

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"GUIAS DE MANEJO DE
MEDICINA GENERAL"**

MODULO II

**ENFERMEDADES:
DEL SISTEMA RESPIRATORIO,
INFECCIOSAS Y PARASITARIAS.**

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 II**”, 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



Instituto S

SUB

DIVIS

NORMA

ro Social

LUD

ATIVA

ARIZACION

ISSS

D

"GUIAS DE MANEJO DE MEDICINA GENERAL" MODULO II

**ENFERMEDADES:
DEL SISTEMA RESPIRATORIO,
INFECCIOSAS Y PARASITARIAS.**

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
	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	
1.	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SUPERIORES	1

2.	AMIGDALITIS AGUDA Y CRONICA	6
3.	FARINGITIS CRONICA	8
4.	LARINGITIS AGUDA Y CRONICA	9
5.	OTITIS MEDIA AGUDA	11
6.	OTITIS MEDIA SUPURATIVA CRONICA	14
7.	RINOFARINGITIS AGUDA	16
8.	RINOFARINGITIS CRONICA	18
9.	RINOSINUSITIS AGUDA Y CRONICA	21
10.	RINITIS ALERGICA	24
11.	NEUMONIA	26
	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	
12.	ENFERMEDADES DIARREICA AGUDA	30
13.	SHIGELOSIS (DISENTERIA BACILAR)	34
14.	HEPATITIS A	37
15.	AMEBIASIS	41
16.	GIARDIASIS	45
17.	FIEBRE TIFOIDEA	48
18.	ANQUILOSTOMIASIS, UNCINARIASIS	52
19.	HELMINTIASIS INTESTINAL (ASCARIDIASIS)	56
20.	TENIASIS INTESTINAL	60

ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SUPERIORES (IRAS)

CIE-10 J00- J06

DEFINICIÓN

Bajo el nombre de IRAS se agrupan diferentes enfermedades, de origen Vírico y Bacteriano, y que en algunos casos predisponen a complicaciones, como la Otitis Media Aguda. Incluye a la Rinofaringitis Aguda (Catarro Común), Sinusitis Aguda, Faringitis Aguda, Amigdalitis Aguda, Laringitis y Traqueitis Aguda, Laringitis Obstructiva Aguda y Epiglotitis, y todas las combinaciones de sitios múltiples de infecciones agudas de Vías Respiratorias.

EPIDEMIOLOGÍA

Se manifiestan en forma endémica como epidémica, la incidencia llega a su máximo en la temporada de lluvia, con cuadros de 1 a 6 episodios al año, ataca a todos los grupos de edad; siendo más grave en los grupos extremos de la vida, principalmente cuando se complica con cuadros neumónicos. Todas las enfermedades incluidas en este grupo sindrómico, poseen atributos epidemiológicos importantes en común, tales como su reservorio, modos de transmisión, algunos signos, síntomas y tratamientos.

Entre los agentes infecciosos virales se incluyen los Rinovirus, los virus de la Parainfluenza, tipos 1, 2 y 3, el Virus Sincitial de las vías Respiratorias (VSR), Adenovirus y algunos Coronavirus, virus Coxsackie de los grupos A y B y virus Hecho. Entre los agentes bacterianos el Estreptococo A, es el más involucrado.

En situaciones especiales de huésped y del ambiente, algunas infecciones víricas afectan al 50% de la población. El Reservorio son los seres humanos.

MODOS DE TRANSMISIÓN:

Directamente por contacto oral o por diseminación de gotitas de Plügger, indirectamente por medio de manos, pañuelos, o utensilios para comer contaminados, con secreciones de las vías respiratorias de la persona enferma. Algunos virus expulsados por las heces, incluidos los Enterovirus y los Adenovirus, pueden transmitirse por vía fecal-oral, además de la respiratoria.

La susceptibilidad es universal.

FACTORES DE RIESGO:

Las personas de la tercera edad, presentan enfermedades más graves; así como las personas con deficiencia cardiaca, pulmonar o del sistema inmunitario, el hacinamiento, favorece la diseminación.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO:

Pueden o no presentar fiebre, escalofríos, tos con o sin flemas, coriza, estornudos, odinofagia, disfonía, lagrimeo, irritación de la nasofaringe, malestar general, anorexia, en ocasiones se acompañan de conjuntivitis; se pueden complicar con cuadros de Otitis media Agudas. Hay tres criterios clínicos para diferenciar una faringoamigdalitis viral de una bacteriana: fiebre, exudados, adenopatías. Si presenta las tres sugiere etiología bacteriana.

LABORATORIO Y GABINETE:

Ninguno de forma específica, excepto en casos evidentes de infecciones bacterianas o habiendo recibido tratamiento y no hay mejoría, como en las Faringitis, las Amigdalitis, y Laringitis con cuadros muy comprometidos (Indicar frotis y cultivo faringeo, el directo de esputo, leucograma). Un leucograma normal o bajo es sugestivo de infección viral, especialmente si hay linfocitosis. Un leucograma elevado con neutrofilia sugiere infección bacteriana.

TRATAMIENTO

- El Tratamiento es inespecífico, dependerá de la presentación clínica.
- No deben utilizarse de manera indiscriminada los antibióticos, sino que deben de reservarse para los pacientes con faringitis, Sinusitis aguda, Amigdalitis, y Farigoamigdalitis sospechosas a Estreptococos del grupo A, y que no presenten linfocitosis, con linfocitos atípicos, esto es sugestivo de mononucleosis infecciosa.
- Si existe **fiebre** indicar antipiréticos tipo **Acetaminofén**, 500 Mg. VO cada 6 horas. Se puede usar antitusígenos tipo Dextrometorfano 10 mg/ml 1 cda VO cada 8 hrs.; loratadina 5 mgrs. más pseudoefedrina 120 mgrs. de acción prolongada cada 12 horas y antihistamínicos tipo Clorfeniramina 4 mg 1 tab. VO cada 8 hrs. En pacientes que necesitan estar alertas usar Loratadina 10 mg VO cada día. Si hay mucho dolor o inflamación agregar Ibuprofeno 400 mg 2 veces al día.
- Todos estos medicamentos deben ser indicados tomando en cuenta la sintomatología clínica de cada paciente, y teniendo en cuenta los efectos secundarios, principalmente en el grupo del adulto mayor o pacientes cardiacos (indicar por un tiempo no mayor a los 5 días). Recomendar la ingesta de **líquidos abundantes (8 a 10 vasos de agua)**. El reposo es esencial en la recuperación de estos pacientes.
- En el caso de enfermedades Bacterianas (Faringitis, Amigdalitis, Sinusitis) la indicación de penicilina G Benzatinica (1, 200,000 u.) I. M., dosis única, como primera elección, o amoxicilina 500 mg. Vía oral 3 veces al día por 10 días. En pacientes alérgicos a la penicilina, se indicará la Eritromicina 500 mg VO cada 6 hrs por 10 días, o Claritromicina, en dosis de 500 mg. Vía oral cada 12 horas, por 10 días, si existe disponibilidad. Como segunda elección esta el Trimetroprin Sulfametoxazole tabletas de 160/800 mg 2 v/d por 10 días.

- En el caso de complicaciones con Otitis Media Aguda con supuración, el tratamiento consiste en limpiar cuidadosamente con gasa el oído involucrado para mantenerlo seco.
- En adultos el *S. Pneumoniae* es el agente más frecuente, menos frecuente el *H. influenza* (más frecuente en niños), por lo que de elección es Amoxicilina 500 mg VO cada 8 hrs. por 10 días (niños).
- El paciente adolescente y adulto joven, protegerlo con Penicilina Benzática 1.2 millones I.M. Se debe realizar cultivo post-tratamiento de control.

PLAN EDUCACIONAL

- *La educación a la población y al personal de salud, sobre los principios básicos de higiene personal, en especial en el peligro de toser y estornudar sin protección, y de la transmisión de las manos, a las membranas mucosas. Reconocimiento de los signos de alarma (Dificultad respiratoria, Cianosis).*
- No bañarse en ríos, piscinas y usar tapones en los oídos al ducharse.
- Hacer énfasis a nivel comunitario, en la importancia de lavarse las manos a menudo, y eliminar de manera sanitaria los exudados de la boca y de la nariz,
- No fumar en los hogares, donde hay personas que adolecen de una IRA, pues la inhalación pasiva del humo, aumenta el peligro de Neumonía.
- Importancia de cumplir el tratamiento Médico y las recomendaciones del manejo.

INCAPACIDAD

Se dará mientras dure el período agudo, según evolución clínica, edad, situación laboral, enfermedad crónica de base, aparecimiento de complicaciones, etc., por un periodo de 2 a 5 días.

REFERENCIA Y RETORNO

Si a las 72 horas de evolución con tratamiento, los pacientes presentan: Reaparición o intensificación de la fiebre o del compromiso general, dificultad respiratoria y estridor inspiratorio, se debe de referir al hospital de la zona.



AMIGDALITIS AGUDA Y CRÓNICA

CIE – 10: J 03 J 35-0

DEFINICIÓN

Es la inflamación del tejido linfopitelial del anillo de Waldeyer, el cual se asienta en el istmo de las fauces en especial en las amígdalas palatinas.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una de las 10 primeras causas de consulta de otorrinolaringología en la Institución.

CLASIFICACIÓN

Se utiliza escala en grados, de acuerdo al espacio entre el pilar amigdalino y la línea media, donde se halla la úvula:

GRADO 0	Si no hay amígdala
GRADO I	Si ocupa un tercio de dicho espacio
GRADO II	Si ocupa dos tercios
GRADO III	Si llega hasta la línea media
GRADO IV	Si una amígdala es grado III y la otra también y/o se tocan en la línea media.

DIAGNÓSTICO

- A) En la amigdalitis aguda se presentan fiebres altas, escalofríos, odinofagia, disfagia, otodinia eventual, cefaleas, voz gangosa, adenopatías cervicales, sialorrea, se evidencia hipertrofia de amígdalas palatinas con o sin exudado, hiperemia, placas purulentas. En la amigdalitis crónica se puede encontrar como sintomatología dolor local crónico, disfagia, hipertrofia de amígdalas.
- B) Amígdalas con hiperemia.
- C) Laboratorio y gabinete: leucograma, según criterio médico. El cultivo faringeo será innecesario si la causa más común es Estreptococo Beta Hemolítico, que sigue siendo sensible a penicilina. No se recomiendan tampoco antiestreptolisinas.

TRATAMIENTO

El tratamiento será médico siempre en cuadro agudo, que se tratará la sintomatología de forma ambulatoria con analgésicos: Acetaminofén 500 mg. VO cada seis horas. Si hay dolor o inflamación usar AINE´s tipo Ibuprofeno 400mg. VO cada doce horas.

Antibióticoterapia: la cual se indicará siempre y cuando el cuadro clínico oriente a una infección bacteriana y se utilizarán: primera elección: una sola dosis de Penicilina Benzatínica de 1.2 millones UI IM gluteal. Segunda elección: penicilina fenoximetilica 1,000,000 u tableta 1 cada 6 horas por 10 días; tercera elección Penicilina G procaínica 800,000 UI IM cada 12 hrs por 10 días.

SI EL PACIENTE ES ALÉRGICO A PENICILINA:

- Utilizar Eritromicina 500 mg VO cada 6 hrs por 10 días o
- Claritromicina 500 mg oral cada 12 hrs por 10 días, si se tiene disponibilidad.
- Segundo escoge: Ciprofloxacina 500mg. V.O. cada 12 horas.
- Tercer escoge: Clindamicina 300 mg. V.O. cada 8 horas por 10 días, en caso de recurrencia frecuente
- No se recomienda el uso de esteroides.
- Se harán medidas higiénico dietéticas tales como dieta líquida a blanda, reposo en casa, gargarismos con agua tibia y antisépticos como la hexetidina.

INCAPACIDAD

Dependiendo de la severidad del cuadro puede ser de uno a tres días.

REFERENCIA Y RETORNO

Se referirán al Otorrinolaringólogo aquellos casos en los que la hipertrofia amigdalina sea grado III y IV, y los que en forma recurrente presentan más de tres episodios por año por dos años consecutivos o seis episodios por año. Además todos aquellos casos complicados como flegmón o absceso que requerirán manejo intrahospitalario.

FARINGITIS CRÓNICA

(J 00 2)

DEFINICIÓN:

Termino bajo el cual se estudian los procesos inflamatorios y/o irritativos crónicos de la mucosa faríngea.

DIAGNÓSTICO:

Sensación de cuerpo extraño, carraspeo, tos irritativa, resequedad de la garganta, secreciones adherentes, mucosa engrosada, con coloraciones de pálida a violácea, exudados abundantes, incoloros, alteraciones del sueño. Hallazgo local típico, evolución intermitente y de varios años, a menudo discordancia entre el hallazgo local y las molestias subjetivas aquejadas por el paciente.

CLASIFICACION:

Se puede clasificar la faringitis en: crónica simple, crónica, hiperplásica, crónica seca.

TRATAMIENTO:

- En primer lugar búsqueda y exclusión de todos los factores causales vecinos y lejanos, su adecuado tratamiento, en especial en el nivel laboral, humidificación de la mucosa faríngea, supresión del fumado y el alcohol, mejoramiento del medio ambiente local, uso de antibióticos si hay cultivos positivos.
- Se pueden usar temporalmente los antitusígenos tipo Dextrometorfano 10 mg/ml 1 cda VO cada 8 hrs.; y los Antihistamínicos tipo Clorfeniramina 4 mg 1 tab. VO cada 8 hrs., o Loratadina 10 mg VO cada día. Estos deben ser indicados tomando en cuenta la sintomatología clínica de cada paciente y los efectos secundarios, principalmente en el grupo del adulto mayor o pacientes cardiacos (indicar por un tiempo no mayor a los 5 días).

LARINGITIS AGUDA Y CRÓNICA:

(J 03 7)

DEFINICIÓN

Inflamación de las cuerdas vocales, en forma aguda o crónica que se puede deber a inflamaciones, tumoraciones benignas y/o malignas.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO:

Disfonía hasta afonía, a menudo con dolor laríngeo o faríngeo, tos irritativa puede ser de sintomatología ascendente o bien descendente.

PATOGENIA AGUDA: Víricas y/o bacterianas, más raras veces se deberá a noxas térmicas, alergias y anafilaxias o quimioinhalatorias.

PATOGENIA CRONICA: Mal uso de la voz, siquiátricas, tumoraciones benignas o malignas, traumáticas, post intubación prolongada, etc.

La realización de laringoscopias indirectas es indispensable en todo paciente con disfonía de corta o larga evolución.

TRATAMIENTO

El tratamiento en laringitis aguda se realiza tomando como base la historia clínica y por medio de ella se determinará el origen infeccioso o bien por noxas externas.

Se maneja con:

1. Reposo vocal.
2. No fumar.
3. AINE´s
4. Antihistamínicos.
5. Antibióticos.
6. Corticoterapia.

Los numerales 5 y 6 según criterio médico, además Tx. de reflujo gastroesofágico, evitar noxas externas.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

Primera elección: Amoxicilina 500 mg. VO 3 veces al día por 10 días. **EN PACIENTES ALÉRGICOS A LA PENICILINA:**

Primera elección: Eritromicina 500 mg VO cada 6 hrs por 10 días o

Claritromicina 500 mg. Vía oral cada 12 horas, por 10 días.

Segunda elección: Trimetoprim Sulfametoxazole tabletas de 160/800 mg 2 v/d por 10 días.

Además de la antibióticoterapia deberá instaurarse tratamiento coadyuvante por las causas predisponentes y sintomatología asociada:

AINES: *IBUPROFENO 400 MG vo CADA 6 – 8 hrs* por dolor o inflamación.

FIEBRE: *ACETAMINOFEN 500 mg. VO cada 6 horas* por dolor o fiebre.

ALERGIA/CONGESTIÓN: *LORATADINA 5 mg/PSEUDOEFEDRINA 120 mg* cada 12 horas por 5 días.

Corticoterapia: *PREDNISONA 50 mg.* cada día por 5 días

REFERENCIA Y RETORNO

En laringitis crónica que no mejora con manejo médico deberá referirse al ORL para fibroscopía de diagnóstico, con ello se orienta la realización de laringoscopia directa para su tratamiento quirúrgico apropiado o bien médico. Toda disfonía de más de 10 días de evolución deberá ser referida a Otorrinolaringología.

INCAPACIDAD

Casos agudos: de 3 a 5 días.

Casos crónicos: Se evaluará según etiopatogenia.

OTITIS MEDIA AGUDA

(H 66-9)

DEFINICIÓN

Proceso inflamatorio agudo del mucoperiostio de revestimiento de las cavidades del oído medio, con o sin líquido.

ETIOLOGIA:

Agentes causales frecuentes: Neumococos, Haemophilus Influenzae, estafilococo alfa, Estreptococo beta hemolíticos, Moraxella, virus.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO:

La sintomatología clínica es otodinia, sordera, otorrea, egofonía, malestar general, vértigo. Otoscópicamente se evidencia como infiltrados congestivos del tímpano, opacidad timpánica, abombamiento de la membrana timpánica, líquido a tras luz, bullas hemáticas o serosas. La historia clínica y la otoscopia hacen diagnóstico en la mayoría de los casos.

LABORATORIO Y GABINETE:

El médico general hará otoscopia inicial. Vigilará el estado del tímpano, de manera de anticipar una perforación de manera temprana.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la Otitis Media Aguda (OMA) no supurada se basa en el uso de antibioticoterapia de amplio espectro así:

Primera elección: Amoxicilina 500 mg. VO 3 veces al día por 10 días.

En pacientes alérgicos a la penicilina:

Eritromicina 500 mg VO cada 6 hrs por 10 días o

Claritromicina, en dosis de 500 mg. Vía oral cada 12 horas, por 10 días.

Segunda elección: Trimetoprim Sulfametoxazole tabletas de 160/800 mg 2 v/d por 10 días. Con un control a las 72 horas principalmente en el grupo del adulto mayor.

OMA con tratamiento previo o recurrente:

CLARITROMICINA 500 mg. cada 12 horas por 10 días.

AMOXICILINA + ÁCIDO CLAVULÁNICO 500 mgrs./ 125 mgrs. VO c/8 hras por 10 días.

Además de la antibióticoterapia deberá instaurarse tratamiento coadyuvante por las causas predisponentes y sintomatología asociada:

AINES: *IBUFROFENO 400 MG VO cada 6 -8 hrs por dolor o inflamación.*

FIEBRE: *ACETAMINOFEN 500 mg. VO cada 6 horas por dolor o fiebre.*

DOLOR: *OXICODONA + Acetaminofén cada 8 horas.*

ALERGIA/CONGESTIÓN: *LORATADINA 5 mg/PSEUDOEFEDRINA 120 mg cada 12 horas por 5 días.*

TOS SECA:

RINITIS / SINUSITIS:

CORTICOTERAPIA: *PREDNISONA 50 mg. cada día por 5 días*

TRATAMIENTO LOCAL:

En manos del otorrinolaringólogo Otoaspiración de exudados. Puede ser necesaria también una Miringotomía bajo anestesia local.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Se realizará en ORL ciertos casos que comprometa la vida del paciente y que variará desde una miringotomía a una mastoidectomía en casos de inmunocompromiso, lo cual requerirá ingreso de varios días para uso de antibióticos endovenosos.

REFERENCIA Y RETORNO

Esta patología es de manejo de primer nivel, sin embargo en casos especiales puede ser de competencia del Otorrino: Pacientes con VIH/SIDA, asociados a tumores de CAVUM, pacientes Inmunocomprometidos necesitará de ingreso con control de ORL, así como en casos de complicaciones.

INCAPACIDAD

En el primer nivel de 1-3 días. En casos de cirugía de tres a veintiún días.

OTITIS MEDIA SUPURATIVA CRÓNICA

CIE – 10: H 66-1

DEFINICIÓN

Proceso inflamatorio crónico del mucoperiostio de las cavidades del oído medio.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una de las complicaciones más frecuentes de la otitis media aguda que ha supurado y no ha tenido una recuperación adecuada o bien un tratamiento inadecuado.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO:

Se observa supuración crónica de aspecto mucopurulento transcanal, habrá períodos asintomático, habrá sordera de leve a severa o profunda de tipo conductivo, puede haber o no dolor con estado general estable. Por otoscopia se observará perforación de la membrana timpánica con tamaño variable, cicatrices en tímpano, granulomas intracanaliculares o bien en cavidad de oído medio.

LABORATORIO Y GABINETE:

El médico general indicará hemograma y glucosa, así como la otoscopia inicial, en caso de encontrar las anormalidades descritas anteriormente, referirá al paciente a ORL para Audiometría tonal y logaudiometría en la que se encontrará hipoacusia de conducción, tomografía axial computada de oídos con presencia de mastoides ebúrnea, pérdida de cadena osicular, y es menester realizar descarte de colesteatoma.

TRATAMIENTO

El manejo es del otorrinolaringólogo y consiste en: control de la supuración del oído medio afectado por medio de antibioticoterapia enteral, parenteral, local y aspiraciones de secreciones en forma frecuente.

El uso del antibiótico adecuado se hará en base a un cultivo y antibiograma, puede llegar a ser necesario el uso de antibiótico endovenoso.

Antibiótico local:

Ciprofloxacina/hidrocortisona (ER: Especialidad Restringida) ótica 4 gotas dos veces día.

Polimixina/neomicina/hidrocortisona 3 gotas 3 veces día.

Aspiración semanal o antes, de ser necesario.

El tratamiento quirúrgico será la timpanoplastia ya habiendo descartado la presencia de colesteatoma con oído seco al menos de tres meses de evolución, advirtiendo al paciente la posibilidad de disminución de la audición.

REFERENCIA Y RETORNO

Toda perforación timpánica deberá ser referida a Otorrinolaringología.

INCAPACIDAD

Puede variar en casos de supuración activa y agudizada de tres días a tres semanas en caso de cirugía otológica.

RINOFARINGITIS AGUDA

CIE 10: J 00

DEFINICIÓN

Estados inflamatorios agudos o de irritación con aumento de volumen de la mucosa nasal y faríngea, en especial de los cornetes, condicionados por hiperemia y edema.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO:

- ✓ Obstrucción nasal.
- ✓ Exudados densos, incoloros.
- ✓ Carraspeo.
- ✓ Goteo posterior.
- ✓ Faringitis secundaria.
- ✓ Rinolalia cerrada.
- ✓ Epifora.
- ✓ Astenia e insomnio.
- ✓ Cefalea.
- ✓ No fiebre.
- ✓ Tumefacción de cornetes, violáceos.
- ✓ Luz nasal y cavum estrecha.

LABORATORIO Y GABINETE:

La clínica marca el diagnóstico. En casos necesarios puede indicarse:

Hemograma.

Frotis nasal.

Cultivo de secreción nasal y faríngea.

TRATAMIENTO

ANALGÉSICOS: Acetaminofén 500 mg VO cada 6 hrs.

AINE's: Ibuprofeno 400 mg VO cada 8 horas.

DESCONGESTIVOS y ANTIHISTAMINICOS: Loratadina (5 mg) con Pseudoefedrina (120 mg) tomar 1 tableta VO cada 12 horas.

Asociación de Acetaminofén 500 mg + Pseudoefedrina 120 mg + Clorfeniramina 4 mg tomar 1 cada 12 horas o bien pseudoefedrina 120 mg VO cada 8 hrs.

Usarse en pacientes ancianos, hipertensos, hipertiroideos o con arritmias: Loratadina 10 mg 1 tab. cada día.

OTRA TERAPEUTICA:

ANTIBIOTICOS: Sólo en casos de infección bacteriana.

Primera elección: Amoxicilina 500 mg. VO 3 veces al día por 10 días. **En pacientes alérgicos a la penicilina:** Eritromicina 500 mg VO cada 6 hrs por 10 días o Claritromicina, en dosis de 500 mg. Vía oral cada 12 horas, por 10 días.

Segunda elección: Trimetoprim Sulfametoxazole tabletas de 160/800 mg 2 v/d por 10 días. Con un control a las 72 horas principalmente en el grupo del adulto mayor.

ANTITUSIVOS: Dextrometorfán 1 cucharada VO cada 6-8 hrs.

MUCOLITICOS: Ambroxol 1 cucharada cada cada 6-8 hrs.

INCAPACIDAD

Incapacidad de uno a tres días, según la severidad de la enfermedad y el tipo de labor del cotizante.

REFERENCIA Y RETORNO

En casos de persistencia o empeoramiento de la patología se referirán al ORL.

RINOFARINGITIS CRÓNICA

(CIE 10: J 31-1)

DEFINICIÓN

Estados morbosos de nariz y garganta en forma recurrente o bien constante, caracterizado por inflamación de la mucosa nasal y faríngea, hiperemia y edema.

EPIDEMIOLOGÍA

Se encuentra en las primeras diez causas de consulta del servicio de ORL. Entre los factores desencadenantes observamos: Contaminación ambiental, tabaco, polvo, infecciones a repetición, sinusitis, embarazo, menopausia, medicamentos.

DIANÓSTICO

CLÍNICO:

- ⇒ Obstrucción nasal constante.
- ⇒ Moco hialino: Matutino.
- ⇒ Odinofagia.
- ⇒ Carraspeo.
- ⇒ Aclaración faríngea.
- ⇒ Goteo posterior.
- ⇒ Prurito y tos seca.
- ⇒ Sensación de cuerpo extraño.
- ⇒ Rinolalia cerrada.
- ⇒ Epifora.
- ⇒ Cefalea.
- ⇒ Astenia e insomnio.
- ⇒ Hipertrofia de cornetes: violáceos, degeneración polipoidea.
- ⇒ Reducción de luz de cavum.

LABORATORIO Y GABINETE:

- Cultivo faríngeo y/o nasal.
- Recuento de eosinófilos en exudado nasal.
- Hemograma.

TRATAMIENTO

DESCONGESTIVOS y ANTIHISTAMINICOS:

Loratadina (5 mg) con Pseudoefedrina (120 mg) tomar 1 tableta VO cada 12 horas., asociación de Acetaminofén 500 mg + Pseudoefedrina 120 mg + Clorfeniramina 4 mg tomar 1 cada 12 horas o bien pseudoefedrina 120 mg VO cada 8 hrs.

ANTIALÉRGICOS:

LORATADINA: 10 mg tomar 1 tab. VO cada 12 horas.

CLORFENIRAMINA: 4 mg tomar 1 tab. VO cada 6 – 8 horas.

OTRA TERAPEUTICA:

ANTIBIOTICOS: Según antibiograma.

ANTITUSIVOS: Dextrometorfan 1 cucharada VO cada 8 hrs.

Levodropropicina 1 cucharada cada 12 horas

MUCOLITICOS:

Ambroxol 1 cucharada VO cada 8 hrs.

ESTEROIDES:

FUROATO DE MOMETASONA SPRAY dos spray cada 12 horas.

PREDNISONA 50 mg. cada día por 5 días

MEDIDAS HIGIÉNICO – DIETÉTICAS.

Lavados nasales con Solución Salina.

Evitar uso de ventiladores.

No dormir bajo ventanas.

Evaluación del lugar de trabajo.

Uso de mascarillas AD HOC.

INCAPACIDAD

No amerita incapacidad excepto en casos de reagudización (uno a tres días) o en casos que requieran manejo quirúrgico, se dará según el procedimiento realizado.

REFERENCIA Y RETORNO

Se refieren a ORL los casos que persisten con el cuadro, a pesar del manejo indicado. Si hay alergia de por medio, referir a Alergología.



RINOSINUSITIS AGUDA Y CRÓNICA

CIE-10: J 01 – J 32

DEFINICIÓN

Es la inflamación de la mucosa que tapiza las fosas nasales y senos paranasales, que puede ser en forma aguda o bien crónica.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una de las entidades clínicas más frecuentes después de la rinitis alérgica y asma, no habiendo estadísticas nacionales se tomarán las de México en la cual el 29.4% de las enfermedades respiratorias corresponden a las sinusitis agudas y crónicas y la asociación de rinitis, sinusitis y asma el 3% lo que da un total de 32.4% o igual a un tercio de las enfermedades de vías aéreas superiores. La morbilidad depende de los factores del huésped al igual que la mortalidad, por ejemplo se aumenta la morbimortalidad en pacientes diabéticos, inmunocomprometidos dentro de los cuales evidenciamos la micosis nasosinusal, poliposis y tumores.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO:

Se encontrará la presencia de síntomas como obstrucción nasal, goteo posterior de moco purulento, cefalea frontonasal, temporal, holocraneana, fiebre, tos crónica, prurito nasal, bucal, síntomas similares al asma. Al examen físico se encontrará moco purulento en meato medio, goteo posterior de moco purulento, hiperemia de mucosa nasal, puntos trigger positivos, faringitis por goteo posterior.

LABORATORIO Y GABINETE:

El médico general solicitará, hemograma. El otorrinolaringólogo indicará ultrasonografía de senos paranasales, tomografía axial computada de senos paranasales como evaluación pre operatorio obligatorio y rinofibrolaringoscopia.



La radiografía de Senos Para Nasaes, no está indicada en la primera consulta. Es diferente si hay cuadros a repetición.

TRATAMIENTO

SINUSITIS AGUDA:

Tratamiento Inicial:

AMOXICILINA: 500 a 1000 mg VO cada 8 horas por 10 días.

AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO: 500/125 mg. VO cada 8 horas por 10 días.

TRIMETROPRIM SULFAMETOXAZOLE 160/800 VO cada 12 horas por 10 días.

CLARITROMICINA 500 mg VO cada 12 horas por 10 días.

CLINDAMICINA capsulas 300 mg. VO cada 8 horas por 10 días.

Este antibiótico en caso de recurrencias frecuentes y se buscará causa anatómica predominante.

DESCONGESTIVOS:

Loratadina/pseudoefedrina una tableta VO cada 12 horas por 5 días.

MUCOLITICOS:

Ambroxol 1 cucharada VO cada 8 hrs.

ESTEROIDE LOCAL:

Mometasona spray nasal dos spray cada doce horas por dos semanas.

ESTEROIDE ENTERAL:

Prednisona 50 mg cada día, por una semana o bien usar *Metilprednisolona* IM.

Recomendación de vaporizaciones, nebulizaciones, evitar ventiladores, tabaco y protección en ambientes contaminantes.

El manejo de complicaciones requerirá de hospitalización.

SINUSITIS CRÓNICA:

Esta patología se referirá al ORL después de 3 o más episodios recurrentes evidenciados en el expediente clínico.

Se enviará a ORL y Alergista para búsqueda de causa predisponente y/o su corrección quirúrgica de ser factible o bien tratamiento de rinitis alérgica por inmunoterapia adecuada. La utilización de esteroides locales es de primera elección y puede ser utilizado en combinación con antihistamínicos/descongestivos.

La cirugía puede ser factible en casos que la causa sea un factor anatómico el desencadenante:

Puede realizarse:

- ➔ Cirugía microscópica nasal.
- ➔ Cirugía endoscópica nasal.

COMPLICACIONES:

Se clasifican como endocraneanas, orbitarias, por goteo las cuales tendrán un tratamiento propio según la patología.

INCAPACIDAD

Variará de tres a siete días según severidad del cuadro en sinusitis aguda. En caso de cirugía de senos paranasales de 15 a 21 días según tipo de procedimiento.

REFERENCIA Y RETORNO

Se referirán al ORL a aquellos pacientes que presenten en forma recurrente dicha patología o bien presenten hallazgos anatómicos (Ej.: desviación de tabiques, malformaciones congénitas, etc.) que ameriten cirugía de otorrinolaringología.

RINITIS ALERGICA

(J - 03 0)

DEFINICIÓN

Se define clínicamente como un trastorno sintomático de la nariz, inducido por una inflamación mediada por inmunoglobulinas "E", de las membranas que recubren la nariz, después de la exposición a un alérgeno. En la escala mundial afecta a un mínimo del 10 al 25 % de la población con prevalencia en aumento, alterando la productividad laboral, área social, rendimiento escolar, y con un costo significativo.

DIAGNÓSTICO

CLINICO:

Rinorrea acuosa anterior y/o posterior, obstrucción nasal, prurito nasal, ocular, bucal, estornudos. Los cuales son reversibles en forma espontánea o con tratamiento.

PATOGENIA:

Se considera la rinitis alérgica como una inflamación nasal de intensidad variable mediada por inmunoglobulinas "E" en la cual hay un infiltrado inflamatorio con respuesta celular y factores quimiotáxicos, liberación de mediadores, etc. La rinitis alérgica puede ser intermitente o persistente y hay comorbilidades importantes con la rinitis alérgica tales como el asma, sinusitis, conjuntivitis, otitis media, poliposis nasal, síndrome sinobronquial.

El diagnóstico de la rinitis alérgica se basa en: historia clínica de alergias que presenta estornudos, picazón nasal, obstrucción nasal variable, al examen físico se evidencia la palidez de mucosa nasal, rinorrea hialina, presencia de poliposis nasal, hipertrofia de cornetes.

LABORATORIO Y GABINETE:

El médico general solicitará radiografía de senos paranasales, cultivo de secreción nasal y faríngea, hemograma. Se referirá al alergista y otorrinolaringólogo para realizar diagnóstico con pruebas cutáneas de hipersensibilidad inmediata (pick test subcutáneas), además la medición de

inmunoglobulinas "E" sérica específica del alérgeno (rasa test), pruebas de provocación nasal con rinomanometría de flujo y/o acústica, en ocasiones en asociación con pruebas de provocación del asma, gases arteriales, radiografía de tórax.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la rinitis alérgica comprenderá la evitación del alérgeno conocido, educación del paciente, uso de mascarillas, la farmacoterapia constituida por antihistamínicos de primera y segunda generación, descongestivos, asociaciones de ambos (*Loratadina/pseudoefedrina* una tableta VO cada 12 horas por 5 días).

Esteroides locales de absorción mínima, esteroides enterales y parenterales (esteroide local: *mometasona* spray dos spray cada doce horas por dos semanas).

Esteroides enteral: *prednisona* 50 mg VO cada día por una semana, o *Metilprednisolona* IM).

Se realizará inmunoterapia específica que puede realizarse en el servicio de otorrino o bien en alergología.

La cirugía puede utilizarse en casos específicos y en adyuvancia de los demás tratamientos. Los tratamientos variarán según la patología: conchotomía parcial, submucosa, radiofrecuencia nasal, septoplastía. La evolución se registrará según datos de rinomanometría.

INCAPACIDAD

Ninguna en el primer nivel. De dos a quince días en caso de cirugía nasal.

REFERENCIA Y RETORNO

Se van a referir los pacientes que no mejoran con el tratamiento. Deben identificarse factores ambientales o laborales de riesgo. La referencia debe hacerse a Alergología, pero si hay compromiso infeccioso de senos paranasales hacerla conjuntamente con ORL. Deberá llevarse historia clínica del paciente con hemograma, frotis nasal de eosinófilos y radiografía de senos paranasales (placas).

NEUMONÍA

CIE-10 J12, J13, J15, J16.8.

DEFINICIÓN

Infección Viral y Bacteriana aguda que se caracteriza por comienzo repentino, **fiebre, tos con o sin esputo herrumbroso**, dificultad respiratoria, y estado físico comprometido (Mal estado general), es importante causa de muerte en ancianos y adultos con enfermedades crónicas debilitantes, la sospecha clínica temprana, **es importante** para orientar el tratamiento específico y disminuir la letalidad.

EPIDEMIOLOGÍA

Los agentes virales que producen IRAS, pueden producir neumonías, así como diversas bacterias que comúnmente se localizan en la boca, la nariz y la faringe. Estudios a nivel Internacional han demostrado consistentemente que el *Streptococcus Pneumoniae*, el *Staphylococcus Aureus* y el *Haemophilus Influenzae* son las bacterias aisladas con más frecuencia. Estos agentes poseen atributos importantes en común, tales como reservorio y su mecanismo de transmisión

Se presenta en forma endémica continua. El agente infeccioso bacteriano más frecuente (90%), es el *Streptococcus Pneumoniae* (Neumococo) con muchos tipos conocidos, con frecuencia es una bacteria de la flora normal de las vías respiratorias.

Se transmiten por gotitas, por contacto oral directo o de manera indirecta, por objetos recién contaminados con secreciones de las vías respiratorias.

El período de incubación no se ha precisado, se piensa que puede ser breve, el período de Transmisibilidad persiste hasta que las secreciones de la boca y vías nasales, ya no contengan bacterias dañinas, en cantidades significativas. Las bacterias atípicas como *Mycoplasma Pneumoniae*, *Chlamydia Pneumoniae* son causas frecuentes de neumonías en jóvenes y adultos. *Legionela Pneumophila* ocasionalmente produce neumonía en pacientes de 3º edad. *Klebsiella Pneumoniae* es el agente más frecuente de

la comunidad, especialmente en pacientes debilitados, alcohólicos, diabéticos, etc.

FACTORES DE RIESGO

El hacinamiento, el tabaquismo, la mal nutrición, los ancianos y personas con cuadros clínicos crónicos, presentan mayor complicación, (Enfermedades cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Cirrosis, Mieloma Múltiple, Insuficiencia Renal Crónica, Síndrome Nefrótico y trasplante de órganos, entre otros).

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO:

Comienzo repentino, con **escalofríos, fiebre, dolor pleurítico, disnea, taquipnea, tos con o sin esputo herrumbroso y leucocitosis**. La **consolidación** puede ser **bronco neumónica**, en vez de segmentaria o lobular. Se puede presentar estridor respiratorio, Estertores, alteración del murmullo vesicular, dolor torácico y cianosis.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- ◆ Con absceso de pared.
- ◆ Edema pulmonar.
- ◆ Tuberculosis.
- ◆ Absceso Hepático Amebiano.

LABORATORIO Y GABINETE:

- ◆ El diagnóstico etiológico por directo y cultivo de esputo, nos orienta el tratamiento específico, (con la presencia de muchos diplococos grampositivos junto con leucocitos polimorfo nucleares, en el esputo teñido con colorante de Gram.). Las bacterias atípicas no se encuentran en coloración de Gram. y no se cultivan en medios usuales. El diagnóstico se hace con prueba de Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) que no está disponible aquí, entonces el diagnóstico es clínico. En esta neumonía predominan más los síntomas extrapulmonares que los pulmonares, y en estos la tos es persistente con poco esputo mucoso.

- ◆ Leucograma.
- ◆ Rx. de tórax, P.A. (Pósteros – Anterior).

TRATAMIENTO

- ◆ Es necesario iniciar el tratamiento con base en el diagnóstico presuntivo, fundado en signos y síntomas, particularmente si presentan dificultad respiratoria (taquipnea y tiraje intercostal).
- ◆ Si se presenta fiebre. Indicar Acetaminofen tabletas de 500mgs, cada 6 horas por 5 días.
- ◆ La **penicilina G** procaínica 800,000 U. por vía I. M., cada 24 horas por 10 días es el antimicrobiano de primera elección, como alternativa indicar Amoxicilina 500 mg. 4 veces al día por 10 días; en personas alérgicas indicar Eritromicina 500 mg VO cada 6 hrs o Claritromicina 500 mgs. cada 12 horas por 10 días, si se tiene disponibilidad ó Trimetroprim Sulfametoxazole Tab. de 160/800 mgs. cada 12 horas por 10 días. En neumonías atípicas el tratamiento es con: Claritromicina 500 mg vo cada 12 hrs. por 10 días; Doxiciclina 100 mg VO cada 12 hrs. por 10 días.
- ◆ Recomendar la ingesta abundante de líquidos y el manejo sanitario de las secreciones.

INCAPACIDAD

Dependiendo de la presentación clínica se considera un periodo de 5 a 8 días.

PLAN EDUCACIONAL

- ◆ Es importante dar a conocer los mecanismos de transmisión de las IRAS, los signos de alarma, manejo de las secreciones nasofaríngeas.
- ◆ Hacer énfasis en cumplir el tratamiento médico indicado.
- ◆ Siempre que sea factible evitar el hacinamiento en dormitorios y el humo; ya sea de leña o de cigarrillos.

REFERENCIA Y RETORNO

Es importante referir:

- Si no hay mejoría de los síntomas en 72 horas.
- Si hay el reaparecimiento o intensificación de la dificultad respiratoria o de la fiebre.
- Aparecimiento de un estado físico toxico infeccioso, deshidratación o incapacidad de mantener un adecuado estado de hidratación (vómitos, diarrea, pobre ingesta de líquidos), ya que son indicios clínicos de complicación.



ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA.

CIE-10 A00-A09.

DEFINICIÓN

La diarrea es un síndrome clínico, que se acompaña de la expulsión frecuente de heces laxas o acuosas y o cambios en el patrón de defecación en el cual aumenta la frecuencia, a menudo se presentan otros signos y síntomas como vómito, fiebre, dolor abdominal, meteorismo, deshidratación y desequilibrio de electrolitos.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una manifestación de infección por diversos patógenos bacterianos, víricos, hongos y parásitos intestinales, así como también por la exposición a agentes químicos o a los cambios en la flora intestinal inducida por antibióticos, por la proliferación excesiva del Clostridium Difícile y productos de su toxina. Hay que tomar en cuenta otras causas como drogas y toxinas.

Constituye una carga porcentual del 15% al 20%, del total de consultas por enfermedades infecciosas en el Instituto, se presenta de manera endémica durante todo el año, con un período estacional de mayor número de casos durante los meses de marzo, abril y mayo.

Ataca a todos los grupos de edad y condición social, presentándose con mayor o menor frecuencia, dependiendo de la seguridad de los alimentos y del agua de consumo.

El período de Incubación dependerá del inóculo infectante, variando de horas hasta 5 días.

En países que disponen de medios de laboratorio para el diagnóstico etiológico de la Diarrea aguda, han encontrado que la mayor parte de ellas son producidas primordialmente por agentes víricos y la causa más común de la gastroenteritis es un Rotavirus (87%), una proporción menor se

atribuye a bacterias patógenas como la E. Coli, especies de Salmonella, Shigella, Vibrio y C. difficile.

FACTORES DE RIESGO:

Por el grado de deshidratación se pueden producir defunciones, la hipoclorhidria en la vejez, contribuye a la susceptibilidad, la mala higiene en la preparación de los alimentos y la ingesta de agua no clorada, saneamiento básico inadecuado, malnutrición, patrones culturales inadecuados para protección de la salud, son los principales riesgos, para adquirir una E.D.A.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO:

La diarrea puede variar desde una **diarrea simple**, que no compromete en nada la salud del paciente, con expulsión de heces acuosas, sin dolor ni fiebre, hasta **heces** prácticamente **hemáticas**, y persistentes, que duren hasta 14 días. En ocasiones el cuadro se acompaña de vómitos, cólico abdominal, escalofríos, deshidratación y desequilibrio de electrolitos.

Los signos y síntomas orientan a la patología (viral, bacteriana y parasitaria).

LABORATORIO Y GABINETE:

Generalmente, a los pacientes con cuadros agudos de diarrea no se les indican exámenes, pero según el cuadro clínico y con fines de diagnóstico etiológico, por disponibilidad y eficacia del laboratorio clínico, y bajo el criterio Médico se pueden indicar:

- ➔ General de heces,
- ➔ Leucograma,
- ➔ Coprocultivo (cuadros crónicos y o refractarios al tratamiento),
- ➔ Hisopado Rectal en caso de sospechosos de Cólera.

CLASIFICACIÓN:

Por lo general es aguda, y su manifestación en el paciente por lo regular es leve. Es una patología de notificación obligatoria.

TRATAMIENTO

- La medida más importante, con los primeros episodios diarreicos, es la administración de **soluciones con electrolitos (SRO)**, en las primeras 24 horas para evitar o combatir la **deshidratación**, se debe de **continuar** con la **alimentación** según el apetito de cada enfermo, recomendar la ingesta de 8 a 10 vasos de agua, jugos naturales, sopas, etc.
- Si se presenta fiebre indicar antipiréticos tipo Acetaminofen 500 mgrs. VO 4 veces al día por un periodo de tres días.
- La mayoría de los pacientes con pérdida de electrolitos moderada y vómitos incontinibles, debe tratarse con rehidratación parenteral, con soluciones electrolíticas tipo lactato de Ringer, en las unidades de emergencia de las Unidades Medicas, además del Suero de tipo oral.
- Cuando se sospeche etiología bacteriana, indicar un antimicrobiano de amplio espectro como el Trimetoprim -Sulfametoxasole por vía oral (160 Mg. /800 Mg.) dos veces al día por 3 días, o bien Doxiciclina (300 Mg.) dosis única y solo en casos de Vibro Cholerae, por vía oral, en casos excepcionales Ciprofloxacina 500 Mg. VO dos veces al día por 5 días.
- El tratamiento antimicrobiano específico deberá indicarse de acuerdo a los hallazgos de laboratorio.

INCAPACIDAD

Se considerará un periodo de reposo de 1 a 3 días dependiente del criterio y la evolución clínica.

PLAN EDUCACIONAL

- Educar a la población, respecto a la importancia de **lavarse perfectamente las manos con agua y jabón**, con la técnica adecuada,

aspecto fundamental en el caso de las personas que manipulan alimentos y en los que atienden a pacientes y niños.

- **Eliminación sanitaria de las heces humanas y mantener las letrinas tapadas**, en las zonas rurales, hay que eliminar las heces, enterrándolas en sitios distantes a los mantos de agua.
- **Proteger**, purificar y clorar, los abastecimientos públicos de agua, a nivel comunitario en donde no se dispone de agua domiciliar, tratar el agua con desinfectantes químicos, (Puriagua, Cloro, Lejía) o por ebullición.
- Controlar la proliferación de moscas y adoptar medidas de control de dichos insectos, **eliminación adecuada de la basura**.
- Mantener la limpieza, al preparar y manipular los alimentos y refrigerarlos a las temperaturas adecuadas.
- Hacer énfasis en la no automedicación, en la búsqueda de ayuda Médica, con los primeros episodios diarreicos y la ingesta de líquidos orales abundantes, mientras obtiene la ayuda profesional.
- Insistir en la población en la importancia del lavado de manos antes de ingerir cualquier tipo de alimentos y después de hacer sus necesidades fisiológicas.

REFERENCIA Y RETORNO

Si teniendo una rehidratación adecuada, el cuadro clínico no mejora o se empeora (reaparecimiento o incremento de la diarrea, mal estado general, deshidratación), se referirá al establecimiento hospitalario más cercano de la zona.

SHIGELOSIS (DISENTERIA BACILAR)

CIE-10 A03

DEFINICIÓN

Infección bacteriana aguda que afecta al intestino grueso y a la porción distal del intestino delgado, que se caracteriza por Fiebre, diarrea con sangre y moco (**disentería**).

EPIDEMIOLOGÍA

Predominantemente por transmisión fecal- oral directa o indirecta, la infección puede surgir después de ingerir muy pocos microorganismos (de 10 a 100). Es endémica en los climas tropicales y templados, involucra a todos los grupos de edad.

La letalidad de la enfermedad dependerá del estado nutricional previo a la enfermedad, la edad y el Serotipo del agente involucrado.

El período de incubación es de 1 a 3 días, aunque puede variar desde las 12 horas, el agente infeccioso es el género *Shigella*, que comprende 4 especies grupo A, *S. Dysenteriae*; grupo B, *S. Flexneri*; grupo C, *S. Boydii*, y grupo D, *S. Sonnei*, los grupos A, B y C se subdividen en serotipos y tipos.

Son comunes los brotes en comunidades cerradas con mal saneamiento básico y agua no apta para el consumo humano.

FACTORES DE RIESGO

Las defunciones se observan en Ancianos y en personas debilitadas, desnutridas así como en las inmunodeprimidas, son comunes los brotes en hombres homosexuales, en condiciones de hacinamiento y deficiencia de la higiene personal, como ocurre en las cárceles, guarderías hospitalares psiquiátricos, y en los albergues.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Fiebre, náuseas, diarrea acuosa, vómitos, cólicos y tenesmo, heces con sangre y moco, la enfermedad suele ser de curso limitado y durar un promedio de 4 a 7 días.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hay que diferenciar de casos de diarrea parasitaria, química y bacteriana.

LABORATORIO Y GABINETE

- Examen general de Heces.
- Leucograma.

El diagnóstico bacteriológico se hace por el aislamiento de la *Shigella* de las heces y el material obtenido por hisopado rectal. A menudo la infección se acompaña de la presencia de células de un gran número de leucocitos en heces, que se detecta por estudios microscópicos del moco, teñido con azul de metileno o con tinción de Gram.

CLASIFICACIÓN

Enfermedad de notificación obligatoria, los ancianos, los individuos debilitados y las personas de cualquier edad que padecen de desnutrición, son particularmente sensibles a la forma grave de la enfermedad y a la muerte.

TRATAMIENTO

- Cuando la diarrea es acuosa o surgen signos de deshidratación, es muy importante la reposición de líquidos y electrolitos, con el uso de Sales de Rehidratación Oral, 1 vaso cada 2-4 hrs. por lo menos en las primeras 48 horas del cuadro.
- Los medicamentos antimicrobianos aplacan su intensidad y acortan el curso de la enfermedad y la duración de la excreción del agente patógeno (Trimetoprim-Sulfametoxazol, 160 /800 Mgrs, VO cada 12

horas por 3 días, Ciprofloxacina 500 mgrs. VO cada 12 horas por un periodo de 5 días, con comprobación bacterial).

- No están indicados los agentes de antimotilidad, como la Loperamida, por el riesgo de oclusión intestinal. Si hay mucho dolor se evaluará el uso del Propinoxato por 3 días, si hay fiebre indicar Acetaminofen 500 Mg. VO 4 veces al día por 3 días, en embarazadas considerar la Aminosidina 250 Mgrs. VO cada 12 horas por 6 días.

INCAPACIDAD

El periodo de incapacidad dependerá de la gravedad del cuadro clínico, pudiendo prescribirse de 3 a 5 días.

PLAN EDUCACIONAL

- Dar a conocer a la población los mecanismos de transmisión de la enfermedad y la importancia de aplicar la técnica adecuada del lavado de manos, aspecto fundamental en las personas que manipulan alimentos y en las personas que atienden pacientes.
- Promover la eliminación sanitaria de heces humanas, insistir en el uso de papel higiénico suficiente para reducir al mínimo la contaminación de la mano.
- Garantizar la ingesta segura de agua tratándola con químicos o con ebullición.

REFERENCIA Y RETORNO

Dependiendo de la gravedad y la poca respuesta a la terapia de rehidratación, principalmente en ancianos, adultos inmunodeprimidos y alcohólicos. Si teniendo una rehidratación adecuada, el cuadro clínico no mejora o se empeora (reaparecimiento o incremento de la diarrea, mal estado general, deshidratación), se referirá al establecimiento hospitalario más cercano de la zona.

HEPATITIS A

CIE-10 B15

DEFINICIÓN

Enfermedad vírica, se presenta en los adultos en zonas no endémicas, por lo general es **repentina**, acompañada de **fiebre y malestar general**.

EPIDEMIOLOGÍA

Se presenta en forma esporádica y epidémica, en el país se presenta de **forma estacional**. El agente infeccioso es el Virus de la Hepatitis A, un Picornavirus ARN. Clasificado como Hepatovirus, miembro de la familia picornaviridae, se transmite de una persona a otra, por vía fecal-oral, el agente infeccioso está presente en las heces, el período de incubación es de 15 a 50 días, con un promedio de 28 a 30 días.

La infectabilidad máxima, se produce durante la segunda mitad del período de incubación y continúa algunos días después del inicio de la ictericia.

FACTORES DE RIESGO

Guarniciones militares y albergues con deficiencias en la disposición de aguas y excretas, son tierra fértil, para que se desarrollen brotes epidémicos, los hombres con múltiples compañeros del mismo sexo y los usuarios de drogas inyectables, pueden estar expuestos a un riesgo mayor que la población en general, a presentar la enfermedad, en los últimos años los brotes se han producido a niveles comunitarios provenientes de fuente común, con alimentos contaminados durante su manipulación, así como con el uso de productos agrícolas, también contaminados.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Inicio repentino, fiebre, malestar general, anorexia, náuseas, molestias abdominales, seguidas en pocos días de ictericia, varía de una forma leve, que dura de 1 a 2 semanas, hasta una forma grave e incapacitante de varios meses, la gravedad aumenta con la edad.

Examen Físico: el hígado puede estar agrandado y haber dolor a la palpación de hipocondrio. La recuperación completa es al cabo de 1 o 2 meses. Algunos pacientes no presentan ictericia. No causa enfermedad crónica.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Con la Hepatitis B, C, D, E, mononucleosis infecciosa, leptospirosis, brucelosis, hepatitis alcohólica.

LABORATORIO Y GABINETE

- Gral. de Heces.
- Gral. de Orina.
- Transaminasa Piruvica.
- Leucograma.
- Bilirrubina.
- Ag HbS para descartar Hepatitis B.
- IgM para Hepatitis "A".

La elevación de las transaminasas se incrementa y preceden a la elevación de las bilirrubinas. La elevación de las enzimas es entre 400 y 4000 UI. Existe neutropenia y linfopenia, seguida de linfocitosis relativa. Las bilirrubinas son a predominio conjugado. Valores elevados por arriba de 20 mg/dl y que persisten por mucho tiempo cursa con una enfermedad grave.

El diagnóstico se confirma por la demostración de anticuerpos Ig. M contra el virus de la Hepatitis A, en el suero de los pacientes agudos o que recientemente estuvieron enfermos; los anticuerpos son detectables de 5 a 10 días después de la exposición.

La complicación más importante es la hepatitis fulminante; afecta principalmente a ancianos y personas con enfermedad subyacente.

CLASIFICACIÓN

De notificación obligatoria semanal, por lo general es una enfermedad leve, la enfermedad aumenta con la edad.

TRATAMIENTO

- El tratamiento es sintomático.
- Si hay fiebre indicar Acetaminofen 500 mgrs. VO cada 8 horas por 3 días (o hasta que caiga la fiebre).
- Indicar abundantes líquidos, dieta rica en carbohidratos y baja en grasa.
- Antieméticos (Dimenhidrinato 50 mg o Metoclopramida 10 mg 1 tab. V.O cada 8 hrs.)
- Hidratación IV en caso de vómitos graves.
- Clorfeniramina 4 mg VO cuatro veces al día en caso de prurito intenso.
- Actividad según tolerancia.

INCAPACIDAD

A pesar de que es una enfermedad leve, el periodo de infecciosidad persiste después de la presentación de los síntomas clínicos, por lo se dará una incapacidad de 10 a 15 días.

PLAN EDUCACIONAL

- Educar a la población para lograr buen saneamiento e higiene personal, con atención especial al lavado meticuloso de las manos y la eliminación sanitaria de las heces.
- Tratar apropiadamente el agua (uso de Puriagua, Cloro o tratarla por ebullición), para ser utilizada en la ingesta humana.
- Separación de los objetos de uso personal, evitar la visita a sitios conglomerados, y besar a los miembros del grupo familiar.
- En hospitales y guarderías, es importante aplicar la técnica adecuada para el lavado minucioso de las manos después de cada cambio de pañales y antes de preparar los alimentos así como para dar de comer.

REFERENCIA Y RETORNO

La presencia de dolor subcostal derecho, la reaparición o intensificación de la fiebre, y/o ictericia, mal estado general (toxico infeccioso), es motivo de referencia al Centro Hospitalario de la zona.



AMEBIASIS

CIE-10 A06

DEFINICIÓN

Es ocasionada por un protozoo llamado **Entamoeba histolytica**, que se puede presentar en dos formas: **quiste**, el cual es infeccioso y resistente y el **trofozoito**, que es frágil y puede ser patógeno. Puede ser Asintomática o cursar con diarrea. El parásito puede diseminarse por la corriente sanguínea y provocar abscesos en el hígado o, con menor frecuencia, en los pulmones o en el cerebro.

EPIDEMIOLOGÍA

Es de distribución mundial, ataca preferentemente a los adultos jóvenes, en nuestro país se han visto casos en niños menores de un año.

El reservorio es el humano; por lo regular es una persona con enfermedad crónica o Asintomática que expulsa quistes por las heces.

La transmisión de la amibiasis puede darse por la ingestión de agua contaminada con heces que contengan quistes amibianos. También se produce transferencia de heces de la mano a la boca, por consumo de hortalizas crudas contaminadas con aguas negras o por contaminación de las manos sucias de los manipuladores de alimentos.

El período de incubación por lo común dura de 2 a 4 semanas y puede variar de unos días a varios meses o años.

COMPLICACIONES

Pueden existir casos de perforaciones intestinales, con absceso local o peritonitis generalizada, o diseminación por vía sanguínea y aparecer absceso hepático amibiano, infecciones pulmonares y encéfalo. Manifestaciones inusuales son la colitis necrotizante aguda, megacolon tóxico, ameboma y ulceraciones perianales.

FACTORES DE RIESGO

- Saneamiento Básico Inadecuado.
- Malas prácticas en la manipulación de los alimentos.
- Contaminación de los mantos de agua y aguas superficiales.
- Manipulación inadecuada de las heces humanas.
- Malas prácticas en el lavado de manos.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Casi todas las infecciones son asintomáticas, la amibiasis intestinal varía desde una disentería aguda y fulminante, con fiebre, escalofríos, dolor abdominal, pujo, tenesmo, náuseas, cefalea y diarrea sanguinolenta o mucoide, hasta un malestar abdominal leve y diarrea con sangre y moco que alterna con estreñimiento.

Se puede clasificar en forma Intraintestinal y Extraintestinal. La forma Extraintestinal es por la diseminación por sangre hacia hígado, pulmones o cerebro, por contaminación de la piel en área perianal o genitales.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Diferenciar con las enfermedades inflamatorias intestinales.
- En la forma hepática con abscesos piógenos.
- Quiste equinococo.
- Shigellosis y
- Carcinoma Hepatocelular.

LABORATORIO Y GABINETE

- Examen seriado de heces (3) con intervalo de 2 días o más, de preferencia frescas (< de 30 minutos).
- Leucograma.

CLASIFICACION DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad de notificación obligatoria, con presentación leve en casos intraintraestinales, o grave; en casos con manifestaciones extraintestinales.

TRATAMIENTO

- Metronidazole Tab. 750 mgrs. VO 3 veces al día por 7-10 días con las comidas y luego Furoato de Diloxamida 500 mg. 3 veces por día por 10 días.
- Como alternativa: Aminosidina 500 mgrs. VO cada 8 horas por 7 días (para paciente embarazada), después del parto se da el tratamiento estandarizado.

INCAPACIDAD

Dependerá del cuadro clínico y del estado general, de 1 a 3 días.

PLAN EDUCACIONAL

- Educar a la población para que apliquen los conocimientos de higiene personal, especialmente en la eliminación sanitaria de las heces y practicar la técnica adecuada de el lavado de manos, después de la defecación y antes de preparar o ingerir alimentos.
- A los portadores asintomáticos debe proporcionárseles instrucción sobre la importancia de aplicar la técnica del adecuado lavado de manos después de defecar; y buscar tratamiento si surgen síntomas.
- Importancia de hervir el agua para el consumo humano.
- Evitar el consumo de verduras y frutas de dudosa procedencia que pueden estar contaminadas al regarse con aguas servidas que contengan materias fecales.
- Debe darse una protección a los abastecimientos públicos de agua potable de la contaminación de heces, y existir un sistema de cloración permanente de agua.

- En el área rural y sub-urbana fomentar la construcción y el uso de letrinas para evitar la contaminación del suelo y los nacimientos de agua.
- Orientar a los grupos de riesgo que deben evitar prácticas sexuales que pudieran permitir la transmisión fecal-oral.
- El procedimiento de sumergir las frutas y verduras en soluciones desinfectantes, para evitar la transmisión de *E. histolytica*, no ha tenido utilidad comprobada. Puede ser útil lavarlas perfectamente con agua potable y conservarlas secas, los quistes se destruyen por desecación y temperaturas superiores a +50° C.

REFERENCIA Y RETORNO

Se referirán a la emergencia de los hospitales los casos con sospecha de absceso hepático amibiano y otros casos de amebiasis extraintestinal. Pacientes con Colon Tóxico.

GIARDIASIS

CIE-10 A07.1

DEFINICIÓN

La Giardiasis es una parasitosis producida por un protozoo llamado **Giardia lamblia**, que ataca principalmente a la primera porción del intestino delgado; suele ser Asintomático, pero produce sintomatología intestinal como diarrea crónica, por poca absorción de las grasas (esteatorrea), cólicos abdominales, sensación de distensión y expulsión frecuente de heces blandas, pálidas y grasosas, así como fatiga y pérdida de peso. A veces puede ocurrir que el parásito emigre por los conductos biliares y pancreáticos y ocasionan inflamaciones. En la Giardiasis grave pueden existir lesiones en la mucosa del duodeno y yeyuno.

EPIDEMIOLOGÍA

La distribución es mundial. La infección es de poca frecuencia en los adultos. La prevalencia es mayor en los sitios con mal saneamiento ambiental y poca higiene personal. El reservorio es el hombre y posiblemente ciertos animales domésticos y salvajes, la transmisión de una persona a otra se hace por ingesta de quistes de las heces de un individuo infectado, por el mecanismo ano-mano-boca, también puede existir la ingesta de agua contaminada con materia fecal o alimentos contaminados con esta agua.

La cloración utilizada para el tratamiento del agua no destruye los quistes de *Giardia*, especialmente si el agua es fría. El período de incubación es de 5 a 25 días, con un promedio de 7 a 10 días.

FACTORES DE RIESGO

- Malas condiciones de saneamiento ambiental.
- Agua de consumo humano contaminada con heces humanas.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

- Diarrea aguda o crónica, en forma leve o intensa, con evacuaciones voluminosas, grasosas, espumosas, fétidas, sin sangre ni pus.
- Malestar abdominal superior, con cólicos, distensión, flatulencia, meteorismo, anorexia, náuseas y vómitos.
- Puede haber pérdida de peso y debilidad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Descartar otras parasitosis y otras patologías causantes de síndrome de mala absorción.

LABORATORIO Y GABINETE

Examen general de heces, donde se demuestra la existencia de trofozoitos o quistes.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad de notificación obligatoria, por lo regular es una patología leve.

TRATAMIENTO

- Metronidazole (oral) tabletas de 250 mg VO 3v/d x 7 días ó

Tomar después de las comidas. Evitar la ingesta de bebidas con alcohol, durante y después de las primeras 72 horas de haber finalizado el tratamiento, por el efecto Antabuse.

INCAPACIDAD

En casos excepcionales de 1 a 3 días.

PLAN EDUCACIONAL

- Debe existir aplicación de los conocimientos de higiene personal, especialmente en la eliminación sanitaria de las heces y el lavado de manos con agua y jabón (dos veces) después de la defecación y antes de preparar o ingerir alimentos.

- Evitar el consumo de verduras y frutas de dudosa procedencia que pueden estar contaminadas al regarse con aguas servidas que contengan materias fecales.
- Debe darse una protección a los abastecimientos públicos de agua potable de la contaminación de heces, y existir un sistema de cloración permanente de agua.
- En el área rural y sub-urbana fomentar la construcción y el uso de letrinas para evitar la contaminación del suelo y los nacimientos de agua.
- Mantener tapados los contenedores y filtrar el agua de abastecimientos públicos que estén en peligro de contaminación con heces de humanos o de los animales.
- Si existe duda en la potabilidad del agua es preferible hervirla.

REFERENCIA Y RETORNO

Se referirán al médico general con acceso al Internista los casos de síndrome de mala absorción, o cuando con tratamiento el cuadro no mejore.

FIEBRE TIFOIDEA/ PARATIFOIDEA

CIE-10 A01.0 – A01.4

DEFINICIÓN

Enfermedades bacterianas sistémicas, de inicio brusco, acompañado por fiebre continua, cefalalgia intensa, malestar general, anorexia, bradicardia relativa, tos no productiva y en ocasiones esplenomegalia y manchas eritematosas en el tronco (25%).

EPIDEMIOLOGÍA

Se presenta en forma endémica en el país, atacando a todos los grupos de edad, siendo mas grave en los grupos extremos, la razón entre la fiebre tifoidea (*Salmonella Typhi*) y la Paratifoidea (*Salmonella Paratyphi*) es de 10:1, cuando las infecciones por *Salmonellas* no son sistémicas se manifiestan únicamente por gastroenteritis (*Salmonelosis*).

El reservorio es el hombre, los contactos en el núcleo familiar pueden ser portadores transitorios o permanentes.

Al tenerse malas técnicas del lavado de manos, se transmite por el agua y los alimentos contaminados con heces u orina de portadores.

Las moscas pueden infectar alimentos en los que los microorganismos se pueden multiplicar hasta alcanzar dosis infectantes.

El periodo de incubación depende de la dosis infectante, de 3 a 21 días; por lo regular con límites de una a tres semanas. En el caso de la gastroenteritis Paratifoidea de uno a 10 días.

La Transmisibilidad persiste mientras se encuentre bacilos en heces, por lo común desde la primera semana hasta el final de la convalecencia.

El riesgo de infección aumenta con la toma de antibióticos, la desnutrición y la infección por VIH. Se observa estado de portador crónico en el 1-5% de casos y recaídas aproximadamente en el 10% de los pacientes inmunocompetentes tratados.

FACTORES DE RIESGO:

1. Saneamiento básico inadecuado a nivel comunitario.
2. Malas técnicas del lavado de manos.
3. Mala técnica en la preparación de los alimentos.
4. Ingesta de agua no segura para el consumo humano.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

- Facies tífica.
- Fiebre elevada continúa.
- Tos no productiva.
- Estreñimiento y o proceso diarreico.
- Cefalalgia intensa (Cefalea a predominio frontal).
- Malestar general y anorexia.
- Bradicardia relativa.
- Lengua saburral con bordes limpios.
- Roséola tífica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Shigelosis.
2. Enteritis y Gastroenteritis Bacteriana.
3. Paludismo.
4. Infección de Vías Urinarias.

LABORATORIO Y GABINETE

1. Hemograma Completo.
2. Hemocultivo (con este examen se hace diagnóstico, positivo en el 90% en la primera semana).

3. Gota gruesa.
4. Coprocultivo.
5. Examen general de Orina y Urocultivo.
6. Tiempo y valor de Protombina
7. Tiempo de coagulación.

Los microorganismos pueden aislarse de la sangre al comienzo de la enfermedad (Primera semana) y de la orina y de las heces después de la primera semana, en la segunda semana. Los Antígenos Febriles no hacen diagnóstico de esta enfermedad.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

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

TRATAMIENTO

- Antipiréticos tipo Acetaminofén tabletas de 500 mgs. VO cada 6 horas por 5 a 7 días.
- Prevenir la deshidratación con ingesta de líquidos abundantes (8 – 10 vasos de agua) y Sales de Rehidratación Oral 1 vaso cada 2-4 hrs.
- El tratamiento de elección es Ciprofloxacina 500-750 mg VO cada 12 hrs, previos Hemocultivos.
- El tratamiento para el portador crónico es de 6 semanas con la misma dosis de Ciprofloxacina.
- Investigación Epidemiológica del caso.

INCAPACIDAD

Dependerá de la gravedad del cuadro clínico, generalmente de 5 a 8 días.

PLAN EDUCACIONAL

- Dar a conocer el mecanismo de transmisión, los signos y síntomas de la enfermedad y la importancia que tiene cumplir el tratamiento médico y las medidas preventivas recomendadas.
- Importancia de aplicar la técnica adecuada del lavado de manos, aspecto fundamental entre las personas que manipulan los alimentos y en las que atienden pacientes y niños pequeños.
- Llevar a cabo la eliminación sanitaria de las heces humanas y mantener las letrinas de fosa tapadas.
- Garantizar la ingesta segura del agua para los humanos mediante la cloración de los abastecimientos públicos, o la desinfección intradomiciliar con el Puriagua o la ebullición.
- Garantizar la pasteurización de la leche y los productos lácteos por las instituciones involucradas, en las comunidades promover la ingesta de leche hervida.
- Controlar cada 6 meses a los manipuladores de alimentos industriales, con el examen de heces y darles el tratamiento específico si fuera necesario.

REFERENCIA Y RETORNO

Se referirá al hospital más cercano cuando no haya tolerancia de la vía Oral; para establecer el régimen parenteral; controlar el estado de deshidratación; o cuando no responde al tratamiento a los 10 días de evolución o se encuentren signos de irritación peritoneal.

ANQUILOSTOMIASIS, UNCINARIASIS

CIE-10 B76

DEFINICIÓN

Enfermedad producida por la infestación de parásitos. Los parásitos más frecuentes son el **Anquilostoma duodenale** y el **Necator americanus**, esta última es la más frecuente en nuestro país.

Son parásitos de climas cálidos y húmedos. La larva penetra por la piel produciendo la "mazamorra", con prurito intenso, sensación de quemaduras, edema y eritema local, luego se presenta una erupción papular que termina con la aparición de vesículas, frecuente entre los dedos de los pies.

Las lesiones intestinales por uncinarias se producen cuando los gusanos adultos y maduros están fijados a la capa mucosa de la pared intestinal, usualmente en el tercio superior del intestino delgado.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una enfermedad endémica en amplias zonas de países tropicales y subtropicales, con inadecuada eliminación de heces humanas y que con las características del suelo debido a la humedad y la temperatura, facilitan el desarrollo de las larvas infestantes. Los humanos son los reservorios del *N. americanus* y *A. Duodenale*.

Los huevos al ser depositados en el suelo, bajo las condiciones climáticas descritas, se vuelven infectantes en 7 a 10 días, penetrando al organismo por la piel de manos o pies desnudos.

El período de incubación puede ser de unas cuantas semanas o de muchos meses. El *A. duodenale* puede permanecer inactivo durante 8 meses después de penetrar en el cuerpo. No se transmite de una persona a otra.

FACTORES DE RIESGO:

Personas que no hacen uso adecuado de letrinas, y no usan calzado.

COMPLICACIONES:

Los casos no tratados terminan con anemia severa, en caquexia, insuficiencia cardiaca y anasarca.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO:

- Dermatitis pruriginosa, eritematosa, maculopapulosa o vesiculosa (mazamorra).
- Síntomas intestinales, diarrea, anorexia, dolor abdominal, facies abotagadas.
- Anemia microcítica Hipocromica, con debilidad, fatiga, palidez, palpitaciones y disnea.
- Episodios transitorios de tos, con inflamación faringea y esputo hemoptoico.
- Expulsión de parásitos maduros.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Parasitosis que provocan cuadros pulmonares similares, como la strongiloidosis.
- Otras parasitosis intestinales.

LABORATORIO Y GABINETE

- Examen general de heces, seriados cada 3 días # 2, para evidenciar los huevecillos.
- Hematocrito, Hemoglobina y Leucograma.
- Examen de heces de control a los 15 días, para garantizar el tratamiento (dependiendo de la disponibilidad de recursos).

CLASIFICACION

Enfermedad de notificación obligatoria, puede ser una enfermedad Leve si se presenta de forma Asintomática y anemia leve inaparente, de forma

Moderada si se presenta con una anemia apreciable y síntomas gastrointestinales evidentes o presentarse en una forma Grave con descompensación hematológica absoluta, cara abotagada edema en las extremidades inferiores. Caquexia, insuficiencia cardiaca y anasarca.

TRATAMIENTO

- Albendazole (oral) 400 mg/ dosis única. Produce curación de 85 a 95 %.
- Mebendazole (oral) 100 mg/2 v/d x 3 días. Produce curación de 35 a 95%.

PLAN EDUCACIONAL

- Debe educarse a la población sobre la importancia de evitar la defecación en el suelo, promoviendo la instalación de letrinas en las zonas rurales o de servicios sanitarios en las áreas urbanas y suburbanas.
- Orientar sobre la importancia de uso de calzado a toda la población.
- Evitar el uso de materia fecal de pozos negros y las afluentes de cloacas, sobre todo cuando se emplean como abono para hortalizas y frutales.
- Examen y tratamiento a personas que emigren de zonas endémicas a otras no endémicas receptoras, especialmente las que trabajan en el área rural, sin usar calzado, y en la construcción de represas o en la horticultura.
- Practica de la técnica del lavado de manos.
- Importancia del lavado de los alimentos y del lavado de manos antes de ingerirlos.

REFERENCIA Y RETORNO

Los casos moderados que se presenta con una anemia apreciable y síntomas gastrointestinales evidentes; fiebre intermitente leve, lasitud y en ocasiones trastornos vasomotores, disnea, palpitaciones y soplos cardíacos; referirlos

al médico general con acceso a interconsulta con Internista.

Se referirán a emergencia los casos con anemia severa, problemas de insuficiencia cardiaca, caquexia y estado general comprometido, cara abotagada edema en las extremidades inferiores, y anasarca para el tratamiento adecuado según la presentación clínica.



HELMINTIASIS INTESTINAL (ASCARIDIASIS)

CIE-10 B77

DEFINICIÓN

Enfermedad parasitaria producida por la infestación del **Áscaris lumbricoides**, el cual puede dar pocos o ningún síntoma. El primer signo reconocido suele ser la expulsión de los gusanos vivos junto con las heces o a veces por la boca o la nariz.

Algunos pacientes tienen manifestaciones pulmonares (neumonitis, síndrome de Löeffler) causadas por migración de las larvas, y que se caracterizan por sibilancias, tos, fiebre, eosinofilia sanguínea e infiltrado pulmonar. Un gran número de parásitos puede agravar la deficiencia nutricional.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una enfermedad común extendida por todo el mundo, pero más frecuente en países tropicales húmedos.

Estos parásitos se transmiten por la ingestión de huevecillos infectantes que se encuentran en suelos contaminados por defecación en el área, o de productos crudos contaminados con tierra que contiene los huevos infectantes, pero no directamente de una persona a otra o de heces recién expulsadas.

La transmisión se hace más bien en zonas donde los niños no cuentan con letrinas y hay contaminación del suelo con las heces. El huevecillo en la tierra sufre un proceso embrionario de desarrollo y a temperaturas cálidas se pueden volver infectantes en dos a tres semanas, y puede seguir siéndolo después de meses o años si la condición es adecuada.

COMPLICACIONES

Puede darse síndrome de mala absorción, cuadro de obstrucción intestinal, afecciones biliares o pancreáticas secundaria al alojamiento de Áscaris en los conductos que drenan estos órganos (colangitis, colecistitis, absceso

hepático piógeno y pancreatitis).

FACTORES DE RIESGO

- Saneamiento Básico inadecuado.
- Consumo de agua no apta para beber.
- Malas prácticas de higiene personal después de defecar.
- Técnicas inadecuadas en el lavado de manos, y en el manejo higiénico de los alimentos.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

- Fase pulmonar caracterizada por tos, disnea, sibilancias pasajeras; datos de alergia (eosinofilia, urticaria, asma); infiltrados pulmonares pasajeros.
- Historia de expulsión de parásitos por heces.
- Cólicos, vómitos ocasionales, distensión abdominal ocasional.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Si hay eosinofilia debe diferenciarse de las causas no parasitarias: asma, neumonías con eosinofilia, LES, enfermedad de Hodgkin.
- Hay que diferenciar la pancreatitis, apendicitis, diverticulitis, etc., por áscaris de otras acusas de inflamación de estos tejidos.

LABORATORIO Y GABINETE

- El diagnóstico se hace mediante el laboratorio por la identificación de los huevecillos del parásito en las heces.
- En fase pulmonar el leucograma nos muestra una eosinofilia que puede ser de 30 a 50%.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Enfermedad de notificación obligatoria, es una patología considerada como leve, en los últimos 10 años su incidencia es baja.

TRATAMIENTO

1. Mebendazole 100 mg/2 veces/al día/3 días.
2. Albendazole 200 mg/2v día/ por un día.

INCAPACIDAD

En casos muy excepcionales de 1 a 3 días.

PLAN EDUCACIONAL

- Educar a la población en el uso de sanitarios o letrinas.
- Eliminación apropiada de las heces y evitar la contaminación del suelo en zonas muy cercanas a las viviendas, especialmente en los sitios de juego de los niños. En la zona rural deben existir letrinas que no permitan el derrame de heces.
- En el área rural y sub-urbana fomentar la construcción y el uso de letrinas para evitar la contaminación del suelo y los nacimientos de agua.
- Debe existir aplicación de los conocimientos de higiene personal, especialmente en la eliminación sanitaria de las heces y la aplicación adecuada de la técnica del lavado de manos con agua y jabón después de la defecación y antes de preparar o ingerir alimentos.
- Debe orientarse para no usar las heces humanas como fertilizante y evitar el consumo de verduras y frutas de dudosa procedencia que pueden estar contaminadas, al regarse con aguas servidas que contengan materias fecales.
- Debe darse una protección a los abastecimientos públicos de agua potable de la contaminación de heces, y existir un sistema de cloración permanente de agua, destinada para el consumo humano.
- Proteger los alimentos de moscas y cucarachas, además todo alimento que haya caído al piso no debe ser ingerido, salvo que sea lavado de nuevo o vuelto a cocer.

REFERENCIA Y RETORNO

Se referirán al hospital los cuadros con sospecha de obstrucción intestinal u obstrucción de vías biliares.



TENIASIS INTESTINAL

CIE-10 B68-69

DEFINICIÓN

Infección intestinal causada por la forma adulta de tenias (T. SOLIUM, y T. SAGINATA), así como de la infección tisular de la forma larvaria de la Taenia Solium, la Cisticercosis.

EPIDEMIOLOGÍA

Su distribución es mundial, puede atacar a todos los grupos de edad después del primer año, los agentes infecciosos principales son la Taenia Solium (Tenia de la carne del cerdo la cual produce infección intestinal de gusanos adultos e infección somática por medio de las larvas; CISTICERCOSIS) y la Taenia Saginata (Tenia de la carne de res).

Los humanos son huéspedes definitivos en ambas especies de tenias, el ganado bovino y los cerdos son huéspedes intermedios.

La Tenia Saginata no se transmite directamente de una persona a otra, pero si la T. Solium, las personas pueden ingerir los huevos o los proglotides de tenias.

FACTORES DE RIESGO

1. Saneamiento básico inadecuado.
2. Controles Salud y de ganadería deficientes.
3. Practicas de ganadería sin controles veterinarios.
4. Patrones culturales inadecuados a la salud por la ingesta de carnes mal cocidas.

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Las manifestaciones clínicas son variables, puede existir: nerviosismo, insomnio, pérdida de apetito, disminución de peso, dolores abdominales y trastornos digestivos.

Muchas infecciones son asintomáticas, salvo las molestias causadas por la expulsión por el ano de segmentos del parásito.

En la cisticercosis cerebral, pueden existir las convulsiones epileptiformes, los signos de hipertensión intracraneal o las perturbaciones síquicas sugieren firmemente la afección cerebral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Diferenciar con cuadros de epilepsia.
2. Otras parasitoris intestinales.
3. Cefaleas crónicas de origen.

LABORATORIO Y GABINETE

- ◆ Detección de la presencia de proglotides o huevos de tenias, en las heces o material anal obtenido por escobilladura. El diagnostico especifico se basa en las características morfológicas del escolex (cabeza) o de los proglotides grávidos.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

- ◆ Es de notificación obligatoria, los casos de cisticercosis siempre son graves.

TRATAMIENTO

Tenía solium y saginata:

- ◆ Prozicuantel 5-10 mg. Por kilo de peso dosis única.
- ◆ Niclosamida 2 grs. (dosis única).

Cisticercosis: en el Tercer Nivel de Atención.

- ◆ Albendazole 200 mg, 800 mg/día o 10 mg/Kg./día/2 dosis por 28 días.

Manejo de esteroides sujeto a cada caso.

PLAN EDUCACIONAL:

a) Medidas Generales:

- Debe existir aplicación de los conocimientos de higiene personal, especialmente en la eliminación sanitaria de las heces y el lavado de manos con agua y jabón (dos veces) después de la defecación y antes de preparar o ingerir alimentos.
- Evitar el consumo de verduras y frutas de dudosa procedencia que pueden estar contaminadas al regarse con aguas servidas que contengan materias fecales.
- Debe darse una protección a los abastecimientos públicos de agua potable de la contaminación de heces, y existir un sistema de cloración permanente de agua.
- En el área rural y sub-urbana fomentar la construcción y el uso de letrinas para evitar la contaminación del suelo y los nacimientos de agua.

b) Medidas Específicas:

- Evitar el uso de aguas servidas para regar pastizales.
- Cocinar completamente la carne de cerdo y de res.
- Realizar el sacrificio de animales en sitios autorizados y hacer una inspección sanitaria de la carne en canal tanto de cerdo y de res.
- Congelar la carne de res y de cerdo a temperaturas menores de -5° C (23° F) durante más de cuatro días para lograr destruir eficazmente los cisticercos.
- No debe permitirse que los cerdos ingieran heces de los humanos, por lo que no es adecuado que existan letrinas donde los cerdos tienen acceso a la materia fecal.
- Toda persona que se le diagnostique *Taenia solium*, debe recibir tratamiento adecuado para evitar la cisticercosis humana.

REFERENCIA Y RETORNO

Los casos sospechosos de cisticercosis se referirán para ser evaluados por Neurología, para estudios de gabinete y manejo por especialista.

VIGENCIA

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