



(GB)

**Compendio de
Guías de Bolsillo**
de Práctica Clínica
Basada en la Evidencia

2012



Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

GERENTE

Lic. Arnoldo Adán Aval Zamora

SUBGERENTE DE PRESTACIONES EN SALUD

Dr. German Edmundo Cordon Loyola

COMISIÓN DE ELABORACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA
CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA EDICIÓN 2012.

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dr. Edgar Campos Reyes
Coordinador GPC-BE.

*M*sDr. Edwin L. Cambranes
Jefe del Departamento de Medicina Preventiva.

*M*sA Dra. Sara Elizabeth Sandoval Villatoro de Delgado
Odontóloga Supervisora.

Licda. Ana Mayuly Contreras Ayala de Ponce
Química Farmacéutica.



Fecha de elaboración y revisión: 2012

(38)



Guía de Bolsillo

DIABETES MELLITUS TIPO 2

2012

GUIA DE BOLSILLO DIABETES MELLITUS TIPO 2 (Revisión 2012)

DIABETES MELLITUS

DEFINICIÓN:

Es un desorden metabólico caracterizado por la presencia de hiperglicemia debido a una secreción o acción defectuosa de la insulina o ambas. La hiperglicemia crónica de la diabetes está asociada con significativas secuelas a largo plazo, particularmente daño, disfunción y fallo de varios órganos, especialmente los vasos sanguíneos, nervios, ojos, corazón y riñones.

Clasificación de la diabetes Mellitus:

•Tipo 1 de diabetes:

Incluye la diabetes que es primariamente un resultado de la destrucción de las células beta y está propensa a cetoacidosis. Esta forma incluye casos debidos a un proceso autoinmune o aquellos para los cuales la etiología de la destrucción de las células beta es desconocido.

•Tipo 2 de diabetes:

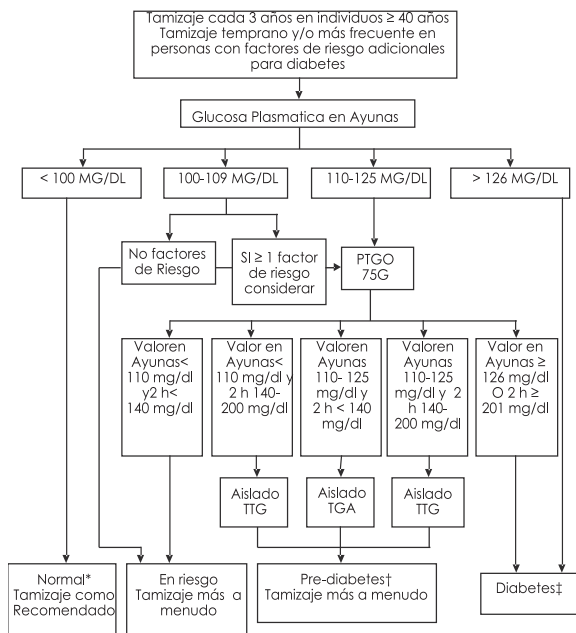
Puede comprender desde resistencia a la insulina predominantemente con relativa deficiencia de insulina a un defecto secretor predominante con resistencia a la insulina.

•Diabetes Mellitus gestacional:

Se refiere a intolerancia a la glucosa con inicio o primer conocimiento durante el embarazo.

•Otros tipos específicos:

Incluye una amplia variedad de condiciones relativamente poco comunes, formas primarias de diabetes genéticamente definida o diabetes asociada con otras enfermedades o uso de drogas.



*Si, a pesar de un valor normal en ayunas, una PTGO es posteriormente realizada y el valor de GP 2h es de 140-200mg/dl un diagnóstico de trastorno de tolerancia a la glucosa es hecho.

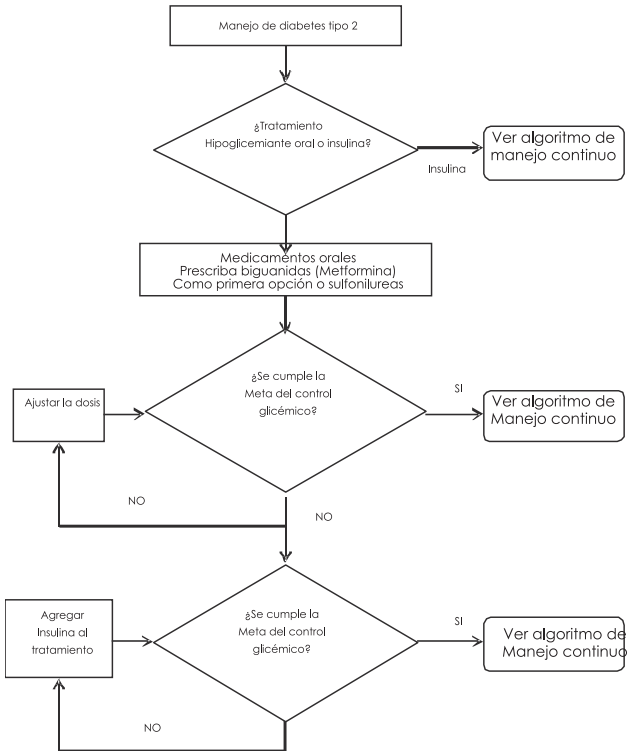
†Prediabetes=aislado TGA y aislado TTG.

‡Una confirmatoria prueba de glucosa (ya sea GPA, una casual GP, oGP2 h en una PTGO 75g) debe ser hecho en otro día en todos los casos en la ausencia de hiperglicemia inequívoca acompañada por descompensación metabólica aguda.

GPA=glucosa plasmática en ayunas. PTGO 75g=prueba de tolerancia a la glucosa oral

TTG=trastorno de tolerancia a la glucosa TGA=trastorno de la glucosa en ayunas

GP=glucosa plasmática GP 2h=glucosa plasmática después de 2 horas



MANEJO CONTINUO DE DIABETES TIPO 2 MANTENGA LAS METAS DEL TRATAMIENTO

- Nutrición
- Actividad física
- HbA1c <7%
- PA <130/80mm Hg
- LDL <100mg/dl
- Uso de aspirina 100mg
- Cesación de fumar
- Manejo del estrés

Evaluación anual por complicaciones

- Historia y examen físico
- Fondo de ojo
- Pruebas de función renal(creatinina y orinacompleta)
- Evaluación clínica de los pies
- Evaluación del riesgo cardiovascular y complicaciones (Lípidos, tensión arterial, evaluación con tabla de Framingham)

Tratamiento y referencia por complicaciones si no respuesta

- Neuropatía
- Retinopatía
- Enfermedad cardiovascular
- Enfermedad arterial periférica Nefropatía
- Pie diabético

¿Se cumple la meta?

Sí

De < 130/80mmHg?

No

Medidas a tomar

- Modifique el tratamiento de acuerdo con la Guía
- Ver algoritmos de manejo, control glicémico
- Considere referir al especialista
- Evalúe la adherencia

USO DEL MONOFILAMENTO (o cerdas de escobaplástica)

1. Muestre el monofilamento al paciente. Use el monofilamento en la mano del paciente para confirmarle que el procedimiento no es doloroso.
2. Solicite al paciente cerrar los ojos o mirar hacia el techo.
3. Solicite al paciente decir "sí" cuando sienta el monofilamento. **NO LE PREGUNTE AL PACIENTE ¿sintió eso?**
4. Coloque el monofilamento perpendicular al pie del paciente y utilícelo un movimiento suave. Pruebe la siguiente serie:
 - Coloque la punta del monofilamento en la planta del pie del paciente.
 - Presione el monofilamento hasta que se doble, luego...
 - Retire el monofilamento del pie del paciente.

Repita la secuencia en otro punto del tamizaje (ver la ilustración). No realice el proceso con movimientos rápidos.

5. Utilice el monofilamento en una secuencia arbitraria, no de derecha a izquierda.
6. Si el paciente dice "sí" cuando es adecuado, continúe en otro sitio de tamizaje. Cuando termine la secuencia, repita el proceso en los sitios que el paciente no sintió.
7. Utilice el monofilamento en el perímetro y no en los sitios de úlcera, tejido necrótico, callosidades o cicatrices.

Sitios recomendados de tamizaje con el monofilamento



Tomado y adaptado y traducido del Institute for Clinical Improvement (ICSI) Management of Type 2 Diabetes Mellitus Bloomington (MN) Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004

RECOMENDACIONES DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

El buen control de glicemia en el tratamiento evitará la progresión de la Enfermedad diabética micro y macrovascular.

A

La Metformina debe ser considerada como terapia oral de primera línea en personas con diabetes.

La Metformina no debe ser usada en las situaciones donde la acidosis láctica es Probable.

√

Omita la terapia de Metformina si la creatinina sérica es \geq a 1.5mg / dl.

Los Secretagogos de insulina pueden ser considerados como terapia de primera Línea:

A

- Si la Metformina no es tolerada.
- Si la Metformina está contraindicada.

Los Secretagogos de insulina deben ser usados en terapia combinada en personas con sobrepeso cuando la Metformina sola no mantiene el control glicémico satisfactoriamente.

Tanto los profesionales de atención sanitaria como personas con diabetes deben estar conscientes que el uso de Secretagogos de insulina pueden provocar hipoglicemia y deben estar alerta por sus manifestaciones.

Recomendar reducción del ingreso calórico con pérdida de peso es un objetivo primario para las personas con diabetes o síndrome metabólico que están con sobrepeso u obesos.

Toda persona con diabetes o síndrome metabólico deberá recibir consejos dietéticos intensivos, que pueden ser dados en grupo o individualmente por el nutricionista. Actividad física también debe ser fomentada.

Las personas con diabetes o síndrome metabólico deben concientizarse en llevar Un régimen dietético cardioprotector. Aconsejar la reducción de alimentos ricos en ácidos grasos saturados, azúcares y productos con harinas blancas. Reemplazar estos alimentos con vegetales, frutas, productos ricos en fibra, legumbres. Se recomienda aumentar el consumo de pescado e incluir una fuente de grasas poliinsaturadas.

Intervenciones conocidas que mejoran los factores de riesgo en personas no diabéticas, también se recomiendan en los diabéticos. Evalúe el consumo de sal, alcohol y provea medios para limitar su uso.

La terapia con insulina debería ser ofrecida a personas con diabetes Inadecuadamente controlada con terapias orales adecuadas.

A

La terapia con insulina puede ser usada sola o combinada con terapias orales.

El personal de salud y pacientes con diabetes, quienes están usando insulina, deberán ser advertidos de los riesgos de hipoglicemia y serán alertados por su ocurrencia.

Un control agresivo de la presión sanguínea es indicado en personas con diabetes que tiene enfermedad renal.

La mayoría de tratamientos deberán tratar de conseguir una presión arterial menor de 130/80mmHg en personas con diabetes o enfermedad cardiovascular.

Personas con diabetes, microalbuminuria confirmada, y nefropatía diabética, pueden iniciar con un inhibidor ECA o un Bloqueador de los Receptores AA2 (si No hay contraindicaciones) independientemente de los niveles de presión sanguínea.

A

Para la más severa neuropatía dolorosa, están indicados los antidepresivos tricíclicos. Se comienza con dosis bajas y paulatinamente se sube la dosis hasta el control del dolor.

La Pregabalina es efectiva en la neuropatía diabética dolorosa que no responde a los antidepresivos tricíclicos o terapia anticonvulsivantes, y es asociada a menores Efectos secundarios.

B

Criterios para referencia a Endocrinología

√

1. Pacientes en quienes no se logran los objetivos de control usando combinación de medicamentos del nivel I.
2. Pacientes con cardiopatía isquémica asociada.
3. Pie diabético o falla renal luego de haber sido evaluados por nefrología.
4. Pacientes con episodios frecuentes de hipoglicemia (más de uno por semana).
5. Cuando se considere conveniente el uso de insulina basal (glargina) en pacientes con riesgo de hipoglucemia (pacientes ancianos, cardiopatías hepatopatías crónicas e insuficiencia renal crónica).

(39)



Guía de Bolsillo

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2012

GUÍA DE BOLSILLO

Hipertensión Arterial (Revision 2012)

Definición:

Se define a una persona con presión arterial alta (o hipertensión arterial -HTA-) si presenta una presión arterial sistólica (PAS) > 140 mm Hg o una presión arterial diastólica (PAD) > 90 mm Hg en la población en general y PAS > 130 o una PAD > 80 en los pacientes con diabetes o daño renal, en 3 tomas (citas) diferentes.

Estimación de la presión arterial por Auscultación

1. Estandarización del ambiente:
 - Paciente sentado en un ambiente tranquilo.
 - Brazo extendido, paralelo con la línea media esternal y apoyado.
 - El paciente debe evitar comer, fumar, tomar cafeína, el ejercicio aproximadamente 30-60 minutos antes de la medición de la presión arterial.
2. Manguito correctamente colocado y de un tamaño apropiado:
 - Los rangos de las circunferencias aceptables deben estar indicados claramente en el manguito.
 - Asegure el manguito aproximadamente 2.5-3.5 cm. por encima de la fosa antecubital sobre la arteria braquial.
3. Palpar el pulso braquial en la fosa antecubital y espere 15-30 segundos para iniciar la medición.
4. Rápidamente infle el manguito 20-30 mm Hg sobre la presión, a la cual desaparece el pulso braquial.
5. Desinfe el manguito y anote la presión a la cual reaparece el pulso en la fosa antecubital.
6. Reinfle el manguito 20-30 mm Hg sobre la presión, a la cual reaparece el pulso braquial.
7. Utilizando una mano, coloque el estetoscopio sobre la arteria braquial, asegurando un adecuado contacto con la piel y sin ningún material de por medio. Es preferible utilizar la campana del estetoscopio.
8. Lentamente desinfe el manguito a una razón de 2-3 mm Hg por segundo o latido cardiaco para escuchar los ruidos de Korotkoff.

Cuando los ruidos han desaparecido completamente, debe desinflarse totalmente el manguito si desea repetir la medición. Cuando sea posible debe tomarse la presión arterial al principio y al final de la consulta.

Newcastle Guidelines, 2004. Hypertension Diagnosis and Treatment

DIAGNÓSTICO

Antes de hacer el diagnóstico de presión arterial alta, debe tomarse la presión arterial, en un mínimo de 3 citas, y clasificarlo, según la tabla siguiente:

Clasificación por estadios de la hipertensión arterial.

Estadios Hipertensivos	PA sistólica	PA diastólica
Normal	< 120 mm Hg	< 80 mm Hg
Prehipertensión	120-139 mm Hg	80-89 mm Hg
Hipertensión estadio 1	140-159 mm Hg	90-99 mm Hg
Hipertensión estadio 2	> 160 mm Hg	>100 mm Hg

Tomado del Séptimo Reporte del Comité Nacional conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión arterial, Febrero del 2004.

TRATAMIENTO

OBJETIVOS.

1. Reducción de la morbilidad a órganos blanco (corazón, riñón, SNC, retina).
2. Reducción de la presión arterial a menos de 140/90 en población en general y 130/80 en pacientes con diabetes y/o fallo renal.

MODIFICACIONES EN EL ESTILO DE VIDA:

Informar al paciente la historia natural de la hipertensión arterial y las complicaciones posibles de no controlarla.

√

Recomiende a sus pacientes una dieta más saludable y patrones de ejercicio ya que estos pueden reducir la presión arterial.

D

Recomiende a sus pacientes el reducir el consumo de alcohol, ya que esto puede reducir la presión arterial y producir beneficios en su salud.

B

Recomiende a sus pacientes reducir el consumo excesivo de café o productos que contienen cafeína.

C

Recomiende a sus pacientes el mantener un consumo bajo de sal (no más De 2 g = 1 cdita. de sal común al día o ½ cdita. de sal fina) ó sustituirla, ya que esto puede reducir la presión arterial.

B

Modificaciones en el estilo de vida del paciente con hipertensión *AB

Modificación	Recomendación	Reducción aproximada de la presión arterial sistólica
Reducción de peso	Mantenimiento del peso corporal normal (IMC*** 18.5-24.9 Kg/m ²)	5 - 20 mm Hg por cada 10 Kg de reducción de peso
Dieta tipo DASH** (enfoque dietético para detener la hipertensión)	Consumo de dieta rica en frutas, vegetales y pocas grasas diarias saturadas y totales	8 - 14 mm Hg
Reducción de sodio en la dieta	Reducir consumo de sodio, no más de 100 mmol día	2 - 8 mm Hg
	(2.4 g sódico o 6 g de sal común -cloruro de sodio-)	
Actividad física	Hacer ejercicio aeróbico regular como caminar rápido (30' minutos al día casi todos los días de la semana)	4 - 9 mm Hg
Moderación en consumo de alcohol	Limitar el consumo a no más de 2 copas (30 ml de etanol) al día en varones y no más de 1 en mujeres	2 - 4 mm Hg

* Comité JNC7;

A Para reducción de todos los factores de riesgo, dejar de fumar;

B Los efectos de estas modificaciones son dosis y tiempo dependientes, y pueden ser mayores en algunos casos.

** DASH; Dietary Approaches to Stop Hypertension

***IMC: Índice de Masa Corporal

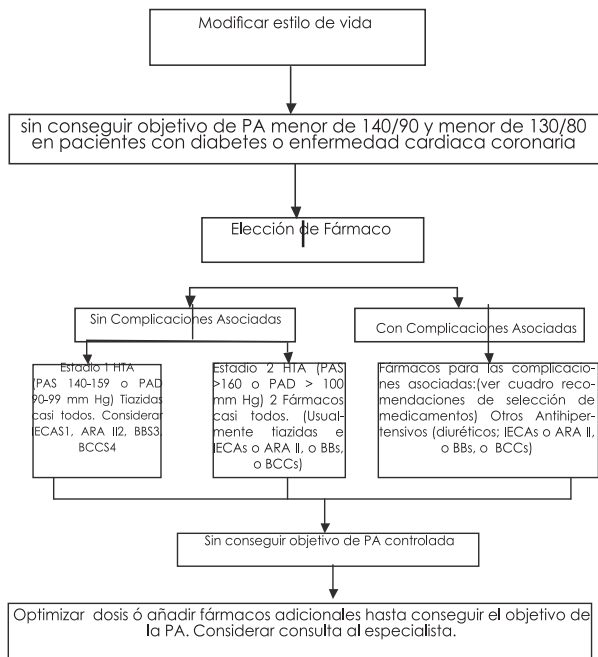
FARMACOLÓGICO:
LINEAMIENTOS GENERALES

Se recomienda al iniciar este tipo de terapia:

En la medida de lo posible, prescriba los medicamentos con una administración de 1 vez al día.

No utilizar medicamentos que sean de la misma clase terapéutica.

A
√



* Comité JNC7

1IECAs = Inhibidores enzima convertidora de angiotensina

2ARA II = Antagonistas de los receptores de angiotensina

3BBs = Betabloqueadores

4BCCs = Bloqueadores de los canales del calcio

Las terapias de relajación pueden reducir la presión arterial de manera individual en algunos pacientes y puede ser parte del tratamiento.
Realice mediciones de la presión arterial en todos los pacientes > 18 años como parte de la consulta médica.

B
A

Considere la necesidad de referir al paciente con signos y síntomas inusuales y aquellos cuyo manejo depende de manera crítica de la estimación precisa de la presión arterial.

D

Clasifique la hipertensión arterial de acuerdo a las cifras de presión sistólica y diastólica, utilizando la cifra más alta de las dos.

A

Evalúe la hipertensión arterial para confirmar el diagnóstico, identificar causas de hipertensión secundaria, la presencia de daño a órgano blanco y factores de riesgo que influyan sobre el pronóstico.

Cuando la presión arterial sistólica y diastólica caen en diferentes categorías, la categoría mayor debe ser seleccionada y clasificar al paciente de acuerdo a la mayor categoría. Estas recomendaciones deben aplicarse de igual manera tanto para mujeres como para hombres.

D

Evalúe el riesgo cardiovascular de todos sus pacientes hipertensos de una manera adecuada.

Considere la necesidad de referir al especialista aquellos pacientes con signos y síntomas sugestivos de hipertensión secundaria, como hipertensión acelerada (maligna) y la sospecha de Feocromocitoma, las cuales deben ser causa de referencia inmediata.

A

Prescriba terapia antihipertensiva a los pacientes con hipertensión.

Efecto del tratamiento antihipertensivo.

Grupo de riesgo	Riesgo cardiovascular absoluto a 5 años	Riesgo cardiovascular absoluto a 10 años
Bajo riesgo	<7.5%	<15%
Riesgo medio	7.5-10%	15-20%
Alto riesgo	10-15%	20-30%
Muy alto riesgo	>15%	>30%

omado, adaptado y traducido de las guías de hipertensión arterial de Singapore, 1999.

Pruebas de laboratorio rutinarias:

- Glucosa plasmática en ayunas.
- Colesterol total, lipoproteínas de alta densidad (HDL), lipoproteínas de baja densidad (LDL) y triglicéridos, en ayunas.
- Creatinina sérica.
- Ácido úrico.
- Potasio sérico.
- Hemoglobina y hematocrito.
- Orina.
- Electrocardiograma.
- Microalbuminuria (esencial en diabéticos).
- Proteinuria cuantitativa (si es positiva la tira de orina).

Recomendaciones de selección del medicamento antihipertensivo inicial.	
Tiazidas:	Utilice una tiazida a bajas dosis como la primera línea de tratamiento en la mayoría de los pacientes, en especial en los > 60 años.
Betabloqueadores:	Son los agentes cardiosselectivos preferidos y son la primera opción de tratamiento en los pacientes con angina o historia de infarto del miocardio y deben ser considerados en aquellos con falla cardíaca congestiva no severa.
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina:	Primera opción de tratamiento en los pacientes con diabetes, disfunción ventricular y falla cardíaca congestiva.
Antagonista de los receptores de angiotensina:	Representan una opción de tratamiento en las personas que no toleran los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.
Bloqueadores de los canales de calcio:	Las dihidropiridinas de larga acción son una alternativa para el tratamiento del adulto mayor, en especial en aquellos con hipertensión arterial sistólica aislada.

Tomado, adaptado y traducido de Proddigy Guidance. Hipertensión. September 2004

Inicie el tratamiento farmacológico en los pacientes con una presión arterial > 140/90 mm Hg o en los pacientes con una presión arterial de 120-139/80-89 mm Hg y un riesgo cardiovascular elevado (> 10 a 5 años) o en pacientes con enfermedad cardiovascular o daño a órgano blanco y con una presión arterial persistentemente > 140/90 mm Hg.

Instruya a sus pacientes sobre los beneficios y efectos adversos del tratamiento para que los pacientes puedan tomar decisiones informadas.

Inicie la terapia, agregando diferentes medicamentos si es necesario, para lograr una presión arterial < 140/90 mm Hg o hasta que no exista necesidad del tratamiento.

La terapia con medicamentos, normalmente debe iniciarse con un diurético tipo tiazida. Si es necesario, agregue un segundo medicamento tipo betabloqueador a menos que el paciente presente riesgo de diabetes Mellitus de nueva aparición, en cuyo caso debe agregarse un inhibidor del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Si es necesario puede utilizarse como una tercera línea los bloqueadores de los canales de calcio tipo dihidropiridinas.

Si es necesario reducir aún más la presión arterial o no se logra la meta propuesta, considere agregar un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o un betabloqueador (si no han sido utilizados) o referirse al especialista.

Considere sustituir los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina por un antagonista de los receptores de angiotensina en los pacientes que no toleran el medicamento debido a la tos.

A

Considere no modificar la terapia con tiazida y betabloqueador en aquellos pacientes con un adecuado control de la presión arterial y en mayor riesgo de presentar diabetes Mellitus, ya que esta modificación puede afectar la adherencia.

Utilice un esquema de prescripción por pasos, iniciando con tiazidas a bajas dosis, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina/antagonistas de los receptores de angiotensina y bloqueadores de los canales de calcio.

Considere realizar una prueba de retiro, paulatinamente, del uso del medicamento antihipertensivo en aquellos pacientes jóvenes, bien controlados, que han modificado su estilo de vida, que presentan sistemas de apoyo y utilizan un solo medicamento.

Programe una revisión anual para monitorear la presión arterial, brindar apoyo y discutir los cambios en el estilo de vida, síntomas y utilización de medicamentos con su paciente.

Recomendaciones de seguimiento como estrategia de tamizaje de la presión arterial

PA < 140/85 (130/80) mm Hg	Seguimiento en 2 años (anual si hay enfermedad arterial)
PA 140-159/85-89 mm Hg	Primera cita a 1 mes y seguimiento bimensual X 6 meses
PA > 160/100 mm Hg	Descartar crisis hipertensiva y control mensual X 3 meses
PA 200-219/110-119	Referir al 2º nivel y seguimiento semanal por 3 semanas
PA > 220/120 mm Hg	Referir al 2º nivel y seguimiento durante el día

Causas de Hipertensión resistente:

Medición inapropiada de la presión arterial.

Sobrecarga de volumen y pseudotolerancia:

- Exceso de ingestión de sodio
- Retención de volumen por enfermedad renal.
- Terapia diurética inadecuada.

Hipertensión inducida por fármacos y otras causas:

- No adherencia
- Dosis inadecuada
- Combinaciones inapropiadas
- Fármacos antiinflamatorios no esteroideos; inhibidores de la 2 ciclooxigenasa.
- Cocaína, anfetaminas y otras drogas ilícitas.
- Simpaticomiméticos (descongestionantes, anorexígenos)
- Contraceptivos orales.
- Esteroides adrenales.
- Ciclosporina y Tacrolimus.
- Eritropoyetina
- Licorice (productos masticables del tabaco).
- Suplementos sin prescripción médica (ej: ephedra, ma haun, bitter orange).

Condiciones asociadas.

- Obesidad
- Exceso de ingestión de alcohol.

Causas identificables de hipertensión.

Guía de Bolsillo

SEPSIS DE ORIGEN INTRAABDOMINAL

2012

GUÍA DE BOLSILLO

Sepsis Abdominal

Sepsis de Origen Intraabdominal

Definición:

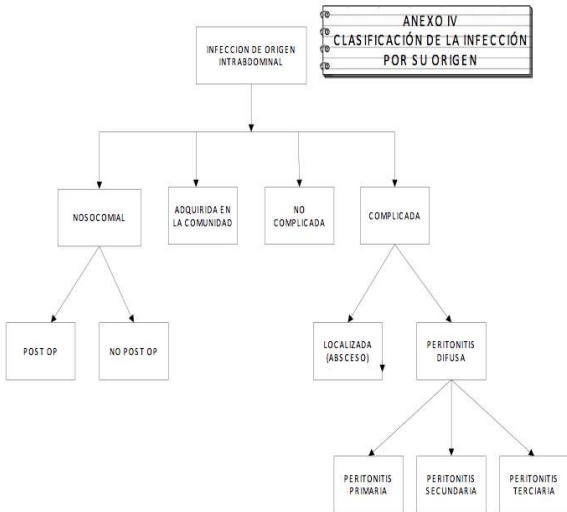
Se conoce como **Infección de Origen Intraabdominal** (Sepsis de Origen Intraabdominal) aquella que se origina en alguna de las vísceras intraabdominales y que se extiende al espacio peritoneal asociado a peritonitis y formación de abscesos. (17)

De forma esquemática y para enfocar el tratamiento de esta patología la Sepsis de Origen Intraabdominal se puede dividir en tres grupos: (23)

- Infecciones Intraabdominales extrahiliares adquiridas en la comunidad.
- Infecciones Intraabdominales biliares adquiridas en la comunidad
- Infecciones Intraabdominales hospitalarias

Clasificación de Sepsis de Origen Intraabdominal y Peritonitis:

- Por su extensión: **locales** o **difusas**.
- Por su agente causal: **sépticas** o **asépticas**.
- Por su evolución: **agudas** o **crónicas**.



Diagnóstico:

La Historia Clínica y el Examen Físico son de primordial ayuda para el Diagnóstico y Tratamiento, los signos y síntomas básicos son aquellos que nos indican irritación peritoneal. El examen físico debe incluir evaluación rectal y examen ginecológico cuando aplique.

A

La mayoría de pacientes con sospecha de infección intraabdominal serán identificados por una historia clínica rutinaria, examen físico y estudios básicos de laboratorio; por lo que requerirán evaluación y tratamiento por personal médico, idealmente, intrahospitalario.

A

El cuadro clínico es bastante característico, los pacientes con infección intraabdominal usualmente se presentan con historia de uno o varios de los siguientes síntomas:

- Dolor abdominal de inicio súbito.
- Síntomas de disfunción gastrointestinal ("malestar" abdominal).
- Escalofríos.
- Anorexia
- Náusea y vómitos.
- Distensión abdominal.
- Dificultad para defecar (constipación) y/o diarrea.
- Síntomas generales como singultos, sed, decaimiento general.

Examen físico:

Son característicos los signos físicos de inflamación que deben hacer pensar al clínico en una posible infección:

- Palidez, diaforesis, posición fetal.
- Dolor local o generalizado.
- Signos de irritación peritoneal, presencia de dolor a descompresión (signo de Blumberg)
- Rigidez abdominal
- Hiperestesia abdominal.
- A la percusión pueden encontrarse: áreas de matidez por presencia de líquido, timpanismo por presencia de aire, ausencia de la matidez hepática, etc.
- A la auscultación: signos de íleo paralítico reflejo, ruidos hidro-aéreos y/o silencio abdominal,
- Fiebre.
- Taquicardia y taquipnea.
- Signos clínicos de sepsis y estado de shock en casos graves.

Condiciones clínicas especiales:

En casos de pacientes selectos, con hallazgos clínicos inespecíficos o no confiables como en ancianos y/o personas con alteración del estado de conciencia, ante la presencia o sospecha de lesión espinal o en pacientes Inmunocomprometidos, una posible infección intraabdominal debe ser considerada aunque el paciente se presente con otra patología y/o evidencia de infecciones de cualquier otra etiología y ubicación anatómica. Se debe estar alerta ante la posibilidad de que los signos de sepsis pueden ser mínimos o estar ausentes por lo que deberá instaurarse la terapia sin demora, de acuerdo al criterio clínico. (2)

B

Se recomiendan inicialmente los exámenes básicos:

- Hematología completa
- Tiempos de Protrombina y Parcial de Tromboplastina (pruebas de coagulación)
- Glucosa
- Examen de orina
- Examen de heces
- Proteína C Reactiva (PCR)

Se recomienda que los pacientes que están siendo evaluados por sospecha de sepsis deban tener una hematología completa con recuento diferencial de glóbulos blancos. (20)

C

Se recomienda que los pacientes que estén siendo evaluados por sospecha de Sepsis tengan, al menos una evaluación de PCR. (20)

B

Los exámenes complementarios de laboratorio nos permiten evaluar el estado y función de órganos vitales así como conocer los posibles daños a consecuencia de la Sepsis Sistémica.

√

Se recomiendan los siguientes exámenes básicos:

Pruebas de funcionamiento hepático:

- Transaminasa Pirúvica y Oxalacética
- Fosfatasa Alcalina.
- Bilirrubinas

Pruebas de funcionamiento renal:

- Nitrógeno de Urea
- Creatinina
- Electrolitos: Sodio, Potasio

Pruebas de funcionamiento pancreático:

- Amilasa
- Lipasa

Bacteriología:

- Hemocultivo
- Urocultivo
- Cultivo de secreciones y otros fluidos corporales
- Frotis para identificar bacterias y otros microorganismos
- Otros cultivos que se consideren pertinentes

Otros exámenes de laboratorio se indicarán de acuerdo al criterio de los clínicos y ante la presencia de comorbilidades en asociación a Sepsis de Origen Intraabdominal.

√

Diagnostico por imágenes:

Radiografía simple de abdomen y tórax:

La sensibilidad de las placas simples de abdomen y tórax para detectar Sepsis de Origen Intraabdominal es menor al 50% pero cuando se identifica gas libre, la presencia de una visera perforada es rápidamente confirmada. (2, 23)

Ultra Sonido Abdominal (USG):

El USG es efectivo para detectar abscesos en el cuadrante superior derecho, retroperitoneo, y pelvis con una sensibilidad mayor al 90%, su sensibilidad es menor para detectar abscesos en otras aéreas particularmente si se ubican en espacios interasas. (21, 23)

Tomografía Axial Computarizada (TAC):

En general, la tomografía axial computarizada es la modalidad preferida en el diagnóstico de patología abdominal, este estudio tiene una sensibilidad del 78% al 100%. (6)

Cuando los resultados de múltiples modos de investigación difieren en su información así como en pacientes que no serán llevados a laparotomía inmediata, la TAC es el procedimiento de elección. (6, 17, 21, 23)

En pacientes con claras indicaciones de tratamiento quirúrgico no se necesita ningún estudio de imágenes, ya que presentarán signos obvios de irritación peritoneal y/o peritonitis; sin embargo, en pacientes adultos que no requieran tratamiento quirúrgico de urgencia, de acuerdo al criterio de los clínicos, se realizaran Rayos X de Tórax y Abdomen, y si es necesario se debe considerar el USG Abdominal y la Tomografía Axial Computarizada ya que son los estudios por imagen de elección para determinar la presencia de infección intraabdominal y su causa.

B

A

Tratamiento:

Soporte hemodinámico:

De acuerdo a las Guías Internacionales de Resucitación (23) en las primeras 6 horas de inicio de la terapia y ante la posibilidad de hipoperfusión inducida por sepsis se deben alcanzar las siguientes metas:

- Presión venosa central (PVC) de 8 a 12 mm Hg
- Presión arterial media (PAM) > de 65 mm Hg
- Excreta Urinaria (EU) > de 0.5 ml/Kg./hr.
- Saturación de oxígeno venosa central (vena cava superior) o mixta >70% o >65% respectivamente.

Durante la fase hipovolémica de la Sepsis se debe administrar un volumen alto pero adecuado de fluidos, se recomienda Iniciar con ≥ 1000 ml de cristaloides o 300-500 ml de coloides en los primeros 30 minutos. Una administración mayor o más rápida de fluidos puede ser necesaria ante la presencia de hipoperfusión inducida por sepsis.

Se recomienda la administración de vasopresores de primera línea ante la presencia de Shock Séptico, tanto la Norepinefrina y Dopamina pueden elevar la presión arterial y la perfusión arterial, ambos medicamentos pueden mantener la presión arterial en límites normales así como el flujo sanguíneo de órganos vitales. (16)

Si está indicado y de acuerdo al criterio de los especialistas, se puede administrar: (23)

- Dopamina: una dosis menor a 5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{minuto}$ causa vasodilatación renal, mesentérica y coronaria. La dosis de 5-10 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{minuto}$ tiene un efecto beta-1-adrenérgico incrementando las contracciones y la frecuencia cardíaca. En dosis de 10 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{minuto}$ tiene un efecto alfa-adrenérgico incrementando la vasoconstricción vascular y elevando la presión arterial. Sus efectos secundarios más importantes son taquicardia y arritmia.

- Norepinefrina: la dosis recomendada como efectiva para tratar la hipotensión es de 0.01 a 0.3 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{minuto}$. La Norepinefrina es un potente agonista alfa-adrenérgico con pocos efectos agonistas betaadrenérgicos.

Principios de Manejo Antibiótico:

La terapia antimicrobiana debe iniciarse una vez el paciente sea diagnosticado con infección de origen abdominal, idealmente en el momento de su evaluación clínica. (17)

A

En pacientes en estado de shock séptico, la antibioticoterapia debe iniciarse lo más pronto posible. (17)

B

El tratamiento antibiótico inicial, en pacientes con Sepsis de Origen Intrabdominal es siempre empírico ya que con frecuencia se trata de pacientes críticamente enfermos y los datos de la microbiología involucrada tardan al menos 48 horas en obtenerse. (23)

B

Los hemocultivos no proveen información clínica adicional relevante a pacientes con infección intrabdominal adquirida en la comunidad y, por lo tanto, no deben realizarse de rutina en todos los pacientes. La realización de cultivos para gérmenes aerobios y/o anaerobios de rutina para pacientes en riesgo de infección abdominal adquirida en la comunidad son considerados opcionales para la indicación de tratamiento antibiótico, se recomiendan en estos casos los regímenes empíricos.

B

La decisión del manejo de antibióticos depende al menos de tres factores:

- Agentes patógenos involucrados y riesgo de resistencia antibiótica
- Severidad del estado clínico del paciente.
- Foco de infección supuesto o confirmado.

Fundamentados en las guías de manejo de sepsis en general, se recomienda que la terapia antibiótica deba ser administrada dentro de la primera hora de reconocimiento del estado de shock séptico.

A

Esquemas empíricos de antibióticos recomendados para el tratamiento de Infecciones Intraabdominales de origen Extrabiliar: (2)

A

Régimen	Infecciones leves a moderadas: apendicitis perforadas y/o abscesada y otras infecciones no severas:	Infecciones severas: con desorden fisiológico severo, edad avanzada y en Inmunocomprometidos:
Monoterapia:	Cefoxitin, Ertapenem, Moxifloxacina, Tigeciclina y Ticarcilina-acido clavulánico	Imipenem-Cilatin, Meropenem, Doripenem, Piperacilina-Tazobactam
Terapia Combinada:	Cefazoline, Cefuroxime, Cefotaxime, Ciprofloxacina o Levofloxacina en combinación con Metronidazol	Cefepime, Ceftacídime, Ciprofloxacina o Levofloxacina con Metronidazol

Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas, Guías de Manejo de Infecciones Intraabdominales complicadas. (2)

Esquemas de antibióticos recomendados en tratamiento de Infecciones de Origen Intraabdominal, adquiridas dentro del hospital (Nosocomiales): (2)

	Carbapenem**	Piperacilina-tazobactam	Ceftazidima o Cefepime c/u con Metronidazol	Aminoglucósido	Vancomicina
<20% resistente, Pseudomona, ES LB product.					
Enterobacter-Acinetobacter o MDR GNB	Recomendado	Recomendado	Recomendado	No Recomendado	No Recomendado
ESLBproduct. Enterobacter	Recomendado	Recomendado	No Recomendado	Recomendado	No Recomendado
Pseudomona >20% resistencia a ceftazidime	Recomendado	Recomendado	No Recomendado	Recomendado	No Recomendado
MRSA	No Recomendado	No Recomendado	No Recomendado	No Recomendado	Recomendado

IDSA Guidelines (2)

NOTA: ES LB=extendedespectrum-lactamase; GNB=Gram-negativebacilli; MDR=Mutidrugresistant;

MRSA=meticillin-resistant Staphylococcus aureus.

Recomendado: Indica que el agente en la lista se recomienda para uso empírico, antes de obtener los resultados de cultivos y sensibilidad antibiótica.

** Imipenem-cilastina, meropenem o doripenem.

En casos de infecciones severas donde se aíslan hongos como Cándida, se puede indicar tratamiento anti-fúngico. (2)

Ante la presencia de Cándida en los cultivos, puede indicarse Fluconazol; si se aíslan cepas resistentes a Fluconazol puede indicarse algún derivado de equinocandico (caspofungina, micafungina, o anidulafungina). (2)

B

Esquemas de antibióticos recomendados en tratamiento empírico en Infecciones de origen biliar en adultos.

Infección Esquema	Antibiótico(s) Recomendado(s)
Colecistitis adquirida en la comunidad leve a moderada:	Cefazolin, Cefuroxima, o Ceftriaxona
Colecistitis aguda de la comunidad, con disturbio fisiológico severo, edad avanzada o estado de Inmunocompromiso:	Imipenem-cilastina, meropenem, Doripenem, piperacilina-tazobactam, Ciproflaxacina, levofloxacina o Cefepime cada una en combinación Con metronidazol.
Colangitis aguda después de una anastomosis bilio-entérica de cualquier severidad:	Imipenem-cilastina, meropenem, Doripenem, piperacilina tazobactam, Ciproflaxacina, levofloxacina o Cefepime cada una en combinación con metronidazol.
Infección de origen biliar nosocomial: de cualquier severidad	Imipenem-cilastina, meropenem, Doripenem, piperacilina-tazobactam, Ciproflaxacina, levofloxacina o Cefepime cada una en combinación con metronidazol, y agregar Vancomicina en cada esquema

IDSA Guidelines. (2)

Tratamiento No Farmacológico:

Tratamiento Quirúrgico:

Recomendaciones en cuanto al tratamiento quirúrgico:

El tratamiento quirúrgico comprende tres principios básicos:

- Eliminar la fuente de la infección mediante el cierre de la perforación, su resección o exclusión fuera de la cavidad abdominal.
- Eliminar la mayor parte de detritus y toxinas.
- Evitar la reacumulacion de tejidos necróticos y fluidos contaminados.

Se recomienda que todo paciente con sospecha de Infección de Origen Intraabdominal, sea evaluado por un especialista en Cirugía.

Se recomienda, para la mayoría de pacientes con infección intraabdominal confirmada, el procedimiento adecuado para el control de la infección con el propósito de efectuar el drenaje de secreciones, control y resección del foco infeccioso y/o contaminación peritoneal; así como pretender la restauración de la función anatómica y fisiológica.

Se recomienda que los pacientes con peritonitis difusa deban ser intervenidos quirúrgicamente de urgencia independientemente de las medidas necesarias para su estabilización; cabe mencionar que estas medidas de estabilidad fisiológica deben continuarse durante y después del procedimiento quirúrgico. Debe considerarse que en pacientes hemodinámicamente estables sin evidencia de fallo orgánico, la intervención quirúrgica puede demorarse el tiempo prudencial que se requiera para el monitoreo crítico del paciente, la resucitación intensiva y la administración antibiótica adecuada.

“Control del foco infeccioso” se define como aquel procedimiento o serie de procedimientos que eliminan el origen del proceso séptico, controlan los factores que promueven la infección y corrigen las alteraciones fisiológicas y anatómicas. El tiempo para efectuar la intervención es clave, particularmente ante la presencia de peritonitis difusa; aquellos pacientes con esta condición secundaria a una víscera perforada no pueden ser adecuadamente resucitados hasta que esta se haya controlado.

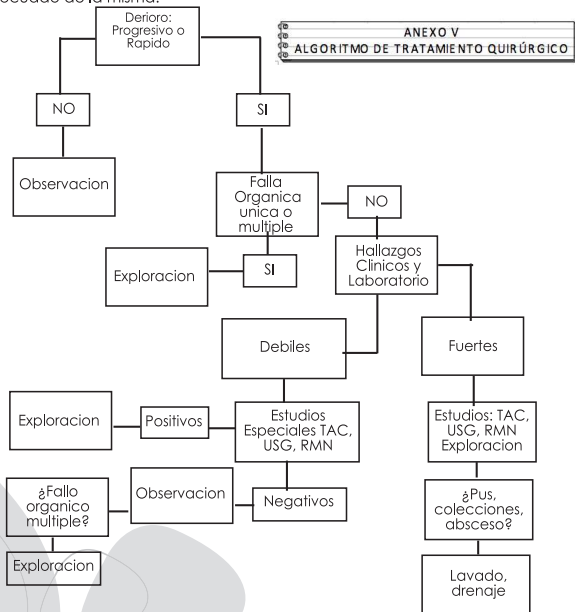
Se recomienda, cuando sea posible, en pacientes hemodinámicamente estables y sin evidencia de peritonitis difusa, ante la presencia de colecciones bien localizadas intraabdominales, efectuar procedimientos de invasión mínima, tales como el drenaje percutáneo de abscesos. Eventualmente estos procedimientos pueden preferirse en lugar de efectuar procedimientos mayores.

La relaparotomía puede efectuarse por demanda o programada, se recomienda preferentemente, efectuar procedimientos por demanda en casos de pacientes con peritonitis severas ya que se traduce en reducción sustancial en el número de re-laparotomías subsiguientes. (2)

No se recomienda una re exploración quirúrgica por demanda o programada si no se demuestra alguna de las siguientes complicaciones: ausencia de motilidad del tracto gastrointestinal, hipertensión intra abdominal, así como en casos de destrucción o infección de la pared abdominal que dificulten el cierre adecuado de la misma.

A

A



Guía de Bolsillo

VIH/SIDA EN LA MUJER EMBARAZADA

2012

Guía de Bolsillo

VIH/SIDA En la Mujer Embarazada

Definición de VIH/SIDA:

VIH es la sigla correspondiente a "Virus de la Inmunodeficiencia Humana", se trata de un retrovirus del género "lentivirus", aislado en 1983 a partir de un paciente con adenopatías linfáticas.

SIDA, corresponde al "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida" y es un termino que se aplica a los estadios mas avanzados de la infección por VIH, se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados al VIH.

Mecanismos de Transmisión de VIH:

- Transmisión sexual:

El medio mas común de trasmisión del VIH, siguen siendo las relaciones sexuales de riesgo sin protección con una persona portadora o infectada con el virus, especialmente en el contexto de la prostitución, sexo entre hombres y en las parejas múltiples en las que se hace uso escaso o irregular del preservativo.

- Transmisión Parenteral o Sanguínea:

Esta vía de transmisión del VIH es, actualmente, el principal modo de contagio en los países desarrollados favorecida por personas que comparten jeringas y agujas contaminadas que pueden transmitir el VIH, los objetos que se usan en la preparación de drogas tambien pueden contener el virus.

- Transmisión Vertical (TV) (madre-hijo):

La vía de Transmisión Vertical constituye en la actualidad el principal mecanismo de infección en la población pediátrica y puede ocurrir durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Para que ocurra la transmisión de VIH de la madre al feto en gestación (TV), el virus debe cruzar la capa trofoblástica, constituida por el sincitiotrofoblasto y el citotrofoblasto.

Vías de transmisión Vertical:

- Transmisión Prenatal (intraútero)
- Transmisión Perinatal (Intraparto)
- Transmisión Post Parto, vía Lactancia Materna (Postnatal)

Diagnóstico de VIH/SIDA en la mujer embarazada:

A todas las mujeres embarazadas se deben solicitar pruebas serológicas durante la primera visita prenatal. Además, es conveniente hacer una nueva prueba a finales del embarazo en todas las mujeres y será mandatorio en todas aquellas que tengan factores de riesgo.

En caso de un resultado positivo se debe ofrecer consejería y pruebas serológicas a los contactos sexuales de la mujer en cuestión.

La prueba para el VIH debe realizarse siempre con consejería, respetando la confidencialidad y después de obtener el consentimiento de la paciente.

Diagnóstico clínico:

La infección por VIH puede permanecer asintomática durante varios años posteriores a la adquisición del virus. Los síntomas del sida aparecen cuando las células CD4 disminuyen y aparece una infección oportunista y/o un tumor asociado a VIH.

Diagnóstico Serológico:

Las pruebas serológicas para la detección de anticuerpos contra el VIH se clasifican generalmente en: a) Pruebas de Tamizaje y b) Pruebas de Confirmación:

a) Pruebas de Tamizaje:

Las pruebas de tamizaje son altamente sensibles pero en ocasiones pueden presentar resultados falsos positivos, por lo que requieren confirmación.

- Enzima Inmuno Ensayo (ELISA): es la prueba utilizada más frecuentemente para detectar anticuerpos contra el VIH. Desde su introducción se han utilizado diferentes formatos mejorados. Las pruebas de 4ª generación permiten detectar tanto anticuerpos como antígenos del virus.
- Pruebas rápidas de VIH: son pruebas sencillas, que no requieren equipamiento y ofrecen una sensibilidad y especificidad similar a la prueba de ELISA para el serodiagnóstico de la infección por VIH. Estas pruebas permiten obtener los resultados a los pocos minutos de su realización.

b) Pruebas de confirmación:

Las pruebas confirmatorias están diseñadas para ofrecer una especificidad más alta que las pruebas de tamizaje.

- La prueba de Western Blot (WB): se utiliza como una prueba de confirmación y se considera el patrón oro para confirmar la presencia de anticuerpos contra el VIH. La combinación de ELISA y WB se considera el algoritmo para el diagnóstico serológico.

Diagnostico Viroológico y Estadificación de Pacientes infectadas con VIH:

Los test virológicos pueden detectar directamente al virus. El PCR (Cadena de Reacción de Polimerasas) para VIH y los test del RNA para VIH son recomendados como los test virológicos para diagnóstico.

Un test virológico positivo debe ser confirmado tan rápido como sea posible por Carga Viral (CV) de una segunda muestra.

Se recomienda estadificar con conteo de Carga Viral CD4 a cada paciente diagnosticada y así decidir el tratamiento antirretroviral.

La Mujer Embarazada con VIH:

El embarazo en una mujer infectada con VIH debe de ser considerado un embarazo de alto riesgo, debe llevar un control prenatal adecuado por un equipo multidisciplinario.

Evaluación Clínica de la Mujer Embarazada con VIH:

Se recomienda que la evaluación inicial de la paciente embarazada deba incluir:

1. Evaluación del grado existente de inmunodeficiencia, incluyendo CD4 y carga viral.
2. Iniciar o continuar tratamiento antiviral en todos los casos positivos para VIH.
3. Investigar la presencia de infecciones oportunistas o coinfecciones e iniciar tratamiento (especialmente la presencia de Hepatitis B, C, Sífilis, tuberculosis, ITS, TORCH).
4. Iniciar una Evaluación completa para reconocer el estado de salud física, mental y nutricional (mandatorio: evaluación ginecológica con citología de Papanicolaou).
5. Como a toda mujer embarazada, deben de realizarse las pruebas de Tamizaje para hiperglicemia entre las 24 a 28 semanas de gestación, sin embargo son MANDATORIAS en aquellas mujeres que reciben tratamiento ARV con Inhibidores de Proteasa.
6. El estudio de imágenes con Ultrasonido (USG) se recomienda en el primer trimestre del embarazo, para determinar con mayor exactitud la edad gestacional del embarazo así como para programar la fecha de la operación Cesárea.
7. Historia de la terapia antirretroviral en pacientes con diagnóstico previo.
8. Historia de terapia profiláctica ARV para la prevención de la transmisión vertical.
9. Investigar si existen resultados de estudios de resistencia a los ARV.
10. Considerar la necesidad de tratamiento de soporte y apoyo multidisciplinario para alcanzar una mejor adherencia al tratamiento antirretroviral.

Tratamiento Farmacológico en la mujer embarazada con VIH:

La decisión del tratamiento ARV se debe individualizar y apegarse a las Guías de Tratamiento y al criterio del Subespecialista en VIH, el cual debe instaurarse en etapas tempranas del embarazo.

Transmisión vertical y manejo de la atención del nacimiento del hijo(a) de la mujer embarazada infectada por el VIH:

Recomendaciones generales:

A. Resolución del parto vía cesárea cuando la cuenta de Carga Viral se encuentra en >1000 cps/ml o no se conoce el resultado Carga Viral realizada en de fecha cercano al momento del parto (2 semanas previas).

Transmisión Vertical y manejo de la atención del nacimiento del hijo(a) de la mujer embarazada infectada por el VIH:

Consideraciones Durante el Parto:

A. Si las condiciones obstétricas lo permiten, debe limitarse la realización de la ruptura artificial de membranas así como la colocación de dispositivos invasivos para el monitoreo materno fetal.

B

B. Los procedimientos obstétricos, en los cuales el parto se resuelve mediante el uso de fórceps y/o extractores, se deben limitar a los casos que efectivamente los ameriten.

B

C. Cuando existe atonía uterina (con sangrado profuso); en pacientes con tratamiento ARV con Inhibidores de Proteasa, Nevirapina, Efavirenz o Etravirena, el tratamiento debe iniciarse preferentemente con la Carbetocina, si esta no está al alcance, se puede considerar la Metergina la cual se debe utilizar en bajas dosis.

B

Recomendaciones para la resolución del embarazo:

Efectuar Cesárea Programada a las 38 semanas de embarazo en pacientes que reúnan las siguientes condiciones:

A

A- No se demuestre una prueba de Carga Viral (CV) hecha durante el tercer trimestre del embarazo.

B- Tengan una carga viral >1.000 copias/ml hecha 2 semanas antes de resolución del embarazo.

Medidas preventivas para evitar la transmisión vertical:

Se recomiendan las drogas antirretrovirales ya que se ha demostrado que reducen la transmisión perinatal por varios mecanismos que incluyen: a) La disminución de la carga viral materna ante parto y b) la provisión de profilaxia del infante pre y post exposición.

A

Terapia ARV profiláctica durante la resolución del embarazo:

Las mujeres embarazadas infectadas con VIH, cuya carga viral sea (RNA) ≥ 400 copias/ml (o bien sea desconocido) cercano al parto (al menos 2 semanas antes) se les debe administrar Zidovudina IV durante la labor, INDEPENDIEMENTE del régimen ARV terapéutico recibido durante el embarazo o modo de resolución del mismo.

A

recomendaciones para el inicio de tratamiento con ARV en mujeres embarazadas con VIH:

Todas las mujeres embarazadas con indicación de ARV deben recibir TARV independientemente de su situación clínica y recuento inmunológico como profilaxis de la TMI (TV) del VIH lo antes posible a partir de la semana 14 de gestación.

El TARV debe iniciarse tan pronto como se establezca la indicación clínica o Inmunológica.

A

TODA MUJER EMBARAZADA QUE SE CONOZCA QUE ESTÁ INFECTADA POR VIH, DEBE SER TRASLADADA AL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA PARA INICIAR SU TRATAMIENTO ARV LO ANTES POSIBLE.

V

Recomendaciones básicas para el manejo del Recién Nacido que ha sido expuesto al VIH:

1. Los recién nacidos, hijos de madres en las que se desconoce su condición de VIH, se recomienda efectuar tan pronto como sea posible, después del nacimiento, una prueba de test de anticuerpos en la madre y/o el recién nacido, SI LA PRUEBA ES POSITIVA, entonces iniciar inmediatamente ARV profilácticos en el recién nacido.

A

2. Cuando el test es positivo en la madre y/o niño, debe hacerse una prueba confirmatoria de Western Blott. El clínico NO DEBE esperar al resultado del test confirmatorio para iniciar la terapia ARV profiláctica en el niño. Si el test confirmatorio fuera negativo, se podrá descontinuar la profilaxia ARV.

3. Si es POSITIVA la prueba confirmatoria de VIH en la madre entonces deberá realizarse PCR de DNA para HIV en el recién nacido.

4. TODO NIÑO EXPUESTO PERINATALMENTE A VIH DEBE SER EVALUADO E INDIVIDUALIZADO PARA SU TERAPIA PROFILÁCTICA CON ARV POR LOS ESPECIALISTAS EN INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA.

√

5. NO DEBEN RECIBIR LACTANCIA MATERNA, los hijos de madres infectadas con VIH por lo que se deberán suplementar sucedáneos de la leche materna.

A

