanas después del inóculo, como: náuseas, eructos, fiebre leve y escalofríos, flatulencia, dolor epigástrico, calambres abdominales, heces diarreicas blandas y esteatorreicas, con moco pero sin sangre ni leucocitos, con olor fétido. Produce Síndrome de mal absorción con pérdida de peso.

Puede presentarse de forma asintomática, o con parasitosis múltiple (amibiasis y helmintos).

LABORATORIO Y GABINETE:

Examen general de heces para la identificación de trofozoitos en forma de "pera", o los quistes ovoides. En caso de sospecha clínica con examen de heces negativo, ordenar 2 exámenes más en forma seriada cada día.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION.

Metronidazole 15-35 mg/Kg 3 ves al dia, por 7 días.

En quistes se puede utilizar Albendazole en dosis de 10mg/Kg /dosis única/día, por 5 días con receta justificada. En niños menores de 10 Kg no sobrepasar los 200 mg/ día. En mayores de 10 Kg no exceder los 400 mg.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

- ☛ Educar sobre higiene personal a las familias, miembros del personal y residentes de instituciones, especialmente el personal de las guarderías o jardines infantiles, en cuanto a la necesidad de lavarse las manos antes de manipular alimentos, de comerlos, y después de defecar.
- ☛ Tratar el agua de consumo para descontaminarla.

14. OXIURIASIS O ENTEROBIASIS. CIE-10: B- 80

DEFINICION:

Infestación intestinal producida por *Enterobius vermicularis*.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

Es el parásito más frecuente que afecta a los niños en un 20%, y en los niños institucionalizados puede alcanzar hasta un 90%.

Los huevos infectantes pueden ser transmitidos directamente por las manos, del material que es llevado del ano a la boca de la misma persona o de otra persona, o de manera indirecta a través de prendas de vestir, ropa de cama, alimentos u otros artículos contaminados con los huevos del parásito.

En nuestra institución la oxiuriasis está incluida dentro del diagnóstico de parasitosis intestinal, y en los años 2000 -2001, se ubica dentro de las primeras causas de consulta de la forma siguiente:

En menores de un año entre 8º y 10º lugar; en los de 1 a 4 años entre 5º y 6º lugar; y en los niños de 5 a 6 años en el tercer lugar.

Esta situación es similar para todas las parasitosis conocidas también como "helmintiasis intestinal".

Factores de Riesgo:

- ☛ Malos hábitos higiénicos
- ☛ Uso de ropa de cama de personas infestadas.
- ☛ Ingesta de agua contaminada.
- ☛ Mala disposición de excretas

Cuadro Clínico, Signos y Síntomas.

La mayoría no presenta signos o síntomas, pero algunos presentan prurito peri anal y desarrollan excoriaciones en ésta área por el rascado persistente. La vaginitis en niñas pequeñas puede ser debido a irritación por oxiuros. Además puede haber dolor abdominal e insomnio.

Diagnóstico:

- ☛ Examen general de heces. El cual generalmente es negativo porque los huevecillos se encuentran en el margen anal.
- ☛ Prueba de Graham. Los huevecillos se obtienen mediante la aplicación en los pliegues cutáneos peri anales de una tira de cinta adhesiva transparente (cinta Scotch).

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

- ☛ Mebendazole 100 mg dosis única. Repetir el tratamiento en 2 semanas. No usar en menores de 6 meses.
- ☛ Albendazole en suspensión 400 mg dosis única. En el menor de un año dosificar a 10 mg/kg de peso.
- ☛ Repetir el tratamiento en 2 semanas.
- ☛ Proporcionar tratamiento simultáneo de toda la familia si varios de sus miembros están infectados.

Educación en salud.

- ☛ Educar a la población en lo que concierne a higiene personal, particularmente en cuanto a lavarse las manos antes de comer o preparar alimentos.
- ☛ Mantener cortas las uñas y no debe rascarse la región anal desnuda ni morderse las uñas.
- ☛ Baño en ducha, u otro procedimiento que evite el uso de tina.
- ☛ Cambio frecuente de ropa interior y sábanas; no sacudirlas para evitar dispersión de huevecillos.

15. TRICHURIASIS. CIE-10: B -79

DEFINICION

Infección del intestino grueso causada por *Trichuris trichiura*.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

El modo de transmisión es indirecto, particularmente por ingestión de tierra (pica) o de verduras contaminadas; no se transmite directamente de una persona a otra. Los huevos expulsados con las heces necesitan 10-14 días, como mínimo, en la tierra húmeda y caliente para que se tornen infectantes.

Se encuentra sobre todo en países tropicales y subtropicales, la infección aparece tras la ingestión de huevecillos incubados en la tierra. La larva eclosiona en el intestino delgado, migra hacia el colon e introduce su porción cefálica en la mucosa.

Esta helmintiasis intestinal se ubica en el mismo lugar entre las primeras causas de morbilidad infantil que enterobiasis. Ver oxiuriasis.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

CLINICOS:

Solamente una infección masiva produce síntomas, como dolor abdominal, diarrea, y distensión leve, y si la carga parasitaria es extrema puede producir pérdida hemática.

En los niños con grandes cantidades de tricocéfalos pueden producirse prolapso rectal, dedos hipocráticos, hipoproteinemia, anemia y retardo del crecimiento.

LABORATORIO Y GABINETE:

El descubrimiento de los huevecillos característicos en forma de "barril" en las heces establece el diagnóstico.

Puede haber eosinofilia de leve a moderada.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

El fármaco de elección es el mebendazol, 100 mg 2 veces al día por 3 días.

Como alternativa se puede utilizar Albendazole 400 mg dosis única. En niños menores de 10 Kg proporcionar 200 mg. En términos generales está contraindicado el uso de Mebendazole en menores de 6 meses.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

- Educar a todos los miembros de la familia, particularmente a los niños, respecto al uso de los retretes.
- Contar con los medios adecuados para eliminar las heces.
- Fomentar hábitos de higiene personal.
- Evitar la ingestión de tierra, para lo que se lavarán minuciosamente las verduras u otros alimentos que puedan contener tierra.

16. ESTRONGILOIDIASIS CIE-10: B-78

DEFINICION

Infección del duodeno y la porción superior del yeyuno, causada por *Strongyloides stercoralis* que cursa principalmente con dolor abdominal y eosinofilia.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Enfermedad endémica en los trópicos y de pésimas condiciones sanitarias, también en climas templados e instituciones donde la higiene personal es inadecuada y están superpobladas.

Su modo de transmisión se caracteriza por la presencia de larvas infectantes (filariformes), que se desarrollan en las heces ó en la tierra húmeda contaminada con excrementos, penetran por la piel, llegan a la circulación venosa y son llevadas a los pulmones.

El gusano adulto, una hembra partenogénica, vive dentro del epitelio de la mucosa del intestino, en especial del duodeno, sitio en que deposita sus huevos.

Los humanos son el reservorio principal de *S. stercoralis*; hay transmisión ocasional solamente de algunas cepas caninas y felinas a humanos.

En el Instituto, la estrongiloidiasis como parasitosis intestinal, se ubica dentro de las diez primeras causas de morbilidad en la población infantil. Ver enterobiasis.

Factores de Riesgo:

- ☛ Mala higiene en la vivienda
- ☛ Paciente inmunodeprimidos
- ☛ Ingesta de agua y alimentos contaminada
- ☛ Mala disposición de excretas

CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

CLINICOS:

Puede haber un exantema pruriginoso en el sitio de penetración de larvas en la piel. Así mismo el cuadro cursa principalmente con dolor abdominal y eosinofilia.

Gran número de larvas migratorias causan Sibilancias, tos, hemoptisis.

Los principales síntomas, si ocurren, son dolor y distensión abdominal, diarrea y en ocasiones vómitos.

Puede simular una obstrucción alta o enfermedad ulcerosa.

DIAGNÓSTICO LABORATORIO:

El diagnóstico se establece al encontrar larvas en las heces o en aspirados duodenales.

Múltiples muestras pueden ser negativas. La eosinofilia marcada es habitual.

Las heces que se conservan a temperatura ambiente durante 24 horas o más pueden mostrar algunas fases de desarrollo del parásito: larvas rhabditiformes (no infecciosas) y filariformes (infecciosas), que deben diferenciarse de las larvas de otros parásitos como uncinarias.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

El fármaco de elección es el Mebendazole 200 mg mañana y tarde por 3 días. No usar en menores de 6 meses.

Albendazole 400 mg al día, por 3 días. Menores de 10 Kg prescribir 200 mg al día por 3 días.

17. ANQUILOSTOMIASIS O UNCINARIASIS. CIE-10: B-76

DEFINICION

Parasitosis producida en nuestro medio por dos géneros: *Ancylostoma duodenale* y *Necator americanus*. La infección se produce por la penetración a través de la piel de las larvas que viven en la tierra y que proviene de los huevos expulsados con las heces.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

Aproximadamente el 25% de la población mundial está infectada, ataca más en clima cálido y húmedo con malas condiciones sanitarias donde no se practica la eliminación sanitaria de las heces del hombre, y las características del suelo, la humedad y la temperatura facilitan el desarrollo de larvas infectantes.

En el ISSS esta parasitosis se ubica dentro de las diez primeras causas de morbilidad como "helmintiasis intestinal". Ver información epidemiológica de enterobiasis.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

CLINICOS:

Donde penetra la larva puede aparecer una erupción máculo- papular pruriginosa. Produce síntomas pulmonares, epigastralgia, anemia y facies abotagadas.

Los niños con infección intensa y prolongada pueden tener hipoproteinemia y padecer retraso en su desarrollo mental y físico.

LABORATORIO Y GABINETE.

La infección se confirma por la detección de huevos del nematodo en las heces; el estudio de las heces a veces arroja resultados negativos al comienzo de la infección, hasta que maduran los vermes.

En el estudio de las heces se observan huevecillos típicos y se puede cuantificar número de huevecillos por gramo de heces.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

Mebendazole 100 mg 2 veces al día por 3 días. No usar en menores de 6 meses.

Como alternativa se puede prescribir Albendazole 400 mg dosis única. En menores de 10 Kg de peso utilizar 200 mg dosis única.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

- a) Educar a la población respecto a los peligros de la contaminación del suelo por las heces del hombre, de gatos o perros.
- b) Uso de calzado.

18. ASCARIDIASIS CIE-10: B-77

DEFINICION

Infección del intestino delgado causada por *Ascaris lumbricoides*.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

Parasitosis de distribución mundial que tiene prevalencia en regiones cálidas y con malas condiciones sanitarias.

La prevalencia y gravedad de la infección suelen ser máximas en los niños de 3 a 8 años de edad.

La transmisión se produce por ingestión de huevos infectantes procedentes del suelo contaminado con heces humanas, o de productos crudos contaminados con tierra que contiene los huevos infectantes, pero no directamente de una persona a otra o de heces recién expulsadas.

De acuerdo a los informes mensuales del perfil epidemiológico infantil la ascariasis se ubica, como helmintiasis intestinal dentro de las diez primeras causas de morbilidad infantil. Ver descripción de enterobiasis.

Factores de Riesgo

1. Malas condiciones higiénicas
2. Defecación en sitios inadecuados
3. Ingesta de agua contaminada
4. Ingesta de alimentos contaminados.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

CLINICOS:

El primer signo reconocido de la infección suele ser la expulsión de los gusanos vivos con las heces o a veces por la boca o por la nariz.

Durante la fase de migración por los pulmones puede aparecer tos, fiebre, Sibilancias, leucocitosis con eosinofilia e infiltrados pulmonares (síndrome de Loeffler)

En abdomen podemos encontrar espasmos abdominales, obstrucción intestinal.

LABORATORIO Y GABINETE

Hallazgo de huevecillos en las heces del enfermo; vómitos con gusanos adultos; en fase pulmonar: larvas en el esputo.

Los gusanos en el intestino pueden observarse por técnicas radiológicas.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

Mebendazole 100 mg 2 veces al día por 3 días. No usar en menores de 6 meses.

Albendazole 400 mg dosis única. En niños < de 10 kg proporcionar 200 mg dosis única.

EDUCACIÓN EN SALUD.

- ☛ Educar a todas las personas en el empleo de retretes.
- ☛ Evitar la contaminación del suelo en zonas muy cercanas a las viviendas, especialmente en lugares de juego de los niños.
- ☛ Instar a los niños a practicar hábitos de higiene, en particular enseñarles a lavarse las manos antes de comer y manipular alimentos.
- ☛ Todo alimento que haya caído al piso no debe ser ingerido, salvo que se vuelva a lavar o a cocer.

19. TENIASIS: TENIA SOLIUM (CIE-10:B- 68.0) ,
T. SAGINATA (CIE-10: B- 68.1)

DEFINICION

La teniasis es una infección intestinal causada por la forma adulta de grandes tenias: Taenia solium del cerdo y Taenia saginata de los bovinos.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

La infección es rara y más frecuente en otras latitudes como África, Oriente medio, Europa oriental. Asimismo en México y Sudamérica.

Es particularmente frecuente en lugares donde la carne de res o de cerdo se ingiere cruda o insuficientemente cocida, y en los que las condiciones sanitarias permiten a los cerdos y a las reses tener acceso a las heces humanas.

Dentro del perfil de enfermedades infantiles del ISSS, la teniasis no aparece reportada durante los años: 2000 y 2001.

Factores de Riesgo

- ☛ Ingesta de carne bovina cruda o poco cocida.
- ☛ Ingesta de carne de cerdo cruda o semicruda

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

CLINICOS:

Generalmente asintomático. Puede haber dolor epigástrico, diarrea y pérdida de peso. Puede suceder expulsión de proglótidos por el ano.

LABORATORIO

Huevecillos y proglótidos en heces. Excepcionalmente expulsión de excolex.

Los proglótidos o los excolex deben remitirse al laboratorio para clasificar el parásito.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

- ☛ Mebendazole 200 mg 2 veces al día por 3 días. No usar en menores de 6 meses.
- ☛ Albendazole 400 mg por día por 3 días. En niños con peso menor de 10 Kg, independientemente de la edad, administrar 200 mg por día por 3 días.

EDUCACIÓN EN SALUD

- Cocinar bien la carne
- Sistemas sanitarios adecuados en cuanto a letrización principalmente.
- Evitar la contaminación fecal de la tierra, el agua, y los alimentos destinados a la gente y los animales.
- Evitar el uso de aguas servidas para irrigar pastizales.
- Identificación y tratamiento inmediato para las personas que albergan la forma adulta.
- Impedir el acceso de los cerdos a las letrinas y a las heces del hombre.

20. CISTICERCOSIS. CIE-10: B- 69

DEFINICION

Es una infección tisular producida por la forma larvaria de *Taenia solium*.

La infección en humanos se da por la forma larvaria de la tenia del cerdo, que puede producir enfermedad somática grave que afecta por lo común el sistema nervioso central.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

De distribución mundial particularmente frecuente en lugares donde las condiciones sanitarias permiten **que las personas se contaminen con alimentos que contienen huevecillos de *Taenia solium***.

La cisticercosis puede producirse por transferencia directa de los huevecillos de *Taenia solium* de las heces de una persona que alberga tenias adultas a su propia boca (autoinfección) o a la de otra persona.

Dentro del patrón de morbilidades del Programa de atención infantil del ISSS la cisticercosis no aparece.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS:

CLINICOS:

Generalmente no produce síntomas, pero puede producir mialgias, debilidad muscular, fiebre, afección del SNC como meningoencefalitis o epilepsia.

LABORATORIO Y RAYOS X:

Se establece por el hallazgo de los huevecillos en las heces.

Las formas quísticas como primera medida se podrían visualizar a través de Rx de cráneo AP y Lateral. No obstante ante la sospecha clínica de un cuadro de este tipo lo mejor es derivar al paciente a otro nivel de atención médica más complejo.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

Albendazole 15 mg/ Kg/ día, dividido cada 12 horas por 8- 30 días, sin rebasar 800 mg/día.

Praziquantel 50-100 mg/ kg/ día, dividido cada 8 horas, por 15-30 días.

EDUCACION

Deben tomarse las mismas medidas que se toman para evitar la teniasis, considerando de vital importancia que la cisticercosis se produce por ingesta de huevecillos de *Tenia*. Asimismo, el cuidado de no comer carne de cerdo cruda o mal cocinada, se sustenta en el hecho de evitar que los humanos adquieran la teniasis, porque al hacerlo se vuelven fuente de infección a través de la expulsión de huevecillos por sus heces, y por la posibilidad de una autoinfección.

21. HIMENOLEPIASIS CIE-10: B-71.0

DEFINICION

Infección intestinal por Hymenolepis nana.

EPIDEMIOLOGIA FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

Es la tenia cosmopolita del humano, parásito habitual de los niños.

Es capaz de causar auto infección y el ciclo de vida se da en el intestino humano y en el de algunos insectos.

Los huevos son infectantes cuando salen con las heces.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

CLINICOS:

El paciente se infecta por la ingestión de huevecillos en el agua o los alimentos contaminados; en forma directa por los dedos contaminados con heces, o por ingestión de insectos con larvas que se han desarrollado de los huevos ingeridos por insectos.

En los informes epidemiológicos del ISSS durante los años 2000 y 2001, **himenolepiasis** no aparece dentro de las diez primeras causas de enfermedades en la población infantil derechohabiente.

La parasitosis suele ser asintomática, pero si la carga parasitaria es grande puede causar enteritis con o sin diarrea, dolor abdominal y otros síntomas vagos como palidez, pérdida de peso y debilidad.

LABORATORIO:

El diagnóstico se confirma por la presencia de los huevecillos típicos en una muestra de heces.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

- ☛ Praziquantel 25 mg/Kg de peso una sola vez.
- ☛ Albendazole 400 mg/día por 3 días. En niños menores de 10 kilos 200mg/día por 3 días. El tratamiento se puede extender por 7 días si existe resistencia.

EDUCACIÓN EN SALUD:

- ☛ Educar a la población respecto a la higiene personal y la eliminación sanitaria de las heces.

- Proporcionar servicios sanitarios adecuados y mantenerlos limpios.
- Proteger los alimentos y el agua de la contaminación con heces del hombre y de los roedores.
- Dar tratamiento para eliminar las fuentes de infección.
- Eliminar los roedores del medio doméstico.

22. CONJUNTIVITIS CIE-10: H-10.0

DEFINICION

Es la reacción de la conjuntiva a un amplio número de agentes virales, bacterianos, irritantes, toxinas, y enfermedades sistémicas. Es una enfermedad frecuente en los niños, y puede ser infecciosa y no infecciosa.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

Es común en todo el mundo, más frecuente en climas cálidos, y según el agente etiológico puede presentarse por brotes epidémicos. No existe predilección por sexo.

Ocurre en todos los grupos etáreos. El período de incubación varía según el agente etiológico.

Usualmente las bacterias lo presentan entre 24 y 72 horas, las virales entre 1 a 2 días.

Durante los años 2000 y 2001 la conjuntivitis en el ISSS ocupó los siguientes lugares en la consulta, por grupos de edad:

GRUPO DE EDAD	2000	2001
Menores de un año:	8º	9º lugar,
De 1 a 4 años:	11º	12º lugar,
De 5-6 años:	9º	11º lugar.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

CLINICOS:

Puede ser bacteriana, viral o de otro tipo. El siguiente cuadro manifiesta los probables agentes etiológicos y sus respectivos síntomas.

BACTERIAS	VIRUS	OTROS
<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Estafilococos<input checked="" type="checkbox"/> Neumococos<input checked="" type="checkbox"/> Haemophylus influenzae<input checked="" type="checkbox"/> Estreptococos<input checked="" type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae<input checked="" type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Adenovirus<input checked="" type="checkbox"/> Picornavirus<input checked="" type="checkbox"/> Enterovirus	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Irritantes:<input checked="" type="checkbox"/> Nitrato de plata<input checked="" type="checkbox"/> Sustancias de limpieza en el hogar.<input checked="" type="checkbox"/> Spray<input checked="" type="checkbox"/> Humo de tabaco<input checked="" type="checkbox"/> Agua de piscinas (cloro).
SINTOMAS	SINTOMAS	SINTOMAS
<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival<input checked="" type="checkbox"/> Inflamación (edema)<input checked="" type="checkbox"/> Exudado mucoso purulento<input checked="" type="checkbox"/> Molestias oculares de diferentes grados, como lagrimeo, fotofobia.	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Secreción acuosa<input checked="" type="checkbox"/> Frecuentemente alteraciones foliculares en la conjuntiva palpebral. En algunos casos puede afectar la córnea.<input checked="" type="checkbox"/> Sensación de cuerpo extraño bajo los párpados con prurito y escozor.<input checked="" type="checkbox"/> Hemorragia.	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Hiperemia conjuntival<input checked="" type="checkbox"/> Prurito y escozor.<input checked="" type="checkbox"/> La gravedad de los síntomas varía de acuerdo al irritante.

TRATAMIENTO MEDICOY EVOLUCION

- ☛ Realizar limpieza ocular con solución salina.
- ☛ Si hay hiperemia recomendar Nafazolina 2 gotas cada 6 horas.
- ☛ Aplicación local de ungüentos o gotas oftálmicas a base de antimicrobianos, por ejemplo: tetraciclinas, Cloranfenicol, o tobramicina con frecuencia mínima de 4 a 6 horas, por 7 a 10 días.
- ☛ Cultivo y directo de la secreción, de acuerdo a criterio.
- ☛ Medidas de Control: Los niños no deben asistir a la escuela durante el período agudo de la enfermedad, usualmente 2-3 días.

REFERENCIA:

En caso de no obtener mejoría con el tratamiento habitual, referir al oftalmólogo.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

- ☛ Aseo personal
- ☛ Lavado de manos
- ☛ Desinfección de las secreciones y artículos contaminados: pañuelos, toallas.
- ☛ Control de insectos (según el vector que se sospeche).
- ☛ Cumplir el tratamiento indicado.
- ☛ Explicar complicaciones a los padres.

ENFERMEDADES DE LA NUTRICIÓN.

23. ANEMIA FERROPRIVA CIE-10: D-50

DEFINICION:

Anemia es la disminución de los valores de hemoglobina y del número de glóbulos rojos en sangre por debajo de los límites considerados como normales para la edad, el sexo y altura sobre el nivel del mar.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDA

En el ISSS el diagnóstico de anemia no está siendo reportado en el informe de las diez primeras causas de enfermedades a nivel nacional. Sin embargo debe considerarse que los niños que presentan desnutrición con grado moderado o severo pueden presentar concomitantemente anemia.

De acuerdo a la encuesta FESAL-98 en El Salvador la anemia presenta una prevalencia de 18,9% en niños de 12 a 59 meses; no existe diferencia significativa por sexo. Por área de residencia se reconoce un valor de 18.1% para la urbana y de 19.4% para la rural.

Por departamento los valores reportados son los siguientes: San Salvador Zona oriente 27.8%, San Miguel 19.7%, Sonsonate 16.9 %, Santa Ana 15.2%, entre otros.

Factores de Riesgo:

- ☛ Falta de control prenatal. e infantil
- ☛ Falta de lactancia materna
- ☛ Infecciones recurrentes
- ☛ Enfermedades crónicas
- ☛ Prácticas nutricionales inadecuadas
- ☛ Ingestión dietética deficiente de hierro (6 meses a dos años de edad).
- ☛ Pérdida crónica de sangre
- ☛ Malnutrición.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS:

CLINICOS:

Los síntomas y signos varían con la gravedad de la carencia de hemoglobina.

En general la carencia leve de hierro es asintomática. En los lactantes con carencia de hierro grave, son comunes la palidez, y en éste caso debe considerarse la palidez palmar. Asimismo la fatiga, irritabilidad, y demora en el desarrollo motor. Los niños cuya carencia de hierro se deben en parte a ingestión de leche de vaca o fortificada, pueden ser gordos y fofos, con tono muscular pobre. Es común el antecedente de pica.

LABORATORIO Y GABINETE:

La gravedad de la anemia depende del grado de carencia de hierro, y la hemoglobina puede ser tan baja como de 3 a 4 grs. /dl en los casos graves. Los eritrocitos son microcíticos e hipo crómicos con valores de VCM y HCM bajos. El recuento de reticulocitos suele ser normal, pero puede estar ligeramente elevado en casos graves.

Todas estas anomalías de laboratorio suelen estar presentes con la carencia de grado moderado a intenso, pero los casos leves pueden mostrar resultados variables de laboratorio.

Los exámenes de laboratorio a realizarse serán:

- ☞ Hemograma completo
- ☞ Frotis de sangre periférica
- ☞ Cuento de reticulocitos

VALORES NORMALES DE HEMOGLOBINA POR EDAD

EDAD	VALOR grs./ dl
Recién Nacidos	15 a 17
Niño de 1 mes	10.5
Niño de 2 meses	9.5
Niño de 6 meses	10.5
Niños de 2 a 6 años	11.5

Fuente: MSPAS

TRATAMIENTO MEDICOY EVOLUCION.

- ☛ La dosis oral recomendada de hierro elemental es de 4 a 6 mg/Kg/día, en una o dos dosis diarias.
- ☛ La sal de hierro recomendada es el sulfato ferroso en presentación pediátrica.
- ☛ Los casos leves deben tratarse con 3 Mg./Kg/día una vez al día antes del desayuno.
- ☛ La terapéutica con hierro produce un incremento en recuento de reticulocitos dentro de un plazo de 3 a 5 días, el cual es máximo entre los 5 y 7 días.
- ☛ La concentración de hemoglobina comienza a aumentar de ahí en adelante.
- ☛ La velocidad de aumento de la hemoglobina se relaciona de manera inversa con la concentración de hemoglobina en el momento del diagnóstico.
- ☛ En los casos de grado moderado a grave, un recuento elevado de reticulocitos una semana después del tratamiento, confirma el diagnóstico y documenta el cumplimiento y respuesta a la terapéutica.
- ☛ Cuando la carencia de hierro es la única causa de anemia, el tratamiento adecuado suele producir como resultado la resolución de la anemia dentro de un plazo de 4 a 6 semanas.
- ☛ El tratamiento debe continuarse por unos tres meses más para saturar el almacenamiento de hierro.
- ☛ No olvidar cepillado de dientes posterior a la ingesta de hierro, para evitar el manchado de dientes lo cual es reversible.

REFERENCIA:

Pacientes con anemia y signos de insuficiencia cardíaca. En caso de anemia persistente, investigar la causa y referir a 2º nivel.

EDUCACIÓN:

Indicar alimentos ricos en hierro, siempre respetando el esquema de alimentación normado por el programa de atención infantil.

ALIMENTOS RICOS EN HIERRO

VERDURAS Y HOJAS	CARNES	OTROS
<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Chipilín<input checked="" type="checkbox"/> Mora<input checked="" type="checkbox"/> Espinaca<input checked="" type="checkbox"/> Hojas de rábano<input checked="" type="checkbox"/> Berro<input checked="" type="checkbox"/> Verdolaga<input checked="" type="checkbox"/> Hojas de remolacha<input checked="" type="checkbox"/> Yuca,<input checked="" type="checkbox"/> Acelga	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Res<input checked="" type="checkbox"/> Pollo<input checked="" type="checkbox"/> Pescado<input checked="" type="checkbox"/> Hígado de res, y pollo<input checked="" type="checkbox"/> Corazón de res.<input checked="" type="checkbox"/> Bazo de res<input checked="" type="checkbox"/> Moronga.	<ul style="list-style-type: none"><input checked="" type="checkbox"/> Frijoles<input checked="" type="checkbox"/> Garbanzo<input checked="" type="checkbox"/> Maní<input checked="" type="checkbox"/> Harina de trigo fortificada Con hierro.

24. DESNUTRICION O MALNUTRICION CIE-10: E-43, 44.O, 44.1

DEFINICION

Es un estado nutritivo patológico, inespecífico, sistémico, potencialmente reversible; causado por la deficiente utilización de los nutrientes esenciales por las células del organismo y que se acompaña de diversas manifestaciones clínicas con diferentes grados de intensidad.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

La epidemiología de la desnutrición proteico energética (DPE) y de otras deficiencias nutricionales en Latinoamérica adolece significativamente de subregistro y salvo excepciones, la desnutrición no aparece como causa básica de muerte en los registros estadísticos, pero en los hechos actúa como causa básica o asociada a ciertas enfermedades como las de tipo infeccioso, principalmente las respiratorias y digestivas, que tienen como expresión a lo que se ha llamado en clínica "sinergia desnutrición infección". Lo anterior podría explicar la alta tasa de mortalidad infantil de 85 a 100 por mil nacidos vivos en países con mayor desventaja socioeconómica, como por ejemplo Haití.

En nuestro país y de acuerdo la Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL-98 los valores a nivel nacional y de acuerdo a los diferentes indicadores antropométricos son los siguientes:

Talla por Edad = 23.3%

Peso por Talla = 1.1%

Peso por Edad = 11.8%

Estos valores so globales y no discriminan si son de tipo Leve, Moderado o severo.

En el primer semestre de 1997 se realizó en el ISSS un a revisión de los informes de crecimiento y desarrollo de los niños de cero a dos años hijos de derechohabientes, encontrando los siguientes resultados:

Desnutrición global 11.4%

Desnutrición Leve 9.7%

Desnutrición Moderada 1.5%

Desnutrición severa 0.1%

Es necesario aclarar que estos datos se obtuvieron utilizando el gráfico P/E utilizado por el MSPAS y recomendado por OMS/OPS.

De acuerdo a los informes enviados a la jefatura del programa de atención infantil en los años 2000 y 2001 la desnutrición moderada y severa no aparece dentro de las primeras diez causas de

enfermedades, apareciendo únicamente la desnutrición leve que se distribuye de la manera siguiente:

GRUPO DE EDAD	2000	2001
• Menores de un año	8°	10°
• 1 a 4 años	8°	9°
• 5 a 6 años	7°	8°

Etiología:

En el campo de la nutrición, como en otros de la salud pública, hay que luchar contra tres factores negativos muy poderosos:

1. Ignorancia (de lo que constituye una dieta normal de las diferentes etapas de la vida).
2. Imposibilidad de proveer la dieta adecuada debido a factores económicos.
3. No disponibilidad de alimentos para la población debido a falta de producción o mala distribución.

La desnutrición puede ser total o parcial, en el sentido de que afecte a todos los elementos de la dieta o sólo a algunos en forma específica.

Las sustancias nutritivas que más frecuentemente están en cantidades insuficientes en la dieta son:

- ☛ Las proteínas
- ☛ Las sales minerales: calcio, hierro, entre otras.
- ☛ Algunas vitaminas, como la A, B, C entre otras.

CLASIFICACIÓN:

Por su etiología:

1. Por ingesta insuficiente de alimentos (desnutrición primaria).
2. Cuando el alimento consumido no es debidamente utilizado por el organismo (desnutrición secundaria).
3. Mixta, cuando los factores de las anteriores participan en la generación de la enfermedad.

Por su intensidad:

La somatometría o antropometría se ha adoptado para medir crecimiento físico, a la vez que constituye un instrumento para el diagnóstico de estado nutricional.

La medida de cada parámetro valora un tejido en particular. El perímetro cefálico valora el crecimiento de la masa encefálica, el perímetro braquial el muscular, el pinzamiento del tejido

celular subcutáneo la grasa, el peso el crecimiento global o general, siendo por su parte la medición de la talla o estatura la cuantificación del crecimiento longitudinal.

La valoración del crecimiento físico, desde el punto de vista somatométrico, se hace efectuando una relación con valores de tablas de referencia. Esta relación es útil, porque compara a una población de "casos" con otra considerada como normal.

El niño que presenta un peso disminuido con respecto a la talla está **enflaquecido**, mientras que el niño que presenta una talla disminuida con respecto a la edad está con **talla baja** o crónicamente malnutrido.

En nuestro medio tanto en el ISSS como en el MSPAS se utilizan gráficos que relacionan el peso con respecto a la edad, que no tiene en cuenta la deficiencia en talla originada por la malnutrición crónica. Ver gráficos ambos sexos en el manual de normas vigente.

Las curvas que actualmente utilizamos en el ISSS (relación peso/ edad) clasifican el estado nutricional de la siguiente manera:

Niño normal si su peso, de acuerdo a la mediana, se encuentra entre una desviación estándar y menos una desviación estándar (consultar curva de Gauss). **Niño con desnutrición leve** si se encuentra entre menos una y menos dos desviaciones estándar.

Niño con desnutrición moderada si su peso se encuentra entre menos dos y menos tres desviaciones estándar.

Niño con desnutrición severa si su peso se ubica más allá de menos tres desviaciones estándar.

El niño con sobre peso si su peso es mayor de una desviación estándar.

El siguiente cuadro expresa más fácilmente lo anteriormente expuesto:

	NORMAL	LEVE	MODERADO	SEVERO	SOBRE PESO
RELACION PESO/EDAD	+1 a -1 DE *	-1 a -2 DE	-2 a -3 DE	> -3 DE	> +1 DS

DE= Desviación Standard o puntaje Z.

Todo paciente que presente signos clínicos de desnutrición como:

Edema (Washiorkor) o emaciación severa (Marasmo), debe considerarse como un caso de desnutrición severa independientemente de los patrones antropométricos.

Etiopatogenia:

Los efectos de la desnutrición sobre el crecimiento y desarrollo en el niño se pueden dividir en tres fases:

La primera fase, se caracteriza por pérdida de peso secundario al catabolismo de la masa muscular y del tejido celular subcutáneo.

La segunda fase, consiste en la disminución de la velocidad del crecimiento (detención completa).

La tercera fase, se caracteriza porque el metabolismo es muy lento, hay disminución de la actividad física espontánea e hipotermia (hibernación).

Estas fases tienen como consecuencia los siguientes efectos:

1. Balance negativo.
2. Detención en el crecimiento.
3. Adaptación.
4. Homeorresis (lo que significa alcanzar un nuevo equilibrio), que estaría relacionado con la homeostasis.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS:

CLINICOS:

Signos y Síntomas iniciales, lactantes y niños.

a) Que pueden apreciar el padre, el profesor o familiar cercano:

- ☛ Falta de aumento de peso y de la estatura
- ☛ Inhabilidad para sentarse
- ☛ Dolores al estar sentado o de pie
- ☛ Aversión al juego normal
- ☛ Posición viciosa
- ☛ Hiporexia
- ☛ Diarreas a repetición
- ☛ Infecciones respiratorias frecuentes
- ☛ Fotofobia, epífora
- ☛ Insomnio
- ☛ Retraso escolar.

b) Que pueden ser apreciados por enfermera, tecnólogo materno infantil.

- ☛ Retraso en el sentarse y andar
- ☛ Alteraciones cutáneas
- ☛ Engrosamiento de pliegues cutáneos
- ☛ Falta de tejido graso cutáneo
- ☛ Palidez
- ☛ Comedones nasales
- ☛ Boqueras en los ángulos de la boca

- ☛ Alteraciones dentarias
- ☛ Deformaciones del esqueleto

c) Que debe ser apreciado por el médico.

El médico deberá ver al niño en forma integral, incluyendo los ítems a) y b).

EXÁMENES DE LABORATORIO

1. Hemograma
2. Frotis de sangre periférica
3. Proteínas séricas incluyendo albúmina y globulinas.
4. General de heces
5. General de orina

Exámenes de Rx.

1. Rx de tórax
2. Rx de huesos largos

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCIÓN.

El tratamiento de la DPE tiene como propósito lo siguiente:

- a) Evitar la progresión de desnutrición leve a moderada o de moderada a severa.
- b) Corregir lo más pronto posible las deficiencias de peso y alcanzar un peso para la talla normal.
- c) Corregir lo más pronto posible las deficiencias de macro y micro nutrientes.
- d) Corregir o mejorar lo más pronto posible cualquier alteración funcional o de comportamiento asociadas a la desnutrición.
- e) Corregir o mejorar, a mediano o largo plazo, el retraso en talla.

Para lograr esos objetivos, el tratamiento se basa en:

- ☛ Mejorar la dieta para proveer cantidades adecuadas de energía y nutrientes.
- ☛ Combatir las condiciones y otras enfermedades que producen o contribuyen a la desnutrición.
- ☛ Mejorar el ambiente físico, social y emocional del niño.
- ☛ Aplicar medidas de medicina preventiva e higiene ambiental para evitar las infecciones.
- ☛ Estimular la práctica de ejercicio o aumentar la actividad física del niño de manera acorde a su edad, dieta y condiciones generales.

En términos generales, siempre es necesario prescribir o proporcionar **alimentos complementarios** y las **instrucciones para su uso**.

La cantidad de alimentos complementarios que se deben proveer dependerá de las condiciones económicas y estructura de la familia, para cubrir las necesidades de todos los niños que viven en

el hogar. También variará dependiendo del grado de desnutrición del paciente y su deficiencia relativa de proteínas, energía y otros nutrientes.

Como regla general, la sumatoria de la dieta hogareña y los alimentos complementarios deben proveer al paciente, por lo menos, **el doble de las proteínas y 1.5 veces la energía requerida por un niño bien nutrido de la misma edad.**

Para niños de **edad pre-escolar**, esto equivale a una ingestión diaria de aproximadamente **2.0 a 2.5 grs. / Kg de peso /día** de proteínas de alto valor biológico, y de **120 a 150 Kcal. / Kg de peso/día.**

Para **menores de un año**, equivale aproximadamente a **3.0 a 3.5 grs. /Kg de peso/día** de proteínas y **150/Kcal./ Kg. de peso/ día**

Es importante asegurar que el niño desnutrido ingerirá los alimentos complementarios. Esto es más factible si:

- ☛ Los alimentos lucen apetitosos, tanto para el niño como para la madre.
- ☛ Son fáciles de preparar.
- ☛ Si se proporcionan cantidades adicionales de alimentos para los demás hermanitos y otros niños que viven en ese hogar.
- ☛ Si los alimentos que se proporcionan no son caros, cuya venta sería accesible al bolsillo de la familia.

Es posible que los alimentos complementarios produzcan cierto efecto de sustitución en la dieta del hogar, lo cual ocasionan que no sean del todo complementarios. Para reducir la magnitud de la sustitución, se deben de dar alimentos complementarios que no sean muy voluminosos y que tengan una alta concentración de energía y nutrientes.

Se debe tener en mente **que si un niño se desnutre cuando está siendo amamantado**, es esencial darle alimentos complementarios a la leche materna.

Los complementos deben ser en forma de papillas o alimentos semisólidos que no calmen la sed del niño y, por lo tanto, no modifiquen la demanda del lactante por el pecho ni la actitud de la madre hacia la lactancia.

Antes de recomendar una dieta, también es necesario tomar en cuenta que la misma debe ser equilibrada con una distribución de los tres nutrientes de ésta forma:

CHO 50%, grasas 35% y proteínas 15%. Los lípidos deberán de ser insaturados y de preferencia de origen vegetal.

También es necesario recordar que por cada gramo de nutrientes se generan las siguientes cantidades de energía: un gramo de CHO produce 4 kilocalorías, un gramo de proteínas 4 kilocalorías y un gramo de grasa 9 kilocalorías.

VALOR NUTRITIVO DE LOS ALIMENTOS PARA CENTRO AMERICA Y PANAMA

PESCADOS Y MARISCOS	MEDIDA	KCAL	PROTEING RS	LÍPIDOS GRS	CHO GRS	CALCIO MG	FÓSFORO MG	FE MG	EQUIV. RETINOL. MCG
ATÚN ENLATADO	1 ONZA	86	7.3	6.2	-	2	88	0.4	6
BACALAO SECO	1 ONZA	94	20.4	0.7	-	12	223	0.9	0
CAMARÓN FRESCO	1 UNIDAD	12	2.4	0.0	0.4	13	32	0.2	-
CAMARÓN SECO	1 ONZA	23	3.7	0.5	0.6	131	63	5.5	14
CANGREJO FRESCO	1 UNIDAD	78	14.5	1.6	0.4	36	147	0.7	510
LANGOSTA SOLO CARNE.	1 ONZA	26	4.9	0.6	0.2	12	55	0.2	-
OSTRAS SIN CONCHA	1 UNIDAD	7	0.9	0.1	0.5	20	11	1.0	-
PESCADO FRESCO	1 ONZA	23	4.8	0.2	0.0	4	49	-	-
PESCADO SECO	1 ONZA	77	14.6	1.0	1.4	30	88	4.6	3
SARDINA ACEITE	1 ONZA	93	6.2	7.3	0.2	106	130	1.0	16
SARDINA TOMATE	1 ONZA	59	5.6	3.7	0.5	135	143	1.2	3
SEMILLAS LEGUMINOSAS Y									
ARVEJAS SECAS	1 ONZA	103	6.8	0.6	18.3	24	87	1.7	2
FRIJOL, TODOS.	2 CUCHAR.	54	3.5	0.3	9.7	14	40	1.2	0
FRIJOL, TODOS	1 LIBRA	1550	101.2	7.4	279.7	396	1136	35	9
GARBANZO	1 ONZA	109	5.5	1.9	18.3	40	97	2.2	2
LENTEJAS	1 ONZA	102	7.1	0.4	18.2	20	106	2.1	1
MANÍ TOSTADO	1 ONZA	170	8.6	14.1	5.4	11	124	1	Trazas
SEM.MARAÑÓN	1 ONZA	159	5.2	12.1	9.8	19	179	2.2	1

FUENTE: Valores nutritivos INCAP.

VALOR NUTRITIVO DE LOS ALIMENTOS PARA CENTRO AMERICA Y PANAMA

ALIMENTO	MEDIDA	KCAL	PROT. G	GRASA G.	CHO G.	CA MG.	FOSF.MG.	FE MG.	RETNOL EQUIV. MC G.	VIT. C MG.
VERDURAS										
Acelga	4 HOJAS	8	0.5	0.1	1.7	33	9	1.1	88	10
Arvejas	1 CDA	13	1	0.1	2.7	3	16	0.3	5	3
Ayote maduro	1 ONZA	6	0.1	0	1.5	4	4	0.1	61	3
Ayote tierno	1 UNIDAD GRANDE	138	5.8	1.2	31.7	109	184	3.5	29	109
Berenjena	1 UNIDAD	28	1	0.3	6.5	24	32	0.8	TRAZAS	5
Berro	1 ONZA	4	0.5	0.1	0.6	21	14	0.3	66	8
Cebolla	1 UNIDAD	17	0.5	0.1	3.7	11	15	0.4	1	4
Guisquil	1 UNIDAD	65	1.9	0.4	16.2	25	63	1.3	4	42
Chile dulce rojo	1 UNIDAD	8	0.2	0.1	1.8	1	4	0.2	48	15
Chile dulce verde	1 UNIDAD	7	0.2	0.1	1.5	1	6	0.1	15	32
Chipilín	1 ONZA	9	1.1	0.1	1.5	46	12	0.8	164	16
Coliflor	1 UNIDAD	124	10.6	1.5	24.5	124	219	3.8	11	309
Ejote	4 UNIDAD	6	0.3	0	1.1	9	8	0.3	6	3
Elote tierno	1 UNIDAD	126	5.1	1.4	28.3	10	140	1	4	10
Espinaca	1 ONZA	7	0.7	0.2	1.2	14	7	0.8	94	11
Flor de izote	1 ONZA	18	0.6	0.1	4	10	20	0.4	1	114
Pipían	1 UNIDAD	32	1.3	0.3	7.4	25	43	0.8	7	25
Hierbamora	1 ONZA	7	0.8	0.1	1.1	34	11	1.9	82	14
Lechuga	1 UNIDAD	20	1.7	0.3	3.8	57	45	1.7	115	16
Mutas o pollitas	1 UNIDAD	14	0.5	0.2	3.1	64	13	0.3	TRAZAS	12
Nabo	1 UNIDAD	19	0.6	0.1	3.9	22	18	0.3	TRAZAS	19
Pacaya	1 UNIDAD	49	4.4	0.8	9	402	116	1.5	2	15
Palmito	1 UNIDAD	8	0.7	0.1	1.6	26	24	0.2	TRAZAS	5
Pepino	1 UNIDAD	31	1.4	0.2	7	33	50	1.2	4	29
Rábano	1 UNIDAD	5	0.2	0	1	5	6	0.3	TRAZAS	6
Remolacha	1 UNIDAD	51	2	0.1	11	16	44	0.9	TRAZAS	6
Repollo	1 HIJA	6	0.4	0	1.4	10	8	0.2	2	10
Tomate	1 UNIDAD	9	0.3	0.1	1.9	3	10	0.2	25	9
Tomate ensalada	1 UNIDAD	29	1.1	0.4	6.4	10	33	0.8	83	32

FUENTE: Valores nutritivos INCAP 1975.

ALIMENTO	MEDIDA	KCAL	PROT G	GRASAS G	CHO G	CA MG	FOSF MG	FE MG	RETINOL EQ. MCG	VIT. C MG
ZANAHORIA	1 UNIDAD	27	0.6	0.1	6.2	21	18	0.4	7 0 4	4
FRUTAS										
AGUACATE	1 UNIDAD	169	1.9	17.4	4.8	11	46	1.1	2 2	12
ANONA	1 UNIDAD	97	1.8	0.1	24.9	30	37	0.7	2	33
CAIMITO	1 UNIDAD	25	0.3	0.6	5.4	8	6	0.3	1	4
NÍSPERO	1 UNIDAD	62	0.3	0.7	15.2	16	7	0.7	2	10
CHILACAYOTE	1 ONZA	4	0.1	0	1	2	2	0.1	0	0
CIRUELA FRESCA	1 UNIDAD	27	0.3	0.1	6.9	5	9	0.2	8	3
CIRUELA SECA	4 UNIDAD	64	0.6	0.1	17	13	20	0.9	4 2	1
COCO MADURO	1 UNIDAD	1687	20	155	78.1	74	473	10.3	0	23
AGUA DE COCO	1 VASO	36	0.5	0	9.1	43	31	1.4	0	2
DURAZNO MADURO	1 UNIDAD	26	0.4	0.1	6.4	6	11	0.2	1	8
DURAZNO VERDE	1 UNIDAD	26	0.1	0.6	5.8	6	8	0.9	1	12
FRESA	4 UNIDAD	10	0.2	0.1	2.3	8	8	0.3	1	19
GRANADILLA	1 UNIDAD	28	0.7	0.8	5.2	3	19	0.3	1	6
GRANADILLA REAL	1 UNIDAD	228	6.5	2.8	50.2	93	158	8.4	9	102
GUANÁBANA	1 UNIDAD	503	8.4	3.4	125	201	235	4.2	1 7	218
PATERNA	1 UNIDAD	24	0.6	0.1	6.1	7	10	0.3	-	3
GUAYABA MADURA	1 UNIDAD	30	0.5	0.3	7.2	6	12	0.4	2	64
GUAYABA VERDE	1 UNIDAD	69	0.7	0.9	16.6	30	20	0.5	6	35
JOCOTE MADURO	1 UNIDAD	12	0.1	0	3.3	3	6	0.1	2	7
LIMA	1 UNIDAD	25	0.6	0.5	7.1	24	17	0.4	0	40
LIMÓN	1 UNIDAD	6	0.1	0.1	1.6	8	3	0.1	0	10
MAMEY	1 UNIDAD	160	2	0.7	41.3	44	41	1.4	1 0 2	55
MAMÓN	4 UNIDAD	11	0.2	0	3.6	2	4	0.1	1	1
MANDARINA	1 UNIDAD	22	0.4	0.1	5.4	15	8	0.2	6	16
MANGO MADURO	1 UNIDAD	46	0.4	0.2	12	9	9	0.6	1 6 4	41
MANGO VERDE	1 UNIDAD	31	0.3	0.1	8	10	7	0.3	9	90
MANZANA	1 UNIDAD	49	0.3	0.3	12.9	5	8	0.3	3	5

FUENTE: Valores Nutritivos INCAP

ALIMEN - TO	MEDIDA	KCAL	PROT. G	GRASAS G	CHO G	CA MG	FOSF. MG	FE MG	RETNOL EQ MCG	VIT C MG
MANZANA ROSA	1 UNIDAD	11	0.1	0	2.8	6	3	0.1	4	4
MANZANILLA	4 UNIDAD	16	0.1	0.1	4.2	15	5	0.3	50	14
MELÓN	1 UNIDAD	118	2.4	0.5	29.3	71	71	5.7	552	137
MEMBRILLO	1 UNIDAD	83	0.8	0.4	21.5	8	20	0.8	4	22
MORA	10 UNIDS.	10	0.2	0.1	2.2	6	6	0.3	1	3
NANCE	10 UNIDS	9	0.1	0.2	1.9	4	2	0.3	1	11
NARANJA DULCE	1 UNIDAD	47	0.9	0.2	11.9	38	23	0.8	15	67
NARANJA JÚGO	1 VASO	96	1	0.7	22.3	26	36	1.7	31	127
NÍSPERO	4 UNIDS.	15	0.1	0.2	3.5	6	5	0.3	14	3
PAPAYA	1 TAJADA	25	0.4	0.1	6.4	15	10	0.3	28	35
PERA	1 UNIDAD	91	0.5	0.3	24	10	16	0.8	3	8
PIÑA	1 RODAJA	53	0.4	0.2	13.8	18	8	0.5	5	62
SANDÍA	1 TAJADA	23	0.5	0.1	5.6	6	7	0.2	24	5
TAMARINDO	4 UNIDS	24	0.3	0	6.5	5	10	0.1	1	1
TORONJA	1 UNIDAD	114	1.8	0.6	28.9	54	63	1.5	9	129
UVAS	4 UNIDAD	14	0.1	0.1	3.3	2	3	0.2	TRA ZAS	1
UVA PASA	1 ONZA	85	0.8	0.1	22.6	15	22	0.9	0	4
ZAPOTE	1 UNIDAD	329	4.6	1.1	84.6	109	76	2.7	103	60
MUSACEAS										
BANANO MADURO	1 UNIDAD	83	1	0.1	21.9	9	23	0.3	9	12
BANANO VERDE	1 UNIDAD	72	0.9	0.1	18.7	5	23	0.6	63	20
GUINEO MAJONCHO	1 UNIDAD	90	0.8	0.3	23.6	6	25	0.6	34	16
PLÁTANO MADURO	1 UNIDAD	256	2.1	0.6	67.8	17	71	1.7	122	42
RAICES Y TUBERCULOS										
CAMOTE	1 ONZA	26	0.3	0.1	6.3	7	8	0.2	2	7
PAPA	1 ONZA	19	0.4	0	4.5	2	10	0.2	TRA ZAS	4
YUCA	1 ONZA	37	0.2	0.1	9.4	9	12	0.3	0	10

FUENTE: Valores Nutritivos INCAP 1975.

ALIMENTO	MEDIDA	KCAL	PROT. G	GRASAS G	CHO G	CA MG	FOSF. MG	FE MG	RETINOL EQ. MCG	VIT C MG
CEREA-LES										
ARROZ	1 ONZA	109	2.2	0.2	23.9	3	31	0.4	0	0
AVENA	1 CDA	19	0.7	0.3	3.3	3	21	0.3	0	-
CORN FLAKES	1 CDA	8	0.2	0	1.7	0	1	0	0	0
HARINA DE MAIZ	1CDA	33	0.7	0.5	6.7	8	34	0.2	0	0
HARINA DE TRIGO	1 CDA	66	2.1	0.2	13.4	3	17	0.2	0	0
MAICE-NA	1CDA	54	0.1	0	12.8	1	2	0	0	0
MAÍZ AMARILLO	1 ONZA	108	2.8	1.3	22.3	3	87	0.8	7	TRA-ZAS
MAÍZ BLANCO	1 ONZA	108	2.8	1.3	22.3	3	87	0.8	1	TRA-ZAS
PAN DE CAJA BLANCO	1 RODAJA	59	2.4	0.2	11.6	9	21	0.6	-	-
PAN CAJA INTEGRAL	1 RODAJA	59	1.8	0.3	10.9	9	40	0.7	0	0
FIDEOS, MACARRÓN	2 CDA	55	1.6	0.1	11.6	4	21	0.3	0	0
QUESADILLA	1 ONZA	111	1.3	1.5	22.5	13	46	0.7	1	0
TORTILLA MAIZ/CAL.	1 UNIDAD	177	4.7	0.9	39.1	108	107	0.2	-	-
TORTILLA MAIZ/ CENIZA	1 UNI.	168	2.9	1	37.6	14	127	4.2	0	0
AZUCARES										
AZÚCAR BLANCA	1 CDA	46	0	0	11.9	1	0	0	0	-
JALEA	1 CDA	76	0.1	0	19.5	4	4	0.1	0	1
MIEL DE ABEJA	1 CDA	49	0	0	12.5	3	3	0.1	TRA ZAS	1
PANELA	1 ONZA	107	0.1	0.2	27.2	15	13	1.3	TRA ZAS	1
GRASAS										
ACEITE VEGETAL	1 CDA	80	-	9	0	0	0	0	0	0
MANTECA DE CERDO	1 CDITA	97	0	10.9	0	0	0	0	0	0
MANTECA VEGETAL	1 CDITA	96	0	10.8	0	0	0	0	0	0
MARGARINA	½ ONZA	113	0.1	12.8	0	3	6	0.3	184	-
MISCELANEA										
BEBIDA GASEOSA	1 VASO	74	0	0	19.2	-	-	-	0	0
CAFÉ GRANO TOSTADO	1 CDA	27	1.5	1.8	7.6	18	24	0.3	-	-
CAFÉ SOLUBLE	1 CDTA	7	0.3	0	1.4	6	7	0.1	-	-

FUENTE: Valores nutritivos INCAP. 1975.

ALIMENTO	MEDIDA	KCAL	PROT. G	GRASA G	HCO G	CA MG	FOSF. MG	FE MG	RETINOL EQ.MCG	VIT C
CALDO DE FRIJOL	1 TAZA	47	4	0.2	7.5	26	32	0.2	0	0
CALDO DE GALLINA	1 TAZA	185	0.4	20.4	0	10	62	0.8	29	0
CALDO DE RES	1 TAZA	80	2.4	4.8	6.6	28	92	1.8	14	12
CERVEZA	1 VASO	86	0.7	0	12.2	0	36	0.2	0	0
CHOCOLATE	1 TABLETA	87	0.6	2.9	14.9	7	24	0.6	3	0
COCOA	1 CDTA	18	0.5	1.4	2.9	8	43	0.7	0	0
HORCHATA	1 VASO	118	0.5	0.7	26.4	22	19	15.8	0	0
INCAPARINA	1 CDA	56	4.1	0.6	8.1	98	105	1.3	202	-
INCAPARINA	PARA 1 TAZA	74	5.5	0.8	10.8	131	140	1.7	270	-

Fuente: Valor Nutritivo de los alimentos para CA y Panamá, INCAP.

PATRONES DE ALIMENTACION PARA UN DIA DE ACUERDO AL PESO DEL NIÑO

PESO	8 Kg	10 Kg	12 Kg	14 Kg	16 Kg	18 Kg	20 Kg
CALORIAS	800	1000	1200	1400	1600	1800	2000
PROTEÍNAS + O - 3.5GR/KG PESO	28 gr.	35 gr.	42 gr.	49 gr.	56 gr.	63 gr.	75 gr.
ALIMENTOS:	# Porciones	# Porciones	# Porciones	# Porciones	# Porciones	# Porciones	# Porciones
LECHE DE VACA O DE SOJA O YOGURT	2 Tazas	2 Tazas	2 Tazas	2 Tazas	2 Tazas	2 Tazas	2 Tazas
QUESOS Ó HUEVO	1 onza queso ó 1 huevo	1 onza queso ó 1 huevo	1 onza queso ó 1 huevo	1 onza queso ó 1 huevo	1 onza queso ó 1 huevo ó 2 onzas queso	1 onza queso ó 1 huevo ó 2 onzas queso	1 onza queso ó 1 huevo ó 2 onzas queso
POLLO O PAVO O PESCADO O CAMARONES O HÍGADO O CONEJO.	1 Onza	1 Onza	2 Onzas	2 Onzas	2 Onzas	3 Onzas	3 Onzas
PAN O TORTILLA O PAN CAKE	1 Unidad	2 Unidades	2 Unidades	3 Unidades	4 Unidades	4 Unidades	4 Unidades
ARROZ, FRIJOLE, MACARRONES, CODITOS, FIDEOS, PAPAS, PLÁTANO, YUCA, AVENA, ELOTE.	3 Porciones	3 Porciones	3 Porciones	3 Porciones	3 Porciones	4 Porciones	6 Porciones
VERDURAS (ZANAHORIA, TOMATE, PEPINO, APIO, CEBOLLA, BERRO, MORA, CHILE VERDE, REPOLLO, EJOTES, PIPIÁN, AYOTE, LOROCO, ESPINACA, ETC.	½ Taza	½ Taza	1 Taza	1 Taza	1 ½ Taza	1 ½ Taza	1 ½ Taza
FRUTAS (ANONA, ARRAYÁN, GUINEO, MANZANA, PERA, MELÓN, NARANJA, PAPAYA, SANDÍA, PIÑA, UVAS, MANGO, GUAYABA, MANDARINA, ETC.	2 Porciones	2 Porciones	3 Porciones	3 Porciones	4 Porciones	4 Porciones	4 Porciones
GRASAS: ACEITE, MARGARINA, CREMA, AGUACATE, MAYONESA).	1 cuchara adit o más	2 cucha- raditas o más	2 cuchara- ditas o más	3 cuchara adit es o más	4 Cuchara- ditas o más	5 cuchara- ditas o más	6 cuchara adit o más
AZÚCAR	Lo que se desee	Lo que se desee	Lo que se desee	Lo que se desee	Lo que se desee	Lo que se desee	Lo que se desee

- ☛ Un niño con desnutrición, recibirá cantidades de acuerdo al “manejo del niño desnutrido” expresado en ésta guía.
- ☛ Para la prescripción de dietas debe respetarse los criterios de ablactación normados.
- ☛ Cada dieta debe ser distribuida en porciones durante el día. Si no se ajusta a las necesidades calóricas del niño complementar con INCAPARINA o PROTIFAR.
- ☛ Promover la lactancia materna independientemente de la edad, y de acuerdo a lo expresado en ésta guía.

MEDIDAS PREVENTIVAS.

- ☛ Fomentar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- ☛ Alimentación complementaria apropiada comenzando a los 6 meses de edad. Ver esquema de alimentación durante el primer año de vida normado actualmente.
- ☛ Manejo adecuado de la nutrición durante y después de cualquier enfermedad.
- ☛ Ingestión adecuada de vitamina A de acuerdo a estrategia AIEPI.
- ☛ Ingestión adecuada de hierro en forma preventiva de acuerdo a estrategia AIEPI.
- ☛ Inmunización adecuada para enfermedades del PAI.
- ☛ Indicación adecuada de vitamina A para madres lactantes.
- ☛ Indicación de tabletas de hierro y de folatos a mujeres embarazadas.
- ☛ Uso regular de sales yodadas por toda la familia.
- ☛ Indicación de Incaparina en madres embarazadas y lactantes.
- ☛ Mejorar las condiciones de salubridad.
- ☛ Fomentar la alfabetización en coordinación con otras carteras de estado.
- ☛ Practicas adecuadas de higiene.
- ☛ Mejorar las condiciones socioeconómicas a través de la educación de la comunidad.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1. **Alimentación preláctea.** La alimentación preláctea se refiere a las prácticas de dar al lactante otros alimentos poco después de nacido y antes de iniciar la lactancia materna. La recomendación actual es que el niño se ponga al pecho inmediatamente (en la primera hora) después de nacido para estimular la producción de leche y la ingesta de calostro (OMS/UNICEF 1990).
2. **Lactancia materna exclusiva.** El lactante debe recibir únicamente leche materna durante los primeros seis meses de vida y debe ser amamantado por demanda día y noche para asegurar una buena producción de leche.

3. **Uso de biberón.** Eliminar completamente el uso del biberón para una alimentación óptima. El ISSS puede hacer mucho tratando de eliminar las pachas de la canastilla maternal y fomentando el alojamiento conjunto en las maternidades a nivel nacional.
4. **Introducción de alimentos.** La edad recomendada para la introducción de alimentos en la dieta del niño es a partir de los 6 meses de edad.
5. **El proceso de ablactación y destete.** La recomendación sobre la forma de destetar a un niño es que se haga gradualmente a medida que se introduce la alimentación complementaria.
6. **Incorporación del niño a la dieta del adulto.** Según las recomendaciones sobre alimentación óptima del niño, hacia los 12 meses de edad debería estar consumiendo todos los alimentos de la dieta del adulto.
7. **Apoyo sociocultural.** Toda información, sobre cómo se debe alimentar al niño desde recién nacido, debe involucrar no solo a la madre, sino que también al “acompañante de la madre” (esposo, suegra u otro familiar adulto).
8. **Promover los talleres de soya.** Debe dotarse a cada centro de atención de los insumos necesarios para realizar demostraciones culinarias para que la población sepa cómo aprovechar las bondades nutritivas de la soya y de Incaparina.

CAPITULO IV.

ENFERMEDADES DE LA PIEL.

25. ECCEMAS CIE-10: L - 20 a L - 30

DEFINICIÓN

Es un término genérico que se utiliza para designar un tipo concreto de reacción de la piel que comprende exudación, liquenificación y prurito.

CLASIFICACIÓN:

Los niños sufren muchos tipos de eccemas como son: dermatitis atópica, dermatitis de contacto, pitiriasis alba, urticaria, el eccema numular y la dishidrosis, siendo la más frecuente la dermatitis atópica.

25.1 DERMATITIS ATÓPICA **(ECCEMA INFANTIL O ATÓPICO) CIE-10 : L -20**

DEFINICION

Es una enfermedad inflamatoria de la piel caracterizada por eritema, edema, prurito intenso, exudación, formación de costras y descamación.

Los lactantes con dermatitis atópica tienden a presentar rinitis y asma alérgica en fases posteriores.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

CLINICOS:

La enfermedad afecta al 2-10% de niños. Comienza durante los primeros 2-3 meses de vida.

Las lesiones iniciales consisten en placas eritematosas y descamativas en las mejillas, que se extienden posteriormente al resto de la cara, cuello, las muñecas, las manos, el abdomen y las caras extensoras de las extremidades.

El prurito es intenso. El rascado produce exudación y formación de costras, la infección secundaria es frecuente y puede ser extensa.

Su inicio puede coincidir con la introducción de alimentos como:

- ☛ Leche de vaca
- ☛ Soya,

- ☛ Cacahuetes,
- ☛ Pescado,
- ☛ Huevos.

La enfermedad muestra tendencia a la remisión hacia los 3 a 5 años.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCIÓN:

El tratamiento eficaz de la dermatitis atópica requiere el control de los factores ambientales que precipitan el ciclo prurito-rascado que perpetúa la enfermedad, comenzando por evitar los alimentos alergénicos, inyectados, de contacto y atmosféricos que pueden desencadenar el rascado o prurito.

Durante la exacerbación aguda la solución de Burrow al 1:20 tiene efecto antipruriginoso y antiinflamatorio.

Las lociones o cremas de esteroides se pueden aplicar.

Está indicado el uso de jabones neutros.

Se puede dar un antihistamínico como la Cetirizina a dosis de 0.20 mg/Kg de peso dosis única/ día, para controlar el prurito.

Si existe infección sobre agregada se pueden dar antibióticos orales como **Claritromicina** 15mg/Kg, al día dividido en dos dosis cada 12 horas, **Cefadroxilo** 30mg/Kg/ día, dividido en 2 dosis cada 12 horas, **Dicloxacilina** a 25 mg/ Kg. de peso dividido en cuatro dosis. El tratamiento deberá ser por 7 a 10 días. En algunos casos será necesario el uso de antibióticos tópicos como el **ácido fusídico** una o dos veces al día hasta que ceda la infección.

Cuando cede la fase aguda el mejor control de la enfermedad es la aplicación tópica de cremas o pomadas de hidrocortisona al 1%; conviene limitar su uso a 1 a 3 semanas. Debe evitarse la administración sistémica de corticosteroides.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

Se deben evitar grados extremos de calor o humedad.

La ropa debe ser de tejido liso de algodón y se debe evitar la lana.

Se deben evitar los jabones que desengrasan la piel.

Se deben aplicar cremas sin perfume después del baño.

25-2 DERMATITIS DE CONTACTO CIE-10: L- 23

CLASIFICACIÓN:

Se divide en dos entidades:

- A.** Dermatitis de contacto irritativa
- B.** Dermatitis de contacto alérgica.

A. DERMATITIS DE CONTACTO IRRITATIVA:

Puede deberse al contacto prolongado o repetido con diversas sustancias, como saliva, jugos de fruta, detergentes, sustancias abrasivas, jabones fuertes y medicamentos.

La saliva es la causa más frecuente de dermatitis irritativa en la cara y pliegues cervicales en los niños.

La dermatitis de los pañales puede considerarse el prototipo de la dermatitis por contacto irritativa. El lavado de los pañales debe evitarse hacerlo con lejía; se sugiere agregar vinagre al enjuague con detergente en una proporción de una cucharada de vinagre por cada litro. El uso de pañales desechables debe hacerse con cuidado evitando con su uso la sensación de falsa seguridad.

La educación sanitaria de los pacientes y los padres acerca de la causa de este tipo de dermatitis de contacto es esencial para el éxito terapéutico. La aplicación frecuente de un protector suave de uso tópico (vaselina simple o pasta de óxido de zinc con vitaminas A y D) después de lavado basta para prevenir la dermatitis.

B. DERMATITIS DE CONTACTO ALÉRGICA:

Es una reacción de hipersensibilidad mediada por células T provocada por la aplicación de un antígeno de superficie cutánea.

Es una dermatitis eczematosas eritematosa y muy pruriginosa, que en los casos más graves se torna edematosa y vesículo-ampollosa. El uso de aretes, pulseras, y cadenas de metales alergenos también la produce; lo mismo que el contacto con sumo de limón o de naranja (cítricos).

El tratamiento:

1. Es importante eliminar el contacto con el alérgeno.
2. La dermatitis aguda responde a las compresas frías y a la aplicación tópica de pomada de esteroides: Hidrocortisona al 1% en base simple, aplicándola en forma alterna con las compresas frías. También se puede usar betametasona en presentaciones de 0,1%.
3. Los antihistamínicos por vía oral resultan útiles, pudiendo utilizar Cetirizina a dosis de 0,20 mg/Kg dosis única diaria.

25-3 PITIRIASIS ALBA CIE-10: L - 30.5

DEFINICIÓN:

Afecta sobre todo a los niños. Las lesiones son manchas hipo-pigmentadas, redondas u ovaladas, maculosas o ligeramente elevadas, con escamas finas y adheridas.

Puede tener un eritema ligero y una definición clara, pero no bordes nítidos.

Las lesiones aparecen en la cara, el cuello, la parte superior del tronco y la zona proximal de los brazos. El prurito es mínimo o inexistente. Su causa se desconoce, aunque probablemente la causa podría ser debida a tres factores:

- ☛ La exposición al sol.
- ☛ Parásitos intestinales principalmente helmintos.
- ☛ Deficiencia de vitamina A.

Las lesiones aparecen en forma remitente y finalmente desaparecen.

El tratamiento consiste en el uso de un queratolítico como el ácido salicílico al 1% en base de petrolato blanco como exfoliante, y luego aplicar un protector solar con una capacidad > de 15%.

Si el prurito causa problemas resulta eficaz la hidrocortisona al 1% uso tópico.

25-4 URTICARIA CIE-10: L - 28. 2

DEFINICIÓN:

Es un trastorno cutáneo, frecuente, caracterizado por lesiones locales o generalizadas de tamaño diverso, eritematosas y elevadas (habones o ronchas), por lo general de bordes bien delimitados aunque en ocasiones coalescen.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS:

El prurito puede ser intenso o escaso, e incluso nulo. Los habones remiten en 48 horas. Hasta un 20% de las personas sufren urticaria alguna vez en su vida.

TRATAMIENTO MÉDICO Y EVOLUCIÓN:

La mayoría de urticarias remiten espontáneamente y sólo requiere tratamiento con antihistamínicos. Se puede prescribir Cetirizina a dosis de 0.20 mg/kg, dosis/día.

En casos de urticaria grave: epinefrina diluida 1:1000, en dosis de 0.01 ml / Kg. cada 15 minutos # 3, previa evaluación médica, hasta un máximo de 0.3 ml; generalmente proporciona alivio rápido.

Se puede usar prednisona por vía oral a dosis de 1mg/Kg de peso/ día por 5 a 7 días.

Los filtros solares son el único tratamiento para la urticaria solar.

26 PEDICULOSIS CIE – 10: B- 85

DEFINICION:

Dermatosis producida por piojos, que puede afectar la cabeza y vello pubiano. La infestación se disemina cuando hay hacinamiento o inadecuada higiene personal.

Etiología:

Existen tres especies de piojos que infestan al humano:

- ☛ Pedículos humanos capitis, el piojo de la cabeza,
- ☛ Pedículos humano corporis, el piojo del cuerpo y
- ☛ Phthirus pubis, el piojo del pubis o ladilla.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBILIDAD.

La pediculosis de cabeza Es de distribución mundial. Se transmite mediante contacto personal o por objetos, como peines, sombreros. Es frecuente entre escolares, de todos los grupos socioeconómicos. Asimismo en los niños internados en instituciones.

Se localiza predominantemente en el cuero cabelludo; pero puede afectar cejas, pestañas y barba.

La pediculosis en el ISSS no aparece dentro de las diez primeras causas de consulta durante el bienio 2000-2001.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

CLINICOS:

Prurito, excoriaciones del cuero cabelludo, que pueden ocasionar un pioderma con impétigo o dermatitis inespecífica generalizada; o adenopatía regional.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION:

Contra los piojos de la cabeza y las ladillas:

Permetrina al 1% (un piretroide sintético) en loción o enjuague.

1. Aplicar enérgicamente en cuero cabelludo y cabello.
2. En cabellos largos recogerlos y cubrirlos con tela en forma de turbante.
3. Dejar 12 horas en reposo.
4. Lavado vigoroso con agua y jabón.
5. Evitar contactos con los ojos.
6. Repetir el procedimiento a los 7-10 días.

Medidas Preventivas:

1. Educación sanitaria de la población sobre la utilidad de la detección temprana, de la higiene personal, especialmente del cabello.
2. Evitar el contacto físico con las personas infestadas y con sus pertenencias, en especial la ropa de vestir y de cama.
3. Inspección directa regular de todos los niños en grupos, en busca de piojos de la cabeza y, cuando esté indicado, del cuerpo y de la ropa.

27 ESCABIOSIS CIE – 10: B - 86

DEFINICION:

Infestación parasitaria de la piel causada por *Sarcoptes scabiei* cuya penetración se advierte en la forma de pápulas, vesículas o surcos lineales diminutos que contienen los ácaros y sus huevos.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

Es una enfermedad muy extendida. Afecta a personas de todos los niveles socio-económicos, sin distinción de edad, sexo, pero con deficiencia en su aseo personal.

En el ISSS la escabiosis ocupó durante los años 2000 y 2001 los siguientes lugares dentro de las 15 primeras causas de enfermedades:

GRUPO DE EDAD	2000	2001
• Menores de un año:	12º	13º
• 1 a 4 años:	14º	14º
• 5 a 6 años:	14º	15º

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:

CLINICOS:

En los lactantes afecta la cabeza, el cuello, las palmas de las manos y las plantas de los pies, zonas que no suelen ser afectadas en las personas de mayor edad.

En niños mayores de 2 años se observan manifestaciones clínicas similares a pacientes adultos: axilar, peri umbilical, inguinal, gluteal, etc.

El prurito es intenso, especialmente en la noche, pero las complicaciones se limitan a lesiones que muestran infección secundaria por el rascado. Es importante buscar contactos sobre todo familiares.

LABORATORIO Y GABINETE:

El diagnóstico puede corroborarse al localizar el ácaro en su surco e identificarlo microscópicamente. Para el raspado o la biopsia hay que tener cuidado de elegir las lesiones que no hayan sufrido excoriación por el rascado repetido. Se puede aplicar tinta a la piel y después, al lavarla, identificar los surcos.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION.

El tratamiento preferido para los niños es la **Permetrina al 5% en crema** aplicando en la piel una sola vez en el área afectada.

En aproximadamente 5% de los casos puede ser necesario un segundo tratamiento después de un intervalo de 7 a 10 días si los huevos sobrevivieron al primer tratamiento. Es recomendable un baño posterior a las 12 horas de haber aplicado el medicamento. Es necesaria la vigilancia estrecha del tratamiento, incluidos los baños.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

- ☛ Higiene personal.
- ☛ Baño diario
- ☛ Recorte de uñas
- ☛ Cambio de ropa diariamente
- ☛ Lavado, hervido y asoleado de ropa de uso personal y de cama
- ☛ Evitar hacinamiento.
- ☛ Asolear el colchón.
- ☛ Investigar contactos en el hogar y en la comunidad.
- ☛ Recomendar tratamiento oportuno a los contactos.
- ☛ Informar a la madre que el prurito podría no quitarse con el medicamento aplicado.

28 PIODERMITIS CIE-10 : H - 6.0

DEFINICION:

Se considera como piodermitis, todas aquellas dermatosis causadas por los llamados gérmenes comunes de la supuración: Estreptococos y estafilococos. La patología más frecuente es el impétigo.

El término impétigo procede del latín "impetero", que significa: atacar o acometer impetuosamente.

En ésta entidad encontramos lesiones caracterizadas por vesículas y transformación purulenta en pústulas, que después de secarse forman costras (costra melicérica).

CLASIFICACIÓN.

1. Impétigo primario y secundario.

El impétigo primario aparece sobre una piel sin dermatosis previa. Se localiza a menudo alrededor de los orificios naturales (boca, fosas nasales, pabellones auriculares, y ojos). En lactantes predomina en el periné y región peri umbilical.

El impétigo secundario aparece sobre una dermatosis pre existente; también conocido como impetiginización. Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo.

2. Clasificación Secundaria.

Las variedades más frecuentes son:

- ☛ Impétigo buloso (impétigo de Bockhart). También conocido como impétigo ampollar, flictenular, o estafilocócico verdadero.
- ☛ Impétigo contagioso. (impétigo de Tílburi-fox). También conocido como Impétigo costroso o Sifiliforme.

Etiología.

Las bacterias más encontradas a menudo son:

Staphylococcus aureus, y Streptococcus beta hemolítico grupo A (Streptococcus pyogenes).

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

- ☛ Ocupa uno de los cinco primeros lugares en la consulta dermatológica en niños. No hay predilección por sexo o clase social.
- ☛ Parece predominar en verano y en climas tropicales.
- ☛ Factores predominantes: traumatismos previos, picadura de insectos, infecciones piógenas

extracutáneas, desnutrición, mala higiene personal, problemas alérgicos.

- ☛ De acuerdo a los informes epidemiológicos infantiles en el ISSS, de los años 2000 y 2001, la piodermitis se ubica dentro de las diez primeras causas de enfermedades de la siguiente forma:
 - ☑ Menores de un año, el sexto lugar.
 - ☑ De uno a 4 años, entre el séptimo y octavo lugar.
 - ☑ De 5 a 6 años, entre sexto y onceavo lugar.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

CLÍNICOS:

Las lesiones son de evolución aguda.

La lesión inicial es una ampolla, de contenido claro, rodeada de un halo eritema toso, que en pocas horas se transforman en pústulas. Luego, se rompe, aparece un exudado seroso o sero-purulento que se deseca y origina la costra melicérica.

Las lesiones se pueden extender con rapidez por auto inoculación y sobrevienen lesiones adyacentes o a distancia. Puede haber fiebre, malestar general, y adenopatías regionales.

LABORATORIO Y GABINETE:

Para estudios bacteriológicos, pueden tomarse cultivos del contenido de las vesículas o ampollas.

Complicaciones:

- ☛ Compromiso de anexos cutáneos: Inflamación de folículos pilosos (foliculitis), y glándulas sudoríparas.
- ☛ Compromisos de capas profundas de la piel:
 - a. Forúnculo: foliculitis aguda, profunda y necrosante.
 - b. Hidrosadenitis supurada: Absceso de glándula sudorípara (conocido como“golondrina”)
 - ☛ Ectima: Piodermitis más profunda. Afecta la hipodermis. Hay formación de úlceras. Localización principal en miembros inferiores.
 - ☛ Erisipela.
 - ☛ Complicaciones sistémicas: Glomerulonefritis aguda en un 2-5% de los casos.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION

Tratamiento local:

Curación o lavado con agua y jabón neutro; aplicación de un antiséptico débil en fomentos o baños para eliminar mecánicamente las costras:

1. Sulfato de cobre al 1/ 1000: Sobres de sulfato de cobre de 1 gramo disueltos en un litro de agua. Aplicar en forma de fomentos o baños dos o tres veces al día según la severidad del caso.
2. Solución de gluconato de clorhexidina al 4% jabón líquido si la curación se realiza en el centro de atención.

Aplicación tópica: cremas o ungüentos con antibiótico, de elección ácido fusídico.

El uso de cremas con esteroides está contraindicado.

En caso de que el procedimiento se haga en casa, y el problema sea **tratar pústulas de la piel**, es necesario enseñar a la madre los siguientes pasos de acuerdo a la estrategia AIEPI:

- ☛ Lavarse las manos
- ☛ Lavar suavemente con agua y jabón neutro para sacar las costras.
- ☛ Secar la zona.
- ☛ Aplicar crema (ácido fusídico) dos veces al día.
- ☛ Lavarse las manos.

Tratamiento con antibióticos sistémicos:

Su uso está indicado en pacientes con lesiones muy diseminadas:

1. Dicloxacilina oral 25-50 mg/Kg/ día. Repartido en dosis cada 6 horas, por 7 días.
2. Claritromicina 15 mg/Kg/ día. Repartido en dosis cada 12 horas durante 7 días.
3. Cefadroxilo oral 30 mg/ Kg/ día. Repartido en dosis cada 12 horas por 7 días.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

- ☛ Explicación adecuada sobre la preparación del antiséptico de uso local para la aplicación en forma de baños o lienzos.
- ☛ Explicar complicaciones.
- ☛ Baño diario.
- ☛ Cumplir tratamiento en forma completa.
- ☛ Limpieza de la ropa que usa el paciente.
- ☛ No compartir ropa.

CAPITULO V.

ENFERMEDADES HEPÁTICAS.

29 HEPATITIS A (HEPATITIS INFECCIOSA) CIE-10 : B-15

DEFINICIÓN.

Es una enfermedad que cursa con inflamación del hígado, como respuesta a la agresión del virus de la Hepatitis Tipo A.

Es altamente contagiosa, se transmite de persona a persona (vía fecal - oral) y ocasionalmente mediante la ingesta de alimentos o aguas contaminadas.

Etiología.

Es producida por el virus de la Hepatitis A (VHA o entero virus 72) puede demostrarse en heces humanas durante una variedad de técnicas inmunológicas. Puede determinarse el anticuerpo frente al virus HA (anti H.A.); los anticuerpos anti H.A. aparecen después de instaurada la ictericia.

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

El periodo de incubación es 4-6 semanas después de la exposición hasta la aparición de la ictericia. No presenta distribución estacional. En condición de escasa higiene, la infección parece producirse en edades más tempranas, la enfermedad es endémica en países sub desarrollados. Se han descrito brotes a partir de aguas y alimentos contaminados, o manipuladores de alimentos. La edad más frecuente es la primera década de la vida.

En el ISSS durante los dos últimos dos años la Hepatitis no aparece reportada dentro de las 10 primeras causas de enfermedades.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS:

CLINICOS:

En adolescentes y niños mayores, la hepatitis tiende a semejarse a la forma más grave de enfermedad observada en adultos, la instauración suele ser aguda.

Síntomas sistémicos: fiebre, malestar general, síntomas digestivos como náuseas, vómito, anorexia, intolerancia a los alimentos y dolor abdominal. El dolor sordo en el cuadrante superior derecho o una sensación de plenitud epigástrica puede exacerbarse con el ejercicio; la hiperbilirrubinemia se instaura después de los síntomas sistémicos, esto incluye coluria, ictericia de la piel y mucosa, acolia. Se estima que se produce hepatitis anictérica en el 80% de niños infectados menores de 2 años, y en aproximadamente la mitad de niños de 3 a 4 años afectados.

El diagnóstico puede sugerirlo un antecedente de ictericia en miembros familiares o contactos; y la historia clínica de signos y síntomas.

LABORATORIO Y GABINETE:

Desde el punto de vista laboratorial se observa un incremento de los valores de bilirrubina a predominio directa y las Transaminasas.

Exámenes de laboratorio:

- ☛ Examen general de orina
- ☛ Bilirrubina en sangre
- ☛ Transaminasas TGO, TGP,(ó amino transferasas)
- ☛ Leucograma
- ☛ Frotis de sangre periférica investigando virocitos.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCIÓN:

El tratamiento es sintomático y de soporte:

- ☛ Dieta con escaso contenido de grasa e hipercalórica.
- ☛ Dieta hipoproteica
- ☛ Evitar la deshidratación.
- ☛ Líquidos orales abundantes.
- ☛ Precaución con el uso de medicamentos metabolizados en el hígado, (no dar Acetaminofén ó ASA).
- ☛ Reposo relativo.
- ☛ Control del paciente en una semana. Volver de inmediato si el paciente empeora.

Complicaciones:

Hepatitis aguda fulminante, con una frecuencia de 1-2 %; la cual se puede acompañar de nivel sérico de bilirrubina de 20 mg/dl o más, encefalopatía hemorrágica, edema y ascitis.

Criterios de referencia:

- ☛ Intolerancia a la vía oral
- ☛ Sangramientos
- ☛ Deterioro del estado general.
- ☛ Incremento de la bilirrubina en forma aguda a valores arriba de 15mg/dl.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

- ☛ Lavado de manos después de cada cambio de pañales, al manipular alimentos, y antes de comer.
- ☛ Adecuada eliminación de excretas.
- ☛ Tratar apropiadamente el agua
- ☛ Investigar contactos
- ☛ Actualmente se cuenta con una vacuna. El ISSS todavía no la posee (no es parte del PAI).

30 HEPATITIS B CIE-10: B-16

DEFINICIÓN:

Es la inflamación producida en el hígado por el virus de la hepatitis B (VHB).

EPIDEMIOLOGÍA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

Sólo una pequeña porción de las infecciones agudas por el virus de la Hepatitis B (VHB) pueden ser reconocidas sobre bases clínicas; menos de 10% de los niños y entre el 30 y 50% de los adultos.

La distribución es mundial, en forma endémica, con pocas variaciones estacionales. Según cálculos de la OMS, se han infectado con el VHB más de 2,000 millones de personas (que incluyen unos 350 millones que padecen la infección crónica).

En países en que la hepatitis por VHB es altamente endémica (prevalencia del HBsAg de 8% o mayor), casi todas las infecciones se producen durante la lactancia y la primera infancia. En países en que la Hepatitis B es medianamente endémica (prevalencia del HBsAg del 2 al 7%), las infecciones por lo común afectan a todos los grupos de edad, si bien la frecuencia elevada de infección crónica persiste fundamentalmente por transfusión durante la lactancia y la primera infancia.

El 30-40 % de los portadores crónicos del VHB han adquirido la infección en la época infantil.

La transmisión del VHB se realiza principalmente por cuatro mecanismos:

- ☛ Transmisión vertical.
- ☛ Transmisión horizontal (Contacto íntimo entre familiares y por mucho tiempo).
- ☛ Transmisión por vía sexual.
- ☛ Transmisión por vía parenteral.

Durante los dos últimos años la Hepatitis B no aparece dentro de las 10 primeras causas de morbilidades del Programa Atención Infantil.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

CLINICOS.

Quando se presenta la enfermedad clínica, el comienzo suele ser insidioso, con anorexia, molestias abdominales vagas, náuseas y vómito, a veces artralgias y erupciones, cuadro que a menudo culmina en ictericia. El período de incubación generalmente es de 45-160 días con un promedio de 60-90. La fiebre puede ser leve o no presentarse. La gravedad va desde las formas no manifiestas

que se detectan solo mediante pruebas de la función hepática, hasta casos fulminantes y mortales de necrosis hepática aguda.

La infección por VHB puede ser de tres modalidades:

A. Infección aguda: La expresividad clínica, bioquímica y morfológica de la infección aguda es muy variable, comprendiendo desde la hepatitis fulminante, que ocurre aproximadamente en el 1 % de los casos ictericos, hasta las formas subclínicas, que representarían el 60-70 % de los casos. La infección aguda se caracteriza por la presencia en suero de HBsAg, HBeAg y de altos títulos de anti-HBc-IgM. **Estos marcadores desaparecen una semana después del comienzo de los síntomas en pacientes con infección aguda autolimitada.** El HBsAg habitualmente permanece detectable hasta la convalecencia a causa de que su aclaración en suero requiere un tiempo más prolongado.

B. Estado de portador crónico: Menos del 5% de los adultos inmunocompetentes no se recuperan normalmente de la infección y permanecen positivos para el HBsAg.

En pediatría, a diferencia de lo que ocurre en la edad adulta, la infección por el VHB en la época de lactancia o en edades muy precoces de la vida, fundamentalmente los que se han infectado por transmisión vertical, tienen un mayor riesgo de evolucionar hacia formas crónicas de infección, hasta un 90%, y posterior desarrollo de complicaciones posteriores.

Los individuos con una infección **aguda anictérica** tienen más probabilidad de evolucionar al estado de portador crónico, como sucede con frecuencia en los recién nacidos, niños, pacientes hemodializados, etc., en los que la infección es a menudo asintomática y tienen persistencia del HBsAg. Se ha demostrado que los varones tienen más dificultad para aclarar el HBsAg que las mujeres.

C. Infección crónica y hepatocarcinoma: Se considera, que a nivel mundial, el carcinoma hepatocelular (CHC) es el tumor maligno más frecuente, responsable de un millón de muertes cada año, la mayoría de ellas en Extremo Oriente y África subsahariana.

Numerosos estudios realizados en distintas regiones geográficas han demostrado una estrecha relación entre incidencia de CHC y la población portadora de HBsAg. Generalmente, el período de inducción entre la primoinfección por VHB y la manifestación clínica del CHC es muy prolongado, de 30 a 35 años. En áreas, donde la infección es hiperendémica y se adquiere en el período neonatal o en los primeros años de vida, la probabilidad de desarrollar a largo plazo cáncer hepático es especialmente elevada.

Es por todo esto que se puede decir que la vacuna del VHB es la primera vacuna contra el cáncer y **es responsabilidad de los pediatras prevenir el CHC mediante la vacunación universal de los niños.**

Medidas preventivas:

- ☛ Vacunación con vacuna antihepatitis B (vacuna elaborada por la técnica de ADN recombinante; se produce por medio del antígeno de superficie del virus de hepatitis B sintetizado por *Saccharomyces cerevisiae* (levadura de cerveza), en el cual se ha insertado un plásmido que contiene el gen de dicho antígeno.
- ☛ Inmunización sistemática de lactantes.
- ☛ Inmunización a población de alto riesgo incluyendo a los adolescentes.
- ☛ Utilizar jeringa y aguja desechable para inyecciones y vacunas.
- ☛ En todos los bancos de sangre es necesario buscar HBsAg en toda la sangre donada.
- ☛ Limitar la administración de hemoderivados que puedan ser peligrosos.
- ☛ Deben mantenerse bajo vigilancia todos los casos de hepatitis postransfusional.

CAPITULO VI ENFERMEDAD RENAL.

31. INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS. CIE-10: N- 39

DEFINICION

Es el crecimiento de alguna bacteria en la orina obtenida de la vejiga o pelvis renal y que puede manifestarse como una pielonefritis, cistitis o una Bacteriuria asintomática.

EPIDEMIOLOGÍA.FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD

La prevalencia de la infección de las vías urinarias varía marcadamente con el sexo y la edad.

- ☛ Aproximadamente 3 – 5 % de las niñas y 1 % de los niños adquieren una infección del tracto urinario.

Las infecciones de vías urinarias en niños ocuparon los siguientes lugares en el patrón de morbilidades del ISSS durante los años 2000-2001:

Menores de un año: 13º y 14º.

De uno a cuatro años no se reportaron casos dentro de los 10 primeros lugares.

De 5 a 6 años: aparece en el 15º lugar en el año 2000.

Etiología.

- ☛ En niñas 75 – 90 % son infecciones por bacterias Gram. negativo, siendo las más frecuentes: E. Coli, Klebsiella, Proteus.
- ☛ En niños mayores de un año de edad Proteus es tan común como E. Coli.
- ☛ En ambos sexos se observa el Estafilococo saprofítico en situaciones especiales, siendo conveniente tomar en cuenta contaminación de la muestra con ese tipo de bacterias.
- ☛ Virus, en especial adenovirus.

Factores Predisponentes.

- ☛ Sexo femenino (menores de dos años).
- ☛ Masculino, no circuncidado.
- ☛ Reflujo vesicoureteral.
- ☛ Uso inadecuado del servicio sanitario
- ☛ Inadecuada higiene genital.
- ☛ Disfunción de vaciamiento vesical.
- ☛ Uropatía obstructiva.
- ☛ Instrumentación uretral.

- ☛ Baño en tina.
- ☛ Infestación por parásitos (oxiuros, áscaris)
- ☛ Constipación.
- ☛ Anormalidades anatómicas.
- ☛ Vejiga neurogénica.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

CLINICOS:

La infección de vías urinarias presenta 3 manifestaciones clínicas.

1. Pielonefritis aguda (Daño del parénquima renal.)

Se manifiesta con fiebre, malestar general, náuseas y vómitos, ocasionalmente diarrea; síntomas inespecíficos como pobre alimentación, irritabilidad, pérdida de peso, falla en el crecimiento.

En el neonato se puede presentar pobre ganancia de peso, hipotermia o hipertermia, cianosis o color cutáneo grisáceo, distensión abdominal con o sin vómitos, diarrea e ictericia.

2. Cistitis.

Indica que hay compromiso de la vejiga, la cual presenta edema y engrosamiento de la mucosa con petequias y sangramiento.

Se manifiesta con disuria, urgencia urinaria, frecuencia urinaria, dolor suprapúbico, incontinencia, mal olor de la orina.

La cistitis no causa fiebre ni causa daño renal.

3. Bacteriuria asintomática.

Se refiere a niños que tienen un Urocultivo positivo sin ningún síntoma de infección urinaria. Esta condición ocurre con más frecuencia en niñas.

EXÁMENES DE LABORATORIO.

- ☛ Hemograma.
- ☛ Proteína C. Reactiva.
- ☛ Examen General de orina.
- ☛ Urocultivo. (métodos de toma muestra limpia)

INTERPRETACIÓN DEL UROCULTIVO POR MUESTRA LIMPIA:

NIÑOS Y NIÑAS	CONTEO DE COLONIAS POR MILÍMETRO CÚBICO.	PROBABILIDAD DE INFECCIÓN. %
	> 10,000 colonias por ml de orina.	Probable infección.
	1 muestra > o = 100,000	Probabilidad de un 80%
	1 muestra de 50,000 a 100,000	Sospecha de infección, repetir Urocultivo.
	1 muestra de 10,000 a 50,000	Sintomático, sospechoso. Repetir Urocultivo. Asintomático infección improbable.
	1 muestra < de 10,000	Infección improbable

Exámenes radiológicos:

Considerar la indicación de exámenes radiológicos en casos de:

- ☛ Todas las niñas menores de 5 años
- ☛ Todos los niños independiente de la edad
- ☛ Todos los niños con evidencia de pielonefritis.
- ☛ Cualquier niña con infección de vías urinarias recurrente.
- ☛ Todos los niños que no responden al tratamiento indicado.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCIÓN.

- ☛ Líquidos orales abundantes.
- ☛ Bajar Temperatura por medios físicos.
- ☛ Acetaminofén 10 mg/kg/dosis cada 4 – 6 horas.
- ☛ Antimicrobianos por 10 a 14 días.
- ☛ Referencia al especialista en los casos recurrentes.
- ☛ El diagnóstico se debe respaldar con examen general de orina y Urocultivo.

MEDICAMENTO	DOSIS PARENTERAL	DOSIS ORAL.
AMIKACINA	15 mgs/kg/día. Dividido cada 12 horas.	
GENTAMICINA.	5 mgs/kg/día. Dividido c/12 horas	
CEFTRIAXONA	75 mg/Kg/día.	
AMOXICILINA.		20-40 mgs/kg/día. Dividido c/8 horas
TMP/ SULFA.		Trimetoprim: 6 -12 mgs/kg/día. Dividido c/12horas. Sulfametoxazole: 30-60 mgs/kg/día. Dividido c/12horas
CEFADROXILO		30-40 mgs/kg/día. Dividido c/12horas

Los medicamentos: Amikacina, Gentamicina y Ceftriaxona serán de uso exclusivo del pediatra.

Los urocultivos de control se indicarán: al final del tratamiento, luego cada mes durante tres meses.

El tratamiento no deberá ser menor a un período de diez días.

PROFILAXIS.

A continuación la siguiente tabla expresa los medicamentos y dosis para profilaxis de infección de vías urinarias.

TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOLE	Trimetoprim: 10mg /kg. /día. En una sola dosis. Sulfametoxazole: 10 mgs/kg/día. En una sola dosis. O bien: Trimetoprim: 5mg./kg/día. Dos veces por semana. Sulfametoxazole: 25 mgs/kg/día. Dos veces por semana.
--	--

La duración de la profilaxis dependerá de cada caso en particular, en el entendido de que se debe investigar y tratar el origen de la enfermedad.

CAPITULO VII. ENFERMEDAD EXANTEMÁTICA.

32. VARICELA. CIE – 10 B01-B02

DEFINICION

Enfermedad vírica, aguda y generalizada, de comienzo repentino, con fiebre moderada, síntomas generales mínimos y una erupción cutánea de tipo macular durante pocas horas, y vesicular durante 3 o 4 días, que deja costras descamativas.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBIMORTALIDAD.

De distribución mundial, afecta ambos sexos. Es contagioso para el 80 a 90% de los expuestos en contacto domiciliario. Los casos secundarios intrafamiliares son más severos que el caso primario. El 75% de adultos que no tienen historia de adolecer la varicela tienen detección de anticuerpos en un 75%.

Los niños con historia de Zoster mayores de dos años tienen una historia previa de varicela, la entidad como tal es rara pero se incrementa en hijos de madres que sufrieron varicela durante la gestación.

El periodo de incubación es entre 10 a 23 días, con un promedio de 14 días.

Durante el bienio 2000-2001 en el ISSS se reportaron 902 casos únicamente en el grupo etáreo de 1-4 años, en el año 2000.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS:

CLINICOS:

Altamente contagiosa, usualmente autolimitada, caracterizada por fiebre generalizada, prurito, rash, cercano al 5° día. Existen dos fases, la fase prodrómica, con fiebre de uno a dos días, con rash más intenso en el tronco, al inicio como en gotas de rocío, después lesiones en diferentes estadios. La mayoría de niños desarrollan entre 250 y 500 lesiones.

Las lesiones se desarrollan en boca, mucosas y conjuntivas. La despigmentación de la piel puede suceder en niños de color. Es poco común observar el incremento de las Transaminasas hepáticas, y leve ictericia durante la varicela. Esto puede ser limitado. Raramente puede cursar con trombocitopenia y neutropenia.

Usualmente los adultos desarrollan la enfermedad en forma severa, generalmente con complicaciones. El neonato puede adquirir la varicela de la madre en el momento del parto con serias complicaciones en la edad neonatal.

COMPLICACIONES:

Infección bacteriana sobre agregada es la más común, generalmente por *Staphylococcus aureus* ó *Streptococos hemolítico del grupo A*. Complicaciones a nivel del SNC como encefalitis aséptica, meningitis y ataxia cerebelosa. En algunos casos podría observarse síndrome de REYE. Otra complicación menos común es la Glomerulonefritis, artritis, y púrpura fulminante.

La varicela puede ser fatal para un inmunocomprometido, incluyendo VIH. La presentación diseminada sucede en 30% de los casos con un desenlace fatal en el 7%.

TRATAMIENTO MEDICO Y EVOLUCION.

- ☛ El baño con soluciones secantes tipo solución de Burrow condiciona el rápido secado de lesiones sin coinfección bacteriana.
- ☛ La fiebre debe ser controlada con Acetaminofén. Nunca usar aspirinas por complicaciones con síndrome de REYE.
- ☛ El aciclovir es el agente preferido para tratar la varicela.
- ☛ Para la administración oral debe hacerse notar que sólo el 20% del medicamento se absorbe, y los datos de eficacia en pacientes de alto riesgo tratados oralmente no han sido publicados. Hay estudios que sustentan el tratamiento oral a dosis de 20 mg/Kg en cuatro a seis dosis al día, por 5 días. Debiendo ser iniciado lo más temprano posible entre 24 a 72 horas de iniciada la enfermedad.

PREVENCIÓN:

Vacuna disponible en el país, altamente eficaz que se aplica a partir del año de edad. El ISSS no cuenta con ésta vacuna por no estar incluido en el PAI.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

- ☛ Proteger contra la exposición a las personas de alto riesgo, como los recién nacidos no inmunes y los inmunodeficientes.

OBSERVANCIA DE LAS GUÍAS.

La vigilancia del cumplimiento de las presentes **Guías de Manejo en Pediatría** corresponde a las Direcciones de Centros de Atención del ISSS a nivel nacional, donde se proporciona atención pediátrica, en el ámbito de sus competencias.

VIGENCIA DE LAS GUÍAS.

Las presentes guías entrarán en vigencia a partir de esta fecha y sustituyen a todas las guías e instructivos que han sido elaborados previamente por los diferentes centros de atención.

DEFINICIONES Y ABREVIATURAS.

AIEPI: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

ASA: Acido Acetil Salicílico.

ADN: Ácido Desoxi-ribonucleico.

AINES: Anti-inflamatorios No Esteroides.

BAC: Bronquitis Aguda Catarral.

CHO: Carbohidratos.

CHC: Carcinoma Hepato Celular.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

DPE: Desnutrición Proteico Energética.

DH: Dengue Hemorrágico.

DE: Desviación Estándar. Es la unidad de medida de la curva de Gauss. Se le conoce asimismo como puntaje "Z".

EDA; Enfermedad Diarreica Aguda.

ECET: Escherichia Coli enterotoxigénica.

ECEP: Escherichia coli entero patógena.

ECEI: Escherichia coli entero invasora.

ECEA: Escherichia coli entero adhesiva.

ECTS: Escherichia coli productora de toxina de Shiga.

ELISA: Prueba inmunológica colorimétrica que utiliza una enzima ligada a Anticuerpos o Antígeno.

FESAL-98: Encuesta Nacional de Salud Familiar 1998.

GEA: Gastroenteritis Aguda.

GAUSS, curva de: Expresión gráfica de la Normalidad desde el punto de vista estadístico. Se le conoce también como curva en Campana.

HBsAg: Antígeno de superficie de la Hepatitis "B".

HBeAg: Antígeno e del Virus de la Hepatitis "B".

HbCAg: Antígeno c del Virus de la Hepatitis "B".

HCM: Hemoglobina Corpuscular Media.

HIPOSAL: Marca registrada de suero endovenoso con bajo contenido de cloro y sodio.

IgM: Inmunoglobulina M.

IDM: Inhalador Dosis Medida. Contiene gas o propelente para dosificar el medicamento.

IgG: Inmunoglobulina G.

Kcal: Kilocaloría.

Kg: Kilogramos.

Mgs: Miligramos.

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

SNC: Sistema Nervioso Central.

OMA: Otitis Media Aguda.

TMP/SMX: Trimetoprim-Sulfametoxazole.

ORL: Otorrinolaringología.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

P/E: Indicador de crecimiento físico que relaciona el Peso con la Edad.

PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones.

PRUEBA DE LAZO: Prueba clínica que valora fragilidad capilar.

REYE, Síndrome de: Estado morbozo con ataque primordialmente al Sistema Nervioso Central y al Hígado.

SDA: Síndrome Diarreico Agudo.

SRO: Suero de Rehidratación Oral.

SCD: Síndrome de Choque por Dengue.

TGP, TGO: Transaminasas Glutámico Pirúvica y Oxalacética.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

VCM: Valor Corpuscular Medio.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

VHA: Virus de la Hepatitis "A".

VHB: Virus de la Hepatitis "B".

BIBLIOGRAFÍA.

1. Resfriado Común.

Nelson, W. TRATADO DE PEDIATRÍA, 16a Edición, 2001.

The Red Book, 25 ED. 2001.

2. Faringoamigdalitis.

Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. J. Ruiz Contreras: Hospital 12 de octubre, Madrid.

Pediatrics in Review, Diciembre 2001, en Español.

Pediatría de Meneghello, Tomo 1; 5ª. Edición/1997.

Medicine Journal, January 14 2002 Vol 3, Number 1.

3. Sinusitis.

Roa Bernal, Jaime A, Echandía Álvarez, Carlos A. EMERGENCIAS Y URGENCIAS EN PEDIATRÍA, Guías Anticipatorias, 2ª Edición. Año 2001.

Nelson, W. TRATADO DE PEDIATRÍA. 16 Edición. 2001.

4. Otitis Media Aguda.

Benguigui, Yehuda; López Antuñaño, Fco.J. INFECCIONES RESPIRATORIAS EN NIÑOS.Serie HCT/AIEPI-1.OPS. 1997.

The Red Book, 25ª Edición, Año 2001.

5. Neumonía.

Nelson, Tratado de Pediatría, 16a Edición. Año: 2001

The Red Book, 25ª Edición, Año 2001.

Guías de práctica Clínica basada en evidencia. Asociación colombiana de facultades de medicina-ISSC.

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), CUADRO DE PROCEDIMIENTOS, MSPAS, OPS, junio 2002.

6. Otitis externa.

Normas de Manejo Pediátrico, Hospital de Niños Benjamín Bloom.

Nelson, Tratado de Pediatría. 15ª Edición, Año 2000.

Las Otitis en preguntas., Pierre Gehanno, Hospital Claude Bernard, Paris.

7. Asma Bronquial.

Roa Bernal, Jaime A, Echandía Álvarez, Carlos A. EMERGENCIAS Y URGENCIAS EN PEDIATRÍA, Guías Anticipatorias, 2ª Edición. Año 2001.

Normas de Manejo Pediátrico. Hospital de niños B. Bloom. Año 1999.

Normas de manejo Pediátrico. Hospital San Juan de Dios de Santa Ana. Año 2001.

Monitor Médico 3-N-8 2002. Artículo, Asma, estableciendo las prioridades de una forma más sencilla.

Nelson, Tratado de Pediatría. 15ª Edición. Año 2000.

8. Rinitis Alérgica.

PEDIATRIA, Meneghello, Edición, Año.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y TRATAMIENTO de Crup-Chaton.

9. Bronquitis.

Meneghello, TRATADO DE PEDIATRIA, 5ª Edición.

Nelson, W. TRATADO DE PEDIATRIA, 12ª Edición. 1987.

10. Dengue.

El Dengue y el Dengue Hemorrágico: Información para Médicos., Centers for Disease Control and Prevention. San Juan, PR, 2002.

Norma Nacional del Dengue, MSPAS, 2002.

Manejo de Pacientes Febriles durante epidemia de dengue hemorrágico, Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom. Junio 2002.

11. Diarrea.

Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), CUADRO DE PROCEDIMIENTOS, MSPAS, OPS, junio 2002.

12. Amibiasis

Nelson, Tratado de Pediatría. 15ª Edición. Año 2000.

13. Giardiasis.

Terapéutica Pediátrica. Dr. Ramón Rivera, 2ª Edición. 1999.

Guía antimicrobianos, Antivirales, Antiparasitarios y Antibióticos. N. González Saldaña. 4ª Edición. 1997.

(14, 15, 16, 17, 18, 19, 20,21) Todas las demás parasitosis.

Manual de Terapéutica Pediátrica. 5ª Edición. John W. Grae.

Manual Merk. 9ª Edición.

Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico, 9ª Edición. Hay, Jr, Groothuis, Hayward, Levin.

Manual para el control de las Enfermedades Transmisibles. 16ª Edición. Abnan S. Benson. OPS.

The Red Book, 26ª Ed, año 2000.

22. Conjuntivitis.

Nelson, W. TRATADO DE PEDIATRIA. 15ª Ed, Año 1999.

The red book, 26a ed, 2000.

Fein Textbook Of. Pediatric. Inf. Diseases. 4ª ED. 1998.

23. Anemia Ferropriva.

Nelson W, TRATADO DE PEDIATRIA, 15ava Edición. 1999.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PEDIATRICO. 13ª Edición. 1999.

24. Desnutrición Proteico Energética.

Manejo de la Desnutrición Leve y Moderada, y Medidas Preventivas, SALUD DE LA NIÑEZ
Módulo II, Unidad 3.I

Encuesta Nacional de Salud Familiar, FESAL-98. Diciembre, 1999.

Nelson, Waldo E, TRATADO DE PEDIATRIA. 16ª Edición. Año 2001.

Meneghello, TRATADO DE PEDIATRIA, 5ª Edición.

Gellis, Kagan. TERAPEUTICA PEDIATRICA.

NORMAS DE MANEJO PEDIATRICO, Hospital de Niños Benjamín Bloom.

Flores, M. Menchú, M.T.Lara, Y. VALOR NUTRITIVO DE LOS ALIMENTOS PARA C.A. Y
PANAMA. Año 1975.

25. Eccemas (25.1, 25.2, 25.3, 25.4).

Nelson. W. TRATADO DE PEDIATRIA, 16 edición, Año 2000.

Hernández Pérez, E. CLINICA DERMATOLOGICA. 1978.

26,27. Pediculosis y Escabiosis.

Control de Enfermedades Transmisibles, Publicación Científica Técnica No 581, OPS, 17ª
Edición, Washington, EUA, Año 2001.

Normas de Atención en el Primer Nivel del SIBASI, MSPAS, 2ª Versión, El
Salvador, Año 2001.

28. Piodermitis.

Clínica Dermatológica. Dr. Enrique Hernández Pérez, 3ª Edición.

Dermatología, Diagnóstico y Tratamiento. Arenas. 2ª Edición. Año 1996.

Tratado de Neonatología de Avery, 7ª. Edición.

Nelson Textbook of Pediatrics, 16th edition.

Pediatrics, Abril del 99, Vol 103 No. 4 Pág. 843 – 852

29. Hepatitis A.

James Chin, Control de las enfermedades transmisibles, OPS., 17ª. Edición, año 2001

Nelson, W, TRATADO DE PEDIATRIA, 16ª Edición. Año 2001.

The Red Book, 25ª Edición, Año 2001.

30. Hepatitis B.

Chin James, El control de las enfermedades transmisibles, OPS, 17ª edición, 2001.

MANUAL DE VACUNAS EN PEDIATRIA, 2ª Edición Latinoamericana. Año 2002.

Nelson, W. TRATADO DE PEDIATRIA, 16ª Edición, Año 2001.

31. Infección de vías Urinarias.

Nelson, W. TRATADO DE PEDIATRIA, 16a Edición, Año 2001.

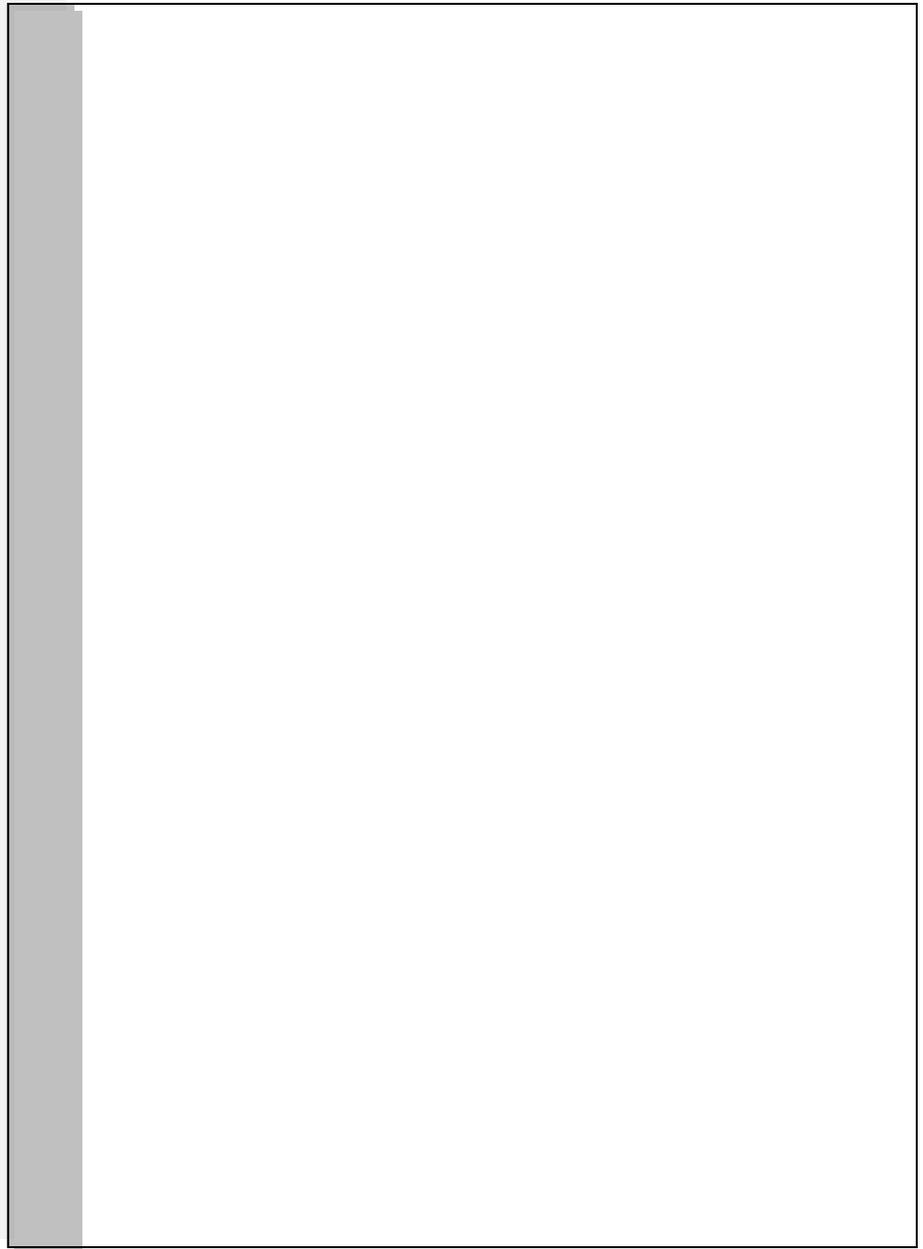
32. Varicela.

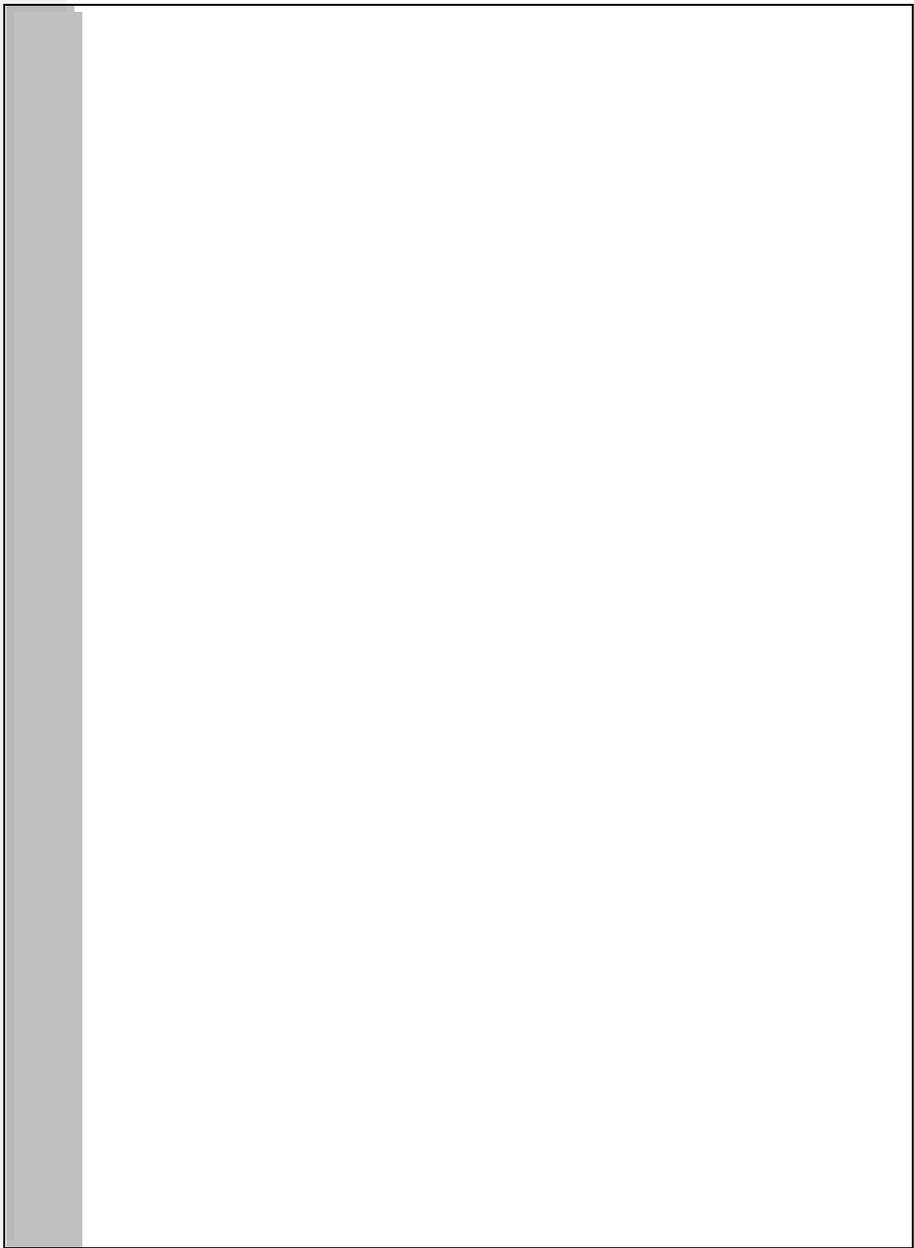
Fagin's, Textbook of Pediatric Infectious Diseases. Edition 4, 1998.

Autorizado por:

DR. SIMÓN BALTAZAR AGREDA
JEFE DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

DR. NELSON NOLASCO PERLA
SUB DIRECTOR DE SALUD







PROCESO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN
2003

Djgav.