

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"GUIAS DE MANEJO DE
MEDICINA GENERAL"
MODULO IV**

**FISIATRIA, DERMATOLOGIA
Y OTRAS ENFERMEDADES DE INTERES
EPIDEMIOLOGICO.**

ENERO - 2006

Presentación



El **Instituto Salvadoreño del Seguro Social** a través de su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación de la División Técnica Normativa, quién a través del Proceso de Normalización es la responsable de estandarizar los procedimientos asistenciales de la prevención secundaria y terciaria en salud.

En este sentido, las “ **GUIAS DE MANEJO DE MEDICINA GENERAL- MODULO IV**”, serán los documentos normativos que tendrán como objetivo, guiar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones sobre que intervenciones son las más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica, constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los Centros de Atención que tengan esta disciplina en su portafolio de servicios, quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos pertinentes.



Ing. Jorge Mariano Pinto
DIRECTOR GENERAL ISSS



D

"GUIAS DE MANEJO DE MEDICINA GENERAL" MODULO IV

**ENFERMEDADES:
FISIATRIA, DERMATOLOGIA Y OTRAS
ENFERMEDADES DE INTERES EPIDEMIOLOGICO**

ENERO - 2006

COMITÉ NORMATIVO Y TÉCNICO

JEFE
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

DR. SIMÓN BALTAZAR AGREDA

JEFE DEPTO. DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN	<i>DR. GUILLERMO JOSÉ VALDÉS FLORES</i>
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN.	<i>DRA. IZAYANETH DE BAIZA DR. CÉSAR EDUARDO JIMÉNEZ DR. ODILIO ARCIDES LINARES DR. MARIO MARTÍNEZ CALDERÓN DR. MARCO ANTONIO SALAZAR DR. ROBERTO FRANCISCO BONILLAR</i>
OTORRINOLARINGOLOGIA	<i>DR. RICARDO PATIÑO DR. WALTER SALINAS DR. AMÉRICO FUENTES DR. REYNALDO VILLENA</i>
MEDICINA INTERNA	<i>DR. GUILLERMO GONZÁLEZ GARCÍA DR. GUILLERMO VAQUERAZO DR. LUIS GERARDO HIDALGO DRA. GUADALUPE DE ARAUJO DRA. MARISOL ALVARENGA</i>
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA Y EDUCACIÓN CONTÍNUA	<i>DRA. GIANIRA CHÁVEZ DE BENÍTEZ LICDA. TELMA CECILIA BARILLAS DE QUIJANO</i>
PERSONAL REPRESENTANTE QUE REVISÓ LAS GUÍAS DE MEDICINA GENERAL	<i>DR. RODOLFO LÓPEZ ORELLANA DR. DANIEL RIVERA DRA. FLOR ELIZABETH MERINO FLORES DRA. LUCÍA RAMÍREZ DE MIRA</i>

Indice

No.	CONTENIDO	No. DE PAGINA
ENFERMEADES TRANSMITIDAS POR VECTORES		
1.	Dengue	1
2.	Paludismo	3
3.	Enfermedad de Chagas	8
ENFERMEADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN		
4.	Rubeola	12
5.	Parotiditis Infecciosa	15
6.	Varicela / Herpes Zoster	18
OTRAS ENFERMEADES DE INTERES EPIDEMIOLOGICO		
7.	Herpes Simple	21

8.	Herpes Zoster	25
9.	Conjuntivitis Hemorrágica	27
10.	Conjuntivitis Bacteriana	30
ENFERMEDADES MICOTICAS		
11.	Tinea cruris y Tinea Corporis	33
12.	Tiña de las uñas y candidiasis ungueal	36
13.	Dermatofitosis de la cabeza y de la barba	38
14.	Candidiasis	41
ENFERMEDADES PARASITARIAS		
15.	Pediculosis	45
16.	Escabiosis	48
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PREDOMINANTEMENTE SEXUALES		
17.	Infecciones de Transmisión Sexual	51
18.	Tricomoniasis	58
19.	Hepatitis Virica B	61
GUIAS DE FISIATRIA DEL I Y II NIVEL DE ATENCIÓN		
20.	Trauma craneoencefalico	65
21.	Accidente Cerebrovascular	69
22.	Síndrome del Latigazo Cervical	73
23.	Síndrome del Hombro Doloroso	76
24.	Dolor de Espalda (Dorsalgia)	79
25.	Lesión Medular	82
26.	Cervicalgia	85
ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS		
27.	Dermatitis Actinica (Dermatitis Solar)	90
28.	Dermatitis Atópica	93
29.	Dermatitis por Contacto	95
30.	Dermatitis Seborréica	97
31.	Verrugas Virales	99
32.	Melasma	101
33.	Acné	
OTRAS ENFERMEDADES		
34.	Gota	103
35.	Anemia Microcítica Hipocrómica	107

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

DENGUE

CIE 10: A 90

DEFINICIÓN

Enfermedad vírica febril y aguda que tiene comienzo repentino.

EPIDEMIOLOGÍA

El agente infeccioso es un flavivirus, y es producida por diferentes serotipos: Dengue 1, 2, 3 y 4.

Se transmite por la picadura de mosquitos infectantes, principalmente del genero *Aedes aegypti*. Puede atacar a todos los grupos de edad, la forma grave, el dengue hemorrágico, causa epidemias mortales principalmente en los niños.

En el país se presenta de forma endémica y epidémica, cuando las condiciones medioambientales favorecen la replicación del mosquito transmisor.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Enfermedades febriles eruptivas.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Suele presentarse con fiebre continua, mayor de 38.5°C, rara vez de más de 7 días de evolución.

Cefalea intensa, dolor retroocular, fotofobia, mialgias generalizadas, anorexia, nauseas, vómitos y otras molestias digestivas.

Hipersensibilidad a la palpación de los músculos, hipotensión postural, taquicardia, petequias, erupción maculopapular generalizada y pruriginosa.

- Gota gruesa.
- Hemograma completo.

- General de orina.
- Anticuerpos IgM para dengue al 6° día de fiebre para confirmar la sospecha clínica.
- Plaquetas.

TRATAMIENTO

1. Recomendar líquidos orales abundantes, jugos, sopas, SRO 1 VASO CADA 2-4 HRS, por lo menos en las primeras 48 horas.
2. Acetaminofén 500 mg VO c/ 6 horas durante 5 días.
3. Vigilancia de signos y síntomas c/ 72 horas.
4. Dar a conocer los signos de alarma para su identificación (deshidratación, piel fría, taquicardia, sangramientos).

INCAPACIDAD

Dependerá del cuadro y evolución clínica, por lo regular de 3 a 6 días.

REFERENCIA Y RETORNO

Se referirá a la emergencia del hospital de 2° o 3° nivel de atención, los casos en los que hay tendencia a la deshidratación, intolerancia a la vía oral o signos de sangrado.

PALUDISMO

CIE-10 B50-B54

DEFINICIÓN

Enfermedad parasitaria producida por protozoos, que se transmiten por la picadura del mosquito Anopheles. Las infecciones que se presentan en el ser humano, son producidas por 4 especies del genero Plasmodium: Vivax, Ovale, Malariae, Falciparum. Casi todas las formas mortales son producidas por este último.

EPIDEMIOLOGÍA

Es endémica en las zonas tropicales y subtropicales. En el país ya existen zonas malaricas bien identificadas. El hombre es el reservorio importante para el paludismo.

Casi todas las especies se alimentan al atardecer o en las primeras horas de la noche. La infecciosidad de los mosquitos dura mientras en la sangre de los pacientes, existan gametocitos infectantes. La longevidad del mosquito es importante, debido a que parte del ciclo vital del parásito se lleva a cabo dentro del mosquito. Para transmitir el paludismo este debe sobrevivir más de 7 días.

Se observa un incremento en la incidencia del paludismo, durante la estación de lluvia.

FACTORES DE RIESGO

1. Viviendas desprotegidas de mallas contra vectores.
2. Alta densidad del mosquito transmisor.
3. Grandes mantos de agua sin canalización.
4. No uso de mosquiteros al dormir.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Puede comenzar como enfermedad vírica leve. La fiebre puede ser terciaria (cada 2 días), cuartana (cada 3 días), escalofríos (de 15 a 60 minutos), diaforesis profusa, cefalea, fatiga, molestias abdominales, mialgias, artralgias, náuseas y vómitos simultáneos. Cuando se presenta la sudoración, la fiebre cede y hay mejoría clínica aparente.

Cuando progresa la enfermedad aparece esplenomegalia y en menor grado hepatomegalia. El paludismo por falciparum puede producir: ictericia, convulsiones, insuficiencia renal, hipoglucemia, shock, sangrados.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Infección de vías urinarias.
2. Fiebre tifoidea.
3. Hepatitis.
4. Dengue.
5. Influenza.
6. Absceso Hepático.
7. Leptospirosis.
8. Síndrome convulsivo.

LABORATORIO Y GABINETE

- Gota gruesa y delgada teñidos con Giemsa, la gota gruesa para detectar la presencia del parásito y la delgada para diferenciar el tipo de parásito.
- Hemograma completo.
- Actualmente se ha introducido determinación de Anticuerpos frente a plasmodium falciparum.

CLASIFICACIÓN

Es una enfermedad de notificación obligatorio, su presentación grave por *P. falciparum* puede ser causa de Muerte.

TRATAMIENTO

Fosfato de Cloroquina (150 mg de base) 4 tabletas vía oral dosis única el primer día, luego 2 tabletas a las doce horas posterior de la primera toma, el segundo día dos tabletas cada día hasta finalizar diez tabletas. Luego Primaquina (tab. 15 mg) una tab. al día por 15 días (para el *P. Vivax*).

Fosfato de Cloroquina 1 tableta cada semana (como medida profilaxis para extranjeros durante su estadía en el país). Las alternativas pueden ser Quinina, Mefloquina entre otros.

INCAPACIDAD

Dependiendo de la presentación clínica de tres a 7 días.

PLAN EDUCACIONAL

Eliminación de vectores y Criaderos:

- Colocar tapaderas bien ajustadas en los depósitos de agua para evitar que las hembras de los mosquitos pongan ahí sus huevecillos.
- Las fosas sépticas y pozos negros, deben taparse bien para que los mosquitos no penetren y puedan hacer criaderos.
- Orientar a las personas sobre el buen uso de abate.
- Dar un adecuado tratamiento a la basura que se encuentra cerca de las viviendas, porque pueden acumular agua lluvia, es conveniente enterrarla o quemarla.
- Combatir las larvas de los mosquitos, ya sea con pequeños peces (chimbolos, butes y guramis), los primeros pueden atraparse en quebradas y riachuelos. También se pueden eliminar las larvas con la aplicación de kerosene, aceite quemado y o aplicación de abate

granulado, dependiendo de la cantidad de agua, y las dificultades que se encuentren.

- Hacer uso de insecticidas de acción residual a nivel de paredes o sitios donde se posan los zancudos.
- En las zonas endémicas se recomienda usar telas metálicas en las puertas y ventanas y utilizar mosquiteros.
- Hacer drenaje de estancamiento de agua para evitar que se siga acumulando y si existe dificultad en la canalización, buscar la alternativa de rellenar con tierra.
- Evitar el uso de flores con agua o cambiar agua cada dos días.

PREVENCIÓN DE PICADURAS DE MOSQUITO:

1. Uso de mosquiteros en los dormitorios.
2. Hacer uso de repelentes en las partes del cuerpo expuestas a las picaduras de mosquito.
3. Uso de telas metálicas en puertas y ventanas que impidan la entrada del mosquito a las viviendas y los dormitorios en especial.
4. Uso de espirales y vaporizadores eléctricos los cuales pueden ser eficaces durante la estación de lluvia, sobre todo al caer la tarde.
5. Protección de los enfermos. Los mosquitos se infectan al picar a las personas con paludismo. El empleo de mosquiteros de cama impide que los mosquitos piquen a los enfermos y contribuye a frenar la propagación de epidemias.

RECOMENDACIONES:

1. En caso se sospecha de la enfermedad consultar a su unidad médica más cercana y evitar la automedicación.
2. Evitar transfusiones de sangre de personas con antecedentes de paludismo o de una posible exposición a la enfermedad.

3. Investigación de contactos y de la fuente de infección. Se efectuara cuando se esta en la etapa de erradicación haciéndose encuestas masivas. En caso de paludismo adquirido por transfusión, deben investigarse los donantes y practicar exámenes de sangre y deben recibir tratamiento a los que se les identifiquen los parásitos.

REFERENCIA Y RETORNO

Se referirán al hospital de segundo o tercer nivel de atención todos aquellos casos complicados con: Hematuria microscópica, sospecha de insuficiencia renal y edema pulmonar.



ENFERMEDAD DE CHAGAS

CIE-10 B 57

DEFINICIÓN

Es una zoonosis causada por el parásito protozoario *Tripanosoma Cruzy*. La enfermedad febril leve se debe a la infección reciente por el microorganismo; la mayor parte de los infectados permanecen durante el resto de sus vidas en una fase indeterminada crónica.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una enfermedad limitada al continente americano, desde México, Centroamérica y Suramérica. El reservorio es el hombre y animales domésticos, como el gato, perro, ratas etc. El T. Cruzy se presenta como hemoflagelado y también como parásito intracelular sin flagelo externo.

Los vectores infectados se alojan en viviendas primitivas de adobe y madera. Se transmite por las chinches picudas (*Triatoma dimidiata* y *Rhodnius prolixus*) infectadas, cuando pican a una persona y defecan durante la succión, excretando los *Tripanosomas* en las heces e infectando el sitio de la picada. Las chinches se contagian cuando se alimentan de sangre de una persona o un animal que contenga el parásito. También puede existir la enfermedad por transfusión de sangre (20%), Chagas congénito (3%), accidentes de laboratorio. El período de incubación es entre 5 y 14 días, después de la picada de la chinche. En caso de transfusiones puede ser de 30 a 40 días.

Después del período agudo que puede pasar inadvertido en la niñez el estado de latencia dura de 10 a 30 años en el cual el paciente es asintomático, y las pruebas de laboratorio son positivas, principalmente en bancos de sangre. En ocasiones la etapa crónica se manifiesta como patología cardíaca o gastrointestinal.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Fase aguda:

- Chagoma o signo de Romaña.
- Fiebre variable.
- Malestar general.
- Linfadenitis regional.
- Hepatoesplenomegalia.
- Miocarditis Aguda.
- Meningoencefalitis.

Fase crónica:

- Trastornos Psicológicos.
- Convulsiones.
- Miocarditis y Meningoencefalitis.
- Taquicardia.
- Arritmias.
- Insuficiencia Cardíaca.
- Cardiomegalia.
- Megavísceras (Megaesófago y megacolon).
- Tromboembolias.

El chagoma puede ser confundido con cualquier otra lesión cutánea tropical.

LABORATORIO Y GABINETE

Fase aguda:

- Gota gruesa.
- Hemoconcentración.

- Xenodiagnóstico.

Fase crónica:

- Xenodiagnóstico.
- Técnica de Elisa para Chagas.
- Inmunofluorescencia indirecta y aglutinación para Chagas.
- Es una enfermedad de notificación obligatoria pues llega a ser una enfermedad grave y mortal.

TRATAMIENTO

Nifurtimox 10 mg/Kg./día VO cada 6 horas por 120 días V.O. en la etapa aguda y latente, administrada después de las comidas, es importante mencionar los efectos colaterales del tratamiento, como la anorexia, pérdida de peso, náuseas, vómitos, convulsiones, cefalea, vértigo y excitación mental.

En la Etapa Crónica el tratamiento está orientado a problemas cardíacos y gastrointestinales. El uso de antiparasitarios en esta etapa es controversial y vamos a apegarnos a la política sanitaria de las autoridades de Salud Pública del país.

PLAN EDUCACIONAL

- Es necesario educar a la población sobre el modo de transmisión y los métodos de prevención y eliminación del vector.
- Aplicación de insecticidas de acción residual (tipo piretroide), ya sea por rociamiento o aplicación de pinturas con insecticida.
- Reparación de viviendas para eliminar los sitios donde se pueden esconder los vectores o animales que sirvan de reservorio.
- Tamizaje de todos los donantes de sangre.
- Notificación de casos a las autoridades de salud local.
- Debe hacerse investigación de los contactos y de la fuente de infección. Debe buscarse el vector en los techos de paja, huecos de las paredes,

ropa de cama y habitaciones. Hay que examinar a cada miembro de la familia del paciente.

- Aconsejar que los animales domésticos duerman fuera del área intradomiciliar y preferentemente no debajo de las camas.

REFERENCIA Y RETORNO

Se referirá a INFECTOLOGÍA para tratamiento ante la confirmación del diagnóstico de la etapa aguda. Y se referirá a la especialidad respectiva (Cardiología, Gastroenterología, etc.) en casos de etapa crónica, en caso de presentar complicaciones no manejables en este nivel.



ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

RUBEOLA

CIE-10 B06

DEFINICIÓN

Infección viral aguda caracterizada por fiebre, exantema, adenopatías y a veces artritis. Se asemeja al sarampión, por lo que popularmente se le conoce como sarampión alemán.

El síndrome de rubéola congénita afecta hasta los 90% de recién nacidos de madres que contrajeron la enfermedad en el primer trimestre del embarazo.

EPIDEMIOLOGÍA

El agente infeccioso que la produce es el virus de la rubéola, que pertenece a la familia Togaviridae y al género rubivirus. Su distribución es mundial, se presenta en forma endémica, aunque su mayor presentación es en los meses de verano, el reservorio únicamente es de los seres humanos.

Se transmite por contacto de las secreciones nasofaríngeas de los infectados. El período de incubación es de 14 a 21 días. Es muy contagiosa ya que puede transmitirse desde una semana antes y por lo menos 4 días después de comenzar la erupción. Los infantes con rubéola congénita, pueden expulsar virus durante meses o hasta los dos años de edad después del nacimiento.

La inmunidad activa se adquiere por infección natural o vacunación. La inmunidad es permanente después de una infección natural y se espera que dure largo tiempo, los hijos de madres inmunes, están protegidos de la infección de 6 a 9 meses, por lo que los programas de vacunación recomiendan la vacuna con SPR al tener un año de edad, y el refuerzo a los 4 años y medio.

FACTORES DE RIESGO

El hacinamiento y la falta de vacunación específico son los factores de riesgo más conocidos.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Fiebre leve, cefalalgia, malestar general, coriza y conjuntivitis, linfadenopatías postauriculares occipital y cervical posterior, es un signo característico que se presenta de 5 a 10 días antes de la erupción, que es de tipo maculopapular que se inicia en la cara y se disemina a las pocas horas al tronco y extremidades superiores y al final de las 12 horas esta diseminada hasta los miembros inferiores. Hasta la mitad de las infecciones pueden cursar sin erupción manifiesta.

Con frecuencia aparece prurito de leve a moderado y muy raras veces se presentan artralgias. El síndrome de rubéola congénita puede producir: muerte intrauterina, aborto, malformaciones congénitas que incluyen: sordera, cataratas, microftalmia, glaucoma congénito, microcefalia, retraso mental, persistencia conducto arterioso, púrpura, hepatoesplenomegalia, ictericia y osteopenia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ◆ Sarampión.
- ◆ Escarlatina.
- ◆ Dengue.
- ◆ Mononucleosis infecciosa.
- ◆ Efectos medicamentosos.
- ◆ Reacciones alérgicas en general.

La rubéola se confirma, al demostrar el aumento de los títulos de anticuerpos específicos, en muestras de sueros en fase aguda y de convalecencia, por pruebas de ELISA, (tomadas a partir del 5to. día de inicio de los síntomas).

Aglutinación del látex o por la presencia de inmunoglobulina M específica de la rubéola. En el leucograma pueden observarse Leucopenia y

trombocitopenia. En el ISSS la prueba de IgM para rubéola, se realiza en el Hospital 1ero de Mayo.

TRATAMIENTO

Es inespecífico, y se da según el cuadro sintomático.

Para fiebre Acetaminofén 500 mg, VO cada seis horas por 5 días.

Por prurito Clorfeniramina 4 Mg una tab. VO C/8 horas por tres días.

En caso de artralgias, Ibuprofeno 400 mg 1 tab. VO C/ 8 horas.

Se debe aconsejar la vacunación contra la rubéola a mujeres en edad fértil.

INCAPACIDAD

Se puede dar incapacidad por 3 a 7 días.

PLAN EDUCACIONAL

- Educar a la población en general sobre el modo de transmisión y la necesidad de vacunación, con SPR al año de edad. Una sola dosis de vacuna preparada con virus atenuados produce Ac. en un 99% de los susceptibles.
- Promover el aislamiento del paciente, del grupo familiar y laboral.
- La investigación de los contactos y la fuente de infección; los contactos deben ser sometidos a pruebas serológicas, para determinar si son susceptibles.
- Se recomienda la vacunación de todos los contactos susceptibles.
- Deberá referirse al tercer nivel todo caso sospechoso de rubéola en embarazadas.

PAROTIDITIS INFECCIOSA

CIE-10 B-26

DEFINICIÓN

Enfermedad vírica aguda, cuya característica principal es la inflamación de 1 ó ambas parotidas, aunque puede afectar a otras glándulas salivales, las meninges, páncreas y gónadas. El virus de la parotiditis es un Paramixovirus.

EPIDEMIOLOGÍA

Es reconocida como una enfermedad de la primera década de la vida, en estudios serológicos se ha demostrado que el 25% de los adultos han tenido parotiditis, sin tener historia de la enfermedad. La incidencia es máxima en invierno y primavera.

Se transmite por el aire, por diseminación de gotitas y por contacto directo con la saliva de la persona infectada. El periodo de incubación es de 15 a 18 días, con límites de 14 a 25 días. Se ha aislado de la saliva desde 7 días antes que la parotiditis se manifieste, hasta 9 días después del comienzo clínico de la enfermedad.

La inmunidad suele ser permanente. Se debe excluir al adulto de las áreas de trabajo después de 9 días del comienzo de la parotiditis.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Fiebre, malestar general, mialgias, anorexia; la afectación de las parotidas aparece a las 24 horas siguientes, unilateral o bilateral, dolor al tacto de dichas glándulas. Además dolor de oídos, dificultad para comer, deglutir o hablar. La inflamación glandular desaparece al cabo de 1 semana.

Orquitis unilateral (20 al 30 % de los adultos), mastitis, ovaritis, pancreatitis leve, meningitis aséptica.

En nuestro medio no se considera ninguna prueba específica, el diagnóstico presuntivo se hace con la historia clínica y la evaluación médica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Infecciones por otros virus.
- Diabetes mellitus.
- Hiperazoemia.
- Tumores o quistes de glándula parótida.
- Sarcoidosis.

PREVENCIÓN

La vacuna de virus vivos atenuados induce la formación de anticuerpos protectores en el 95% de los casos. La vacuna se administra por vía subcutánea y puede aplicarse a los niños mayores de 1 año. La vacunación contra la parotiditis suele administrarse formando parte de la vacuna Sarampión-parotiditis- rubéola a los 12 meses y repitiendo a los 4 y 12 años. También se recomienda esta vacuna para adolescentes masculinos predispuestos, que no han sufrido la enfermedad, no así para embarazadas o personas que están siendo tratadas con glucocorticoides.

TRATAMIENTO

El tratamiento es sintomático. Acetaminofén 500 mg VO cada 6 horas por 5 días. Recomendar reposo relativo y dieta blanda. Aplicación de compresas frías en región parótidea y región testicular.

INCAPACIDAD

Dependiendo de la presentación del cuadro, de 3 a 7 días.

REFERENCIA Y RETORNO

Se referirá a Urología los casos de orquitis.

PLAN EDUCACIONAL

La educación de la población por parte del personal de salud, debe tener como meta la vacunación contra las paperas en los niños mayores de 1 año de edad.

- Dar a conocer el mecanismo de transmisión de la enfermedad.
- Es importante aconsejar el aislamiento de tipo respiratorio durante 9 días del comienzo de las paperas, y la importancia de no asistir a sus lugares de trabajo.



VARICELA/ HERPES ZOSTER

CIE-10 B01-B03

DEFINICIÓN

Enfermedad vírica aguda y generalizada, de comienzo repentino, con fiebre moderada, síntomas generales mínimos y una erupción cutánea de tipo maculopapular, de pocas horas de duración, y vesicular, durante 3 o 4 días, que deja costras melicéricas. El herpes zoster es la manifestación local, de virus reactivado que esta latente en los ganglios de raíces dorsales. Las vesículas en una base eritematosa, aparecen en la piel en zonas con inervación de nervios sensitivos, generalmente en forma de dermatomas. Las lesiones surgen en brotes en forma irregular, en el trayecto de los nervios, por lo común son unilaterales. El virus de la varicela zoster, pertenece a la familia de los virus herpéticos.

EPIDEMIOLOGÍA

El virus de VZ es de distribución mundial. El ser humano es el único reservorio conocido. Se infectan por igual ambos sexos y los individuos de todas las razas.

Su incidencia aumenta al final del invierno. Enferman más frecuentemente los niños de 5 a 9 años de edad, que representan el 50% de todos los casos. El herpes zoster se produce en todas las edades, pero su incidencia es máxima entre el sexto y octavo decenio de la vida.

Se transmite de persona a persona por contacto directo, a través de gotitas de saliva, líquidos de vesículas.

El periodo de incubación es de 2 a 3 semanas, generalmente 14 a 16 días, la transmisibilidad dura hasta 5 días, antes del comienzo de la erupción de varicela y persiste hasta que todas las lesiones tienen costra.

Los enfermos de Herpes zoster pueden ser fuente de infección, durante 1 semana después de las lesiones pustulosas. La enfermedad es mas grave en los adultos. La infección confiere inmunidad prolongada.

La varicela en los comienzos del embarazo puede acompañarse del síndrome de varicela congénita (2%).

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

El VHZ se caracteriza por una erupción vesículosa unilateral circunscrita a un dermatomo, asociada a dolor intenso, dicho dolor aparece 48 a 72 horas antes del exantema. Los dermatomos que más común se afectan son T3 a L3. Suele haber alteraciones sensitivas en dichos dermatomos.

Puede haber fiebre y meningoencefalitis. Una manifestación poco frecuente en el SNC es la vasculitis granulomatosa con hemiplejia contralateral.

LABORATORIO Y GABINETE

Ninguno.

Es una enfermedad generalmente benigna, aunque al complicarse con una infección bacteriana, puede dejar cicatrices dérmicas. Es de notificación obligatoria.

TRATAMIENTO

En la mayoría de las veces el tratamiento es sintomático. En varicela si se presenta fiebre, indicar Acetaminofén 500 mg VO cada 6 horas por 5 días, Clorfeniramina 8mg VO cada 8 horas por 5 días, y líquidos orales abundantes.

En los casos de herpes zoster administrar Aciclovir 800 mg vo 5 VECES al día, durante 10 días.

En pacientes inmunodeprimidos y con HZ diseminado, debe administrarse Aciclovir E.V 10 mg/Kg. c/ 8 horas durante 7 días.

El tratamiento para la neuralgia post- herpética incluye: antidepresivos tricíclicos, como Amitriptilina VO (25 a 75 mg/día), la Carbamazepina VO (400 a 1200 mg/día) o la Fenitoína VO (300 a 400 mg/día) alivian el dolor en algunos pacientes.

INCAPACIDAD

Dependerá del cuadro clínico y estadio de la enfermedad, generalmente de 5 a 10 días.

REFERENCIA Y RETORNO

Referir a la emergencia hospitalaria si el paciente está inmunodeprimido. Se referirá a médico general con acceso a internista en caso de: Varicela con conjuntivitis herpética ocular, herpes zoster facial y genital, pacientes inmunodeprimidos.

PLAN EDUCACIONAL

- Al diagnosticar un caso, es importante dar a conocer el mecanismo de transmisión.
- Excluir a los infectados de su lugar de trabajo, para evitar brotes epidémicos en personas susceptibles.
- Aconsejar no acudir a sitios públicos de concentración de personas, durante su incapacidad.



OTRAS ENFERMEDADES DE INTERES EPIDEMIOLOGICO

HERPES SIMPLE CIE-10

B00-A60

DEFINICIÓN

Los virus del Herpes Simple VHS-1 y VHS-2, producen diversas infecciones que afectan a las superficies mucocutáneas, sistema nervioso central y en algunas ocasiones vísceras. Es un virus DNA.

PATOGENIA

La exposición del virus a superficies mucosas o rozaduras cutáneas permite su entrada y el comienzo de su replicación en la célula epidérmica y dérmica. A menudo la infección inicial es subclínica o sea sin lesiones clínicamente evidentes.

EPIDEMIOLOGÍA

El HVS es de distribución mundial, la infección el HVS-1 se adquiere a temprana edad y es mas frecuentes que la infección del HVS-2. Más del 90% de los adultos tienen Anticuerpos frente al HVS-1 al llegar al quinto decenio de la vida, en poblaciones de nivel socioeconómico precario, la mayoría de las personas adquiere la infección por el HVS-1 antes del tercer decenio de la vida.

Ambos virus producen síndromes clínicos distintos, según la vía de entrada, ambos pueden infectar el aparato genital o las mucosas de boca. Se transmite por contacto de la saliva de portadores del HVS-1 o por contacto sexual el HVS-2.

Pertenecen a la familia Herpes viridae, el período de incubación de 2 a 12 días (1 a 26 días).

La transmisión se produce por contacto de lesiones ulcerosas activas o con personas sin manifestaciones clínicas que liberan el HVS y este se replica en las superficies mucosas, dándose dicha transmisión a través de besos, compartir vasos o cubiertos.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Las manifestaciones clínicas y la evolución de la infección por el HVS dependen del lugar anatómico de la infección, la edad y el estado inmunitario del huésped, así como del tipo antigénico del virus.

El HVS-1 produce gingivoestomatitis, faringitis, Herpes labial recidivante, fiebre, malestar, mialgias, incapacidad para comer, adenopatías cervicales cuya duración oscila entre 3 y 14 días. Las lesiones pueden afectar el paladar duro y blando, las encías la lengua, los labios y la región facial.

La infección por el HVS-2 faríngea, produce úlceras o lesiones exudativas en la pared posterior de la faringe, en los pilares amigdalinos o en ambos sitios.

El primer episodio de Herpes genital primario, se caracteriza por fiebre, cefalea, malestar general y mialgias. Los síntomas locales predominantes son: dolor, prurito, disuria, secreción vaginal y uretral, adenopatías inguinales dolorosas. Pueden detectarse lesiones en distintas etapas, entre ellas: vesículas, pústulas y úlceras eritematosas dolorosas; encontrándose además: endometritis, salpingitis, prostatitis y proctitis.

El diagnóstico clínico puede realizarse con seguridad si hay múltiples lesiones vesiculosas típicas sobre un fondo eritematoso.

La tinción de las muestras obtenidas por raspado de la base de las lesiones, mediante las técnicas de Wright, Giemsa o Papanicolau.

Las limitaciones de este método es que no permite distinguir entre HVS y Varicela Zoster.

Se puede aislar el Virus en cultivos tisulares.

Se demuestran la presencia de Ac. contra Herpes virus.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO SISTÉMICO:

- a. Aciclovir VO 5 mg/Kg./día ó 200 mg cada 4 horas en 5 tomas al día por 10 días.

MANTENIMIENTO:

Aciclovir 200 mg. VO al día según evolución.

Acetaminofén 500 mg V.O. cada 6 horas por 5 días.

TRATAMIENTO TÓPICO:

- a) Lenzos de Acetato de aluminio.

Aplicar cada 12 horas de 3 a 5 días.

- b) Lenzos de Sulfato de cobre 1:1,000.

Aplicar cada 12 horas de 3 a 5 días.

El aciclovir es el fármaco de uso más extendido en el tratamiento de las infecciones debida a HVS, y está disponible en formulación IV, ORAL y TÓPICA. El principal efecto indeseable de aciclovir IV es Insuficiencia renal pasajera.

Existen además diversos antivirales de uso tópico para infecciones oculares.

INCAPACIDAD

Por lo general en infección por HVS-1 se puede dar de 1 a 3 días, dependiendo de la severidad.

PLAN EDUCACIONAL

- Educación sobre mecanismo de transmisión de la enfermedad.
- Hacer énfasis en la higiene personal, evitar la contaminación de la piel de los enfermos, con material infectante.
- Explicar a la paciente que un parto vaginal puede afectar al niño y que la cesárea esta indicada antes de que se rompan las membranas, si al final del embarazo aparece Herpes genital.

- El empleo de condón de látex durante el contacto sexual, disminuye el riesgo de infección, aunque lo ideal es abstenerse de relaciones sexuales si está con la enfermedad aguda.

REFERENCIA Y RETORNO

Se referirá al Ginecólogo, las mujeres embarazadas en el tercer trimestre con Herpes genital.



HERPES ZOSTER

B 029

DEFINICIÓN

Es causado por el virus de la Varicela-Zoster, el cual es un virus dermoneurotrópico ya que afecta la piel siguiendo las metámeras y los nervios sensitivos correspondientes. Presentando la aparición de lesiones vesiculosas que siguen el trayecto de un nervio acompañado de intenso dolor.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una de las primeras doce causas de consulta dermatológica en la Institución.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO:

La topografía habitual es la intercostal, es unilateral. Puede afectar otras metámeras que siguen los nervios ciático, oftálmico, coclear, cubital, auricular, ramas del trigémino. El dolor suele preceder a la erupción vesiculosa. Es variable en intensidad, en las personas jóvenes y niños es mínimo y es más intenso a medida que la persona tiene más edad. Es un dolor urente, quemante y continuo que no calma con analgésicos comunes. Dos a tres días después aparece el brote de vesículas sobre un fondo eritematoso, que brota día con día siguiendo el trayecto del nervio y sus ramas. El dolor a veces puede persistir en los ancianos durante meses o años en lo que se denomina Neuralgia postherpética. El Herpes zoster deja inmunidad, al observar un paciente que ha tenido más de un brote o que éste tiene varias localizaciones, es de pensar que este paciente tenga inmunosupresión, el Herpes zoster que afecta la rama oftálmica del Trigémino suele ser muy aparatoso, la neuralgia y la erupción vesiculosa se extiende hasta la piel cabelluda y hay un intenso edema que cierra los párpados, hay queratoconjuntivitis que puede llevar a la ulceración corneal. Las complicaciones poco frecuentes son: encefalitis, crisis convulsivas, disestesias permanentes en el sitio afectado.

LABORATORIO Y GABINETE

En algunas ocasiones para afinar el diagnóstico y a criterio del dermatólogo se toma biopsia de piel o el Citodiagnóstico de Tzank.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO SISTÉMICO:

a) Aciclovir tabletas de 400 mg. VO 2 tabletas (800 mg) cada 4 horas, por 10 días.

TRATAMIENTO TÓPICO:

Lienzos de Acetato de aluminio cada 8 a 12 horas según evolución.

EN NEURALGIA:

a) Prednisona 40 mg./d. VO por 7 días

b) Carbamacepina: tableta 200 mg., VO 1 tableta cada 12 horas. Según evolución.

INCAPACIDAD

De 8 a 10 días en casos severos o con mucho dolor o según criterio médico.

REFERENCIA Y RETORNO

Si presenta convulsiones o encefalitis se referirá a Neurología.

Si presenta afección severa del pabellón auricular o boca se referirá a Otorrinolaringología.

Si presenta afección de la rama oftálmica del trigémino se referirá a Oftalmología.

Si presenta dolor intenso que no responde a tratamiento médico se referirá a clínica del dolor o neurología.

PLAN EDUCACIONAL

Explicar su naturaleza viral, que es potencialmente transmisible el virus, que puede durar varios días.

CONJUNTIVITIS HEMORRÁGICA

CIE-10 B30.3

DEFINICIÓN

Enfermedad de **inicio brusco, con enrojecimiento, inflamación y dolor bipalpebral**, a menudo en ambos ojos, fotofobia, lagrimeo, en ocasiones exudado seroso; con apareamiento después de 4 a 6 días, de **una hemorragia en la conjuntiva Bulbar**.

EPIDEMIOLOGÍA

Es producida por Adenovirus, Picornavirus y virus Coxsackie A24, se identificó por primera vez en 1969 en Ghana y posteriormente en varios países, se trasmite por contacto directo o indirecto, con el exudado de los ojos infectados; se puede transmitir en las piscinas con aguas poco cloradas.

El período de incubación, para la infección por Adenovirus es de 8 días en promedio, en el caso de los Picornavirus, de 12 horas a 3 días; son muy trasmisibles, la infección puede transmitirse en personas de cualquier edad y se han notificado reinfecciones, recaídas o ambas; se desconoce la duración de la respuesta inmunitaria. Por lo regular se presenta en formas epidémicas, estacionalmente durante los meses de Agosto / Octubre, en el país.

FACTORES DE RIESGO

Las grandes epidemias, se han vinculado con el hacinamiento laboral e intradomiciliar y al descuido en las normas de higiene, los niños son fuentes de la diseminación rápida de la enfermedad en el grupo familiar y en la comunidad.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Inicio brusco con inflamación unilateral o bilateral de los párpados, eritema de las conjuntivas, fotofobia, lagrimeo, dolor peri orbitario; después de 4 a 6

días aparecen hemorragias sub conjuntivales en la conjuntiva Bulbar, o en forma de petequias, que se agrandan para formar hemorragias subconjuntivales confluentes, que poco a poco muestran resolución en un período de 7 a 12 días.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con conjuntivitis bacteriana.

LABORATORIO Y GABINETE

No se indica ningún examen específico en nuestro medio.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

De notificación obligatoria, puede llegar a ser grave en casos de brotes epidémicos, por la discapacidad que produce en la población económicamente activa.

TRATAMIENTO

- **EL tratamiento es Sintomático**, por lo que la prevención es muy importante.
- Cloranfenicol solución oftálmica al 0.05%, colocar una gota cada dos horas por 5 días.
- También usar colirios tipo **Imidazolina** (nafazolina 1%, Oximetazolina al 0,05 %, Tetrahidrazolina Clorhidrato 0,05%), 1 gota en cada ojo cada dos horas por 5 días
- Acetaminofén **tab.**, 500 Mg., V.O., 4 veces al día, por 5 días.
- Usar antihistamínicos tipo Clorfeniramina 4mg. V.O. 3 veces al día por 3 días.
- Control subsecuente a los 8 días para evaluar evolución.

INCAPACIDAD

Se dará una incapacidad de 3 a 5 días dependiendo de la evolución clínica.

PLAN EDUCACIONAL

- Explicarle al paciente que no visite lugares de concentración de personas. Ejemplo: Cines, estadios, iglesias, supermercados, etc.
- Dar a conocer a la población, los signos y síntomas de la enfermedad y los mecanismos de transmisión, Insistir en la higiene personal, que incluya no compartir toallas o artículos de belleza.
- Evitar el hacinamiento y las aglomeraciones.
- El manejo sanitario de las secreciones.
- Es importante identificar a los contactos y la fuente de infección.
- Lavarse las manos con agua y jabón, con frecuencia después de la manipulación de los ojos.
- En clínicas de salud, el personal debe practicar la técnica del lavado riguroso de manos antes de examinar a cada paciente y la esterilización sistemática de los instrumentos después de usarlos, se debe de usar guantes para explorar los ojos de los enfermos y utilizar gafas protectoras como medida de Bioseguridad.
- A nivel de la población hacer énfasis en la no aplicación de medicamentos caseros y prácticas que puedan complicar el cuadro, asistir al control médico indicado. La importancia de descartar los colirios o ungüentos utilizados después de los 15 días, así como el uso personal del medicamento.

REFERENCIA Y RETORNO

En complicaciones posteriores a los 8 días de evolución, como Ulceras de la Córnea, referir a Oftalmología.

CONJUNTIVITIS BACTERIANA

CIE-10 H10.0

DEFINICIÓN

Síndrome clínico, que comienza con lagrimeo, irritación e hiperemia de las conjuntivas palpebral y bulbar, de uno o ambos ojos, seguidos de edema de los párpados y exudado muco purulento, en ocasiones prurito, fotofobia y sensación de arenilla, su evolución clínica es de dos días hasta tres semanas.

EPIDEMIOLOGÍA

Enfermedad muy difundida, con frecuencia es epidémica. Los agentes infecciosos pueden ser el Haemophilus Influenzae biogrupo Aegyptius, Streptococcus Pneumoniae, Gonococos y otros.

La transmisión, se da por contacto con secreciones de las conjuntivas o vías respiratorias superiores, de las personas infectadas por medio de los dedos, ropa u otros artículos contaminados, como lo es al compartir cosméticos para los ojos.

El periodo de incubación por lo regular es de 24 a 72 horas. El periodo de Transmisibilidad, se da mientras dura la infección activa. La incidencia disminuye con la edad, se presenta en brotes a finales de los meses de Octubre- diciembre, el grado de inmunidad después de un ataque, es bajo y varía con el agente infeccioso.

FACTORES DE RIESGO

Malos hábitos de higiene, hacinamiento, centros vacacionales concurridos, piscinas poco cloradas; niñas, personas debilitadas y los ancianos, son particularmente susceptibles, a las infecciones por Estafilococos.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Inicio brusco, **lagrimeo**, irritación e hiperemia, de las conjuntivas Palpebral y Bulbar, de uno o ambos ojos, **edema de párpados, exudado muco**

purulento, equimosis en la conjuntiva bulbar e infiltración marginal en la córnea, con fotofobia en casos graves.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Con conjuntivitis Hemorrágica, Tracoma y Conjuntivitis Gonocócica.

LABORATORIO Y GABINETE

En nuestro medio no hacemos uso del laboratorio clínico, basta con la sintomatología e historia clínica.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Es de notificación obligatoria.

TRATAMIENTO

- Por lo regular, el **Tratamiento** es **sintomático**, basta la aplicación local de Ungüentos o gotas (1-2 gotas) de Cloranfenicol 0,5%, o combinaciones de antibióticos, como polimixina B con Neomixina, cada 2 horas, por 10 días, con lavado de manos antes y después de la aplicación del medicamento.
- Además se recomienda Clorfeniramina 4 mg. Via oral c/8 horas por 3 días.
- También usar colirios tipo **Imidazolina** (nafazolina 1%, Oximetazolina al 0,05 %, Tetrahidrazolina Clorhidrato 0,05%), 1 gota en cada ojo cada dos horas por 5 días
- **Acetaminofén tab.**, 500 Mg., V.O., 4 veces al día, por 5 días.
- **Es conveniente separar del área laboral a las personas infectadas.**

INCAPACIDAD

Se dará incapacidad por un periodo de 3 - 5 días, dependiendo de la evolución clínica.

PLAN EDUCACIONAL

- Dar a conocer el mecanismo de transmisión, promover la higiene personal, la importancia de cumplir el tratamiento Médico y hacer énfasis en la limpieza ocular de las secreciones de los ojos afectados, previa a la aplicación del medicamento.
- Promover el no compartir cosméticos, anteojos ni toallas faciales, así como la limpieza de la ropa de cama.
- Los adultos no deben de asistir a sus centros de trabajo o centros de concentración pública, al menos por 3 días.
- Indicar la importancia de descartar el tubo de ungüento o colirio después de 10 días de abierto, y de uso personal.

REFERENCIA Y RETORNO

Referir a Oftalmología al sospechar Ulcera de la Cornea, o cuando no se ve mejoría con el tratamiento establecido a los 8 días.

ENFERMEDADES MICOTICAS

TINEA CRURIS Y TINEA CORPORIS

CIE-10 B35.6-B35.4

DEFINICIÓN

Micosis de la piel que no incluye el cuero cabelludo, la barba y los pies. Se presenta en forma aplanada y se extiende con un perfil anular. Según su crecimiento, la zona central suele aclararse y dejar la piel aparentemente normal.

EPIDEMIOLOGÍA

La tinea Corporis, es causada por especies de *Microsporum trichophyton*, así como también por el *Epidermophyton floccosum*, *Scytalidium dimidiatum* y *S. hyalinum*, su distribución es general y de mucha frecuencia, es más común en hombres que en mujeres.

La tinea Cruris, es una micosis más frecuente en hombres y pacientes diabéticos, el mecanismo de transmisión, es por contacto directo con lesiones de la piel, o indirecto por el compartimiento de duchas, baños y artículos contaminados.

El período de incubación es de 4 a 10 días, el período de transmisibilidad, es mientras existan lesiones y persistan hongos viables en materiales contaminados, la susceptibilidad y resistencia es general.

FACTORES DE RIESGO

Es agravada por la fricción y sudoración excesiva, en las regiones axilares e inguinales, y cuando la temperatura y la humedad, del ambiente, son elevadas.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Lesión aplanada con un perfil anular de bordes rojizos, con vesículas o pústulas, que pueden ser secas y escamosas o húmedas y encostradas, con

forme la lesión se disemina a la periferia las zona central se aclara y deja la piel aparentemente normal, usualmente pruriginosas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con la Candidiasis inguinal, dermatitis de contacto, y excepcionalmente con psoriasis.

LABORATORIO Y GABINETE

En nuestro medio no se indica ningún examen de laboratorio específico, ante duda del diagnostico el directo de KOH., nos indicará que la lesión es micótica.

Con fines de estudios epidemiológicos el diagnóstico presuntivo se hace por la obtención de material de raspado de los bordes periféricos de las lesiones, aclarándolo con hidróxido de potasio al 10% y por examen al microscopio corriente, o con el microscopio ultravioleta de preparaciones de blanco Calcó flúor, para identificar filamentos hialinos segmentados y ramificados del hongo. La identificación definitiva se hace por cultivo.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad leve, frecuente en zonas con temperatura y humedad elevada. Es de notificación obligatoria.

TRATAMIENTO

- Ketoconazol en crema 2 veces al día por 10 días.
- En los casos resistentes al tratamiento tópico, usar Griseofulvina por vía oral (500 Mg.) cada día por 30 días ó Ketoconazol 200mg via oral cada día por 10 días, previa verificación del funcionamiento hepático a través de la cuantificación de la Transaminasa Piruvica.
- Indicar manejo terapéutico con antibiótico de amplio espectro, cuando hay infección sobreagregada (tipo amoxicilina 500 mgrs. VO 3 veces al día o Trimetroprim + Sulfametoxazole tab., 160 mgrs. / 800 mgrs., VO cada 12 horas por 7 días).

INCAPACIDAD

No se considera brindar incapacidad, por esta patología ya que no inhabilita la actividad laboral, se indicará únicamente en aquellos casos que presente sobre infección agregada, evaluándose según sea el grado de severidad del cuadro, de 2 a 3 días de incapacidad.

PLAN EDUCACIONAL

- Explicarle al paciente que con el baño diario es básico para la eliminación de escamas y costras, aplicando un secado completo después del baño.
- Educar a la población, sobre la naturaleza de la infección, su modo de propagación y la necesidad de mantener una higiene personal adecuada, así como la importancia de cumplir el tratamiento indicado.
- En personas obesas, diabéticos y ancianos, hacer énfasis en la importancia del no uso de ropa interior de licra y jersey, recomendar el uso de ropas de algodón.

REFERENCIA Y RETORNO

Referir al dermatólogo cuando el cuadro no mejora con el tratamiento establecido a las 4 semanas.

TIÑA DE LAS UÑAS Y CANDIDIASIS UNGUEAL

(B 351)

DEFINICIÓN

Es un padecimiento producido por hongos llamados dermatofitos que parasitan la queratina de las uñas y también levaduras del Género Cándida. Puede estar afectada una o todas las uñas de las manos y pies.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una de las 10 primeras causas de consulta de Dermatología.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Uñas engrosadas amarillentas, quebradizas de color opaco. Cuando hay afección por Cándida hay paroniquia, dolor y coloración blanquecina.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO SISTÉMICO:

1. Ketoconazole dosis de 200 mg. VO 1 al día por 1 a 6 meses, según evolución es necesario tomar TGO y TGP antes y durante el tratamiento, para ver si función hepática no se altera, ya que es hepatotóxico.
2. terbinafina 1 tableta oral cada día por 3 meses o
3. itraconazole 100 mgrs. 2 capsulas cada día por 3 meses.

INCAPACIDAD

Ninguna.

REFERENCIA Y RETORNO

Ninguna.

EXAMENES DE CONTROL

Cultivo directo de uñas y pruebas de función hepática.

PLAN EDUCACIONAL

Evolución es crónica, se le recomienda al paciente uso de calzado de cuero, calcetines de algodón porque puede recidivar.



DERMATOFITOSIS DE LA CABEZA Y DE LA BARBA

CIE-10 B35-35.0

DEFINICIÓN

Las dermatofitosis y **las tiñas** son términos generales, **sinónimos**, que se aplican a las áreas queratinizadas del cuerpo (piel, cabello y uñas).

Los agentes causales son géneros y especies de hongos conocidos en forma colectiva como dermatofitos, los cuales se dividen según el sitio de infección.

La tiña de la barba y de la cabeza, esta rara en el adulto, comienzan en forma de una pequeña pápula que se disemina en sentido periférico dejando una zona exfoliativa de calvicie temporal.

EPIDEMIOLOGÍA

Endémica en muchas áreas, transmitida por especies de **Microsporum** y **Trichophyton**, los seres humanos son los reservorios principales. El *T. tonsurans*, el *T. Schoenleinii* y el *T. audovini*, se transmiten, por contacto directo permanente por la piel o indirectamente ante piel dañada, con los respaldos de asientos de autobuses, aviones, teatros, maquinillas para cortar pelo y artículos de tocador como peines y cepillos, sombreros contaminados con pelo y otros, el período de incubación es de 10 a 14 días, el hongo persiste viable por largo tiempo en los materiales contaminados.

FACTORES DE RIESGO

Las personas de todas las edades, están sujetas a infecciones por *Trichophyton*, los pacientes diabéticos y los inmunodeprimidos, están más a riesgo de adquirir la enfermedad.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Inicia en la piel y cuero cabelludo, como pápula pequeña, que se disemina de forma periférica, dejando un **área hipocrómica exfoliada**, los cabellos infectados se tornan quebradizos, partiéndose fácilmente. Algunas veces

aparecen **lesiones supurativas, maceradas y salientes** llamadas **Queriones**.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Psoriasis, dermatitis seborreica, alopecia areata, liquen simple, avitaminosis A.

LABORATORIO Y GABINETE

En nuestro medio no se indica ningún examen específico, ya que para confirmar el diagnóstico es necesario cultivar el hongo. El directo de KOH nos indica solamente si estamos ante la presencia de un hongo.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

No es de notificación obligatoria, enfermedad leve, la carga porcentual en la morbilidad es baja.

TRATAMIENTO

- Es útil el shampoo con sulfuro de Selenio o Ketoconazol.
- Se puede usar Ketoconazole 200 mg vo cada día por 10 días, previo control de función hepática.
- Se indicarán agentes antimicrobianos de amplio espectro, si las lesiones de tinea muestran Queriones o una infección bacteriana secundaria, (tipo amoxicilina 500 mgrs. VO 3 veces al día o Trimetroprim + Sulfametoxazole tab., 160 mgrs. / 800 mgrs., VO cada 12 horas por 7 días), es necesario evaluar al paciente cada 4 semanas, hasta observar que los folículos pilosos aparecen nuevamente y el área de la piel retoma su color y consistencia normal, haciendo suponer que el restablecimiento es completo.

INCAPACIDAD

No se considera incapacidad alguna, ya que la patología no imposibilita la actividad laboral.

PLAN EDUCACIONAL

- Educar a la población, sobre el mecanismo de transmisión y agentes etiológicos,
- Evitar el uso de sombreros o cepillos de cabeza, de otras personas.
- El lavado diario del cuero cabelludo, elimina los cabellos sueltos.
- Ante la presencia de un caso es necesario cubrirse con un gorro.

REFERENCIA Y RETORNO

Si no se ve mejoría del cuadro a las 4 semanas, con el Dermatólogo.

CANDIDIASIS

CIE-10 B37

DEFINICIÓN

Es causada por el hongo **Cándida albicans**, limitada por lo regular a las capas superficiales de la piel o a las membranas mucosas, cuyas manifestaciones clínicas consisten en lesiones grumosas blanquecinas en boca, intertrigo, vulva y vagina, paroniquia y en uñas. A veces se forman úlceras o pseudomembranas en el esófago, las vías gastrointestinales o la vejiga.

La diseminación por la sangre puede producir lesiones en otros órganos como riñón, bazo, pulmón, hígado, endocardio, ojos, meninges, cerebro o en prótesis de las válvulas cardíacas, en pacientes con inmunosupresión.

EPIDEMIOLOGÍA

La distribución es mundial y el hongo forma parte de la flora normal de las personas. El reservorio es el humano. El período de incubación es variable, la transmisibilidad probablemente existe mientras duren las lesiones, se presenta en todos los grupos de edad y clases sociales.

Puede ser transmitida de una mujer a un hombre o viceversa en las relaciones sexuales, por contacto con las secreciones vaginales y uretrales de la persona infectada. También de la madre al hijo durante el parto vaginal, por contacto con secreciones o excreciones de la boca, piel y heces de enfermos o portadores.

FACTORES DE RIESGO

Se observa en la exposición frecuente a la humedad de las manos cuadros de candidiasis superficial como intertrigo interdigital y paroniquia, como ocurre en los cantineros, amas de casa, tortillerías, cocineras.

Los factores que más predisponen a la Candidiasis son: mal nutrición en general, la diabetes Mellitus, el tratamiento con antibióticos de amplio espectro, las dosis altas de corticoesteroides adrenales, hiperalimentación

parenteral, quimioterapias y las inmunodeficiencias.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

- Prurito intenso en el sitio de lesión (ano, vagina o pliegues del cuerpo)
- Áreas superficiales denudadas y enrojecidas, con o sin vesicopústulas satélites.
- Ardor e inflamación en las lesiones.
- Secreción blanquecina y espesa (como requesón), vaginal.
- Aftas en la boca.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Diferenciar del intertrigo no candidosico.
- Dermatitis seborreica.
- Tiña de la ingle y eritemas que afectan las mismas áreas de la piel.

LABORATORIO Y GABINETE

1. Ninguno en nuestro medio de forma específica
2. En laboratorios especiales es posible observar con el objetivo de alta resolución, cúmulos de células en gemación e hifas cortas, cuando las escamas de la piel son tratadas con hidróxido de potasio al 15%, en nuestro medio no se realizan.

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD

Es de notificación obligatoria, con mucha frecuencia forma parte del perfil epidemiológico local.

TRATAMIENTO

- Erradicación de las causas subyacentes.
- Nistatina 100,000 U /ml 4 goteros 4 v/ día, por 7 días, aplicaciones tópicas en lesiones de mucosa bucal.

- Clotrimazole 1%, crema vaginal por 6 días (tubo de 35 grs.) o Ketoconazol 200 mgrs. V.O. cada 12 horas por 5 días, en flujo vaginal.
- Esta recomendado el tratamiento a la pareja, si esta es sintomática.

INCAPACIDAD

Por lo regular no se necesita incapacidad. Excepto en casos graves los cuales será el tercer nivel de atención el que dependiendo del cuadro clínico y la evolución, decidirá el tiempo.

PLAN EDUCACIONAL

- Identificación y tratamiento de la Candidiasis vaginal durante el 3er. trimestre del embarazo para evitar el muguet neonatal.
- Debe de hacerse detección temprana y tratamiento de la infección en la boca, el esófago o la vejiga urinaria de las personas con factores sistémicos predisponentes.
- Dar a conocer el mecanismo de transmisión.
- En la candidiasis genital son aplicables las medidas preventivas para evitar las enfermedades de transmisión sexual:
 - ✓ Practique la fidelidad, y debe ser mutua en la pareja.
 - ✓ Evitar relaciones sexuales con personas desconocidas o que hayan tenido relaciones sexuales con otras parejas.
 - ✓ Utilizar el condón siempre que se tengan relaciones extramaritales.
 - ✓ Es recomendable que tanto el hombre como la mujer acostumbren lavarse los genitales y la región perianal con agua y jabón antes y después de cada relación sexual.
 - ✓ Recomendar al paciente que tiene enfermedad sexual hacer lo siguiente:
 - ➔ Consultar al establecimiento de salud que le corresponde.
 - ➔ Cumplir con las indicaciones médicas.

- ➔ No se medique solo, ni por consejos de "amigos" o porque "le recomendaron en la farmacia".

REFERENCIA Y RETORNO

Los casos de vulvovaginitis persistente, se remitirán al Ginecobstetra para evaluación y tratamiento correspondiente.

Se referirá al Infectólogo, aquellos casos de lesiones amplias, para el uso del Fluconazole particularmente en personas con VIH /SIDA o problemas Oncológicos, o el uso de Anfotericina B, en casos de sospechas de Candidiasis sistémicas.



ENFERMEDADES PARASITARIAS

PEDICULOSIS CIE-10 B85

DEFINICIÓN

La infestación de piojo en la cabeza (*pediculus humanus capitis*), en el cabello, las cejas y las pestañas, infestación de piojos del cuerpo (*P.H.Corporis*), que incluye la ropa, (especialmente dentro de las costuras interiores), la infestación por ladillas (*Phthirus pubis*) por lo común se observa en la zona pubiana también puede abarcar las zonas pilosas de la cara, axilas y otras partes corporales.

EPIDEMIOLOGÍA

Es producida por el **Pediculus Humanus Capitis**, presentando excoriaciones **en la cabeza, en el cuerpo y área genitales**, muestran especificidad de huésped, machos y hembras son **hematófagos**.

El piojo del cuerpo, es el que interviene en brotes de Tifus epidémico, Fiebre de las trincheras y Fiebre recurrente. Se transmite por **contacto directo** o con objetos contaminados en especial ropa y sombreros, los piojos de la cabeza y del cuerpo, sobreviven solamente 1 semana, las ladillas se transmiten por contacto sexual, los piojos abandonan a los huéspedes con fiebre.

El **ciclo vital** está compuesto por 3 fases: **Huevos, ninfas y adultos**. La infestación se presenta en todos los grupos de edad, y en todas las clases sociales

FACTORES DE RIESGO

La **falta de higiene personal, el hacinamiento, el uso de ropas gruesas en climas fríos**, en casos de personas que no se cambian de ropa (Albergues) y las relaciones sexuales promiscuas, son condicionantes que facilitan la infestación.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Prurito intenso, excoriación del cuero cabelludo o del cuerpo, así como la **visualización** de cualquiera de las 3 **fases del ciclo** vital del parásito, confirman el diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dermatitis de contacto, urticaria y exposición de químicos, específicamente en los piojos del cuerpo.

LABORATORIO Y GABINETE

No se necesita ninguna técnica específica, la visualización de cualquiera de las fases del ciclo vital del parásito, nos confirma el diagnóstico.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad leve, de notificación obligatoria.

TRATAMIENTO

Contra los piojos de la cabeza y las ladillas: Permetrina al 1%, (Piretroide sintético), en crema o enjuague, 1 vez al día una sola dosis y repetirla en una semana, ó Benzoato de Bencilo, lociones de Hexacloruro de Gamma Benceno al 1%, sobre el área infestada, aplicación única, de los cuales ninguno tiene eficacia absoluta, por lo que es importante un nuevo tratamiento si después de 7 a 10 días sobreviven las liendres.

INCAPACIDAD

Por lo regular no se contempla incapacidad.

PLAN EDUCACIONAL

- La educación sanitaria de la población, en la detección temprana de la infestación, la higiene segura y minuciosa del cabello, hacer énfasis en cumplir el tratamiento, es necesario evitar el contacto físico con las personas infestadas y con sus pertenencias, en especial la ropa de vestir y de cama.

- Recomendar el baño diario y el lavado de la ropa de cama al comenzar el tratamiento.
- Agregar agua hirviendo al lavado de la ropa personal y de cama.



ESCABIOSIS

CIE: B 86

DEFINICIÓN

Es una de las causas mas frecuentes de dermatosis pruriginosa en todo el mundo. Producida por un acaro *Sarcoptes scabiei*. El acaro hembra se introduce bajo el estrato corneo durante 1 mes, depositando cada día de 2 a 3 huevos, luego se transforman en ninfas hasta llegar a adultos. El periodo de incubación es de 2 a 6 semanas antes de la aparición del prurito.

La transferencia de dicho acaro se debe a:

- Contacto personal intimo (al compartir cama o ropa contaminada).
- Hacinamiento.
- Falta de limpieza.
- Promiscuidad sexual.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

La infestación inicial suele ser asintomática durante 4 a 6 semanas. Hay prurito, eritema, pápulas, costras gruesas y queratósicas que se deben a una reacción de sensibilización dirigida contra las eyecciones que deposita el acaro, en el surco cutáneo. El prurito empeora por la noche.

Los surcos aparecen como líneas oscuras y onduladas. Dichas lesiones las encontramos en: muñecas, codos, entre los dedos, alrededor del ombligo, axial, cintura etc.

LABORATORIO Y GABINETE

Raspado de piel para descubrir el acaro.

TRATAMIENTO

1. Crema de Permetrina al 5%, aplicar en el cuerpo c/ noche dosis única y repetirla a los 8 días. El prurito puede persistir por 1 o 2 semanas, y durante ese lapso no debe considerarse como signo de fracaso.
2. Puede ser necesario la utilización de un agente queratolítico como Ácido salicílico al 6% que se aplica una vez al día.
3. Los antihistamínicos tipo clorfeniramina 4-8 mg VO cada 12 horas para aliviar el prurito.
4. Antibióticos tipo amoxicilina 500 mg VO cada 8 horas o Claritromicina 500 mg VO cada 12 horas por 7-10 días en infecciones bacterianas sobreadegadas.
5. Glucocorticoides tópicos tipo hidrocortisona al 1 % dos veces al día son útiles para el prurito que vuelve aparecer tras un tratamiento eficaz.

INCAPACIDAD

Ninguna.

PLAN EDUCACIONAL

- ⇒ Educar a la población sobre el modo de transmisión, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.
- ⇒ Insistir en la conveniencia del baño diario con jabón y el cambio de ropa.
- ⇒ Hacer énfasis en la importancia de aplicarse el tratamiento según lo indicado, y abstenerse de automedicación, ya que puede dañarse la piel o confundir el diagnóstico, así como facilitar la contaminación bacteriana y ponerse en riesgo de glomerulonefritis aguda.
- ⇒ Explicarle a la persona la importancia de practicar las medidas higiénicas, dándole mayor prioridad al baño diario y al cambio de ropa de cama por otras limpias.
- ⇒ Lavar con agua caliente la ropa de cama y la ropa de vestir.

- Orientar al paciente que si en su grupo familiar hay otros que padecen de esta enfermedad, deberán de consultar de inmediato y practicar las mismas medidas higiénicas.



ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PREDOMINANTEMENTE SEXUALES

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

CIE 10 (A 50-52, A 54, A 55, A 56, A 57, A58, A 59)

DEFINICIÓN

Grupo de enfermedades producidas por Bacterias, Virus, Protozoarios y Hongos, transmitidas por vía preferentemente sexual, produciendo cuadros clínicos con secreción uretral, úlceras genitales, flujo vaginal, dolor abdominal bajo en la mujer, edema de escroto y conjuntivitis en el neonato.

EPIDEMIOLOGÍA

Se presentan en todos los grupos de edad, preferentemente en las etapas de mayor actividad sexual, su frecuencia es bastante considerable en los Perfiles Epidemiológicos de los Centros de Atención, prevalecen más en las zonas urbanas que en las rurales.

Es más frecuente en los hombres que en las mujeres, algunas de ellas se transmiten de la madre al niño ya sea por vía intrauterina o por el paso en el canal del parto.

Se transmiten por relaciones sexuales, por contacto directo con exudados infecciosos de lesiones iniciales húmedas, de la piel y de las membranas mucosas y con líquidos y secreciones orgánicas de las personas infectadas, en ocasiones como la sífilis, la hepatitis y el VIH se transmite por transfusión de sangre.

Agentes infecciosos: Treponema Pallidum (Sífilis), Tricomonas Vaginalis (Tricomoniasis), Calymmatobacterium granulomatis (Granuloma Inguinal), Haemophilus Ducreyi (Chancro Blando/ Chancoide), Chlamydia Trachomatis (Linfogranuloma Venéreo), Neisseria Gonorrhoeae (Infección gonocócica de las vías genitourinarias).

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

1. Secreción Uretral: (Gonorrea y Chlamydia).
2. Ulceras Genitales:(Sífilis y Chancro Blando).
3. Flujo Vaginal: (Vaginitis o Cervicitis producidos por Tricomoniasis, Candidiasis o Vaginosis Bacteriana).
4. Dolor Abdominal bajo en las mujeres (EIP, producida por Gonorrea o Chlamydia).
5. Inflamación de escroto (Gonorrea, Chlamydia).
6. Edema de los párpados, supuración en el recién nacido (Gonorrea, chlamydia).
7. Tumefacción de ganglios linfáticos, abscesos fluctuantes o fístulas inguinales (Chancro, Linfogranuloma venéreo).

OTROS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- **Para el diagnóstico de las I.T.S se utilizan el diagnóstico etiológico, el diagnóstico clínico y el sindrómico.**
- **El diagnóstico CLÍNICO se basa en la experiencia del médico para identificar los síntomas más típicos en una E.T.S:**
 1. Secreción vaginal, prurito vaginal, Disuria, Dispareunia,
 2. Secreción uretral, Disuria, Urgencia de orinar.
 3. Ulcera genital con tumefacción de los ganglios linfáticos inguinales.
 4. Dolor abdominal inferior y durante las relaciones sexuales, secreción vaginal, temperatura de más de 38°C.

El diagnóstico etiológico utiliza las pruebas de laboratorio y gabinete para determinar el agente causal:

5. Frotis y cultivos para Gram. y no Gram., de secreciones vaginales y uretrales, de úlceras genitales y secreciones conjuntivales en los neonatos.

El método de manejo síndromico se caracteriza por:

- Clasificar los principales agentes causales, según síndromes clínicos que producen.
- Proporciona el tratamiento oportuno para las causas más frecuentes del Síndrome.
- Obliga a buscar y dar tratamiento a la pareja sexual, que se eduque a los pacientes para reducir el riesgo, motiva a cumplir con el tratamiento en forma debida, así como la promoción del uso correcto del condón de látex.
- Al hacer el plan terapéutico se considera la etiología más frecuente y la causa asociada, disminuyéndose las oportunidades perdidas y se interrumpe la cadena de transmisión, dándose ambos tratamientos.
- En un paciente que consulta por una ITS la aplicación del Manejo Síndromico es la siguiente:
 - ✓ Elaboración de la historia clínica, identificando la presencia de comportamiento sexual de riesgo.
 - ✓ Examen físico.
 - ✓ Diagnóstico del síndrome *
 - ✓ Tratamiento para el paciente y su(s) contacto(s) sexual(es) *
 - ✓ Consejería en reducción de riesgos.
 - ✓ Promoción del uso del preservativo.
 - ✓ Solicitud de serología para sífilis y ELISA para VIH bajo consentimiento informado.



MANEJO SINDRÓMICO DE LAS ITS:

SIN-DROME	TRATAR COMO	TRATAMIENTO
SECRECIÓN URETRAL	<p>Uretritis gonocócica</p> <p>Clamidiasis</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ciprofloxacina 500 Mgrs, dosis única , ó - Ceftriaxona 125 Mg, dosis única vía I.M., además - Doxiciclina 100 Mg, vía oral, 2 v / d, por 7 días, ó, - Claritromicina 500 mgrs., V.O., cada 12 horas por 7d.
FLUJO VAGINAL	<p>Tricomoniasis, Candidiasis</p> <p>* Indicar Ketoconazol 200 mg vo cada día por 5 días en pacientes vírgenes.</p> <p>Cervicitis Gonocócica</p> <p>Cervicitis por Chlamydia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Metronidazole 500 mgrs., V.O. 2 veces al día por 7 días, ó - Clotrimazole 1 %, crema vaginal por 6 días, ó - TMZ Tab., 80/400 mgrs., 2 tab., 2V/d por 7 días - además - Ciprofloxacina 500Mgrs., dosis única , ó - Claritromicina 500 mgrs. 2v/d, por 7 días, ó - Ceftriaxona 125 mgrs., I.M. dosis única, - Doxiciclina 100 Mgr., vía oral 2 veces al día por 7 días

ULCERAS GENITALES	<p>Sífilis</p> <p>Chancro Blando</p> <p>Herpes (primer episodio)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Penicilina Benzatinica G., 2,4 millones U., vía I.M., en caso de alergia y de embarazo indicar: - Claritromicina 500 mgrs., 2 veces al día por 10 días, ó - Doxiciclina 100 mgrs., V.O. 2 veces al día por 15 días, Además - Ciprofloxacina 500 Mg., 2 veces al día, por 3 días. - Ceftriaxona 250 Mgr., I.M., dosis única. ó - Amoxicilina 500Mgrs + Ácido Clavulanico 125 mgrs., 1 tab. 3 veces al día por 5 días - Aciclovir 200 mgrs. V.O. 5 veces al día por 7 días.
DOLOR ABDOMINAL BAJO	<p>E.I.P.</p> <p>Gonorrea</p> <p>Chlamydia</p>	<ul style="list-style-type: none"> - *Ciprofloxacina 500 mgrs., vía oral, c/12 h. por 7 días, ó - *Ceftriaxona 1 gr., I.M., cada día por 14 días, *Doxiciclina 100 mgrs., V.O. 2 veces al día por 14 días

Las desventajas en la implementación del **Manejo Síndromico de las ITS** pueden ser las siguientes: Requiere entrenamiento, motivación y validación periódica, no incluye ITS asintomáticas, necesita disponibilidad de medicamentos y puede haber sobretratamiento que teóricamente aceleraría la resistencia microbiana, aunque los estudios después de varios años han mostrado que no es así.

Si se cuenta con los medicamentos, se sugiere también el siguiente manejo síndromico:

- ***SINDROME DE ÚLCERA GENITAL RECURRENTE (herpes genital).**

Aciclovir 400 mg VO cada 8 horas por 5 días.



● SINDROME DE ÚLCERA GENITAL

Penicilina benzatínica 2'400.000 UI IM dosis única (sífilis primaria)
más Claritromicina 500 mg 2v/d por 7 días (chancro blando).

● SINDROME DE SECRECIÓN URETRAL MASCULINA

Ciprofloxacina 500 mg VO dosis única (gonorrea) más Claritromicina 500 mg 2v/d por 7 días (clamidiasis).

● SINDROME DE ORQUIEPIDIDIMITIS

Ciprofloxacina 500 mg VO dosis única (gonorrea) más Claritromicina 500 mg 2v/d por 7 días (clamidiasis).

● BUBÓN INGUINAL (linfogranuloma venéreo)

Doxiciclina 100 mg VO cada 12 horas por 21 días.

● SINDROME DE FLUJO VAGINAL

Si la mujer presenta flujo vaginal usted debe hacerle especuloscopia para identificar el sitio de la inflamación y de donde proviene la secreción, sea vagina y/o cérvix:

● VAGINITIS – VAGINOSIS

Metronidazol 2 gr. VO dosis única (trichomoniasis y vaginosis bacteriana) más Fluconazol 150 mg VO dosis única (candidiasis).

● CERVICITIS

Ciprofloxacina 500 mg VO dosis única (gonorrea) más Claritromicina 500 mg 2v/d por 7 días (clamidiasis).

INCAPACIDAD

Dependerá del cuadro y su evolución clínica, por lo regular de 2 a 5 días.

REFERENCIA Y RETORNO

(NEUROLOGÍA E INFECTOLOGIA)

Específicamente para casos de sífilis, cuando el tratamiento no ha sido eficaz, en personas VIH y en los pacientes con signos neurológicos, para confirmar la sospecha clínica por líquido cefalorraquídeo y la administración de Penicilina G. Cristalina, de 2 a 4 millones cada 4 horas por vía endovenosa, durante 10-14 días.

PLAN EDUCACIONAL

- ➔ Informar claramente el tipo de enfermedad que presenta, el mecanismo de transmisión, el tratamiento, la importancia de cumplir el tratamiento, así como los efectos secundarios si los hubieran.
- ➔ La necesidad de cambiar los comportamientos sexuales riesgosos.
- ➔ La necesidad de darle atención médica a las parejas sexuales.
- ➔ Los cambios que el paciente puede hacer y los que hará con respecto a su comportamiento sexual.
- ➔ Enfatizar la importancia del apego al tratamiento médico. No abandonar el tratamiento porque los síntomas y signos hayan desaparecido.
- ➔ Consejería, promoción y dotación de preservativos, orientando su técnica de uso.
- ➔ Para minimizar nuevas transmisiones de la infección, los pacientes deben abstenerse de relaciones sexuales pasados los 7 días de la terapia de dosis única o hasta completar el tratamiento de 7 días o más.

TRICOMONIASIS

CIE-10 A59

DEFINICIÓN

Enfermedad común y persistente del aparato genitourinario, causada por un protozooario que en las mujeres se caracteriza por vaginitis, y en los hombres causa Uretritis, Cistitis y Prostatitis.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una enfermedad de amplia distribución, específica de los **adultos** aunque al presentarse en **niñas** hay que sospecharse una **violación sexual** o una **pésima higiene**. Es transmitida por la **Trichomona Vaginalis**, un protozooario flagelado, el 20% de las mujeres se afecta en los años de la **vida reproductiva**, se transmite por contacto con secreciones vaginales y uretrales de las personas infectadas durante las relaciones sexuales, el período de incubación es de 4 a 20 días, con un promedio de 7 días, muchas personas son portadoras asintomáticas durante años.

En las mujeres, el comienzo cursa con una emisión de abundante flujo vaginal amarillo verdoso, y con irritación vaginal; en los varones la infección puede ser Asintomática.

FACTORES DE RIESGO

En personas promiscuas, puede causar complicaciones obstétricas y facilitar la infección del VIH, en el hombre el agente infeccioso invade y persiste en la próstata, la uretra o las vesículas seminales sin síntomas produciéndose un transmisor permanente.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Secreción profusa a nivel vaginal, poco espesa, espumosa y verde amarillenta de olor fétido, en la mujer. En el hombre puede causar Uretritis o Cistitis, a menudo es Asintomática.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Vaginitis candidiásica, uretritis no gonocócica y gonorrea.

LABORATORIO Y GABINETE

El diagnóstico se hace por identificación del parásito móvil, por estudio microscópico de secreciones o por cultivo, es la técnica más sensible.

Las tricomonas se identifican también en el fróntis de Papanicolau.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad de notificación obligatoria, por lo general los síntomas son leves, aunque molestos. Suele coexistir con la gonorrea, hasta en el 40% de los infectados.

TRATAMIENTO

- Tratamiento específico, es el Metronidazole tab. 500 mgrs., 2 veces al día por 7 días, es eficaz en los hombres y en las mujeres; está contraindicado en el primer trimestre del embarazo. Hay que tomarlo después de las comidas y prescribir Metoclopramida 30 minutos antes, si hay náuseas o vómitos.
- Debe tratarse simultáneamente a la pareja sexual para evitar la reinfección. Si existe mucha irritación vaginal se indicará clotrimazole 1 % crema vaginal cada noche por 6 días,
- Es necesario evaluar a los compañeros sexuales de los casos y darles tratamiento a fin de evitar reinfecciones si están sintomáticos.

PLAN EDUCACIONAL

- Educar a la población para que acuda al médico en caso de presentar secreciones genitales, y se abstenga de mantener relaciones sexuales, mientras no se complete el tratamiento de la persona y sus compañeros.
- Promover conductas sexuales sin riesgo, particularmente en los contactos sexuales casuales, entre ellos el uso adecuado del condón.

- A la población adolescente dar a conocer los mecanismos de transmisión, los diferentes agentes y la sintomatología de la ITS,
- Importancia de la investigación de los contactos y de la fuente de infección.

REFERENCIA Y RETORNO

Ninguno.



HEPATITIS VIRICA B

CIE-10 B-16

DEFINICIÓN

Conocida como **Hepatitis por Suero**, Ictericia por Suero Homólogo, Hepatitis por Antígeno de Australia, solo una pequeña proporción de infecciones pueden ser reconocidas sobre base clínica, entre el **30% y 50% de los adultos** de forma aguda tendrán un **cuadro icterico con fiebre** que puede ser leve o no presentarse.

EPIDEMIOLOGÍA

Su distribución es en **forma Endémica** con **variación estacionaria**, cada año **mueren** aproximadamente **1 millón de personas** como resultado de las infecciones del VHB. El **agente infeccioso** es el virus de la Hepatitis, un **Hepadnavirus de ADN**, rodeado por una lipoproteína externa que contiene el antígeno de superficie (HBsAg).

Se transmite a través de sangre y hemoderivados; saliva, líquido Cefalorraquídeo, líquido Peritoneal, Pleural, Pericárdico y Sinovial, líquido Amniótico, Semen y secreciones vaginales, y cualquier otro líquido corporal que contenga **sangre, tejidos y órganos no fijados**.

La transmisión se produce por **exposición Percutánea** (intravenosa, intramuscular, subcutánea o intradérmica) y a través de la mucosa de los líquidos corporales infectantes. El VHB, es estable en superficies durante 7 días o más.

No se ha demostrado la transmisión fecal oral o por vectores. Los principales modos de transmisión incluyen contacto sexual o de integrantes del núcleo familiar con una persona infectada, transmisión perinatal, usuarios de drogas inyectables y exposición nosocomial.

El Período de Incubación, por lo general es de 45 a 180 días, con un promedio de 60 a 90 días. Algunas ocasiones puede ser tan breve que dure 2 semanas, la variación depende de la cantidad del virus en el Inóculo y del modo de transmisión, así como de factores del huésped. Todas las personas

con positividad al antígeno del virus de la Hepatitis B, son potencialmente infectantes.

FACTORES DE RIESGO

La transmisión sexual de hombres infectados a mujeres, es 3 veces más eficaz que la situación opuesta. El coito anal, penetrante o receptivo, se asocia con mayor peligro de infección, en el núcleo familiar, el VHB, por lo común se transmite de un niño a otro.

Se ha señalado que las máquinas de afeitar y los cepillos dentales, utilizados por varias personas, constituyen un medio ocasional de transmisión.

La transmisión con el uso de drogas inyectables, se produce por transferencia de sangre infectada con el virus, al compartir de manera directa jeringas y agujas, o por contaminación del equipo de preparación de la droga.

Las exposiciones nosocomiales que han culminado en la transmisión del VHB, incluyen transmisión de sangre o hemoderivados, hemodiálisis, acupuntura y pinchazos de aguja u otras lesiones por instrumentos cortantes sufrida por personal hospitalario.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Inicio insidioso, con **anorexia**, molestias abdominales vagas, **náuseas y vómitos**, a veces artralgia y erupciones, cuadro que a menudo presenta **ictericia**, la **fiebre** puede ser leve o no presentarse, Hepatomegalia discreta o evidente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con todas las patologías que cursan con ictericia.

LABORATORIO Y GABINETE

- Leucograma.
- Bilirrubina.

- General de Orina.
- Transaminasa Piruvica.
- Antígeno de superficie de Hepatitis B.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Es de notificación obligatoria semanal, puede ser causa hasta el 80% de los casos de carcinoma Hepatocelular en todo el mundo, y ocupa el 2 lugar después de tabaco, entre los carcinógenos humanos conocidos.

TRATAMIENTO

- El Tratamiento es SINTOMATICO. Abundantes líquidos y sales de rehidratación oral, Dieta baja en grasa y rica en carbohidratos.
- Reposo relativo.

INCAPACIDAD

Dependiendo de la presentación clínica y la evolución, de 7 a 15 días.

PLAN EDUCACIONAL

- Es importante dar a conocer el mecanismo de transmisión, a la población y al personal de salud.
- Los beneficios que se logran con la vacunación con hepatitis B en los lactantes, y en la población a riesgo, para interrumpir la transmisión, ya que se cree que la inmunidad persiste durante 15 años.
- La importancia de esterilizarse adecuadamente todas las jeringas, agujas y estiletes usados para acupuntura.
- Manipulación adecuada de los alimentos, enseñar la técnica de lavado de manos, importancia del consumo de agua apta para el humano, mediante la desinfección domiciliar por métodos químicos o la ebullición.
- Manejo sanitario de las excretas humanas.
- Consejería sobre relaciones sexuales más seguras.
- Consejería, promoción y dotación de preservativos, orientando sobre su técnica de uso.
- Aconsejar al paciente la comunicación de todas sus parejas sexuales en los últimos 2 meses, para que puedan ser investigados y tratados, actividad fundamental para romper la cadena de transmisión.

REFERENCIA Y RETORNO

Se referirá a la emergencia del hospital aquellos pacientes en quienes se encuentren datos de transaminasas persistentemente altos, agravamiento de la presentación clínica o reaparecimiento de la fiebre. Si después de 6 meses persiste la elevación de las transaminasas o el Antígeno de Superficie positivo, se referirá para valorar biopsia hepática y tratamiento con Interferón Alfa por la posibilidad de Hepatitis Crónica Activa por Hepatitis B.

GUIAS DE FISIATRIA PARA EL PRIMERO Y
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN
TRAUMA CRANEOENCEFALICO CIE-10 S09

DEFINICIÓN

Se caracteriza por ser una lesión que provoca alteraciones en el estado de conciencia, el cual puede conducir a un estado de coma y posteriormente desarrollar déficit motor/sensitivo y/o trastornos cognitivos como pérdida de memoria temporal o permanente, atención, cálculo, etc.

EPIDEMIOLOGÍA

Los estudios epidemiológicos dependiendo de las fuentes, aportan una disparidad de cifras pero todos pretenden destacar el impacto de estos procesos a nivel sanitario, económico y social.

La incidencia del Trauma Craneoencefálico varía a escala mundial entre 132 y 430 casos por 100,000 habitantes pero el Trauma Craneoencefálico es la primera causa de muerte en EU. en personas menores de 45 años, este problema está asociado al consumo de alcohol.

CLASIFICACIÓN

- ⇒ Contusión.
- ⇒ Concusión.
- ⇒ Hematoma: (Epidural, Subdural, e Intraparenquimatoso)

DIAGNÓSTICO

La lesión cerebral causa en estos pacientes una serie de déficit: neuromotrices, cognitivos, neurosicológicos y/o sensoriales que determinan diversas discapacidades y que les condicionan una situación de minusvalía.

Uno de los factores más importantes de la evaluación de pacientes con TCE, es el estado cognitivo y conductual premórbido, tres aspectos del coma son observados independientemente: Apertura ocular, respuesta motora y respuesta verbal (escala de coma de GLASGOW).

La evaluación del grado de pérdida de conciencia es por lo general el mejor indicador de la gravedad de la lesión así como la mejoría de la función general del cerebro o del desarrollo de una complicación intracraneal.

Esta escala permite definir los grados y tipos de coma en términos descriptivos sin referencias a localizaciones anatómicas u otras complicaciones.

Se determina puntaje según escala de Glasgow a las 24 horas post-trauma para valorar la severidad del daño y a las 72 horas post-trauma para evaluar el potencial de rehabilitación.

CLÍNICOS

1. Trastornos del área cognitiva (atención, concentración, memoria, cálculo).
2. Trastornos conductuales.
3. Trastornos de la coordinación, equilibrio, marcha.
4. Hemiplejías, paresias, contracturas articulares.
5. Trastornos del lenguaje.
6. Pérdida del control de esfínteres.
7. Lesiones de pares craneales.

CRITERIOS PARA MANEJO EN MEDICINA GENERAL

Una vez el paciente ha terminado con todo el proceso de tratamiento médico-quirúrgico y rehabilitativo y aún persiste con secuelas neurológicas y/o motoras que requieren continuar con farmacoterapia o supliéndolos de aditamentos diversos, serán manejados por Medicina General cumpliendo los siguientes requisitos:

1. Alta por Fisiatría.
2. Llevar referencia por Médico Especialista, con plan específico de manejo.
3. Estable en sus aspectos: Neurológicos, metabólicos y hemodinámicos.
4. Resumen clínico completo.

TRATAMIENTO

El objetivo del Programa de Rehabilitación incluye la prevención del reposo prolongado. La rehabilitación de los pacientes afectados de TCE es un proceso complejo y debe ser individualizada.

De un adecuado manejo depende que el sujeto no llegue a la minusvalía a pesar de sus limitaciones; además se debe incluir a la familia del paciente y así lograr los objetivos de reintegración familiar y social del mismo.

TRATAMIENTO MÉDICO:

Analgésicos:

-Acetaminofén 500 mg. V.O. c/6 h.

-Aspirina 0.5 g. V.O. c/6 h. (evaluar función plaquetaria).

Antiinflamatorios no esteroideos:

-Diclofenac 50 mg. V.O. c/12 h.

-Ibuprofeno 400 mg. V.O. c/8 h.

-Diclofenac 75 mg. I: M: c/12 h. (según dolor).

Antiespásticos: Según esquema prescrito por Fisiatría.

Anticonvulsivantes: Según esquema prescrito por neurología y/o Neurocirugía.

REFERENCIAS DEL MEDICO GENERAL A OTRAS ESPECIALIDADES

El paciente deberá ser referido a la especialidad correspondiente en los siguientes casos:

1. Neurocirugía: En caso de deterioro neurológico progresivo.
2. Psiquiatría: Aparición o empeoramiento de trastornos de conducta y/o agresividad.
3. Fisiatría: para evaluar prescripción de ortesis y/o aditamentos.

EDUCACIÓN

Orientación al paciente y a su familia explicándole la importancia de efectuar las terapias aprendidas en su casa, y la familia no debe sobreproteger al paciente, sino que el objetivo es que sea lo más independiente posible o lo que le permita su discapacidad; crearle un ambiente de armonía, para así mejorarle su calidad de vida.



ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

CIE-10 G93

DEFINICIÓN

Un accidente Cerebrovascular (A.C.V.) ocurre cuando el suministro de sangre se interrumpe en forma súbita por el taponamiento de un vaso sanguíneo Cerebral-Émbolo o Trombo- o por su ruptura – Hipertensión Arterial (HTA) o malformación arterio-venosa- derramando sangre en los espacios que rodean a las células cerebrales.

EPIDEMIOLOGÍA

Algunas personas están sometidas a un riesgo mayor de sufrir un A.C.V. que otras. Entre los factores de riesgo imposibles de modificar están la edad, el sexo, la raza, una historia familiar de ACV, etc. Por otra parte, factores de riesgo como la Diabetes Mellitus, la HTA, el uso de cigarrillos, la alteración en los lípidos sanguíneos, etc., si pueden ser modificados y controlados por la persona sometida a dicho riesgo.

CLASIFICACIÓN

ACV Oclusivo o Isquémico: Sucede cuando una arteria cerebral queda bloqueada por un émbolo o un trombo, reduciendo repentinamente el flujo de sangre y con el tiempo provocando un infarto en el cerebro, esto sucede en el 80% de este tipo de ACV.

ACV Hemorrágico: Al romperse una arteria – HTA o malformación A-V- la sangre circulante pasa al cerebro trastornando el equilibrio hidroelectrolítico de la célula cerebral, dañándolas mortalmente.

Isquemia Cerebral Transitoria: Es una alteración pasajera en el riego sanguíneo cerebral que provoca alteraciones que se resuelven totalmente en menos de 24 horas. Suele preceder, en tiempo, al ACV trombótico.

DIAGNÓSTICO

1. Falta de sensibilidad o debilidad repentina de la cara, el brazo o la pierna, especialmente en un lado del cuerpo.

2. Confusión repentina, disartria, afasia o disfasia.
3. Problemas súbitos para ver con uno o con ambos ojos. (Hemianopsia, cuadrantanopsia).
4. Dificultad repentina para caminar, mareos, pérdida del equilibrio o incoordinación.
5. Cefalea, severo sin causa conocida.
6. Disfagia.
7. Pérdida súbita o gradual del conocimiento.

CLÍNICOS

Alteraciones de la conciencia, hipoestesia, paresia o apoplejía en una mitad del cuerpo, afasia motora, sensorial o mixta, parálisis facial central.

LABORATORIO Y GABINETE

Cada caso ya contará con sus espacios necesarios y los hallazgos se consignarán en la referencia a fisioterapia.

CRITERIOS DE MANEJO POR MEDICINA GENERAL

Toda persona con Evento Cerebrovascular debe recibir manejo hospitalario de rehabilitación integral a través del equipo interdisciplinario de medicina física y rehabilitación, integrado por: Médico Fisiatra, Terapeuta Física, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Trabajadora Social, Educadora Especial, Urólogo, Psiquiatra y Enfermera.

Una vez completado todo el proceso de rehabilitación y de acuerdo a las secuelas que el paciente presente será referido a Medicina General para continuar proporcionándole los medicamentos y otros aditamentos que el paciente necesite, requiriendo los siguientes criterios para ello:

1. Referencia por Fisiología con su respectivo plan de manejo.
2. Estabilidad Neurológica.
3. Estabilidad metabólica.

4. Conciente.
5. Estabilidad hemodinámica.
6. Control de focos infecciosos.

TRATAMIENTO

MANEJO DEL DOLOR:

-Analgésicos:

*Acetaminofén 500 mg. V.O. c/6 horas

*Diclofenac 50 mg. V.O. c/12 horas.

*Ibuprofeno 400 mg. c/8 horas V.O.

-Antiespásticos: De acuerdo a esquema del Médico Fisiatra tratante.

-Anticonvulsivantes: De acuerdo a esquema del Neurólogo tratante.

REFERENCIAS DEL MEDICO GENERAL A OTRAS ESPECIALIDADES

El paciente deberá ser referido a la especialidad correspondiente en los siguientes casos:

1. Neurocirugía: En caso de deterioro neurológico progresivo.
2. Psiquiatría: Aparición o empeoramiento de trastornos de conducta y/o agresividad.
3. Fisiatría: para evaluar prescripción de ortesis y/o aditamentos.

EXÁMENES DE CONTROL

Los relacionados con los factores de riesgo o hallazgos encontrados en cada caso de acuerdo a los criterios del cuerpo médico tratante.

EDUCACIÓN

Orientada al conocimiento y control de los factores de riesgo en cada caso:

1. Educación Nutricional
2. Ejercicio Aeróbico
3. Manejo del Estrés

4. Control de peso

5. Enseñanza a familiares en el manejo físico, ocupacional, etc. en el hogar.

6. Importancia de dar seguimiento a los controles médicos y no suspender los medicamentos prescritos.



SÍNDROME DEL LATIGAZO CERVICAL

CIE-10 513.4

DEFINICIÓN

Cuadro Clínico que resulta de un traumatismo de la columna cervical a través de un mecanismo de aceleración o desaceleración de la misma; pero que también puede resultar de un trauma craneano, provocando dolor, cefalea, rigidez muscular, vértigo, parestesias y/o debilidad muscular en las extremidades superiores.

EPIDEMIOLOGÍA

Generalmente ocurre a los ocupantes de un vehículo automotor cuando sufren impactos en el mismo como consecuencia de una colisión trasera o delantera, provocando en el cuello desplazamientos bruscos de flexión y extensión en los músculos de esta región.

En el dolor del cuello, las causas suelen ser mala postura y stress.

CLASIFICACIÓN

- 1. Impacto en músculos flexores:** Colisión posterior.
- 2. Impacto en músculos extensores:** Colisión anterior.

DIAGNÓSTICO

El dolor cervical es el síntoma más frecuente que aparece después de un intervalo variable, es de mal pronóstico si este es menor de una hora, generalmente se manifiesta entre 6-72 horas posterior al accidente y en algunos casos la sintomatología se manifiesta 7-10 días posterior al accidente, sobretodo en los casos leves que tienden a progresar; puede existir Disfagia debido al edema faríngeo o hematoma retrofaríngeo; puede suceder visión borrosa breve e intermitente, si persiste puede ser debido a una lesión en las arterias vertebrales o por afección del simpático cervical; la aparición de vértigo de inicio precoz y severo indica grave lesión: Espasmo o compresión de la arteria vertebral o trastorno del oído medio.

CLÍNICOS

- * Espasmo de los músculos cervicales.
- * Limitación importante en los movimientos naturales del cuello: Flexión, extensión, rotaciones e inclinaciones.
- * Parestesia y/o paresia de miembros superiores.

LABORATORIO Y GABINETE:

Rayos X de columna cervical, AP, lateral, oblicuas. (Atención de primer nivel)

CRITERIOS DE REFERENCIA A MEDICO FISIATRA

1. Dolor incapacitante.
2. Signos de compresión raqui-medular agudo.
3. Vértigo.
4. Dificultad para la bipedestación y/o la marcha.

Los casos que no cumplan estos criterios serán manejados por medicina general.

TRATAMIENTO

Reposo en cama: Cuello en hiperextensión-uso de rodillo o en posición neutra (según músculos afectos).

Evitar conducción prolongada de vehículos, evitar sobre-extensión del cuello en posición sentada o de pie, evitar levantar objetos pesados.

Analgésicos: Analgésicos Antiinflamatorios no esteroideos Diclofenaco, Indometacina, Piroxicam, Ibuprofeno, a dosis habituales.

Analgésicos: -Acetaminofén 500 mg. V.O. c/6 h.

Relajantes musculares: Metocarbamol: de 200-400 mg. v.o. c/8 horas por 5-7 días.

Orfenadrina 60 mg intramuscular c /6-8 horas por 2-3 días.

Sedantes: Clobazán: 5-10 mg c/12 horas por 5-7 días.

INCAPACIDAD

7 – 21 días, según criterio médico.

REFERENCIA Y RETORNO

Valorar referencias a:

1. Fisiatría: Presencia de dolor persistente a pesar de tratamiento, espasmo muscular refractario, signos y síntomas de daño neurológico, limitación considerable de los movimientos de cuello y cintura escapular.
2. Neurocirugía: Signos o síntomas de compresión radiculo-medular.
3. Otorrino: Presencia de vértigo y/o mareos.

EXÁMENES DE CONTROL

Valorar según evolución:

Rx de cuello: A-P, lateral, oblicuas.

EDUCACIÓN

1. Uso de cinturón de seguridad en vehículos, en asientos delanteros y traseros.
2. Uso de apoya cabeza en los vehículos
3. No distraerse al conducir vehículos: Teléfono celular
4. Conducir a la defensiva y Manejo adecuado del stress.

SÍNDROME DEL HOMBRO DOLOROSO

CIE-10 M53

DEFINICIÓN

Es una patología cuyo síntoma principal es el dolor, asociado generalmente a limitación funcional de cualquiera de los distintos movimientos que realiza la articulación del hombro.

EPIDEMIOLOGÍA

Su prevalencia es alta y es motivo de consulta en medicina general. Se presenta más frecuentemente en la cuarta década de la vida, aunque puede aparecer en edades más tempranas, asociada a situaciones de traumas incluido el sobre uso y actividades deportivas.

CLASIFICACIÓN

1. Degenerativas.
2. Inflamatorias.
3. Mecánicas.
4. Neoplásicas.
5. Neurológicas.

DIAGNÓSTICO

Este cuadro clínico puede ser producido por diversas patologías, originadas tanto, en las estructuras anatómicas del hombro como fuera de la articulación; existe dolor intrínseco, no se palpan puntos dolorosos, el dolor es difuso, se podrá encontrar más dolor en los rangos de movimiento y a veces signos de derrame intra-articular, se puede encontrar dolor en la sinovial y transmisión del dolor desde el codo al hombro al realizar una pequeña percusión del primero.

CLÍNICOS

1. Dolor.
2. Limitación de movimiento.
3. Paresia.
4. Atrofia muscular.

LABORATORIO Y GABINETE

RX de hombro AP y Lateral.

CRITERIOS DE REFERENCIA A MEDICO FISIATRA

Dolor intenso intratable con métodos farmacológicos adecuados y necesidad de manejo transdisciplinario.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Analgésicos:

- Acetaminofén 500 mg. V.O. c/6 h.
- Analgésico Antiinflamatorio No Esteroideo:
- Diclofenac 75 mg. I.M. c/12 h (en caso necesario).
- Diclofenac 50 mg. V.O. c/12 h.
- Ibuprofeno 400 mg. V.O. c/8 h.

Relajantes Musculares:

- Orfenadrina 60 mg. I.M. c/12 h. (en caso necesario)
- Metocarbamol 400 mg. V.O. c/12 h.

REFERENCIAS DE MEDICO GENERAL A OTRAS ESPECIALIDADES

1. Fisiatría: Dolor que no cede con tratamiento establecido, limitación en los movimientos del hombro que interfieran con sus actividades diarias.
2. Ortopedia: En casos que no se resuelvan con tratamiento fisiátrico.

3. Algología: En caso de dolor intratable.

4. Reumatología: Para manejo adecuado y seguimiento del caso.

EXÁMENES DE CONTROL

De acuerdo a etiología y evolución del caso.

EDUCACIÓN

1. Evitar el síndrome de pinzamiento en el trabajo
2. Educar al paciente para continuar tratamiento en el hogar
3. Evitar movimientos repetitivos múltiples de hombro en el trabajo
4. Utilizar ergonomía laboral.
5. Medidas físicas terapéuticas (calor o frío) en el hogar.



DOLOR DE ESPALDA ALTA (DORSALGIA)

CIE-10 M54.6

DEFINICIÓN

Es el dolor localizado en la región dorsal (espalda alta) suele estar ligado al dolor cervical y con menor frecuencia al dolor lumbar alto; se origina en el espasmo de los músculos de esta región y en algunos casos en sus estructuras óseas y articulares.

EPIDEMIOLOGÍA

En países de alto desarrollo social y económico se han creado programas preventivos, logrando la reducción de lesiones e indemnizaciones. La efectividad de estos programas no se mide únicamente por la ausencia de dolor, es fundamental la reducción del ausentismo laboral, el menor número de días de incapacidad temporal y el menor pago de indemnizaciones.

El dolor de espalda alta es una entidad multicausal, siempre debe manejarse bajo una visión integral. Se ha notado mayor frecuencia en la mujer adulta.

CLASIFICACIÓN

ETIOLOGÍA:

1. Inflammatorias.
2. Degenerativas.
3. Neoplásicas.
4. Traumáticas.
5. Otras: Posturales, stress.

DIAGNÓSTICO

Los síntomas pueden ser:

1. Locales: Limitados a la inflamación de una articulación, cápsula o ligamentos; nervios y músculos adyacentes.
2. Distantes: Irradiación a lo largo del paquete neurovascular

3.Referido: A causa de alteraciones de órganos intratorácicos o de la parte superior del abdomen.

Los síntomas más frecuentes son:

- 1.Dolor en la espalda alta.
- 2.Espasmo en músculos paravertebrales, y/o paraescapulares.
- 3.Trastornos sensitivos.

LABORATORIOS Y GABINETE:

Rx. de Columna Dorsal: A-P, lateral, oblicuas.

Otros exámenes, según patología agregada, de acuerdo a criterio médico.

CRITERIOS DE REFERENCIA A FISIATRIA

Dolor intenso y/o intratable con la medicación convencional y que interfiere con el desempeño personal cotidiano.

Deformidad de la columna dorsal.

TRATAMIENTO

Analgésicos:

- Acetaminofén 500 mg.-1 g. V.O. c/6 h. x 7 – 10 días.
- Ibuprofeno 500 mg. V.O. c/8 h. x 7 – 10 días.
- Diclofenac sódico 50 mg. V.O. c/8 – 12 h. x 7 – 10 días.
- Diclofenac sódico 75 mg. I.M. c/8 – 12 h. x 3 días en caso dolor muy intenso.

Derivados Opioides:

- Acetaminofén + Codeína 30 mg. c/6 h. x 7 días.

Relajantes musculares:

- Metocarbamol 400 mg. V.O. c/8 h. x 7 – 10 días.
- Orfenadrina 60 mg.V.O. c/8 – 12 h. I.M. x 3 días.



INCAPACIDAD

De acuerdo al tiempo en que se estime, en cada caso, que se alcanzara la adecuada capacidad funcional del paciente.- Se sugiere 3-10 días, prorrogable según criterio médico.

OTRAS REFERENCIAS

Algología: Para tratamiento coadyuvante del dolor.

Neurología o Neurocirugía, de acuerdo a las características del caso.

EDUCACIÓN

El soporte psicológico es básico; haciéndole énfasis en que tan pronto disminuya el dolor debe reanudar sus labores, cumplir con su higiene postural y realizar sus ejercicios físicos.

Debe recibir educación en:

1. Posturas corporales: Sentado, de pie, marcha, trote.
2. Posturas laborales: De pie, sentado, uso de miembros superiores, levantamiento, traslado y depósito de cargas.
3. Manejo del Stress.
4. Ejercicios terapéuticos en el hogar.

LESION MEDULAR

CIE-10 T 093

DEFINICIÓN

Una lesión medular se establece cuando por una causa mórbida o traumática, se altera total o parcialmente la función medular normal en lo concerniente a la función sensitiva o motriz que la médula espinal ejerce sobre el tronco y las extremidades, incluyendo el control de los esfínteres urinario y rectal.

EPIDEMIOLOGÍA

La mayoría de casos ocurre en personas jóvenes, alcanzando el 60% en menores de 40 años, con una media de 25. La causa más frecuente en nuestro país es traumática, incluyendo caídas, heridas por arma de fuego y accidentes de tránsito, en orden de frecuencia. El 84% corresponde al sexo masculino. La mortalidad oscila entre el 15-20%.

CLASIFICACIÓN

De acuerdo a su etiología podemos dividir las en:

1. Traumáticas.
2. Inflamatorias.
3. Infecciosas.
4. Neoplásicas.
5. Degenerativas.
6. Congénitas.
7. Otros.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICOS

1. Pérdida o alteración de la sensibilidad según el nivel afectado.
2. Pérdida o alteración del control de los esfínteres urinario y rectal.

3. Pérdida o alteración de la fuerza muscular de las extremidades superiores y/o inferiores.
4. Pérdida o alteración de la función sexual.
5. Trastornos de la función autonómica: Respiración, presión arterial, frecuencia cardíaca.

LABORATORIO Y GABINETE

Rx de columna.

CRITERIOS DE MANEJO POR MEDICINA GENERAL

Toda persona con lesión medular debe recibir manejo hospitalario de rehabilitación integral a través del equipo interdisciplinario de medicina física y rehabilitación, integrado por: Médico Fisiatra, Terapeuta Física, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Trabajadora Social, Educadora Especial, Urólogo, Psiquiatra y Enfermera.

Una vez completado todo el proceso de rehabilitación y de acuerdo a las secuelas que el paciente presente será referido a Medicina General para continuar proporcionándole los medicamentos y otros aditamentos que el paciente necesite, requiriendo los siguientes criterios para ello:

1. Estabilidad hemodinámica, metabólica y neurológica.
2. Estabilidad mecánica de la columna vertebral
3. Resumen clínico completo del caso, con el plan de tratamiento a seguir.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO MÉDICO

***Analgésicos.**

-Acetaminofén 500 mg. V.O. c/6 horas por dolor.

***Antiespásticos** (de acuerdo a esquema prescrito por Médico Fisiatra)

-Tizanidina 2 - 4 mg. V.O. c/8 - 12 horas (según dosis-respuesta)

-Diazepam 10 mg. V.O. c/12 horas.

***Antisépticos Urinarios:**

- Nitrofurantoína 100 mg. 2 cápsulas c/día.
- Hipurato de Metenamine 1 gr. V.O. c/día.

***Ablandadores Heces:**

- Fibra Hidrofílica 1 cda. En 1 vaso de agua 3 v/día.
- Glicerina Supositorios 1 c/día.

REFERENCIAS DEL MEDICO GENERAL A OTRAS ESPECIALIDADES

El paciente deberá ser referido a la especialidad correspondiente en los siguientes casos:

1. Neurocirugía: En caso de deterioro neurológico progresivo
2. Psiquiatría: Aparición o empeoramiento de trastornos de conducta y/o agresividad.
3. Fisiatría: para evaluar prescripción de ortesis y/o aditamentos.

EXÁMENES DE CONTROL

- ✓ General de orina y urocultivo.
- ✓ Cuerpos nitrogenados.
- ✓ Depuración de creatinina en orina de 24 horas.
- ✓ Hemograma.
- ✓ Electrolitos.

EDUCACIÓN

Educación al paciente y su familia en la prevención y manejo de complicaciones propias del lesionado medular como:

1. Infecciones de vías urinarias.
2. Trombosis.
3. Áreas de presión cutánea.
4. Infecciones Pulmonares.
5. Orientar al paciente para que inicie los trámites de pensión.

CERVICALGIA

CIE-10 M 542

DEFINICIÓN

Es el dolor localizado en la región cervical, suele estar ligado al dolor dorsal y con menor frecuencia al dolor lumbar alto; se origina en el espasmo de los músculos de esta región y en algunos casos en sus estructuras óseas y articulares.

EPIDEMIOLOGÍA

En países de alto desarrollo social y económico se han creado programas preventivos, logrando la reducción de lesiones e indemnizaciones. La efectividad de estos programas no se mide únicamente por la ausencia de dolor, es fundamental la reducción del ausentismo laboral, el menor número de días de incapacidad temporal y el menor pago de indemnizaciones.

El dolor cervical es una entidad multicausal, siempre debe manejarse bajo una visión integral. Se ha notado mayor frecuencia en la mujer adulta.

CLASIFICACIÓN

ETIOLOGÍA

1. Inflammatorias.
2. Degenerativas.
3. Neoplásicas.
4. Traumáticas.
5. Otras: Posturales, stress.

DIAGNÓSTICO

Los síntomas pueden ser:

1. Locales: Limitados a la inflamación de una articulación, cápsula o ligamentos; nervios y músculos adyacentes.
2. Distantes: Irradiación a lo largo del paquete neurovascular.

3. Referido: A causa de alteraciones de órganos torácicos o intracraneanos .

Los síntomas más frecuentes son:

1. Dolor a nivel cervical.
2. Limitación de la movilidad del cuello.
3. Espasmo en músculos paravertebrales e interescapulares.
4. Trastornos sensitivos de miembros superiores.

LABORATORIOS Y GABINETE

Rx. de Columna Cervical: A-P, lateral, oblicuas.

Otros exámenes, según patología agregada, de acuerdo a criterio médico.

CRITERIOS DE REFERENCIA A FISIATRIA

1. Dolor intenso y/o intratable con la medicación convencional y que interfiere con el desempeño personal cotidiano.
2. Deformidad de la columna.
3. Síntomas de Compresión radiculo-medular.
4. Mareos y/o vértigo.

TRATAMIENTO

Analgésicos:

- Acetaminofén 500 mg.-1 g. V.O. c/6 h. x 7 – 10 días.
- Ibuprofeno 500 mg. V.O. c/8 h. x 7 – 10 días.
- Diclofenac sódico 50 mg. V.O. c/8 – 12 h. x 7 – 10 días.
- Diclofenac sódico 75 mg. I.M. c/8 – 12 h. x 3 días en caso dolor muy intenso.
- Derivados Opioides:
- Acetaminofén + Codeína 30 mg. c/6 h. x 7 días.
- Relajantes musculares:



- Metocarbamol 400 mg. V.O. c/8 h. x 7 – 10 días.
- Orfenadrina 60 mg.V.O. c/8 – 12 h. I.M. x 3 días.

INCAPACIDAD

De acuerdo al tiempo en que se estime, en cada caso, que se alcanzara la adecuada capacidad funcional del paciente.- Se sugiere 3-7 días, prorrogable según criterio médico.

OTRAS REFERENCIAS

Algología: Para tratamiento coadyuvante del dolor.

Neurología o Neurocirugía, de acuerdo a las características del caso.

EDUCACIÓN

El soporte psicológico es básico; haciéndole énfasis en que tan pronto disminuya el dolor debe reanudar sus labores, cumplir con su higiene postural y realizar sus ejercicios físicos.

Debe recibir educación en:

1. Posturas corporales: Sentado, de pie, marcha, trote.
2. Posturas laborales: De pie, sentado, uso de miembros superiores, levantamiento, traslado y depósito de cargas.
3. Manejo del Stress.
4. Ejercicios terapéuticos en el hogar.

ENFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

DERMATITIS ACTINICA (DERMATITIS SOLAR)

CIE-10 L 578

DEFINICIÓN

Es una dermatitis crónica que afecta áreas expuestas al sol en cara, pabellones auriculares, V del escote, caras externas de brazos. Se observan placas eritematosas, liquenificadas y pápulas con mucho prurito.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una de las 10 primeras causas de consulta de Dermatología.

DIAGNÓSTICO

CLINICO

Placas mal definidas, eritematosas muy pruriginosas, pápulas decapitadas en áreas expuestas sobre todo en mejillas, labios (queilitis), V del escote y miembros superiores.

LABORATORIO Y GABINETE

Ninguno, la biopsia no es específica.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO SISTÉMICO:

Por el médico general: Cloroquina tableta de 250 mg. De ¼ a 1 tableta al día hasta que mejore el cuadro clínico y luego dosis de mantenimiento 50 a 100 mg. Esteroides orales tipo Prednisona 20 a 40 mg 1 vez al día por 7 días luego disminuir dosis. Antihistamínicos orales como Hidroxicina tableta de 25 mg. 1 vez cada 12 horas por 15 días, luego disminuir dosis.

Referir a Dermatología para indicación de Talidomida 100 a 200 mg 1 vez al día. La remisión de lesiones es rápida pero es teratogénica. Dosis de mantenimiento 50 mg al día según evolución. Acompañar de anticonceptivo en mujeres. Firmar hoja de advertencia y compromiso.

TRATAMIENTO TÓPICO:

Protectores solares SPF 30 o mayor en gel o crema 3 veces al día.

Cremas con esteroides de mediana y alta potencia tipo betametasona 2 veces al día por 15 días luego 1 vez al día según evolución. Emolientes para mantener la piel humectada Aplicar 2 a 3 veces al día como Urea al 10 ó 20 %.

REFERENCIA Y RETORNO

A Oftalmología al inicio y a los 6 meses de utilizar Cloroquinas.

INCAPACIDAD

Dependiendo de las lesiones de 3 a 7 días.

EXAMENES DE CONTROL

Prueba de embarazo para el uso de Talidomida.

Pruebas hepáticas al utilizar Cloroquinas.

PLAN EDUCACIONAL

Evolución crónica que mejora; pero no se cura por lo cual no debe exponerse al sol. Usar manga larga.

DERMATITIS ATÓPICA

CIE-10 L 209

DEFINICIÓN

Es una reacción cutánea inespecífica constitucional, de origen desconocido, multifactorial, con predisposición genética y un patrón clínico e historia natural característica.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una enfermedad muy frecuente, ocupa uno de los primeros lugares dentro de la patología dermatológica, en especial en la primera década de la vida. Afecta por igual a hombres y mujeres y no hay predominio racial; pero suele verse más en personas de clase media o alta.

DIAGNÓSTICO

CLINICO

El diagnóstico es clínico, la historia natural de la enfermedad señala tres etapas; la del lactante, preescolar, escolar y la fase del adulto.

Cada una tiene su topografía más frecuente:

Lactante: es en mejillas, respetando el centro de la cara, en glúteos y en extremidades.

Preescolares y escolares: Se localiza en pliegues como cuello, codos, huecos poplíteos, dorso de los pies.

Adultos: Se presenta en párpados, alrededor de la boca, manos y en pliegues.

Las lesiones varían desde un eccema agudo, sub-agudo o crónico, pueden presentar eritema, vesículas costras hemáticas, escama, liquenificación, etc.

LABORATORIO Y GABINETE

En caso de duda diagnóstica se puede enviar Ig E.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO TÓPICO:

Esteroides tópicos de baja (Hidrocortisona 3 veces al día), de mediana o alta potencia (Betametasona 2 veces al día, según el área de la piel afectada y utilizarlos por 2 a 3 semanas, si la piel está eritematosa.

Si hay zonas eccematosas será necesario secarla mediante el uso de fomentos con acetato de aluminio; si hay lesiones impetiginizadas utilizar fomentos con sulfato de cobre 1/1000.

Pomada de ácido fusídico al 2 %. Usar en caso de impétigo.

Cremas emolientes a base de Urea al 5% ó 10%. Usar en caso de piel liquenificada, aplicar 3 a 4 veces al día.

Pimecrolimus crema tópica al 1 %. Aplicar 2 veces al día según evolución.

TRATAMIENTO SISTÉMICO:

Antihistamínico como Hidroxicina, Loratadina, Clorfeniramina, etc.

Según evolución, esteroide sistémico.

Utilizarlos en caso de eritrodermia o cuadros muy liquenificados por 2 a 3 semanas.

Ciclosporina: 3 mg / Kg. / día repartido en 2 dosis por 2 a 3 semanas

Talidomida: 100 mg/día según evolución.

Evaluar uso de antibióticos o antimicóticos.

La historia natural de la Dermatitis Atópica tiende a la curación al llegar a la pubertad si no se ha estropeado con malos tratamientos. En algunos pacientes tienden a recidivar por la falta de lubricación o por el uso indiscriminado de esteroides tópicos o sistémicos.

INCAPACIDAD

En casos de Eritrodermia o lesiones infectadas de 8 a 15 días.

REFERENCIA Y RETORNO

Ninguna.

EXAMENES DE CONTROL

En caso de Ciclosporina: Hemograma, pruebas de función renal cada mes.
Tensión arterial cada semana.

PLAN EDUCACIONAL

Es importante las explicaciones claras y amplias al paciente y a su familia, explicar lo que es su enfermedad y lo que se espera del tratamiento y decir también que no es transmisible, no es sistémica, no es peligrosa para la vida del paciente y que es curable.

Evitar el sol excesivo; pero no los deportes en general, el jabón, las pomadas y los cosméticos en forma indiscriminada así como todo medicamento por vía tópica o sistémica fuera de receta médica. Insistir en la lubricación de la piel del paciente.

DERMATITIS POR CONTACTO

CIE-10 L 238

DEFINICIÓN

Es un estado inflamatorio reaccional de la piel debido a la aplicación directa de cualquier sustancia química que pueda producir daño directamente o a través de un fenómeno inmunológico; pero sin que esta sustancia penetre a la circulación general.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una de las primeras doce causas de consulta dermatológica en la Institución.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

La Dermatitis por Contacto (DXC) puede ser aguda, sub-aguda y crónica. La (DXC) aguda: Se presenta en el sitio de aplicación de la sustancia contactante como un estado eczematosos de la piel: Eritema, vesícula, costras melicéricas si hay infección secundaria y hemáticas por rascado, sin límites precisos y pruriginosas, puede haber algunas pápulas alrededor de las placas eczematosas.

La DXC sub-aguda: Lesiones eritematosas con finas pápulas y costras hemáticas.

La DXC crónica: Predomina la liquenificación y las costras hemáticas en placas bien definidas.

LABORATORIO Y GABINETE

Son de utilidad las pruebas epicutáneas al parche y en ocasiones la biopsia de piel.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO TÓPICO:

- ✓ Lenzos con acetato de aluminio, cada 8 a 12 horas según evolución.

- ✓ Crema con esteroides de media o alta potencia, cada 12 horas de 3 a 10 días.
- ✓ Urea al 10-20 % crema cada 8 horas en zonas liquenificadas.
- ✓ Ungüento salicilado al 3% ó 6% con o sin esteroide cada 12 horas según evolución.

TRATAMIENTO SISTÉMICO:

- ✓ Prednisona de 20-50 mg cada día por 3 a 10 días.
- ✓ Antihistamínicos: Hidroxicina de 10-25 mg cada 8 horas según evolución, loratadina, desloratadina, cetiricina: 10 mg VO cada día según evolución.

INCAPACIDAD

Según gravedad de 3 a 5 días.

REFERENCIA Y RETORNO

En caso de ser cuadros recidivantes originados por sustancias que utiliza en su trabajo, se referirá a Medicina del Trabajo. Referir a Dermatología en casos refractarios al tratamiento convencional.

PLAN EDUCACIONAL

Explicarle al paciente el origen de su patología es por una irritación directa o por una hipersensibilidad a una sustancia contactante y que debe evitar tener contacto con ella. Tomar medidas de protección como uso de vestimenta, guantes, mascarillas o lentes.

DERMATITIS SEBORREICA

CIE-10 L 219

DEFINICIÓN

Dermatosis eritematosa que afecta principalmente piel cabelluda, centro de la cara, región retroauricular, cara anterior del tórax. Se presenta en niños y adultos.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una de las 10 primeras causas de consulta de Dermatología.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

El cuadro clínico se caracteriza desde una simple escama fina, pruriginosa hasta una escama oleosa, adherente en piel cabelluda, cara o tronco. En cara se observa una fina escama, eritema en zonas ciliares, surcos nasogenianos y nasolabiales con prurito y a veces con ardor.

LABORATORIO Y GABINETE

Ninguno.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO TÓPICO:

- ➔ Shampoo alquitranado 1 vez al día ó 3 veces por semana según evolución.
- ➔ Lociones con esteroides en piel cabelluda, 2 veces al día luego 1 vez cada noche según evolución
- ➔ Cremas con esteroides no halogenado, 1 vez al día por 15 días (en cara).
- ➔ Loción o ungüento de esteroide con ácido salicílico 1 vez por la noche.
- ➔ Tacalcitriol loción cada 12 horas según evolución.

TRATAMIENTO SISTÉMICO:

Si se demuestra el hongo pityrosporum dar:

- ➔ Ketoconazole 200 mg 1 tableta cada día por 1 a 3 semanas.
- ➔ Itraconazole 100 mg 1 cápsula cada día 1 a 3 semanas.

INCAPACIDAD

Ninguna.

REFERENCIA Y RETORNO

En caso de Blefaritis marginal enviar a Oftalmología o Infectología en caso de pacientes inmunosuprimidos.

EXAMENES DE CONTROL

No necesarios.

PLAN EDUCACIONAL

Se debe explicar al paciente que es una enfermedad crónica, recidivante que se exacerba en ocasiones por el estado anímico del paciente.

VERRUGAS VIRALES

CIE-10 B 07

DEFINICION

Son neoformaciones epiteliales benignas que pueden afectar a cualquier persona: Niños, hombres y mujeres. Existen cinco variables clínicas: Vulgares, planas, plantares, acuminadas y filiformes.

EPIDEMIOLOGIA

Ocupa el 8º lugar dentro de las Dermatopatías en la Institución.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

- ➔ **Verrugas Vulgares:** Son neoformaciones verrugosas solitarias o múltiples de superficie anfractuosa, seca, duras, del color de la piel o más oscuras, semiesféricas y bien delimitadas. Presentan en su superficie un fino punteado oscuro, son indoloras a menos que se traumatizan. Se pueden encontrar en cualquier parte del cuerpo, especialmente en extremidades.
- ➔ **Verrugas Planas o juveniles:** Son muy pequeñas y numerosas, no más de 1 mm y aplanadas, de color de la piel. Se presentan más frecuente en cara y extremidades superiores, dorso de manos y antebrazos.
- ➔ **Verrugas Plantares:** Se presentan en las plantas y en ocasiones en las caras internas de los dedos. Se observan como una placa verrugosa de color café amarillenta y pequeñas hemorragias en su superficie y dolorosa a la palpación.
- ➔ **Verrugas Acuminadas o Condilomas Acuminados o Papilomas Venéreos:** Asientan alrededor de orificios naturales: Glande, labios mayores y menores, vulva, ano y boca.

Tiene aspecto vegetante, el tamaño varía de 1 mm a grandes dimensiones que puede deformar la región genital. Puede macerarse e infectarse secundariamente, con un olor desagradable.

- **Verruga Filiforme y Digitiforme:** Son neoformaciones alargadas, filiformes, algunas pediculadas o con prolongaciones transparentes.

LABORATORIO Y GABINETE

- En algunos casos se toma biopsia.
- En casos de verrugas genitales mandar ELISA para VIH y serología.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO TÓPICO:

Ácido Salicílico 15 a 40% en ungüento hidrofílico o Colodión elástico, aplicación cada noche en área afectada.

Ácido Retinoico 0.1% gel o loción, aplicar por la noche en verrugas planas.

Podofilina 20 a 40% en tintura de Benjuí, aplicar 1 vez por semana según evolución en verrugas acuminadas.

Ácido Tricloro Acético al 35% o saturación, aplicar cada semana según evolución en casos de verrugas acuminadas en embarazadas.

Imiquimod crema, aplicar 3 veces por semana según evolución.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Crioterapia 10 a 20 segundos según evolución.

Electrofulguración y curetaje.

INCAPACIDAD

1 a 3 días en procedimientos quirúrgicos de verrugas plantares o en mano.

REFERENCIA Y RETORNO

Dermatología para tratamiento quirúrgico o indicar medicamentos especiales. Infectología cuando tenga ELISA (+) a VIH.

EXÁMENES DE CONTROL

Ninguno.

PLAN EDUCACIONAL

Indicarles la naturaleza viral de su enfermedad y su transmisibilidad.

MELASMA

CIE-10 L 811

DEFINICIÓN

Son manchas hipercrómicas generalmente en cara, puede haber en otros sitios expuestos a la luz ultravioleta. Afecta a mujeres y hombres y puede ser de diferente etiología.

EPIDEMIOLOGÍA

En la Institución es una de las diez primeras causas de consulta.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Manchas hipercrómicas difusas, mal delimitadas en zonas foto expuestas como en mejillas, frente, región nasolabial, V del escote. Pueden ser manchas de diferente tonalidad que van de un café pálido hasta café oscuro.

LABORATORIO Y GABINETE

Puede utilizarse luz de Wood o biopsia de piel para observar profundidad del pigmento.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO TÓPICO:

- ✓ Protectores solares: FPS 30 ó mayor en crema y, gel, Aplicar 2 a 3 veces al día (8:00 am, 12:00 m y 4:00 pm).
- ✓ Hidroquinona al 5 % loción o crema, aplicar por la noche de 3 a 6 meses luego se dará alta.
- ✓ Hidroquinona al 5% con ácido retinoico 0.05% loción o crema, cada noche por 3 a 6 meses.
- ✓ Ácido Retinoico crema o gel al 0.05 %, aplicar por las noches.

✓ Esteroides Tópicos no halogenados: puede combinarse con ácido retinoico y una crema despigmentante en casos resistentes al tratamiento, por corto tiempo.

✓ Aplicar de 2 a 4 semanas y vigilar evolución.

TRATAMIENTO SISTÉMICO

Ninguno.

La evolución es crónica y recidivante. En algunas ocasiones es resistente al tratamiento. Después de 6 meses de tratamiento se dará de alta.

INCAPACIDAD

Ninguna.

REFERENCIAS Y RETORNO

Ninguno.

EXAMENES DE CONTROL

Ninguno.

PLAN EDUCACIONAL

Evitar exposición al sol directa o indirectamente, anticonceptivos, maquillajes con perfume.

ACNÉ

CIE-10 L 70 9

DEFINICIÓN

El Acné es un estado obstructivo y más tarde inflamatorio de cierto tipo de folículos pilosebáceos frecuentes en la cara y tórax y que afecta más intensamente al ser humano en la etapa de la adolescencia.

EPIDEMIOLOGÍA

Las estadísticas varían en cuanto a su frecuencia. En la adolescencia las cifras llegan al 20 % y 25 %. Afecta ligeramente más en el varón que a la mujer y se inicia prácticamente poco después de los 10 años en la mujer y los 12 años en el hombre. Ocupa el 7º lugar de las dermatopatías en la institución.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

El diagnóstico es clínico, el cuadro es polilesional, presenta comedones abiertos, pápulas, pústulas, abscesos y cicatrices. La topografía es en cara (Frente, mejillas, regiones submaxilares) y en tronco ambas caras, excepcionalmente hay lesiones en hombros y en glúteos. Deberá diferenciarse con erupciones acneiformes por medicamentos, rosácea, etc.

LABORATORIO Y GABINETE

Ninguno, sólo en casos de tratamientos sistémicos con Isotretinoína.

Realizar biometría hepática.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO TÓPICO

Ácido Salicílico al 2 ó 4 % y la resorcina al 3 % en soluciones hidroalcohólicas. Aplicación 1 a 2 veces al día según evolución.

Ácido Retinoico crema o gel al 0.05 % y 0.1%. Aplicación por la noche según evolución.

Peróxido de Benzoílo al 5 % y 10 %. Aplicación por la noche según evolución.

TRATAMIENTO SISTÉMICO

- ⇒ Doxiclina 50 mg dos al día según evolución.
- ⇒ Trimetoprin-sulfametoxazol 80/160 mg. 2 a 4 tabletas al día según evolución.
- ⇒ Diamino difenil sulfona (D.D.S.) 100 mg Una al día en Acné inflamatorio y conglobata.

Es un padecimiento benigno que bien manejado conduce a la curación sin dejar secuelas; pero que puede ser una tragedia para el o la joven cuando están mal informados, si usan medicamentos o maniobras indebidas o cuando afectan en forma importante el aspecto estético. Por ejemplo en el acné conglobata que llega a producir deformaciones importantes y alteraciones en la esfera psicológica del paciente.

INCAPACIDAD

Ninguna.

REFERENCIA Y RETORNO

En casos de acné que requieran antiandrógenos se debe enviar a Ginecología.

EXAMENES DE CONTROL

Realizar exámenes de biometría hemática en casos de utilizar Isotretinoína, y D.D.S. y en mujeres prueba de embarazo y utilizar métodos anticonceptivos. Deberá firmar hoja de advertencia y compromiso.

PLAN EDUCACIONAL

El Acné es la enfermedad de la piel, quizá más universal, complicada en su etiopatogenia, variada en su sintomatología, perjudicada en su tratamiento y manejo, puede ser un hecho más en la evolución de la vida del ser humano o puede perder los mejores años de una persona. Debe evitarse la ingesta de vitaminas del complejo B, no cremas con grasa, no hacer dietas y no manipular las lesiones.

OTRAS ENFERMEDADES

GOTA (CIE-10: M-10)

DEFINICIÓN

Es una enfermedad reumática producida por el depósito de cristales de ácido úrico en algunos tejidos del organismo; como lo son las articulaciones, los huesos, la piel y los riñones.

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que la gota afecta a 3 de cada 1000 personas. La gota y sus complicaciones son mas comunes en adultos jóvenes del sexo masculino, con una incidencia pico en la 5ª década.

La prevalencia de gota en EE.UU. se estimo en 13.6 x 1000 hombres y 6.4 x 1000 mujeres (1986). La gota es la causa más común de artritis inflamatoria en hombres en edad alrededor de los 30 años. Esta resulta frecuentemente en incapacidad y limitación ocupacional.

Tanto la hiperuricemia como la gota están íntimamente relacionados con la obesidad, hipertensión, dislipidemia y diabetes; por consecuencia la gota se asocia con un exceso de tendencia a enfermar y mortalidad por accidentes vasculares cerebrales y ataques cardiacos.

Puede producirse gota por un aumento en la producción de ácido úrico, debido a un exceso de purinas que al metabolizarse se convierte en ácido úrico de la dieta o cuando su eliminación es insuficiente por parte del riñón.

Algunos alimentos, como las vísceras de animales (mollejas de ternera, Hígado y riñón), los mariscos, la carne y los derivados del cerdo, sardinas, anchoas son particularmente ricos en purinas. También el alcohol es perjudicial ya que produce un aumento en la producción de ácido úrico y una disminución en su eliminación por el riñón.

FACTORES PRECIPITANTES

- * Cirugía.
- * Trauma.

- * Deshidratación.
- * Ayuno.
- * Alimentación Excesiva.
- * Alto consumo de alcohol.

CLASIFICACIÓN

METABÓLICA: Aumento en la producción de ácido úrico por:

- ✓ Defectos Metabólicos
- ✓ Enfermedades Linfo o Mieloproliferativas
- ✓ Desconocido

RENAL: Disminución en la eliminación del ácido úrico.

DIAGNÓSTICO

CLINICO:

Dependerá de la fase en que se encuentre la enfermedad. Son cuatro y generalmente consecutivos:

1. Hiperuricemia Asintomático.
2. Artritis Gotosa Aguda:

Se manifiesta por una crisis de dolor sumamente intensa en forma brusca y generalmente nocturna en la articulación del dedo gordo del pie (podagra) y con menos frecuencia en el tobillo o en la rodilla. Las articulaciones están usualmente calientes, rojas, con eritema periarticular difuso, lo que puede confundirse con celulitis.

3. Fase entre ataques:

Periodo más o menos prolongado, en el cual no hay síntomas.

4. Fase de Artritis gotosa crónica:

Aparecen agregados de cristales de urato monosódico (tofus) rodeados por una reacción granulomatosa. Suelen aparecer tras una evolución prolongada de la enfermedad y crecen lentamente por oposición de

nuevos cristales. Clínicamente pueden apreciarse en la superficie extensora de los codos en la proximidad de diversas articulaciones de la mano, a lo largo de algunos tendones como el aquileo, en los pies o cerca de las rodillas. Una localización frecuente es el borde externo del pabellón auricular. También pueden presentarse Cólicos nefríticos por cálculos de ácido úrico.

LABORATORIO Y GABINETE:

2. Ácido Úrico:

Los niveles normales de ácido úrico en sangre son de < 7 mgs/dl en mujeres y < de 8 mgs/dl en hombres. El nivel serico de ácido úrico puede ser normal en el 30 % de los casos de gota aguda, y si esta aumentado, no se le debe manipular hasta que se ha resuelto la crisis. Presencia de cristales de urato Monosodico en el liquido articular sinovial o en el material obtenido de los tofos.

3. Hemograma.

4. N. Ureico y Creatinina.

5. Gral. de Orina.

TRATAMIENTO

A) AINES:

Son el tratamiento de elección para la gota aguda, por su fácil administración y baja toxicidad.

Diclofenaco: dosis inicial: 200 mgs/día.

Dosis mantenimiento: 100 mgs/día.

B) ESTEROIDES:

Útiles cuando están contraindicados los AINES.

➔ Prednisona: 40 – 60 mgs v.o c/día.

C) ALOPURINOL:

Dosis inicial: 300 mgs/día.

Si hay afección renal se debe reducir la dosis diaria en 50 mgs por cada disminución de 20 ml/min. en la depuración de creatinina. Cuando esta es inferior a 20 ml/min., la dosis inicial es 100 mgs a días alternos o cada 2 días. También se debe disminuir la dosis cuando hay alteración hepática.

INCAPACIDAD

En gota aguda: 7 a 10 días.

REFERENCIA Y RETORNO

A Emergencia si hay sospecha de artritis séptica; por presencia de complicaciones; cólico nefrítico; cuadro clínico incapacitante o con enfermedades concomitantes. A Medicina Interna para su control si es un paciente no complicado. A Reumatología si es un paciente de difícil control o complicado.

PLAN EDUCACIONAL

- Evitar la Aspirina, los diuréticos, el alto consumo de alcohol, los alimentos ricos en purinas.
- Reducción de peso a través de una dieta adecuada y ejercicio físico regular.
- Tomar unos 2 litros de agua al día.
- Modificaciones Dietéticas.
- Asistir a sus controles periódicos.

ANEMIA MICROCITICA HIPOCROMICA

CIE -10: D-50,53

DEFINICIÓN

Se considera anemia, una disminución de la masa de eritrocitos circulando por debajo de lo normal (según sexo y edad).

EPIDEMIOLOGÍA

La ferropenia es un trastorno frecuente .El 90% de los casos ocurren en el sexo femenino En ausencia de sangramiento menstrual, las pérdidas gastrointestinales de sangre constituyen la etiología mas común en los pacientes adultos.

FACTORES DE RIESGO

1. Pérdida de hierro por sangramientos a repetición.
2. Disminución de la absorción de hierro; enfermedades celiacas, cirugías previas como estados posgastrectomias.
3. Aumento en la demanda enfermedades crónicas, embarazos, parasitismo intestinal, Medicamentosa.
4. Tóxicas.

CLASIFICACIÓN

I. ANEMIA ASOCIADA A DISMINUCIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE HEMATÍES.

- A. Anemia con disminución del volumen corpuscular medio.
- B. Anemia con aumento del volumen corpuscular medio.
- C- Anemia con volumen corpuscular medio normal.

II ANEMIA ASOCIADA A UNA DESTRUCCIÓN

EXCESIVA DE HEMATIES.

A-Hemorragia.

B-Anemia hemolítica hereditaria.

C-Anemias hemolíticas adquiridas.

DIAGNÓSTICO

CLINICO:

Historia:

- ⇒ En los adultos la principal causa de anemia microcítica, es casi siempre la hemorragia, y ayuda al diagnóstico el responder al tratamiento con hierro.
- ⇒ Tipo y calidad de alimentación la dieta escasa resulta en insuficiencia de ácido fólico y contribuye a la deficiencia de hierro.
- ⇒ Historia familiar de anemia.
- ⇒ Uso de medicamentos.

Signos y síntomas:

- ⇒ Palidez de tegumentos, datos relacionados con hipoxia tisular:
- ⇒ Palpitaciones fuertes.
- ⇒ Fatiga fácil.
- ⇒ Disnea de esfuerzo.
- ⇒ Glositis.
- ⇒ Disfagia.
- ⇒ Membrana esofágica (Síndrome de plummer-Vinson).
- ⇒ Adinamia.
- ⇒ Esplenomegalia.
- ⇒ A veces tienen coluria o ictericia.

⇒ Datos macroscópicos de sangramientos.

El examen físico y la historia clínica, incluye la búsqueda de enfermedades hemáticas primarias como linfadenopatías, hepatoesplenomegalia o dolores óseos.

Valores normales de Hematocrito, Hemoglobina Reticulocitos, Volumen Corpuscular Medio (VCM) y Ferritina.

VALORES NORMALES

Hombres:

⇒ Hemoglobina(Hb)	14 a 18 mg/dl
⇒ Hematocrito(Ht)	40 a 54 % (0.40 a 0.54)
⇒ Reticulocitos	0.5 a 1.5%
⇒ volumen corpuscular medio (VCM)	(80 a 98)
⇒ Ferritina en suero	12 a 300mg/dl.

Mujeres:

⇒ Hemoglobina(Hb)	12 a 16 mg/dl
⇒ Hematocrito(Ht)	38 a 47 % (0.38 a 0.47)
⇒ Reticulocitos	0.5 a 1.5%
⇒ volumen corpuscular medio (VCM)	(80 a 98)
⇒ Ferritina en suero	12 a 300mg/dl.

Para establecer el diagnóstico de anemia ferropriva hay que demostrar la disminución de los depósitos de hierro, lo que suele establecerse de forma indirecta determinando la Ferritina en suero.

ANEMIA

Hombres:

⇒ Hemoglobina(Hb)	< 14 mg/dl
⇒ Hematocrito(Ht)	<40 %

- ⇒ Reticulocitos 0.5 a 1.5%
- ⇒ Volumen Corpuscular Medio (VCM) (80 A 98)
- ⇒ Ferritina en suero <12 mg/dl.

Mujeres:

- ⇒ Hemoglobina(Hb) <12 mg/dl
- ⇒ Hematocrito(Ht) <38 %
- ⇒ Reticulocitos 0.5 a 1.5%
- ⇒ Volumen Corpuscular Medio (VCM) (80 a 98)
- ⇒ Ferritina en suero <12 mg/dl.

EXAMENES DE LABORATORIO

- ⇒ Hemograma completo.
- ⇒ Reticulocitos.
- ⇒ Frotis de sangre periférica.
- ⇒ Ferritina.
- ⇒ General de heces.
- ⇒ General de orina.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Anemia de la enfermedad crónica: reservas normales o menores de hierro y un aumento de la Ferritina, como:

- ⇒ En Cáncer.
- ⇒ Enfermedades Hepática.
- ⇒ Insuficiencia Renal Crónica.
- ⇒ Lupus.
- ⇒ Talasemia producción de grado mayor de micro eritrocitos.



TRATAMIENTO

El objetivo principal del tratamiento identificar la causa y luego saturar los depósitos de hierro.

Anemia microcítica:

- Ingesta de la dieta normal cubre solo las perdidas diarias.
- Antes de dar tratamiento con hierro se debe descartar perdidas insensibles recurrentes o crónicas como: parasitismo intestinal, amibiasis, síndrome ulceroso, o problemas como meno metrorragias, etc.
- Sulfato ferroso de 300 mg. 3 v.d. con 60 mg. de hierro elemental durante 6 meses.

CONTROLES

Primer control los 10 días porque los Reticulocitos comienzan aumentar de 4 a 7 días de iniciado el tratamiento.

Segundo control a los 3 meses ya que la hemoglobina y hematocrito regresa a valores normales a los 2 meses. Alta y continuar tratamiento por 3 a 6 meses.

A veces la respuesta es inadecuada por un mal diagnostico, o poca absorción de HIERRO o por perdida sanguínea.

Indicación De Tratamiento Parenteral - Vía Intramuscular:

- Intolerancia a los preparados de administración oral.
- Una absorción muy reducida de hierro.
- Una demanda muy elevada de hierro que no se pueden satisfacer con los suplementos vía oral.
- Deficiencia de hierro clínicamente significativa.
- 1 ml (50mg) intramuscular en cada lado en un músculo voluminoso todos los días.

Para calcular la cantidad necesaria de Hierro se aplica la siguiente formula:

Hierro (mg)= (Hb normal – Hb del paciente) peso (Kg.) x 2.23 +1000.

REFERENCIA Y RETORNO

REFERIRLO AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN (Hematologo).

- Cuando el recuento de reticulocitos no alcance un valor máximo a los 5-10 días de tratamiento y hemoglobina no aumente en un plazo de 1-2 meses.
- Cuando la hemoglobina sea menor de 8 gramos y no se conozca la causa de la anemia.
- Cuando no se tiene respuesta al tratamiento adecuado en un periodo de 1 a 2 meses, y es necesario buscar la causa más probable de etiología y para completar estudio hematológico.
- Cuando existan dificultades diagnosticas de exámenes de laboratorio.
- Casos refractarios al tratamiento convencional y sospecha de malignidad y cuando es necesario hacer estudio de medula ósea.
- Pacientes con ICC.

INCAPACIDAD

De acuerdo a la condición de base del paciente.

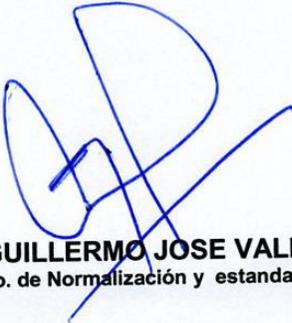
PLAN EDUCACIONAL

Educar sobre la importancia de una nutrición adecuada y completa, así como de un estilo de vida sano. Identificado el tipo de anemia y reconocida su causa, se debe seguir el tratamiento y seguimiento, al final del mismo todos los parámetros hematológicos iniciales alterados deberán estar dentro de límites normales.

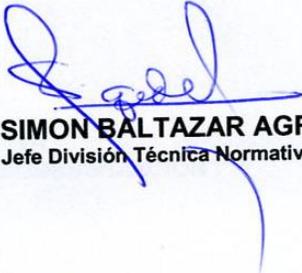
VIGENCIA

Las presentes Guías de Manejo de Medicina General (Modulo IV), en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, sustituye a todos las guías que han sido elaborados previamente, a partir del mes de enero de 2006.

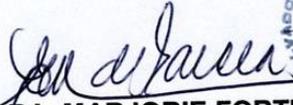
AUTORIZACIÓN



DR. GUILLERMO JOSE VALDES
Jefe Depto. de Normalización y estandarización



DR. SIMON BALTAZAR AGREDA
Jefe División Técnica Normativa



Vo.Bo **DRA. MARJORIE FORTIN**
Subdirectora de Salud



DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN
2006.

Djgavarrete.