



Guías médicas rápidas

2013

Clínica de Accidentes



Cardiología



Cirugía



Dermatología



Ginecología y
Obstetricia



Medicina Interna



Neurología



Patologías frecuentes



Pediatría





Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social



Guías médicas

rápidas

Clínica de Accidentes



Cardiología



Cirugía



Dermatología



Ginecología y
Obstetricia



Medicina Interna



Neurología



Patologías frecuentes



Pediatría



INTRODUCCIÓN

El presente manual práctico denominado “**Guías médicas rápidas**”, ha sido diseñado con la intención de poner en las manos del personal médico del IGSS, un instrumento de consulta fácil y a la mano, pensando en apoyar especialmente a los profesionales que atienden emergencias, en situaciones de desastres que requieren atención médica en brigadas de atención abierta al público general así como una pequeña contribución en la formación de estudiantes de medicina, médicos generales, médicos residentes y personal de salud en general.

Este material informativo no pretende agotar los temas que se exponen como tampoco excluye el buen criterio médico adaptándose a las condiciones de atención médica característicos de nuestro medio.

En la preparación, edición y publicación, han participado Médicos de las diferentes especialidades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con el apoyo de la Subgerencia de Prestaciones en Salud mediante la coordinación de la Comisión Central Para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.

Este manual será revisado y actualizado periódicamente por lo que agradecemos las contribuciones de los lectores para mejorar futuras ediciones.

Dr. Jorge David Alvarado
Coordinador CCGPC-BE

Dr. Edgar Campos Reyes
Integrante, CCGPC-BE

Dr. Byron Arana González
Subgerente de Prestaciones en Salud

Guatemala, 2013

Autores de las Guías Rápidas:

Dr. Edgar Campos Reyes	Médico y Cirujano Especialista en Cirugía Miembro Comisión Central de GPC-BE
Dra. Tania Joaquín	Médica y Cirujana Especialista en Fisiatría Hospital de Rehabilitación-IGSS

Colaboradores Revisores:

Dr. Venancio Bran	Médico y Cirujano Neonatólogo
Dr. Mario Castillo	Médico y Cirujano Pediatra
Dra. Alba Variña Pinto	Médico y Cirujano Pediatra
Dr. Jorge David Alvarado	Médico y Cirujano Gineco-obstetra

Índice

1. Guía rápida No. 1 Accidentes	7
2. Guía rápida No. 2 Cardiología	15
3. Guía rápida No. 3 Cirugía	23
4. Guía rápida No. 4 Dermatología	31
5. Guía rápida No. 5 Ginecología y Obstetricia	39
6. Guía rápida No. 6 Medicina Interna	49
7. Guía rápida No. 7 Neurología	59
8. Guía rápida No. 8 Patologías frecuentes	67
9. Guía rápida No. 9 Pediatría	79



Guías médicas

rápidas



Clínica de Accidentes



Índice

- 1 Fractura de la Clavícula
- 2 Luxación Acromio Clavicular
- 3 Luxación del codo
- 4 Luxación Gleno - Humeral
- 5 Fractura del Tercio Distal radio
- 6 Lesiones Capsuloligamentosas de la rodilla
- 7 Esguinces de tobillo
- 8 Fractura del tobillo
- 9 Síndrome doloroso cervical
- 10 Lumbalgía o síndrome doloroso lumbar

1

Fractura de la clavícula

Definición

Pérdida de la continuidad ósea, generalmente ubicada a nivel de su tercio medio.

Signos y síntomas	Dolor. Deformidad. Incapacidad Funcional. Equimosis. Crepitación.
Clasificación	Alineadas. Desplazadas. Desplazadas con tercer fragmento.
Complicaciones	Exposición. Asociación a lesión vascular y/o nerviosa. Asociación a luxación Acromio Clavicular. Pseudoartrosis.
Medidas generales	Inmovilización con cabestrillo. Inmovilizador de clavícula.
Estudios	Radiografía de clavícula.

Tratamiento

- Fracturas alineadas o desplazadas sin compromiso vascular o nervioso: Colocación de inmovilizador de clavícula durante 5 a 6 semanas.
- Acetaminofén 500 mg por vía oral cada 6 horas.

Medicamentos

- Aceclofenaco 100 mg. Por vía oral cada 12 horas
- Ibuprofeno 400 mg. Por vía oral cada 8 horas
- Diclofenaco 50 mg. Por vía oral cada 8 horas
- Proglumetacina 1500 mg. Por vía oral cada 12 horas.
- Acetaminofén 500 mg. Por vía oral cada 6 horas.

Seguimiento

- Control radiológico a las 6 semanas.
- Si fractura consolidada.
Retiro de inmovilización y referir a Rehabilitación.
- Si fractura no consolidada.
Inmovilizador durante 4 semanas más.

2

Luxación acromio clavicular

Definición

Pérdida de las normales relaciones articulares entre el extremo distal de la clavícula y el acromion del omóplato.

Signos y síntomas	Dolor localizado al hombro. Incapacidad funcional. Contornos del hombro alternos. Signo de la tecla positivo. Edema local.
Clasificación	Grado I: Esguince acrómio clavicular. Grado II: Subluxación acrómio clavicular. Grado III: Luxación acrómio clavicular.
Medidas generales	Inmovilización con cabestrillo.
Estudios	Radiografía de ambos hombros con paciente parado y contracción longitudinal a las muñecas (con peso).

Tratamiento

- Grado I y II:
Inmovilización con cabestrillo simple por 2 a 3 semanas.
- Grado III:
Tratamiento quirúrgico.

Medicamentos

- Aceclofenaco 100 mg. Por vía oral cada 12 horas.
- Ibuprofeno 400 mg. Por vía oral cada 8 horas.
- Diclofenaco 50 mg. Por vía oral cada 8 horas.
- Proglumetacina 1500 mg. Por vía oral cada 12 horas.
- Acetaminofén 500 mg. Por vía oral cada 6 horas.

3

Luxación del codo

Definición

Pérdida de las relaciones articulares húmero cubital.

Signos y síntomas	Dolor. Deformidad evidente. Limitación de los movimientos. Evaluar signos de lesión vascular o nerviosa.
--------------------------	---

Clasificación	Anterior. Posterior.
Estudios	Radiografía del codo AP y lateral.
Tratamiento	
Luxación anterior, posterior cerrada: Reducción cerrada con anestesia general, canal posterior de yeso por 3 semanas.	
Medicamentos	
<ul style="list-style-type: none"> • Aceclofenaco 100 mg. Por vía oral cada 12 horas • Ibuprofeno 400 mg. Por vía oral cada 8 horas • Diclofenaco 50 mg. Por vía oral cada 8 horas • Proglumetacina 1500 mg. Por vía oral cada 12 horas. • Acetaminofen 500 mg. Por vía oral cada 6 horas 	
Seguimiento	
Posterior a la inmovilización referir a medicina física y rehabilitación.	

4 Luxación gleno-humeral (hombro)

Definición

Pérdida de la relación glenohumeral.

Signos y síntomas	Dolor a la aducción forzada. Limitación funcional. Eventualmente anestesia de la región deltoidea (Lesión del nervio circunflejo, ausencia de la cabeza humeral en su sitio anatómico).
Clasificación	Anterior Posterior
Estudios	Radiografía de hombro AP y lateral y transtorácica. Si sospecha de luxación posterior, radiografía hombro transtorácica.
Tratamiento	
Medicamentos	
<ul style="list-style-type: none"> • Aceclofenaco 100 mg. Por vía oral cada 12 horas • Ibuprofeno 400 mg. Por vía oral cada 8 horas • Diclofenaco 50 mg. Por vía oral cada 8 horas • Proglumetacina 1500 mg. Por vía oral cada 12 horas. • Acetaminofén 500 mg. Por vía oral cada 6 horas 	

Luxación anterior y posterior

- Reducción cerrada con anestesia.
- Radiografía post manipulación.
- Inmovilizar con vendaje de "Velpeau" por 3 semanas.

Seguimiento

Luxación simple asociada a fractura del troquíter alineada asociada: por 3 semanas y luego enviar a Medicina Física y Rehabilitación.

5 Fractura del tercio distal radio

Definición

Pérdida de la continuidad ósea del extremo distal del radio.

Signos y síntomas	Dolor Impotencia funcional de la muñeca Deformidad Tumefacción Edema Equimosis
Medidas generales	Inmovilización adecuada con aparato de yeso braquío palmar.
Estudios	Radiografía de muñeca AP y lateral.
Tratamiento	
En presencia de fractura alineada:	
Aparato de yeso braquío palmar en pronación.	
Medicamentos	
<ul style="list-style-type: none"> • Aceclofenaco 100 mg. Por vía oral cada 12 horas • Ibuprofeno 400 mg. Por vía oral cada 8 horas • Diclofenaco 50 mg. Por vía oral cada 8 horas • Proglumetacina 1500 mg. Por vía oral cada 12 horas. • Acetaminofén 500 mg. Por vía oral cada 6 horas 	

Seguimiento

Fracturas alineadas:

- A las 2 semanas radiografía de control y cambio de aparato de yeso braquiopalmar.
- A las 4 semanas cambio de yeso de antebraquio palmar.
- A las 6 semanas retiro de inmovilización, Radiografía de control.

Si fractura consolidada:

- Traslado a Rehabilitación.

6 Lesiones capsuloligamentosas de la rodilla

Definición

Conjunto de lesiones capsulo-ligamentosas de la rodilla secundaria a trauma indirecto torsional causando incapacidad de la rodilla.

Signos y síntomas	Impotencia funcional de la rodilla. Dolor. Tumefacción. Hemartrosis. Test en esfuerzo positivo. Sensación de inestabilidad.
Complicaciones	Asociación a fractura. Lesión vascular y/o nerviosa. Inestabilidad crónica. Artrosis postraumática.
Medidas generales	Inmovilización adecuada.
Estudios	Radiografía de rodilla, Antero Posterior y lateral.

Tratamiento

En presencia de lesión aislada de un ligamento colateral:

Inmovilización con aparato de yeso inguino-podálico con la rodilla a 30 grados de flexión durante 5 o 6 semanas.

Medicamentos

- Aceclofenaco 100 mg. Por vía oral cada 12 horas
- Ibuprofeno 400 mg. Por vía oral cada 8 horas
- Diclofenaco 50 mg. Por vía oral cada 8 horas
- Proglumetacina 1500 mg. Por vía oral cada 12 horas.
- Acetaminofén 500 mg. Por vía oral cada 6 horas.

7 Esguinces de tobillo

Definición:

Inversión forzada, a través de la articulación subastragalina y aducción, a través de la articulación de tobillo.

Signos y síntomas

Tobillo doloroso.
Sensibilidad maléolo externo.
Tumefacción maléolo externo.
Inestabilidad articular.

Estudios

Radiografía Antero Posterior, lateral y stress.

Tratamiento

En presencia de esguinces simples:

Inmovilización del tobillo con canal posterior o bota corta de yeso a fin de proporcionar sostén exterior durante tres semanas.

Medicamentos

Analgésicos orales:

- Aceclofenaco 100 mg. Por vía oral cada 12 horas
- Ibuprofeno 400 mg. Por vía oral cada 8 horas
- Diclofenaco 50 mg. Por vía oral cada 8 horas
- Proglumetacina 1500 mg. Por vía oral cada 12 horas.
- Acetaminofén 500 mg. Por vía oral cada 6 horas

8 Fractura del tobillo

Definición

Es la pérdida de la continuidad ósea de uno, dos o tres maléolos radiológicamente definidos en el tobillo, puede estar acompañada de lesión de la sindesmosis tibia peronea distal.

Signos y síntomas

Dolor
Evaluar lesión vascular
Impotencia
Deformidad
Equimosis
Edema
Tumefacción

Complicaciones	Asociación a luxación tibio astragalina. Síndrome Compartamental. Pseudoartrosis. Artrosis postraumática del tobillo.
Medidas generales	Inmovilizar adecuadamente. Analgésicos vía intramuscular, diclofenaco sódico.
Estudios	Radiografía tobillo antero posterior, lateral y stress.

Tratamiento

Fractura alineada:

- Colocar aparato de yeso tibio podálico.

Fractura desplazada:

Toda fractura con lesión de la sindesmosis tibio peronea debe ser estabilizada quirúrgicamente.

Medicamentos:

- Aceclofenaco 100 mg. Por vía oral cada 12 horas
- Ibuprofeno 400 mg. Por vía oral cada 8 horas
- Diclofenaco 50 mg. Por vía oral cada 8 horas
- Proglumetacina 1500 mg. Por vía oral cada 12 horas.
- Acetaminofén 500 mg. Por vía oral cada 6 horas

Seguimiento:

Fractura alineada:

- A las 6 semanas retiro de inmovilización.
- Radiografía control.
- Si fractura consolidada referir a Rehabilitación.

9 Síndrome doloroso cervical

Definición

Dolor a nivel de cuello (columna cervical) con o sin irradiación a hombros y miembros superiores.

Síntomas	Dolor de cuello (columna cervical). Irradiación a hombro y miembros superiores. Disminución de la fuerza muscular de miembros superiores. Limitaciones de movimientos de cuello.
Signos clínicos	Espasmo muscular cervical. Limitación de movimientos. Disminución de fuerza muscular en hombros, codos, muñecas y manos.

Medidas generales	Calor local, cuello ortopédico. Relajante muscular. Collar cervical.
Estudios	Radiografía de columna cervical antero posterior y lateral, oblicuas. Dinámicas en flexión-extensión. Resonancia Magnética nuclear cervical, según criterio del especialista

Referencia:

Referir a Medicina Física y Rehabilitación si resonancia magnética nuclear y Electromiograma sin signos de compresión radicular.

10 Lumbalgia o síndrome doloroso lumbar

Definición

Dolor a nivel de la columna lumbar, con o sin irradiación a miembros inferiores.

Síntomas	Dolor lumbar (vertebral o paravertebral). Traumático o no traumático. Limitación de movimientos del tronco lumbar. Adormecimiento de miembros inferiores (parestias) Debilidad de miembros inferiores.
Signos clínicos	Espasmo muscular lumbar. Movimientos de flexión, extensión, rotación y lateración del tronco limitados. Hipoestias en dermatomas de miembros superiores. Alteración de la fuerza muscular y reflejos osteotendinosos. Mala adecuación, muscular y obesidad.
Estudios	Radiografía de columna: Antero posterior, lateral dinámicas, de pie y sin calzado. Electromiograma (según criterio del especialista). TAC, MRI o Mielograma lumbar (según criterio del especialista).

Tratamiento

- Tratamiento con analgésico anti inflamatorio no esteroideo y relajante muscular durante 2 semanas.
- Paciente con radiculopatía, estudiar con resonancia magnética nuclear y Electromiograma.

Medicamentos

- Aceclofenaco 100 mg. Por vía oral cada 12 horas
- Ibuprofeno 400 mg. Por vía oral cada 8 horas
- Diclofenaco 50 mg. Por vía oral cada 8 horas
- Proglumetacina 1500 mg. Por vía oral cada 12 horas.
- Acetaminofén 500 mg. Por vía oral cada 6 horas

Referencia

- Medicina Física y Rehabilitación para ejercicio específico.
- Neurocirugía (HGA) si resonancia magnética nuclear y Electromiograma
- Evidencian datos de compresión radicular.



Guías médicas

rápidas



Cardiología



Índice

- 1 Hipertensión Arterial
- 2 Hipertensión Arterial Resistente al tratamiento
- 3 Angina Estable
- 4 Angina Inestable
- 5 Infarto Antiguo
- 6 Infarto Reciente
- 7 Estenosis Mitral
- 8 Insuficiencia Mitral
- 9 Estenosis Aórtica
- 10 Insuficiencia Aórtica
- 11 Insuficiencia Cardíaca
- 12 Arritmia Supraventricular

1 Hipertensión Arterial

Definición

Se define a una persona con presión arterial alta, si presenta una presión arterial sistólica mayor de 140 mm Hg o una presión arterial diastólica mayor de 90 mm Hg; en pacientes diabéticos o con daño renal, si presentan presión arterial sistólica mayor de 130 mm Hg o presión arterial diastólica mayor de 80 mm Hg, en tres tomas o citas diferentes.

Diagnóstico	<p>Clínico: Antes de hacer diagnóstico de presión arterial alta, debe de tomarse la presión arterial, en un mínimo de 3 tomas, y clasificarla de la manera siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Normal: 120/80mm Hg 2. Pre-hipertensión 120-139/80-89 mm Hg 3. Hipertensión estadio 1 = 140-159 mm Hg /90-99 mm Hg 4. Hipertensión estadio 2 = > 160 mm Hg /> 100 mm Hg
Exámenes de Laboratorio	Dependiendo de los factores de riesgo.
Tratamiento	
<p>No Farmacológico: Cambios en el estilo de vida: Reducción de peso, ejercicio periódico, dieta hipo sódica, evitar tabaquismo, reducción de estrés.</p> <p>A: Estadio I: Tiazidas casi a todos los pacientes. Considerar: Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECAs), Antagonistas o Bloqueador de los receptores de angiotensina (ARA II), Betabloqueadores (BB) y Bloqueadores de los canales de calcio (BCC).</p> <p>B: Estadio II: Dos fármacos a casi todos los pacientes, usualmente tiazidas e IECAs o ARA II, o BBs, o BCCs.</p> <p>C: Estadio III: Tres fármacos, considerar tiazida y otros dos.</p>	

2 Hipertensión arterial resistente al tratamiento

Definición

Un paciente presenta hipertensión arterial resistente al tratamiento cuando no se logra cumplir las metas de reducción de la presión arterial, a pesar del tratamiento con tres clases diferentes de medicamentos que incluyen un diurético.

Diagnóstico	<p>Clínico: Mediante el monitoreo ambulatorio de presión arterial.</p>
Exámenes especiales	<ol style="list-style-type: none"> a. USG Renal b. Tomografía Renal c. Angiorresonancia Renal d. Angiografía Renal Selectiva
Tratamiento	
<p>Debe incluir todos los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bloqueador ARA II • Beta o Calcio bloqueador • Diurético • Alfa bloqueador 	

3 Angina estable

Definición

Dolor opresivo retroesternal con irradiación a mandíbula, cuello, hombro izquierdo, región cubital del brazo izquierdo o espalda que dura en promedio de 10 a 20 minutos, alivia al reposo con uso de nitratos.

Diagnóstico	<p>Clínico: Historia de dolor con esfuerzo Dolor opresivo retroesternal irradiado a cuello, mandíbula, hombro y brazo izquierdo. Dificultad para respirar, palpitaciones y náusea.</p>
Exámenes especiales	<p>En cada caso evaluar la indicación de los siguientes estudios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Electrocardiograma • Prueba de Esfuerzo ó • Ecocardiograma de Stress (no ejercicio)

Tratamiento

Antiagregante (Clopidogrel)
Estatina
Beta Bloqueador

Según Presión Arterial, agregar:

- Hipotensión: Nimodipina
- Presión Normal: Verapamilo
- Hipertensión: Dihidropiridina

4 Angina inestable

Definición

La angina se considera inestable cuando el dolor opresivo retroesternal ocurre únicamente con la actividad o el estrés, consiste en dolor súbito y empeora paulatinamente. Son características de la angina inestable el dolor que ocurre sin causa aparente, dura más de 15 a 20 minutos, no responde bien al tratamiento con nitritos y puede ocurrir junto con una caída en la presión arterial o dificultad respiratoria significativa.

Diagnóstico

Clínico:

Dolor retroesternal súbito que puede irradiarse al hombro, brazo, mandíbula, cuello, espalda y otras áreas.

Sensación de rigidez, opresión, compresión, ardor, asfixia, puede sentirse estando en reposo y no desaparece fácilmente con el uso de nitritos.

Exámenes especiales

En cada caso evaluar los siguientes estudios:

- Electrocardiograma
- Prueba Esfuerzo
- Monitoreo de Holter
- Eco Stress
- Cateterismo (coronariografía)
- SPECT cardiaco: para confirmar viabilidad miocárdica.

Tratamiento

- Medicamentos: Utilizar los mismos de la fase de angina estable.
- En presencia de lesiones circunscritas efectuar Angioplastia con Stent.
- En presencia de lesiones largas, difusas o múltiples, efectuar revascularización.

5 Infarto antiguo

Definición

Lesión secundaria a una isquemia severa, como consecuencia de la obstrucción de la circulación cardiaca, de más de un año de evolución.

Diagnóstico

Clínico:

El dolor puede recordarse o pudo ser asintomático.

Exámenes especiales

- Electrocardiograma
- ECO Stress
- Prueba de Esfuerzo

Tratamiento

Si hay disfunción ventricular, agregar bloqueador ARA II.

Si hay isquemia residual:

Leve: tratamiento médico.

Moderada a Severa: Coronariografía para decidir:

Angioplastia ó

Revascularización lesiones extensas o múltiples.

6 Infarto reciente

Definición

Cese súbito de circulación y oxigenación al músculo cardíaco, producido por una obstrucción total o casi total de una arteria coronaria.

La causa más común de obstrucción es la formación de un trombo, generalmente sobre una placa de ateroma erosionada, con la consecuente formación de trombo y activación de la cascada de la coagulación.

Diagnóstico	Clínico: Dolor retroesternal opresivo, con duración mayor de 20 minutos. Puede asociarse a: Disnea, sudoración, náusea, vómitos. Atípicamente puede haber disnea sin dolor torácico, dolor en cuello, mandíbula o dolor en epigastrio. Los síntomas atípicos se observan más frecuentemente en pacientes ancianos, diabéticos, hipertensos y en la raza negra.
Exámenes especiales	<ul style="list-style-type: none">• Electrocardiograma• Ecocardiograma (1er. Mes)• Análisis de Holter (2do. Mes)• Prueba de Esfuerzo ó ECO Stress (3er. Mes)
Tratamiento	
Reposo (3 meses) Tratamiento médico Si hay disfunción ventricular – Bloqueador ARA II Si hay Isquemia Residual: Leve: tratamiento médico Moderada ó severa: <ul style="list-style-type: none">- Angioplastia con Stent para lesiones circunscritas.- Revascularización: para lesiones extensas, múltiples	

7 Estenosis mitral

Definición:

Es el conjunto de cambios funcionales y clínicos que acompañan a la estrechez de la válvula mitral, se relaciona especialmente a la fiebre reumática y afecta mayoritariamente a las mujeres.

Diagnóstico	Clínico: Asintomático Disnea medianos esfuerzos Disnea pequeños esfuerzos Disnea reposo, paroxística nocturna y ortopnea Tos Fatiga Edema de miembros inferiores y tobillos
Exámenes especiales	Ecocardiograma: que revelará el área valvular y datos de hipertensión pulmonar.
Tratamiento:	
<ol style="list-style-type: none">1. Clopidogrel2. Diurético3. Bajar Frecuencia cardiaca (Beta bloqueador ó Verapamilo)4. Indicaciones de Cirugía en presencia de :<ol style="list-style-type: none">a. Embolismo Sistémicob. Aurícula izquierda dilatadac. Área Valvular <2 cm²d. Presión Arterial Pulmonar > 30 mm Hg.e. Presión Capilar pulmonar >15 mm Hg.	

8 Insuficiencia mitral

Definición:

Déficit del cierre de la válvula mitral durante la sístole que produce regurgitación a

la aurícula izquierda y al ventrículo izquierdo.

Diagnóstico	Clínico: Soplos sistólicos Astenia Fatiga Disnea Ortopnea Disnea paroxística nocturna Palpitaciones
Exámenes especiales	Ecocardiograma que revelará: Dilatación ventricular Dilatación auricular Datos de Hipertensión arterial y capilar pulmonar.
Tratamiento:	
Médico:	Diurético Digoxina
Cirugía en presencia de:	<ol style="list-style-type: none">1. Embolismo sistémico2. Aurícula izquierda aneurismática3. Insuficiencia moderada o severa4. Datos de Hipertensión arterial o capilar pulmonar5. Fibrilación auricular

9 Estenosis aórtica

Definición:

La estenosis aórtica es el estrechamiento u obstrucción de la válvula aórtica del corazón que impide que ésta se abra adecuadamente y bloquea el flujo sanguíneo desde el ventrículo izquierdo a la aorta.

Diagnóstico	Clínico: Síncope Disnea Palpitaciones Dolor precordial Soplo Cardíaco Cambios en la calidad del pulso del cuello
Exámenes especiales	Ecocardiograma para identificar: a. Hipertrofia ventricular b. Área valvular c. Gradiente transvalvular
Tratamiento:	
Médico:	Diurético Digoxina
Cirugía en presencia de:	<ol style="list-style-type: none">1- Hipertrofia ventricular2- Área valvular < 1cm²3- Gradiente transvalvular pico > 40 mm Hg (medio > 30 mm Hg).

10 Insuficiencia aórtica

Definición:

Es un trastorno de la válvula aórtica del corazón, caracterizado por reflujo de sangre desde la aorta hacia el ventrículo izquierdo, durante la diástole ventricular.

Diagnóstico	Clínico: Hipotensión Taquicardia Presencia de cuarto ruido a la auscultación cardiaca
--------------------	---

Exámenes especiales	Ecocardiograma que evidenciará:
	<ul style="list-style-type: none"> - Dilatación ventricular - Fracción de eyección - Grado de insuficiencia
Tratamiento:	
<ol style="list-style-type: none"> 1- Digoxina 2- Bloqueador ARA II 3- Bloqueador Alfa y Beta 4- Cirugía en presencia de : <ul style="list-style-type: none"> - Área valvular < 1.5 cm2. - Insuficiencia moderada o mayor. 	

11 Insuficiencia cardíaca

Definición:

Es una afección en la cual el miocardio ya no puede bombear suficiente sangre al resto del cuerpo.

Diagnóstico	Clínico: Disnea, Tos, Edema, Taquicardia, Palpitaciones, Ortopnea, Astenia
Exámenes especiales	Electrocardiograma Radiografía de Tórax Ecocardiograma que evidencia: Dilatación de cavidades Fracción de eyección disminuida Hipertensión pulmonar Hipertensión venocapilar
Tratamiento:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Digoxina 2. Diurético 3. Bloqueador ARA II 4. Bloqueador Alfa y Beta 	

12 Arritmia supraventricular

Definición:

Son un conjunto de alteraciones del ritmo cardíaco originadas por encima del Haz de His.

Clasificación:

- a. Extrasistólica
- b. Taquicardia

Diagnóstico	Clínico: Disnea Fatiga Palpitaciones
Exámenes especiales	Holter, con los siguientes hallazgos: <ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de extrasístoles - Bigeminismo y trigeminismo - Taquicardia autolimitada - Taquicardia prolongada
Tratamiento:	
Dar tratamiento farmacológico de acuerdo a hallazgos del Holter, si se presenta uno o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Extrasistolia > 10% - Bigeminismo y trigeminismo - Taquicardia limitada frecuente - Taquicardia prolongada. 	



Guías médicas

rápidas



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Cirugía



Índice

- 1 Apendicitis Aguda
- 2 Hernias de la pared abdominal
- 3 Colelitiasis
- 4 Colecistitis Aguda
- 5 Pie de Diabético
- 6 Insuficiencia venosa superficial
- 7 Enfermedad benigna de la mama
- 8 Obstrucción Intestinal
- 9 Abscesos de tejidos blandos
- 10 Perforación de víscera hueca

1

Apendicitis Aguda

Definición:

Enfermedad que se caracteriza por dolor abdominal agudo, referido a la fosa iliaca derecha, que se acompaña de irritación peritoneal.

Diagnóstico:

Clínico:

- Dolor: Inicialmente referido a la parte alta del abdomen y posteriormente a la fosa iliaca derecha, falta de apetito, vómitos y fiebre.
- Al examen: defensa abdominal, y signos de irritación peritoneal.

Laboratorio:

- Hematología: con leucocitosis.
- Orina: para excluir la posibilidad de infección urinaria.
- Rayos X de abdomen y Ultrasonido de acuerdo al criterio de especialista.

Tratamiento:

No Farmacológico:

Apendicetomía.

Farmacológico:

Profilaxis de infección:

- Amoxicilina Clavulanato 1.2 gm IV dosis única

En presencia de **APENDICITIS PERFORADA:**

- Ertapenem 1 gm IV cada 24 horas por 03 días.

En presencia de **APENDICITIS NO PERFORADA:** NO se indicará tratamiento antibiótico.

2

Hernias en la pared abdominal

Definición:

Se denomina así a la protrusión anormal de uno o más de los órganos contenidos en la cavidad abdominal a través de orificios congénitos o adquiridos de las capas músculo-fascio-aponeuróticas de la pared abdomino-pélvica.

Clasificación:

- Inguinales: Directa, indirecta o combinada. Crurales
- Umbilicales. Hipogástricas y Epigástricas.
- Incisionales.

Diagnóstico:

Clínico:

- Historia clínica y Examen físico refiriendo la presencia de masa herniaria.

Laboratorio:

- Ultrasonido, Rayos X y Tomografía Axial Computarizada para confirmar o descartar otras posibilidades diagnósticas de acuerdo con el criterio del especialista.
- Laboratorio clínico como preparación para cirugía.

Tratamiento:

No Farmacológico:

Quirúrgico:

- Efectuar la técnica quirúrgica indicada según sea el caso.

Farmacológico:

Profilaxis de Infección:

- Cefalotina 1 gramo IV dosis única.

3

Colelitiasis

Definición:

Enfermedad caracterizada por la presencia de cálculos (piedras) en la vesícula biliar.

Diagnóstico:

Clínico:

La litiasis biliar sintomática no complicada se manifiesta por episodios recurrentes de cólicos biliares.

Estudios especiales:

- Ultrasonido abdominal.
- Laboratorio: pruebas hepáticas y pancreáticas.

Tratamiento:

No farmacológico:

Quirúrgico:

- Colectomía abierta o video-laparoscópica.

Farmacológico:

Profilaxis de infección:

- Amoxicilina Clavulanato 1.2 gm IV dosis única.

4

Colecistitis aguda

Definición:

Dolor cólico agudo ocasionado por la presencia de cálculos en la vesícula biliar.

Diagnóstico:

Clínico:

- Dolor referido al hipocondrio derecho persistente (más de 12 horas).
- En caso de sobre infección o de obstrucción de las vías biliares: fiebre, malestar general e ictericia.

Estudios especiales:

- Ultrasonido abdominal.
- Laboratorio: pruebas hepáticas y pancreáticas.

Tratamiento:

No farmacológico:

Quirúrgico:

- Colectomía abierta o video-laparoscópica

Farmacológico:

En presencia de Colecistitis Aguda:

Profilaxis de infección:

- Amoxicilina -Clavulanato 1.2 gm IV dosis única.
- El tratamiento antibiótico debe continuarse de 01 a 03 días 1.2 gm IV cada 8 horas.
- Otro tratamiento antibiótico podrá indicarse dependiendo de los hallazgos operatorios.

5

Pie de diabético

Definición:

Infección, ulceración o destrucción de los tejidos profundos relacionados con alteraciones neurológicas y distintos grados de enfermedad vascular periférica en las extremidades inferiores que afecta a pacientes con Diabetes Mellitus.

Diagnóstico:

Clínico:

- Presencia de llaga, úlcera o herida abierta que generalmente se inicia en la planta del pie.

Estudios especiales:

- Rayos X para estudiar las estructuras óseas
- Angio Resonancia Magnética.
- Resonancia ósea magnética.
- Laboratorio

Tratamiento:

No farmacológico:

Quirúrgico:

- Lavado, desbridamiento, y tratamiento local de la infección.
- Amputación de acuerdo al criterio del especialista.

Farmacológico:

Antibiótico profiláctico y terapéutico de elección:

- Ertapenem 1 gm cada 24 horas.
- Otros antibióticos de acuerdo al criterio del especialista.

6

Insuficiencia venosa superficial

Definición:

Incapacidad del sistema venoso de los miembros inferiores para hacer retornar la sangre, de manera eficiente, al corazón y los grandes vasos, permitiendo estasis sanguínea que ocasiona dilatación de las venas.



Diagnóstico:

Clínico:

- Dolor intenso, pesadez o calambres en las piernas. Picazón y hormigueo.
- Dolor que empeora al pararse. Dolor que mejora al levantar las piernas.
- Dolor de pierna, a menudo descrito como pesadez o cansancio
- Edema de miembros inferiores.
- Venas varices visibles y palpables..
- Úlceras o llagas en la piel
- Engrosamiento y endurecimiento de la piel.

Estudios especiales:

- Doppler venoso de miembros inferiores.

Tratamiento:

No farmacológico:

Quirúrgico:

- Tratamiento local de úlceras, hemorragia e infección.
- Safenectomía total, parcial, ligadura, escleroterapia y resecciones parciales, de acuerdo al criterio del especialista.

Farmacológico:

Profilaxis de infección:

- Cefalotina 1 gm IV

En presencia de Úlcera Trófica: El antibiótico se indicará de acuerdo a cultivo bacteriológico y antibiograma. Otros antibióticos de acuerdo al criterio del especialista.

7 Enfermedad benigna de la mama

Definición:

Presencia de dolor, engrosamiento y protuberancias en el tejido de la glándula mamaria.



Diagnóstico:

Clínico:

- Dolor, pesadez y tumefacción visible o palpable en el tejido mamario.

Pruebas especiales:

- Mamografía, ultrasonido y biopsias de acuerdo al criterio de especialista.

Tratamiento:

No farmacológico:

Quirúrgico:

Resección quirúrgica de acuerdo al criterio de especialista.

Farmacológico:

Profilaxis de infección:

- Cefalotina 1 gm IV dosis única.

8 Obstrucción intestinal

Definición:

Es el bloqueo parcial o total del intestino que provoca su insuficiencia para evacuar los contenidos intestinales.

Diagnóstico:

Clínico:

- Alteración de la motilidad intestinal que ocasiona distensión, parálisis, dolor y desorden hidro-electrolítico y sistémico.
- Puede ser de origen metabólico o mecánico, intra o extraluminal.

Estudios especiales:

- Rayos X de tórax y abdomen.
- Ultrasonido y Tomografía Axial Computarizada, de acuerdo al criterio de especialista.
- Laboratorio: pruebas hepáticas, función renal, pruebas de coagulación y electrolitos.

Tratamiento:

No farmacológico:

Quirúrgico:

- Exploración abdominal y resolución de la causa de la obstrucción de acuerdo al criterio del especialista.

Tratamiento:

Farmacológico:

Profilaxis de infección (uno de los siguientes antibióticos):

- Clindamicina 600 Mgs IV cada 06 horas
- Ofloxacina 400 Mgs IV cada 12 horas

En presencia de hallazgos operatorios que lo justifiquen, debe continuarse el mismo esquema, el cual podrá variar dependiendo de cultivos bacteriológicos, antibiogramas y al criterio del especialista.

9

Abscesos de tejidos blandos

Definición:

Un absceso es la acumulación de pus, generalmente causada por una infección bacteriana.

Diagnóstico:

Clínico:

- Dolor espontáneo o a la presión.
- Sensibilidad, calor local, hinchazón y enrojecimiento
- Masa palpable o visible.

Estudios especiales:

- Rayos X, Ultrasonido, Tomografía Axial Computarizada y Resonancia Magnética de acuerdo al criterio de especialista.

Laboratorios:

- Frotis y cultivos de material purulento para determinar bacterias causales de la infección cuando se considere necesario de acuerdo al criterio de especialista.

Tratamiento:

No farmacológico:

Quirúrgico:

- Drenaje del absceso.

Farmacológico:

Antibióticos profilácticos y terapéuticos de elección:

Si el absceso es de localización perianal (uno de los siguientes antibióticos):

- Clindamicina: 600 Mgs IV cada 6 horas.
- Ofloxacina: 400 Mgs IV cada 12 horas

En caso de abscesos en otras regiones anatómicas:

- Clindamicina: 600 Mgs IV cada 6 horas.
- Cambio de antibióticos de acuerdo a cultivos y el criterio de los especialistas.

10

Perforación de víscera hueca

Definición:

Lesión perforante que afecta una víscera hueca como estómago, duodeno, intestino delgado o grueso.

Diagnóstico:

Clínico:

- Dolor abdominal intenso
- Fiebre
- Náuseas
- Vómitos

Estudios especiales:

- Rayos X de tórax y abdomen.
- Ultrasonido, Tomografía axial Computarizada o resonancia Magnética Nuclear, de acuerdo al criterio del especialista.
- Hematología, pruebas de coagulación, y exámenes complementarios.

Tratamiento:

No farmacológico:

Quirúrgico:

- Exploración abdominal para corregir la perforación de acuerdo al criterio del especialista.

Farmacológico:

Antibiótico profiláctico de elección:

- Ertapenem (inicialmente) 1 gm cada 24 horas.
- Otros antibióticos de acuerdo a los hallazgos operatorios o el criterio del especialista.

NOTA: Se hace la salvedad que cualquier patología de las arriba descritas u otras que trata Cirugía y que estén complicadas, se usarán los antibióticos correspondientes dependiendo de cultivos, y/o indicaciones de infectología. El tiempo del uso de antibióticos en este sentido depende de las indicaciones.



Guías médicas

rápidas



Dermatología



Índice

- 1 Onicomycosis y micosis cutáneas
- 2 Psoriasis
- 3 Dermatitis Seborreica
- 4 Vitiligo
- 5 Melasma
- 6 Infecciones por virus del papiloma humano
- 7 Acné vulgar
- 8 Erupciones polimorfas a la luz

1

Onicomicosis y micosis cutáneas

Definición:

Los hongos dermatofitos son un grupo capaz de colonizar tejidos como queratina que incluyen piel, pelo y uñas. La infección causada por estos microorganismos se conoce como tiña y los distintos cuadros clínicos se identifican según su localización:

- Tiña de la cabeza
- Tiña de la barba
- Tiña del cuerpo
- Tiña inguinal
- Tiña de la mano
- Tiña de las uñas u onicomicosis

Los agentes causales más frecuentes son tricofton rubrum, tricofton tonsurans, tricofton mentagrofites, mentagrofites gypseum y fulvun.

Diagnóstico:

Clínico:

Eritema local, prurito en la zona afectada, puede haber agrietamiento y fisuras en la piel.

Exámenes de Laboratorio:

- KOH
- Lámpara de Wood

Tratamiento:

Según el área y tipo de paciente:

Tiña de cabeza (más frecuente en niños)

Terbinafina de 125 a 250 mg diarios

Todas las demás tiñas, excepto uñas:

Terbinafina 1 diaria (250 mg) por 28 días

Itraconazol de 100 a 200 mg diarios por 14 a 28 días

Jabón de azufre

Imidazoles tópicos

Uñas de manos:

Itraconazol 400 mg diarios por 7 días cada mes, por 2 a 3 meses

Terbinafina 250 mg diarios por 3 a 4 meses

Uñas de pies:

Itraconazol 400 mg diarios por 7 días cada mes de 3 a 4 meses

Terbinafina 250 mg diarios de 3 a 6 o más meses



Pacientes multimedicados o intolerantes pueden usar fluconazol de 150 a 300 mg cada 8 días por 10 meses

Todos los pacientes deben tener pruebas hepáticas y según severidad hacer VIH.

2

Psoriasis

Definición:

Enfermedad común de la piel, inflamatoria, crónica y recidivante de causa desconocida con cierto grado de influencia genética.

Existen varias formas clínicas:

- Vulgar
- En gotas
- Inversa o de los pliegues
- Palmoplantar
- Ungueal
- De las mucosas
- Pustulosa generalizada
- Pustulosa anular
- Eritrodermia Psoriásica



Diagnóstico:

Clínico:

Placas bien definidas, descamación y eritema de superficie irregular de disposición simétrica preferiblemente en superficies extensoras como codos, rodillas, cuero cabelludo, llegando en algunas formas a ser graves con eritrodermia

En algunos casos es necesario hacer biopsia de piel.

Exámenes de Laboratorio:

Hemograma completo
Antiestreptolisinas
Acido Urico
Pruebas de Funcionamiento Hepático
Heces, orina
Nitrogeno de Urea y Creatinina
Glucosa
VIH, VDRL

Tratamiento:

Varía según la localización y la gravedad, los tratamientos previos y la edad del paciente. El tratamiento será tópico, sistémico o combinado.

Tratamiento tópico:

Corticosteroide tópico con o sin acido salicílico
Calcipotriol ungüento con esteroides tópicos sin acido salicílico
Metotrexate vía oral 12.5 mg a 25 mg cada 8 días
Acitretino en dosis de 25 a 50 mg diarios
Ciclosporina oral
Fototerapia UVA o NBUBV o sus combinaciones
Infliximab Intravenoso en aquellos pacientes que no responden a otras terapias.

3 Dermatitis seborreica

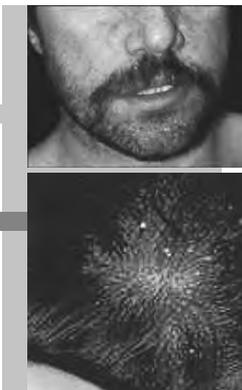
Definición:

Enfermedad descamativa ligeramente eritematosa de causa no conocida que afecta piel cabelluda, área retroauricular, cejas, surcos nasogenianos y ocasionalmente tórax anterior o posterior.

Diagnóstico:

Clínico:

Lesiones cutáneas
Parches sobre una gran área
Áreas de piel grasosa
Escamas en la piel: blancas o escamosas, o amarillentas, grasosas o pejagosas (caspa)
Prurito



Enrojecimiento leve
Pérdida del cabello

Exámenes de laboratorio:

Hemograma completo
VIH si las lesiones son extensas.

Tratamiento:

Piel cabelluda:

Champú de Piritionato de zinc
Loción de Betametasona

Si áreas extensas o muy severas:

Itraconazol 100 mg diarios por 7 a 14 días.

En áreas de cara o retroauriculares:

Esteroides como hidrocortisona,
Corticosteroides con ácido salicílico
Jabón neutro o de azufre
Combinaciones de esteroides en la mañana y cremas de pimecrolimus por la noche. Uso de protector solar en la mañana.

4 Vitiligo

Definición:

Enfermedad adquirida que consiste en la aparición de máculas acrómicas con distribución variable pero característica de las diferentes formas clínicas del mismo.

Diagnóstico:

Clínico:

Presencia de zonas de despigmentación en forma de máculas de crecimiento progresivo, de bordes nítidos y color blanco en las manos, los pies, los brazos, la cara, los labios, etc.

Exámenes de laboratorio:

Hemograma completo
Heces
Orina
VIH
VDRL



Química completa
Pruebas de tiroides

Tratamiento:

Tratamiento depende de la extensión, área afectada.
Esteroides tópicos, tipo hidrocortisona y el clobetasol según sea el caso
Calcipotriol ungüento en la noche o pimecrolimus,
Protectores solares durante el día
Multivitamínicos o vitamina C oral

En áreas extensas:

Fototerapia con Luz NBUBV.

5 Melasma

Definición:

Hiperpigmentación facial y ocasionalmente en antebrazos que aparece generalmente en mujeres, de causa no conocida pero en donde el color de la piel (genética) y la exposición a fuentes luminicas juegan un papel importante.

Diagnóstico:

Clínico:

Manchas de color café uniforme en las mejillas, en la frente, en la nariz, en el labio superior y con mucha frecuencia, es simétrica.

El diagnóstico es clínico y no necesita hacer exámenes complementarios.

Tratamiento:

Uso de protectores solares

No exponerse a la luz del sol especialmente de 9 de la mañana a 4 de la tarde.



6 Infecciones por virus del papiloma humano

Definición:

El virus del papiloma humano constituye una familia del virus ADN de doble hélice que se incluye dentro de la clase Papovavirus. El HPV origina en la piel lesiones benignas que se denominan verrugas. Se han identificado más de cien tipos.

Entre sus tipos morfológicos:

Verrugas vulgares, plantares, planas, filiformes y digitadas.

Verrugas anogenitales o condilomas acuminados es de transmisión sexual y clásicamente son tumores carnosos pediculados en área anogenital.

Diagnóstico:

Clínico:

Presencia de verrugas visibles en tejidos cutáneos y mucosos. Estas son de carácter benigno, persistente, recurrente y contagioso.

Exámenes de laboratorio:

Hematología
VIH
VDRL
Creatinina, Nitrógeno de Urea, Glucosa
Heces
Orina
Antiestreptolisina

Tratamiento:

Depende de la edad del paciente, el número de lesiones, la extensión, la localización, si es o no gestante, y el deseo de ser tratado.

Tópico:

En lesiones de piel según localización

Acido salicílico en colodión en la noche, más 5 fluoracilo en gel por el día, ambos en oclusión, multivitaminas o vitamina C.

Áreas extensas o periungueales la terapia anterior, si no mejoran agregar interferon pegilado semanal e isotretinoína a 20 mg diarios.

Si luego de concluir el tratamiento anterior por 9 a 16 semanas, aun persisten lesiones aplicar nitrógeno líquido. El mismo tratamiento para los condilomas acuminados con la opción de aplicar ácido tricloroacético o nitrógeno líquido o podofilina (contraindicada en el embarazo).



7

Acné vulgar

Definición:

Es una enfermedad inflamatoria crónica de la unidad pilosebácea de la cara y la parte superior del tronco que afecta un 85% de la población en la adolescencia y juventud.

Diagnóstico:

Clinico:

La lesión clínica fundamental es el comedón abierto o cerrado, pueden haber pápulas, pustulas, nódulos y quistes.



Exámenes de Laboratorio:

Hematología
Antiestreptolisina
Colesterol, triglicéridos, pruebas hepáticas,
Ultrasonido pélvico y pruebas hormonales en mujeres con acné severo o que no mejora.

Tratamiento:

Según la severidad de lesiones.
Jabón de azufre, peróxido de benzoilo por la noche 2 a 3 veces por semana por la noche, o ácido azelaico por la noche 2 a 3 veces por semana, Uso de protector solar por el día, Doxiciclina 100 mg.diarios de 3 a 6 meses. Si acné severo utilizar isotretinoína entre 0.5 y 1mg. por kilo día, hasta un total de 120 mg por kg
Otras medidas como la dieta, infiltración de esteroides en las lesiones, crioterapia.

Diagnóstico:

Clinico:

Su clínica incluye prurito, y lesiones polimorfas sobre todo en cara, antebrazos, v del escote, su curso es variable.

Exámenes de Laboratorio:

Hemograma completo

Tratamiento:

Evitar la exposición a la luz ultravioleta, protectores solares, antihistamínicos, cremas con esteroides solos o con ácido salicílico.



8

Erupciones polimorfas a la luz

Definición:

Es una respuesta retardada a la luz UV frecuente, compuesta de lesiones eritematosas, pápulas y pruriginosas o vesículas que a veces forman placas sobre zonas foto expuestas.



Guías médicas

rápidas



Ginecología y Obstetricia



Índice

- 1 Preeclampsia
- 2 Cardiopatía y embarazo
- 3 Dengue y embarazo
- 4 Diabetes y embarazo
- 5 Isoinmunización RH
- 6 Síndrome de Anticuerpos Antifosfolípidos
- 7 Amenaza de parto prematuro
- 8 Atonía uterina
- 9 Amenaza de aborto
- 10 Lupus y embarazo
- 11 Trombocitopenia y embarazo
- 12 Climaterio y menopausia

1

Preeclampsia

Definición

Cuadro caracterizado por hipertensión arterial con cifras de presión sistólica > de 140 y diastólica > de 90 detectada después de la semana 20 del embarazo, con alteración de las pruebas bioquímicas y/o alteración de función de órgano blanco.

Diagnóstico

Clínico

- Hipertensión arterial.
- Se clasifica en LEVE y GRAVE.
- Sus complicaciones más frecuentes son la Eclampsia, Síndrome de HELLP, y muerte materno-fetal.

Exámenes especiales

- Proteína en orina de 24 horas.
- Creatinina, ácido úrico
- Pruebas hepáticas (transaminasas y deshidrogenasa láctica) bilirrubinas total, directa e indirecta
- Hematología,
- Recuento de plaquetas, fibrinógeno, tiempos de protrombina y parcial de tromboplastina.
- Ultrasonido (para evaluación de líquido amniótico) diario
- NST (prueba no estresante o non stress test) diario
- Perfil biofísico
- Velocimetría doppler

Tratamiento

HOSPITALARIO (Tratamiento del cuadro agudo en la sección de labor y partos):

- Hidralazina intra venosa
- Sulfato de magnesio intra venoso o intramuscular

HOSPITALARIO Y AMBULATORIO

- Metoprolol
- Felodipina
- Alfametildopa
- Hidralazina
- Betametazona

2

Cardiopatía y embarazo

Definición

Patología cardíaca de origen anatómico o funcional con efecto sistémico cianógeno o no cianógeno que comprometa la salud materna y/o fetal durante la evolución del embarazo.

Diagnóstico

Clínico

Síntomas y signos propios de la enfermedad como son:

- Disnea paroxística nocturna
- Hemoptisis, cianosis, hipocratismo digital
- Ingurgitación yugular
- Crepitaciones bibasales
- Soplo sistólico, diastólico o cardiomegalia

Exámenes especiales

- Electrocardiograma.
- Eco cardiograma materno convencional y transesofágico.
- Eco cardiograma fetal.
- Arteriograma (según criterio de especialista cardiólogo).
- NST (prueba no estresante o non stress test) diario
- Ultrasonido (evaluación de líquido amniótico) diario

Tratamiento

NO FARMACOLOGICO:

QUIRURGICO: Consulta a "UNICAR" para corrección de patología cardíaca.

FARMACOLOGICO:

Tratamiento en unidad de cuidados intensivos dependiendo del caso.

MEDICAMENTOS: (De acuerdo a criterio de especialistas)

- Carvedilol
- Metoprolol
- Felodipina
- Propanolol
- Heparina de bajo peso molecular
- Betametazona
- Ambroxol
- Clindamicina (profiláctico de infecciones).
- Gentamicina (profiláctico de infecciones).

3

Dengue y embarazo

Definición

Proceso infeccioso de origen viral que compromete la salud materna y fetal. Se transmite a través de la picadura de la hembra del mosquito "Aedes aegypti" o del mosquito "Aedes albopictus".

Diagnóstico

Clínico

- Fiebre.
- Malestar general.
- Artralgias y mialgias.
- Erupción cutánea.

Exámenes solicitados

- Prueba inmunológica de dengue
- Hematología con recuento plaquetario cada 48 horas
- NST (prueba no estresante o non stress test) 2 veces por semana
- Ultrasonido (para evaluación de líquido amniótico) 2 veces por semana
- Ultrasonido hepático.
- Pruebas de función hepática.

Tratamiento (dependiendo de cuadro clínico)

- Sintomático por fiebre o dolor.
- Inmunoglobulina humana según criterio del especialista
- Metilprednisolona
- Prednisona
- Plasmaféresis de plaquetas
- Crioprecipitados
- Plasma fresco.

4

Diabetes y embarazo

Definición

Alteración del metabolismo de los hidratos de carbono por déficit de insulina o resistencia a la misma. Se trata de patología metabólica que se asocia al embarazo con más frecuencia.

Diagnóstico

Clínico

- Visión borrosa
- Fatiga
- Infecciones frecuentes, genito-uritarias y de la piel
- Polidipsia
- Poliuria
- Náuseas y vómitos.
- Pérdida de peso a pesar de aumento del apetito

Laboratorio

Exámenes especiales

- Hemoglobina glicosilada, glicemia sanguínea
- Examen de orina
- Orina de 24 horas (Depuración creatinina y proteínas)
- Curva de tolerancia a la glucosa
- NST(prueba no estresante o non stress test) 2 veces por semana
- Ultrasonido (para evaluación de líquido amniótico) 2 veces por semana
- Amniocentesis (para evaluar la madurez pulmonar fetal)
- Electro cardiograma
- Consulta a oftalmología

Tratamiento (de acuerdo a criterio del especialista)

- Insulina Gliargina
- Insulina NPH
- Insulina cristalina
- Metformina
- Betametazona (en algunos casos)
- Antibióticos profilácticos o terapéuticos dependiendo del caso.

5

Isoinmunización RH

Definición

Proceso Fisiopatológico que se caracteriza por la destrucción de eritrocitos fetales por anticuerpos maternos, cuando existe incompatibilidad por RH. Produciendo anemia severa e insuficiencia cardíaca fetal.

Diagnóstico

Clínico

- Ictericia
- Anemia severa
- Insuficiencia cardíaca fetal.

Laboratorio

Exámenes especiales

- Ultrasonido cada 15 días
- Coombs indirectos seriados
- NST (prueba no estresante o non stress test) 2 veces por semana
- Ultrasonido (para evaluación de líquido amniótico) 2 veces por semana
- Amniocentesis (para determinación de bilirrubinas).
- Doppler fetal (cerebral media)

Tratamiento

Farmacológico

- Betametazona (para madurez pulmonar)
- Inmunoglobulina humana según criterio del especialista
- Parto programado según afección fetal
- Atención neonatal por prematurez si así fuera el caso.

6 Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos

Definición

Perdida de dos o más embarazos, de manera recurrente, con muerte del producto a las 9 semanas, debido a defectos adquiridos de las proteínas de la sangre relacionados con trombosis.

Diagnóstico

- Trombosis Venosa
- Morbilidad en el Embarazo:
 - * 1 o más muertes inexplicables de un feto morfológicamente normal, más allá de las 10 semanas.
 - * 1 o más partos prematuros de un neonato morfológicamente normal antes de las 34 semanas.
 - * 3 o más abortos espontáneos consecutivos de causa inexplicable antes de las 10 semanas de gestación.

Laboratorio

Exámenes especiales

- Anticardiolipina VDRL.
- Anticoagulante lúpico
- Antifosfolípido
- Hematología de control y tiempo de protrombina.
- NST (prueba no estresante o non stress test) 2 veces por semana
- Ultrasonido (para evaluación de líquido amniótico) 2 veces por semana
- Velocimetría Doppler
- Ultrasonidos seriados

Tratamiento

Farmacológico

- Heparina de bajo peso molecular diaria
- Betametazona
- Calcio
- Aspirina 80-100 mgs/día
- Prednisona
- Inmunoglobulinas

7 Amenaza de parto prematuro

Definición

Contracciones uterinas que produzcan cambios cervicales antes del término, después de las 28 y antes de las 37 semanas, con membranas ovulares íntegras.

Diagnóstico

Clínico

- Cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal
- Sangrado vaginal durante las primeras 20 semanas de embarazo

Laboratorio

Exámenes especiales

- Hematología completa
- Proteína "C" Reactiva.
- Glucosa sanguínea
- Urocultivo
- Examen de orina
- NST (prueba no estresante o non stress test) 1 vez por semana
- Ultrasonido (para evaluación de líquido amniótico) 1 vez por semana
- Amniocentesis

Tratamiento

Farmacológico

- Ritodrina (presentación intra venosa y vía oral)
- Calcio antagonistas
- Betametazona
- Indometacina (rectal)
- Sulfato de magnesio
- Fenobarbital
- Ambroxol (intra venoso)
- Heparina de bajo peso molecular (para prevención de trombosis por reposo absoluto)
- Antibióticos profilácticos o terapéuticos según sea el caso.

8

Atonía uterina

Definición

Fracaso del útero para contraerse adecuadamente después del parto, asociado a la pérdida de más de 500 cc de sangre después de un parto o de más de 1000 cc después de una cesárea. Se presenta con más frecuencia en embarazos gemelares y con el uso de útero-inhibidores.

Diagnóstico

Clínico

- Hemorragia vaginal profusa
- Signos clínicos de choque hemorrágico.

Laboratorio

Exámenes especiales

- Hematología completa
- Química sanguínea
- Frote periférico
- Pruebas de coagulación
- Gases arteriales
- Compatibilidad

Tratamiento

Tratamiento en unidad de intensivo (en casos graves)

Medicamentos

- Colocación de catéter central (de acuerdo al criterio del médico)
- Oxitocina
- Metilergonovina
- Misoprostol

- Carbetocina
- Soluciones cristaloides
- Transfusión de sangre y/o hemoderivados
- Hemaecel
- Gluconato de calcio
- Medias neumáticas

9

Amenaza de aborto

Definición

Hemorragia vaginal de cualquier intensidad durante la primera mitad del embarazo, con o sin dolor.

Diagnóstico

Clínico

- Dolor abdominal tipo cólico
- Hemorragia vaginal

Exámenes solicitados

- Prueba de embarazo en sangre cualitativa y cuantitativa
- Ultrasonido
- Hematología completa
- Pruebas de coagulación
- Compatibilidad de grupo y RH
- Orina
- Urocultivo
- TORCH.

Tratamiento

- Caproato de hidroxiprogesterona
- Progesterona oral micronizada
- Indometacina (rectal)
- Fenobarbital
- Antibióticos en caso de infección
- Reposo (según criterio médico)
- Heparina de bajo peso molecular (para pacientes en reposo) según criterio del especialista.

10

Lupus y embarazo

Definición

Enfermedad inmunológica con daño a nivel hematológico, renal, con grado de insuficiencia placentaria y afección materna multisistémica.

Diagnóstico

Clínico

- Manifestaciones cutáneas, y en las mucosas
- Artritis.
- Manifestaciones renales.
- Cefalea.
- Convulsiones.
- Mareos.
- Cambios en el comportamiento.
- Síntomas visuales, fotosensibilidad.
- Manifestaciones cardíacas o pulmonares.

Laboratorio

Exámenes especiales

- Anticardiolipina VDRL
- Anticoagulante lúpico
- Antifosfolípidos.
- Anti DNA
- Tiempos de coagulación
- Factor reumatoide
- C3 y C4
- Orina
- Orina de 24 horas (Creatinina y Proteínas)
- Anticuerpos antinucleares
- Hematología de control
- Coombs
- Frote periférico
- Química sanguínea frecuentes
- NST (prueba no estresante o non stress test) diario
- Ultrasonido (para evaluación de líquido amniótico) diario
- Eco cardiograma fetal
- Doppler fetal

Tratamiento

Medicamentos

- Heparina de bajo peso molecular diaria
- Betametazona
- Prednisona
- Azatioprina
- Metoprolol
- Ciclofosfamida
- Metilprednisolona
- Antipalúdicos
- Glucocorticoides
- Aspirina

11

Trombocitopenia y embarazo

Definición

Descenso plaquetario durante el embarazo, idiopáticos o asociados con trastornos como anemia hemolítica, preeclampsia o eclampsia, hemorragias obstétricas graves, coagulopatía de consumo, sepsis, lupus, Síndrome de anticuerpos Antifosfolípidos, anemia megaloblástica, drogas, infecciones virales, alergias, anemia aplásica y radiación.

Diagnóstico

Clínico

- Hemorragia.
- Petequias y púrpura.
- Flictenas hemorrágicas.
- Hematomas.
- Fiebre e hipotensión.
- Hipoxia y acidosis.
- Acrocianosis.

Laboratorio

Exámenes especiales

- Hematología de control
- Frote periférico
- Pruebas de coagulación
- NST (prueba no estresante o non stress test) diario
- Ultrasonido (para evaluación de líquido amniótico) diario
- Laboratorios específicos de cada enfermedad de las antes mencionadas.

Tratamiento

Farmacológico

- Inmunoglobulina humana
- Betametazona
- Prednisona
- Metilprednisolona
- Plasma fresco congelado
- Plasmaféresis de plaquetas.

12

Climaterio y menopausia

Definición

La menopausia es el período en el que tienen lugar el cese permanente de la menstruación tras la desaparición de la actividad ovárica. Climaterio indica el período en que una mujer avanza de la etapa reproductora de la vida a los años pos menopáusicos pasando por la transición perimenopáusica y la menopausia.

Diagnóstico

Clínico

- Variación de los periodos menstruales.
- Golpes de calor.
- Sudoración nocturna e insomnio.
- Sequedad vaginal y dispareunia.
- Tendencia a las infecciones vaginales y urinarias (disuria).
- Tendencia a la osteoporosis.
- Cambios emocionales.
- Disminución de la libido.
- Aumento de peso.
- Pérdida del cabello.

Laboratorio

Exámenes especiales

- Colesterol
- Papanicolaou
- Ultrasonido pélvico y mamario, mamografía.
- Triglicéridos
- Perfil de lípidos
- FSH (Hormona Folículo-Estimulante)
- LH (Hormona Luteinizante)
- Estradiol
- Progesterona
- Pruebas Tiroideas
- Densitometría ósea

Tratamiento

Medicamentos

- Estrógenos conjugados vía oral y/o crema vaginal
- Estradiol vía oral o transdérmica (tratamiento para 4 meses)
- Estradiol con Noretisterona vía oral o transdérmica (tratamiento para 4 meses)
- Progesterona vía oral micronizada.
- Alendronato en casos de osteopenia u osteoporosis
- Vitaminas D y E.
- Calcio.



Guías médicas

rápidas



Medicina Interna



Índice

- 1 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- 2 Evento cerebro vascular
- 3 Neumonía adquirida en la comunidad
- 4 Diabetes mellitus
- 5 Dengue
- 6 Asma bronquial
- 7 Síndrome diarréico

1

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Definición

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por la presencia de obstrucción crónica, poco reversible, al flujo aéreo y asociada a una reacción inflamatoria anómala de la vía aérea frente a partículas nocivas o gases.

Clasificación	Según el Volumen de Expiración Forzada (FEV)
	Leve: FEV1% > 80% Moderado: FEV1% >50 y < 80 Grave: FEV1% >30 y <50 Muy grave: FEV1% < 30%
Diagnóstico	Clínico: <ul style="list-style-type: none"> Tos crónica. Expectoración Disnea
Exámenes Especiales	<ul style="list-style-type: none"> Espirometría Rayos X de tórax Hematología completa Gasometría arterial Volúmenes pulmonares Prueba de difusión Prueba de esfuerzo Índice de Masa Corporal Escala de disnea Electrocardiograma Ecocardiograma (si se sospecha hipertensión pulmonar). Alfa-1-Antitripsina y esputo (dependiendo de criterio de especialista).
Tratamiento	
No Farmacológico:	
<ul style="list-style-type: none"> Abandono del consumo de tabaco Actividad física, Vacunaciones: vacuna antigripal y/o vacuna antineumocócica en mayores de 65 años. 	

Farmacológico:

- Broncodilatadores de acción corta: salbutamol y bromuro de ipratropio.
- Bronco dilatadores de acción prolongada: formoterol y bromuro de tiotropio.
- Glucocorticoides inhalados: budesonida
- Teofilina
- Antibioticoterapia dependiendo del criterio del clínico y resultados de frotis de Gram y cultivos.
- Oxigenoterapia domiciliar: en pacientes graves con PaO2 (presión arterial de oxígeno) menor de 60 mm de Hg, en presencia de poliglobulia o signos de insuficiencia cardiaca derecha.

2

Evento cerebro vascular

Definición

Lesión del sistema nervioso central ocasionada por daño en la circulación sanguínea del tejido cerebral. Puede ser de origen trombótico o hemorrágico.

Diagnóstico	Clínico: <ul style="list-style-type: none"> • Signos neurológicos asociados según irrigación y localización de la lesión. • Instalación aguda, deterioro de la conciencia. • Hemiparesia, hemiplejía, hemianestesia, hemianopsia. • Perdida de la visión, diplopía, nistagmos. • Disartria, afasia. • Cefalea.
	<ul style="list-style-type: none"> • Hematología completa, glicemia, creatinina, perfil de lípidos, electrolitos y tiempos de coagulación. • Tomografía cerebral • Electrocardiograma • Ecocardiograma (según criterio del clínico) • Resonancia magnética en caso de lesiones isquémicas pequeñas (según el criterio del clínico)
Exámenes Especiales	

Tratamiento

No Farmacológico:

- Mantener vía aérea libre.
- Cuidado hospitalario

Farmacológico:

- Tratamiento de la hipertensión arterial (según el criterio del clínico).
- Hidratación.
- Prevención de la trombosis venosa mediante el uso de heparina de bajo peso molecular: tinzaparina 3,500 UI sub-cutánea cada 24 horas.
- Tratamiento de las convulsiones: difenilhidantoína, ácido valpróico.
- Nimodipina 30 mgs. cada 6 horas.
- Tratamiento antiedema: manitol al 15%, 1 gramo por kilo de peso, cada 8 horas.

En casos de evento hemorrágico con hipertensión intracraneana

- Manitol
- Hiperventilación PCO2 entre 25 y 30 mmHg

En eventos isquémicos transitorios

- Manejo de factores de riesgo
- Ácido acetil salicílico 325 mgs al día ó
- Clopidrogel 75 mgs al día

3 Neumonía adquirida en la comunidad

Definición

Se define como una infección de las vías respiratorias inferiores en un paciente no hospitalizado que se asocia a sintomatología de infección aguda con o sin infiltrados en una radiografía de tórax.

Diagnóstico

- Tos, persistente con o sin secreciones.
- Fiebre
- Escalofríos
- Fatiga
- Disnea
- Dolor torácico tipo pleurítico.
- Síntomas generales como mialgias y cefalea.
- Estertores y/o sibilancias, matidez a la percusión.

Exámenes Especiales

- Rayos X de tórax
- Oximetría
- Hematología, glicemia, nitrógeno de urea y creatinina.

Tratamiento

Ambulatorio o intrahospitalario, dependiendo del criterio clínico.

No Farmacológico:

Vacunas

- Vacuna Influenza: En todo adulto mayor y otras personas con riesgo de complicaciones graves por influenza o sus contactos.
- Vacuna anti pneumococica: en pacientes mayores de 65 años, con enfermedades concurrentes específicas de muy alto riesgo.

Hospitalario:

Criterios de Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos:

De acuerdo a la opinión del clínico y si se cumplen los criterios siguientes:

Uno de dos criterios mayores:

- Necesidad de ventilación mecánica,
- Shock séptico

Dos de tres criterios menores:

- Presión arterial sistólica menor o igual a 90 mmHg;
- Compromiso pulmonar multilobar;
- PaO₂/FiO₂ < 250.

Dos de los cuatro criterios siguientes (según la Sociedad Torácica Británica)

- Frecuencia respiratoria mayor o igual de 30 respiraciones por minuto
- Presión arterial diastólica menor o igual de 60 mm Hg;
- Nitrógeno de urea mayor de 19,1 mg/dl. ;
- Disminución del nivel de conciencia.

Farmacológico:

Antibióticos sugeridos:

- Macrólidos: claritromicina, azitromicina
- Fluoroquinolona: moxifloxacino.
- Beta-lactámico o cefalosporina: ceftriaxona, cefepime, ertapenem, amoxiciclina-ácido clavulanato.
- Antipseudomonas: imipenem, meropenem, piperacilina, tazobactam.
- Aminoglicósido: gentamicina, amikacina.

Terapia empírica inicial ante la sospecha de neumonía adquirida en la comunidad:

Paciente ambulatorio: (previamente saludable)

- Si no ha tenido tratamiento antimicrobiano reciente: claritromicina 500 mgs. vía oral cada 12 horas, azitromicina 500 mgs. día o doxiciclina 100 mgs cada 12 horas.
- Con tratamiento antimicrobiano reciente: moxifloxacino 400 mgs. cada 24 horas vía oral.

Pacientes con morbilidades asociadas:

(Tales como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o enfermedad maligna).

- Si no ha tenido tratamiento antimicrobiano reciente: un macrólido avanzado o una fluoroquinolona respiratoria.
- Con tratamiento antimicrobiano reciente: una fluoroquinolona respiratoria sola o, un macrólido avanzado más beta-lactámico.
- Ante la sospecha de aspiración: amoxicilina-clavulanato o clindamicina
- Ante la sospecha de influenza asociada a infección bacteriana: un beta-lactámico o fluoroquinolona respiratoria.

Pacientes hospitalizados:

- Si no ha tenido tratamiento antimicrobiano reciente: fluoroquinolona respiratoria sola o, un macrólido avanzado más un beta-lactámico
- Con tratamiento antimicrobiano reciente: un macrólido avanzado más un beta-lactámico o una fluoroquinolona respiratoria sola. (Selección de acuerdo al criterio del clínico).

Pacientes hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos:

- Si la infección NO es por pseudomonas: un beta-lactámico más un macrólido avanzado o una fluoroquinolona respiratoria.
- Si NO hay infección por pseudomonas: pero existe alergia a beta-lactámico: una fluoroquinolona respiratoria con o sin clindamicina.
- Ante la presencia de Infección por pseudomonas: un agente anti pseudomonas más ofloxacina o un agente anti pseudomonas más un aminoglicósido más una fluoroquinolona respiratoria o un macrólido.

4 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 o fallo de varios órganos, especialmente vasos sanguíneos, nervios, ojos, corazón y riñones.

Diagnóstico

- Antecedentes familiares de diabetes y otros desordenes endócrinos.
- Polifagia, polidipsia, poliuria.
- Pérdida de peso.
- Visión borrosa, mareos.

Exámenes Especiales

- Glicemia,
- Hemoglobina A1c (HbA1c).
- Hematología completa
- Nitrógeno de urea y creatinina, sodio, potasio, calcio.
- Perfil lipídico y hepático.
- Orina.
- Electrocardiograma.
- Curva de tolerancia a la glucosa con niveles de insulina a pacientes que presentan una medición de 100-125 mg. / dl. de glicemia sérica en ayunas.
- No utilice la HbA1c para el diagnóstico de diabetes.
- Otras pruebas de acuerdo al criterio del clínico.

Tratamiento

No Farmacológico:

- Nutrición adecuada
- Actividad física
- Omisión de tabaco
- Manejo del estrés

Farmacológico

- Biguanidas: (metformina)
- Secretagogos de insulina: (netaglinida)
- Glitazonas: (pioglitazona)
- Inhibidores de la dipeptidil peptidasa (sitagliptina)
- Terapia de insulina en diabetes mellitus

5 Dengue

Definición

Enfermedad viral de carácter endémico-epidémico transmitido por mosquitos del género Aedes, principalmente por el Aedes Aegypti que constituye hoy la arbovirosis más importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad y afectación económica.

Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre recurrente, que dura de 2 a 7 días sin casusa aparente al examen físico. • Artralgias y mialgias en articulaciones mayores, cefalea frontal, dolor retroorbitario. • Malestar general, adinamia y exantema. • Dolor abdominal y diarrea discreta. • Manifestaciones hemorrágicas tales como: petequias, sangrado gingival, hematomas, menstruaciones abundantes.
Exámenes Especiales	<ul style="list-style-type: none"> • Marcadores serológicos IgG e IgM para dengue. • Hematología completa, recuento de plaquetas. • Pruebas de funcionamiento hepático, transaminasas oxalacetica y pirúvica. • Tiempo de protrombina y parcial de tromboplastina. • Nitrógeno de urea y creatinina. • Proteínas totales, gasometría, ionograma y otras pruebas de acuerdo al criterio del clínico.
Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Si no existen manifestaciones hemorrágicas, deshidratación e hipotensión, puede indicarse tratamiento en el hogar, de acuerdo al criterio del clínico. <p>Si no hay síntomas hemorrágicos y los niveles de plaquetas se encuentran entre 50,000 y 100,000, pero el estado de hidratación es dudoso, y existe la posibilidad de choque:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicar tratamiento sintomático por dolor y fiebre. • No usar esteroides y/o inmunoglobulinas. • Hidratación del paciente según lo requiera. • Si el control de plaquetas se encuentra entre 80,000 y mayor de 100,000: se puede indicar egreso con seguimiento en su unidad con hoja de atención de urgencias y referencia a su unidad periférica. <p>Pacientes con síntomas hemorrágicos y con nivel de plaquetas menor o igual a 50,000:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metilprednisolona intravenoso. (uso de acuerdo al criterio del clínico). • Inmunoglobulinas: restringido. (uso de acuerdo al criterio del clínico) • Protector gástrico: antiácidos e inhibidores de la secreción gástrica. • Tratamiento sintomático por dolor y fiebre. 	

6 Asma bronquial

Definición

Desorden crónico inflamatorio de la vía aérea, con una obstrucción usualmente reversible, ya sea espontáneamente o con tratamiento.

Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad respiratoria, disnea, opresión de pecho, tos. • Historia familiar de asma. • Exposición a alérgenos, contaminantes ambientales, químicos. • Infecciones bacterianas o virales. • Sibilancias respiratorias, signos de hiperinsuflación.
Exámenes Especiales	<ul style="list-style-type: none"> • Hematología completa, glucosa, nitrógeno de urea, creatinina. • Rayos X de tórax. • Phadiatop, prueba de desgranulación de basófilos, prueba de liberación de histamina, marcadores de inflamación, determinación de inmunoglobulina E, de acuerdo al criterio del clínico. • Oxigenometría, de acuerdo al criterio del clínico.
Clasificación	
<p>Clasificación de “asma” dependiendo de la severidad de los síntomas:</p> <p>A. Asma leve intermitente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas nocturnos que no desencadenan crisis en número de 1 a 2 por semana. • Peak Flow (medida de flujo espiratorio máximo) según edad de paciente y altura entre el 80-100%. • No refiere síntomas sistémicos ni datos de infección respiratoria. • Usa inhalador ocasionalmente. Las crisis no se desencadenan por actividades físicas severas. <p>B. Asma leve persistente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas nocturnos de 2 a 3 veces por semana que si desencadenan cuadro de crisis. • Peak Flow según edad de paciente y altura entre 70-80%. • Sensación leve de disnea que revierte con inhaladores. • Usa inhalador ocasionalmente pero en relación con crisis desencadenadas por actividades físicas fuertes. 	

C. Asma moderada persistente.

- Síntomas nocturnos y diurnos de 2-3 veces por semana que si desencadenan cuadro de crisis.
- Peak Flow según edad de paciente y altura entre 60-80%.
- Disnea moderada que provoca "acortamiento de la conversación".
- Revierte levemente con inhaladores, pero vuelve a crisis.
- Síntomas sistémicos como fatiga y/o fiebre.
- Taquipnea.
- Datos de proceso infeccioso pulmonar.
- El uso de inhalador es persistente, desencadenado por actividad diaria, sin esfuerzo.

D. Asma severa persistente.

- Presenta crisis durante el interrogatorio.
- Peak Flow según edad de paciente y altura menor de 60%.
- Disnea que no revierte con inhaladores (persiste en crisis).
- Síntomas de fatiga respiratoria y desaturación de oxígeno sanguíneo.
- Antecedentes de proceso alérgico o proceso infeccioso pulmonar desencadenantes.
- La crisis se inicia sin relación a actividad física, el uso de inhalador no alivia los síntomas respiratorios.
- Puede presentar fallo respiratorio.

Tratamiento

Tratamiento del "asma" dependiendo de la severidad de los síntomas:

A. Asma leve intermitente.

1. Nebulizaciones en número de 3 constantes según necesidad del paciente.
2. Reevaluación de cuadro de paciente.
 - Si mejora plan educacional y seguimiento en su unidad con hoja de atención de urgencias.
 - Dar tratamiento inhalado según necesidades del paciente previo a su referencia a su unidad periférica (no mayor de 24 hrs).
 - Plan educacional.

B. Asma leve persistente.

1. Nebulizaciones en número de 3 constantes, según necesidad del paciente.
2. Reevaluación de cuadro de paciente.
 - Si mejora, plan educacional y seguimiento en su unidad con hoja de atención de urgencias.
 - Dar tratamiento inhalado según necesidades del paciente

previo a su referencia a su unidad periférica (no mayor de 24 hrs).

- Plan educacional.

3. Paciente no mejora cuadro en crisis:

- Nebulización en número de 3 constantes, según necesidad del paciente.
- Uso de Corticosteróide inhalado o inyectado según criterio médico.
- Añadir a nebulizaciones uso de bromuro de ipratropium para mejor control de crisis.
- Reevaluación; si hay mejoría: indicar plan educacional y seguimiento en su unidad con hoja de atención de urgencias.
- Dar tratamiento inhalado según necesidades del paciente.

4. Paciente persiste con bronco espasmo y no mejora:

- Terapia nebulizadora intermitente por 24 hrs.
- Añadir Antibióticos e inhibidores de liberación de histamina, junto con nebulizaciones según la necesidad del paciente de acuerdo al criterio médico.
- Dependiendo de control de análisis de laboratorio que podrían indicar severidad de la crisis, determinar respuesta para seguimiento.
- Si mejora, se da egreso y plan educacional
- Si no mejora después de 24 horas de tratamiento, se indica tratamiento selectivo e intermitente. (de acuerdo al criterio de los especialistas).

C. Asma moderada persistente.

1. Terapia nebulizadora constante
2. Descartar procesos infecciosos o inflamatorios.
3. Uso de antibióticos sistémicos de acuerdo al criterio del clínico.
4. Terapia respiratoria dependiendo del caso.

D. Asma severa persistente.

1. Terapia nebulizadora constante.
2. Establecer los factores de riesgo y tratarlos.
3. Seguimiento con especialista, considerar el uso de ventilación mecánica según sintomatología y evolución del paciente.

7

Síndrome diarreico

Definición

Cuadro de comienzo brusco y duración limitada (hasta 14 días) caracterizado por alteración de la consistencia de la materia fecal por mayor contenido líquido con o sin aumento de frecuencia o elementos patológicos (mucus, pus o sangre).

Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">• Aumento en el número de evacuaciones.• Cambio en consistencia de heces.• Alteración en la absorción de alimentos.• Síntomas sistémicos: mareos, náusea, vómitos, cefalea, dolor abdominal, deshidratación.
Exámenes Especiales	<ul style="list-style-type: none">• Hematología, glicemia, nitrógeno de urea y creatinina.• Heces y frotis de materia fecal. Parasitológico fecal.• Coprocultivo dependiendo del criterio del clínico.• Rayos X de abdomen ante la sospecha de obstrucción y/o perforación intestinal, dependiendo del criterio del clínico.• Rayos X de tórax dependiendo del criterio del clínico.
Tratamiento	
Tratamiento dependiendo de la severidad de la diarrea:	
A. Leve:	<ul style="list-style-type: none">• Uso de Terapia de rehidratación oral.• Tratamiento sintomático• Plan educacional.• Referirlo a unidad periférica para seguimiento antes de 24 horas.
B. Moderada:	<ul style="list-style-type: none">• Uso de terapia de rehidratación oral.• Plan educacional.• Uso de antibióticos dependiendo del cuadro clínico y del criterio del clínico.• Considerar Hidratación Intra Venosa si paciente no tolera hidratación por vía oral.• Si hay mejoría clínica y su hidratación es adecuada referirlo a unidad periférica para seguimiento antes de 24 hrs.• Añadir a terapia antibiótica según necesidades de paciente, epidemiología y criterio del clínico.

C. Severa:

- Deshidratación importante. (PA diastólica entre 60-80 mmHg)
- Puede presentarse alteración hemodinámica.
- Taquicardia, taquipnea, alteración de la conducta
- Realizar pruebas renales para determinar fallo renal.

1. Sin Shock Hipovolémico.

- Uso de Hidratación Intra Venosa (IV) rigurosa (Solución salina normal, 1000 CC IV en bolus administrar en 30 minutos y luego cada 4 hrs hasta recuperar hidratación.
- En presencia de fallo renal: controles de niveles de creatinina y nitrógeno de urea. Si Creatinina regresa a valores entre 1.9 a 2.1 y Nitrógeno de Urea entre 35 y 22, se puede indicar egreso para seguimiento en su unidad de consulta.
- Uso de antibióticos según análisis de heces, epidemiología, y criterio del clínico.

2. Con shock Hipovolémico.

- Ingreso.
- Colocación de vía intravenosa central para administrar fluidos intravenosos según mediciones de Presión Venosa Central (PVC) y de acuerdo al criterio de los clínicos.
- Ante la presencia de fallo renal tratarla rigurosamente con fluidos Intra Venosos según PVC de acuerdo al criterio de los clínicos.
- Uso de antibióticos según análisis de heces, epidemiología, y criterio del clínico.



Guías médicas

rápidas



Neurología



Índice

- 1 Epilepsia
- 2 Migraña
- 3 Cefalea tensional
- 4 Trastornos de sueño
- 5 Neuropatía diabética
- 6 Neuropatía periférica
- 7 Isquemia cerebral
- 8 Enfermedad de Parkinson
- 9 Hemorragia cerebral
- 10 Síndrome convulsivo

1 Epilepsia

Definición

Crisis de origen cerebral producto de una descarga paroxística e hipersincronica que afecta a grupos de neuronas (crisis parciales o focales) o al conjunto de neuronas corticales (crisis generalizadas).

Causas	<p>Entre los 18-25 años: Idiopática Traumatismo Infeccioso Malformaciones arteriovenosas</p> <p>Entre los 25-60 años: Alcoholismo Tumores cerebrales Traumatismo Epilepsia residual Inflamaciones/vasculitis</p> <p>Arriba de los 60 años: Enfermedad cerebro vascular Metástasis o tumores cerebrales</p>
Diagnóstico	<p>Clínico: Presencia de aura sensorial Convulsiones tónico clónicas</p>
Laboratorio	<p>Exámenes especiales Hematología completa y química sanguínea. Electroencefalograma. Mapeo cerebral y neuroimágenes (Según hallazgos de Electroencefalograma y de acuerdo al criterio del especialista) Punción lumbar (según sospecha de etiología infecciosa)</p>
Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Ácido valproico • Fenitoína • Carbamazepina • Clonazepam • Lamotrigina • Topiramato 	

2 Migraña

Definición

Cefalea de focalización unilateral que suele asociarse a un tipo de aura (fosfenos, acufenos, parestesias) de duración variable, mayor a 3 hrs, con periodos de aumento o exacerbación del dolor.

Causas	<ul style="list-style-type: none"> • Emocionales (estrés, angustia, depresión, conflictos) • Ambientales (olores intensos, humo, tabaco, luz brillante, cambios climáticos y de temperatura) • Hormonales (menstruación, anticonceptivos, terapia estrogenica) • Trastornos del sueño (demasiado, insuficiente o interrumpido) • Alimenticios (café, alcohol, embutidos, chocolate) • Físicos (ejercicio intenso, actividad sexual).
Diagnóstico	<p>Clínico En base a historia clínica</p>
Laboratorio	<p>Exámenes especiales: Neuroimágenes (de acuerdo a criterio de especialista) Electroencefalograma (de acuerdo a criterio de especialista) Mapeo cerebral (de acuerdo a criterio de especialista)</p>
Tratamiento	
<p>Medicamentos</p> <p>Agudo o de ataque</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triptanos • Ergotaminicos • AINES (Antiinflamatorios No Esteroides) <p>Preventivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beta bloqueadores • Antidepresivos • Antagonistas del calcio • Neuromoduladores 	

3

Cefalea tensional

Definición

Se refiere al dolor o molestia en la cabeza, el cuero cabelludo o el cuello, generalmente asociado a tensión de los músculos en esta área; puede ser de origen psicógeno o idiopático.

Causas	Tensión y ansiedad Fatiga física y mental Espasmos musculares
Diagnóstico	Clínico Por historia y evolución clínica Cefalea primaria episódica, de intensidad y frecuencia variable y localización cambiante con o sin hipersensibilidad dolorosa pericraneal
Tratamiento	
Relajantes musculares:	
<ul style="list-style-type: none">• Tetracepam• Tizanidina• Orfenadrina	
Analgésicos:	
<ul style="list-style-type: none">• Paracetamol• ASA• AINES	
Ansiolíticos:	
<ul style="list-style-type: none">• Alprazolam• Clonazepam	
Antidepresivos:	
<ul style="list-style-type: none">• Clomipramina• Imipramina	

4

Trastornos del sueño

Definición

a. Insomnio: incapacidad para conciliar el sueño, despertares frecuentes y/o prolongados, con sensación de no dormir adecuadamente y muy asociado a somnolencia diurna.

b. Hipersomnia: Aumento del sueño o necesidad constante o muy frecuente de dormir con duración muy prolongada del periodo de sueño.

Causas	Estrés Enfermedad orgánica Medicamentos Fatiga física Ambiental Depresión
Diagnóstico	Clínico De acuerdo a historia y evaluación clínica
Laboratorio	Exámenes especiales <ul style="list-style-type: none">• Polisomnograma (de acuerdo a criterio del especialista)• Electroencefalograma (de acuerdo a criterio del especialista)• Neuroimágenes (de acuerdo a criterio del especialista)• Química sanguínea
Tratamiento	
a. Insomnio:	
<ul style="list-style-type: none">• Derivados benzodiazepínicos (alprazolam, clonazepam, midazolam)• Relajantes musculares (tetracepam, orfenadrina, tizanidina).	
b. Hipersomnia:	
<ul style="list-style-type: none">• Antidepresivos: (clomipramina, imipramina)	

5

Neuropatía diabética

Definición

Afección de los nervios periféricos, sensitivos, motores, autonómicos, con compromiso axonal y/o mielina asociados a diabetes.

Causas	Descompensación de la diabetes Trastorno en el metabolismo de los carbohidratos
Diagnóstico	Clínico De acuerdo a historia y evaluación clínica
Laboratorio	Exámenes especiales <ul style="list-style-type: none">• Electromiograma• Química sanguínea
Tratamiento:	
<ul style="list-style-type: none">• Pregabalina	

6 Neuropatía periférica

Definición:

Afección del sistema nervioso periférico (raíces, ganglios, plexos y/o fibras nerviosas) de naturaleza inflamatoria o degenerativa.

Causas	<p>Genéticas, por ejemplo: neurofibromatosis de Von Recklinhausen</p> <p>Traumáticas, por ejemplo: parálisis del plexo braquial, síndrome de túnel del carpo</p> <p>Isquémicas, por ejemplo: mononeuropatía de la enfermedad vascular periférica</p> <p>Toxicas, como drogas, toxinas, infecciosas, metabólicas o inmunológicas.</p>
Diagnóstico	<p>Clínico</p> <p>De acuerdo a historia y evaluación clínica</p>
Laboratorio	<p>Exámenes especiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Electromiograma (de acuerdo al criterio del especialista) • Neuroimágenes (de acuerdo al criterio del especialista) • Análisis de Líquido Cefalorraquídeo (de acuerdo al criterio del especialista) • Química Sanguínea
Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Neuromoduladores (pregabalina, carbamazepina, topiramato) • Antidepresivos tricíclicos (clomipramina, imipramina) • AINES • Esteroides • Citostáticos • Inmunoglobulina • Cirugía 	

7 Isquemia cerebral

Definición:

Afección en el flujo sanguíneo cerebral producido por trombos ó émbolos y que se manifiesta por déficit en el territorio en el que se produce la afección vascular.

Causas	<p>Hipertensión arterial</p> <p>Diabetes</p> <p>Dislipidemias</p> <p>Tabaquismo</p>
Diagnóstico	<p>Clínico</p> <p>De acuerdo a historia y evaluación clínica</p>
Laboratorio	<p>Exámenes especiales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuroimágenes (de acuerdo a criterio de especialista) • Electrocardiograma • Química sanguínea
Tratamiento	
<ul style="list-style-type: none"> • Anticoagulantes: Clopidogrel, Aspirina, Heparina de Bajo Peso Molecular • Antagonistas del calcio: Nimodipina • Tratamiento antiedema cerebral: Dexametasona, Manitol • Profilaxis de ulcera péptica: Inhibidores de bomba de protones • Anticonvulsivantes (únicamente si se presentan convulsiones) 	

8 Enfermedad de Parkinson

Definición:

Trastorno neurológico en el cual, el déficit en la producción de dopamina, provoca alteraciones del movimiento caracterizados por temblor, rigidez, lentitud de movimiento y problemas del equilibrio y coordinación.

Causas	<p>Degeneración y envejecimiento cerebral.</p>
Diagnóstico	<p>Clínico</p> <p>De acuerdo a historia y evaluación clínica</p>

Tratamiento

Medicamentos:

- Levodopa
- Selegilina
- Biperideno
- Bromocriptina
- Relajantes musculares: Tizanidina, Orfenadrina, Tetracepam

9 Hemorragia cerebral

Definición:

Trastorno neurológico focal agudo y súbito secundario a hemorragia, producto de la ruptura vascular por aneurismas, angiomas, malformación arterio venosa, o por trastornos de la coagulación y/o vasculitis.

Causas	Hipertensión arterial Diabetes Dislipidemias Coagulopatía Traumatismos craneanos
Diagnóstico	Clínico Cambios en el estado de conciencia Dislalia, afasia, disfagia. Cefalea Pérdida de equilibrio Hemiplejía, parálisis facial, anisocoría Náusea, vómitos
Laboratorio	Exámenes especiales <ul style="list-style-type: none">• Neuroimágenes• Electrocardiograma• Mapeo cerebral• Química sanguínea

Tratamiento

No farmacológico

- Neuroquirúrgico (según sea el caso)

Farmacológico

- Medicamentos
- Nimodipina
- Tratamiento antiedema: Manitol, Dexametasona
- Neuroprotección cerebral: Fenitoina, Ácido Valproico.

10 Síndrome convulsivo

Definición:

Toda aquella convulsión que se presenta por primera vez en un paciente sano previamente o no y que incluye cualquier tipo de crisis.

Causas	Metabólicas Traumáticas Infecciosas Vasculares
Diagnóstico	Clínico De acuerdo a historia y evaluación clínica
Laboratorio	Exámenes especiales <ul style="list-style-type: none">• Electroencefalograma y/o mapeo cerebral• Neuroimágenes• Electrocardiograma• Química sanguínea
Tratamiento	En caso de crisis generalizada: <ul style="list-style-type: none">• Fenitoina• Ácido valproico• Carbamazepina En caso de crisis parcial: <ul style="list-style-type: none">• Carbamazepina• Fenitoina• Ácido valproico



Guías médicas

rápidas



Patologías frecuentes



Índice

- 1 Diabetes mellitus
- 2 Hipertensión arterial
- 3 Infección de tracto urinario
- 4 Osteoartrosis de rodilla
- 5 Osteoartrosis de cadera
- 6 Hiperuricemia
- 7 Lumbalgia o síndrome doloroso lumbar
- 8 Gastritis
- 9 Colon irritable
- 10 Dislipidemias
- 11 Menopausia

1

Diabetes mellitus

Definición

Es una enfermedad endocrinológica caracterizada por la presencia de hiperglicemia debido a una secreción o acción defectuosa o NULA de la insulina. 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.

DIABETES MELLITUS TIPO 2

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

Diagnóstico

Clasificación de acuerdo a los niveles de glicemia

Clasificación	Glicemia en ayunas	Glicemia 2 hrs: luego de 75 g de glucosa
Normal	99 mg/dl	< 140 mg/dl
Glicemia anormal en ayunas	100-125 mg/dl	-----
Glicemia anormal en ayunas (aislada)	100-125 mg/dl y	< 140 mg/dl
Intolerancia a los carbohidratos (aislada)	< 100 mg/dl y	140/199 mg/dl
Intolerancia a los carbohidratos y glicemia anormal en ayunas	100-125 mg/dl y	140/199 mg/dl
Diabetes Mellitus	126 mg/dl	200 mg/dl en cualquier momento

Manifestaciones clínicas

Polidipsia, poliuria, polifagia, pérdida de peso, deshidratación, en ocasiones hiperosmolaridad sérica. Coma, visión borrosa, ceguera y fatiga, glaucoma, neuralgias de cualquier tipo, neuropatías, nefropatías, insuficiencia renal, muchos pacientes detectan que son diabéticos luego de algún accidente, trauma emocional, proceso infeccioso que los hacen acudir a la sala de un hospital, algunos pacientes son asintomático y se detecta glucosa alta al realizarse una detección de rutina.

Muchas veces glicemias mayores de 140 con antecedentes familiares sugieren el diagnóstico.

La OMS usa como criterio diagnóstico 2 exámenes mayores de 200 mg/dl, en ayunas en días distintos. (Aunque el diagnóstico se podría hacer en el momento de nacer el paciente con métodos de determinación de defectos genéticos), si se tienen valores anormales, con antecedentes familiares de diabetes muchos de los pacientes tienen diabetes en estado inicial, es importante hacer mención de dicho problema ya que si los pacientes se les dejan tratamiento adecuado las complicaciones se evitarán en un buen porcentaje.

Tratamiento

Hacer curva de tolerancia a la glucosa con niveles de insulina a pacientes que presentan una medición de 100-125 mg/dl de glicemia sérica en ayunas. En especial si tienen historia familiar de diabetes, historia de diabetes gestacional u otras características del síndrome metabólico.

Realice el diagnóstico de diabetes en aquellos pacientes que presentan 2 mediciones diferentes de ≥ 126 mg/dl de glicemia sérica en ayunas. No es necesario realizar una prueba de tolerancia a la glucosa.

Realice el diagnóstico de diabetes en aquellos pacientes que presentan 2 mediciones diferentes de ≥ 200 mg/dl de glicemia sérica en cualquier momento del día. No es necesario realizar una prueba de tolerancia a la glucosa.

Considere como normales aquellos pacientes que presentan 1 medición ≤ 99 mg/dl de glicemia sérica en ayunas.

No utilice la HbA1c para el diagnóstico de diabetes.

Metas del tratamiento

- Nutrición adecuada
- Actividad física
- HbA1c <7%
- PA <130/80 mm Hg
- LDL < 100 mg/dl
- Uso de aspirina 100 mg
- Omisión de tabaco
- Manejo del estrés
- Los tratamientos tomados una vez al día mejoran el cumplimiento.

Metformina

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

Las contraindicaciones y recomendaciones para retiro de metformina son:

Si la creatinina sérica es igual o superior a 1.5 mg/dl.

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

Durante los periodos de sospecha de hipoxia de tejido (infarto de miocardio o sepsis).

Suspenda la metformina durante tres días después de haber utilizado medio de contraste conteniendo yodo e iníciarlo luego de haber verificado la función renal.

Tratamiento

Suspender la metformina dos días antes de anestesia general y restablecer cuando la función renal sea estable.

La intolerancia gastrointestinal para la metformina es relativamente común cuando se inicia la terapia (10 - 15 %). El aumento progresivo de la dosis de metformina por varias semanas e ingiriéndola con alimentos pueden a menudo minimizar los efectos secundarios.

Debe haber precaución en prescribir metformina en adultos mayores con diabetes tipo 2.

Secretagogos de insulina

Recomendaciones

Los secretagogos de insulina pueden ser considerados como terapia de primera línea: 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.

Los diferentes secretagogos de insulina parecen tener efectos comparables en la disminución de glucosa.

Inhibidores de la dipeptidil peptidasa (Sitagliptina)

Usados como monoterapia no causan hipoglucemia y pueden ser combinados con cualquier otro medicamento hipoglucemiante utilizado en el tratamiento de la diabetes. No efectos adversos significativos se han descrito con la asociación de sitagliptina.

La dosis es de 100 mg una vez al día.

Utilice sitagliptina especialmente en aquellos pacientes que tienen contraindicación al uso de metformina.

Utilice la sitagliptina en asociación ya sea con metformina, sulfonilureas o glitazonas cuando éstas a dosis máximas, no logren control glicémico adecuado.

Terapia de insulina en diabetes mellitus

Recomendaciones:

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

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 hipoglucemia.

La insulina de acción intermedia es a menudo iniciada con una sola dosis al día, en la noche o en la mañana, dependiendo del perfil individual de glucosa sanguínea. Una vez al día en dosis nocturna en combinación con la continuación de la terapia oral es a menudo una forma conveniente de iniciar la insulina. Si no se logra el control se puede agregar insulina de acción rápida en cada tiempo de comida.

Seguimiento de pacientes

Evaluación Semestral

- Hemoglobina Glicosilada A1c
- Evaluación del riesgo cardiovascular y complicaciones: perfil de lípidos, tensión arterial.
- Pruebas de función renal (creatinina y orina completa, orina de 24 horas con depuración de creatinina y proteínas).

Evaluación Anual por complicaciones

- Historia y examen físico
- Fondo de ojo
- Evaluación clínica de los pies

Tratamiento y referencia por complicaciones si no respuesta

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

Referencia a Endocrinología

- Pacientes en quienes no se logran los objetivos de control usando combinación de medicamentos del nivel 1.
- Pacientes con cardiopatía isquémica asociada.
- Pie diabético o falla renal luego de haber sido evaluados por nefrología.
- Pacientes con episodios frecuentes de hipoglucemia (más de uno por semana).

2

Hipertensión arterial

Definición

Se define a una persona con HIPERTENSION si presenta una presión arterial sistólica (PAS) > 140 mm Hg, o una presión arterial diastólica (PAO) > 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.

Hipertensión estadio 1 = 140-159 mm Hg . 90-99 mm Hg.

Hipertensión estadio 2 = mayor de 1 60 mm Hg . O mayor de 100 mm Hg.

Tratamiento

- Estadio 1 lecas1, ARA II, Bbs3, Bccs4
- Estadio 2 tiazidas e IECAs, o ARA II, o BBs, o BCCs)
Referencia a cardiología si tiene estadio 2.

Con complicaciones asociadas sin conseguir objetivo de PA menor de 140/90 y menor de 130/80 en pacientes con diabetes o enfermedad cardiaca coronaria Fármacos para las complicaciones asociadas

Referencia con cardiología (Ver cuadro recomendaciones de selección de medicamentos) Otros antihipertensivos (diuréticos, IECAs, ARA II, BBs, BCCs) según necesidad.

Intervención Médica (Terapia empírica)

- a. Determinar si hay o no daño a órgano blanco
 1. Alteración conductual.
 2. Alteración en los niveles de Nitrógeno de Urea en sangre, glucosa, alteración en los niveles de transaminasas (TGO y TGP).
 3. Electrocardiograma anormal.
- b. Si existe daño a órgano blanco debe ingresarse a Unidad de Cuidado crítico y manejo por Especialista.
 1. Uso de Nitroprusiato de sodio (0.2 mg/kg/día)
 - 1.1 Iniciallo por 48 hrs. Objetivo: reducir PA en 48 hrs. 20%
 2. Uso de Caloantagonistas, beta bloqueadores. ARAII entre otros. Objetivo: Reducir el daño a órgano blanco y prevenir nuevo evento.
 3. Estudios de gabinete especializados (TAC cerebral, EKG, enzimas cardiacas, niveles de triglicéridos entre otros).
- c. Si no existe daño a órgano blanco evaluación especializada.
 1. Realizar EKG.
 2. Uso de Cilazapril sublingual (5 mg si stat)
 3. Reevaluación en 1 hora
 4. Identificar factores de riesgo.
- d. Paciente mejora en 1 hora.
 1. Plan educacional
 - 2 Egreso con hoja de atención de urgencia a su unidad.
 3. Identificados factores de riesgo.
- e. Si paciente no mejora.
 1. Reevaluación Clínica
 2. Ingreso a observación por 24 hrs. y estudiar factores de riesgo.
 3. Uso de IECAS, ARA II, Caloantagonistas, Diuréticos, Beta bloqueadores según sea el caso y las necesidades del paciente y basados en protocolo de la NYHA marzo 2009.
 4. Mejora en 24 hrs. En observación, realizar hoja de atención de urgencias y envío a su unidad periférica correspondiente.
- f. Si paciente no mejora en observación, no daño a órgano blanco y persiste con síntomas.
 1. Ingreso a encamamiento para su estudio, seguimiento y tratamiento según las necesidades del paciente.

Modificación	Recomendación	Reducción aproximada de la presión arterial sistólica
Reducción de peso	Mantenimiento del peso corporal normal (IMC** 18.5-24.9 Kg/m2)	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, verduras, 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 (2.4 g sodio o 6 g de sal común -cloruro de sodio-)	2 - 8 mm Hg
Actividad física	Hacer ejercicio aeróbico regular como caminar rápido (al menos 30' 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

3

Infección de tracto urinario

Definición

Es la inflamación de las estructuras del aparato urinario, ocasionada por un agente infeccioso.

Diagnóstico

Por lo regular presenta disuria, polaquiuria, hematuria, piuria, incontinencia, dolor en flancos abdominales o puntos ureterales, dolor en dorso con puño percusión positiva a la evaluación. La presencia de fiebre con bacteriuria muchas veces está presente. Aunque no siempre hay síntomas urinarios, es recomendable hacer:

Examen de orina y urocultivo

- Del **examen de orina** interesa en especial el sedimento.
- **Test rápidos de diagnóstico con cinta reactiva:**
- Detección de nitritos en la orina. Es positivo.
- Test de estearasa leucocitaria. Es menos sensible.

Tratamiento

NO FARMACOLOGICO

Medidas generales

- Ingesta hídrica abundante. 2 litros en 24 horas
- Corrección: micciones c/3 horas y después de la relación sexual.
- Corrección de estreñimiento
- Higiene anal hacia atrás, en la mujer
- Tratar infecciones ginecológicas

FARMACOLOGICO

Principios del TRATAMIENTO EN BASE A GERMEN MÁS FRECUENTE EN CADA LUGAR.

Etiologías más frecuentes son: *E.coli*, especies de *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterococcus*, *Staphylococcus coagulasa* negativo.

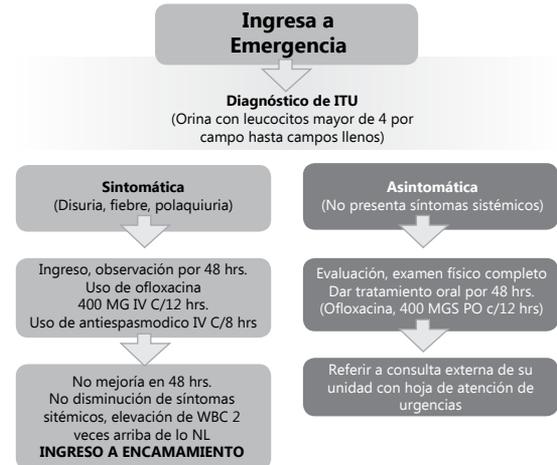
TRIMETROPRIM SULFAMETOXASOL 800./160 POR BID X 10 DÍAS

OFLOXACINA 500M G BID POR X 10 DÍAS

CEFIXIME 400 MG POR AL DÍA X 10 DÍAS

AMOXICILINA MAS AX. CLAVULANICO 500 MG POR TID X 10 DÍAS

Flujograma para tratamiento de infección del tracto urinario



4

Osteoartritis de rodilla

Definición

La osteoartritis degenerativa, también llamada osteoartritis o algunas veces referida como desgaste articular u osteoartritis, es una enfermedad caracterizada por una pérdida de cartilago articular asociado a una neo formación marginal de hueso que afecta principalmente a las grandes articulaciones y en especial a la rodilla.

Diagnóstico

Hallazgos físicos

Dolor en rodilla, y al menos 5 de las manifestaciones siguientes:

1. Edad > 50 años
2. Rigidez menor de 30 minutos
3. Crepitación
4. Hipersensibilidad periarticular
5. Aumento óseo
6. No aumento de temperatura local
7. VSG < 40 mm/hora
8. Factor reumatoide < 1:40
9. Signos de osteoartritis en líquido sinovial (claro, viscoso y recuento de células blancas < 2000)

Dolor en rodilla y al menos 1 de los 3 siguientes:

1. Edad > 50 años.
2. Rigidez menor de 30 minutos.
3. Crepitación más osteofitos.

Dolor en rodilla y al menos 3 de los 6 siguientes:

1. Edad > 50 años.
2. Rigidez < 30 minutos..
3. Crepitación.
4. Sensibilidad ósea.
5. Ensanchamiento óseo.
6. No aumento de temperatura local.

Tratamiento**NO FARMACOLÓGICO**

- Educación /Consejo
- Reducción de peso
- Terapia Física y ejercicios

FARMACOLÓGICO

- Inicio con acetaminofen 2-4 g en 24 horas.
- Aines como 2ª elección:
 - Ibuprofeno 200-400 mgs cada 4 a 6 horas (no exceder 3.2 g día)
 - Diclofenaco 100 mgs cada 24 horas (no exceder 150 mg al día).
- Si los síntomas son persistentes y no mejoran con medicación oral, inyección intra-articular con glucocorticoides.

Referencia

Si Dificultad para aprender o ejecutar ejercicios. Traslado a Rehabilitación.

Si discapacidad persistente, concuerda con signos radiológicos, con ausencia de criterios quirúrgicos. Traslado a Reumatología.

Si discapacidad persistente, concuerda con signos radiológicos, con presencia de criterios quirúrgicos. Traslado a Traumatología.

5

Osteoartritis de cadera

Definición

La artrosis de la cadera humana es una enfermedad degenerativa que presenta lesiones en todos los componentes articulares como: cartilago hialino, hueso subcondral, membrana sinovial y cápsula articular. La osteoartritis de cadera también llamada coxartrosis, está marcada por dolor y pérdida de la marcha, al igual que en la rodilla la coxartrosis afecta la capacidad de caminar y subir gradas más que ninguna otra patología.

Diagnóstico**Criterios diagnósticos:****Dolor en cadera y:**

- Rotación interna < 15°.
- V/SG < 45 mm/h (cuando la flexión de la cadera sea < 115°)
- Rigidez matutina < 60 min.
- Edad mayor de 50 años.
- Dolor a la rotación interna.

Dolor cadera y al menos 2 ó 3 de los siguientes:

- V/SG < 20 mm/h.
- Osteofitos en la radiografía.
- Estrechamiento del espacio articular en la radiología.

Tratamiento**NO FARMACOLÓGICO**

- Educación /Consejo
- Reducción de peso
- Terapia Física y ejercicios

FARMACOLÓGICO

- Inicio con acetaminofen 2-4 g en 24 horas.
- Aines como 2ª elección:
 - Ibuprofeno 200-400 mgs cada 4 a 6 horas (no exceder 3.2 g día)
 - Diclofenaco 100 mgs cada 24 horas (no exceder 150 mg al día).

Referencia

Si dificultad para aprender o ejecutar ejercicios. Traslado a Rehabilitación.

Si discapacidad persistente, concuerda con signos radiológicos, con ausencia de criterios quirúrgicos. Traslado a Reumatología.

Si discapacidad persistente, concuerda con signos radiológicos, con presencia de criterios quirúrgicos. Traslado a Traumatología.

6

Hiperuricemia

Definición

La hiperuricemia se define como una concentración de uratos mayor de 6 mg/dl en mujeres y 7 mg/dl en hombres.

Diagnóstico

Crterios diagnósticos de la artritis gotosa aguda:

1. Presencia de cristales de urato en el líquido sinovial.
2. Todos en los que se haya demostrado la existencia de cristales de urato por procedimientos químicos o por microscopía de luz polarizada
3. Presencia de 6 o más de los siguientes hallazgos clínicos analíticos y/o radiológicos:
 - a) Más de un episodio de artritis aguda.
 - b) Desarrollo de la inflamación articular máxima dentro de 24 horas.
 - c) Ataques de monoartritis.
 - d) Eritema de la piel que cubre la articulación inflamada.
 - e) Dolor o inflamación de la primera articulación metatarsofalángica.
 - f) Artritis unilateral que afecta a la primera articulación metatarsofalángica.
 - g) Afectación unilateral del tarso.
 - h) Sospecha de tofo.
 - i) Hiperuricemia.
 - j) Tumefacción asimétrica radiológica en partes blandas.
 - k) Demostración radiológica de la presencia de quistes subcorticales sin erosiones.
 - l) Cultivo negativo del líquido sinovial.

Cualquiera de los tres

Tratamiento

El tratamiento de la gota presenta 3 metas fundamentales:

- Control del episodio doloroso agudo, con Indometacina 150 o más ó colchicina de 2 mg, aumento progresivo hasta llegar a 8 mg.
- Prevenir recurrencias y,
- Prevenir o revertir las complicaciones producidas por el depósito de los uratos en las articulaciones, riñón y otros sitios comprometidos.

Corticosteroides: Son efectivos y pueden ser administrados en diferentes formas en casos extremos:

- Vía oral: Prednisona 0.5 mg/kg en el día uno, seguido de 5mg/día.
- Intra-articular: Triamcinolona o Metilprednisolona 10-40 mg en articulaciones grandes, y 5-20 mg en pequeñas articulaciones.
- Intramuscular: Triamcinolona 60 mg, repetido en 24 horas.

La determinación de la excreción de ácido úrico de 24 horas es esencial para identificar la medicación más apropiada a utilizar, y determinar la existencia de insuficiencia renal.

Si la excreción renal de ácido úrico es menor de 800 mg/24 hrs., dar agentes uricosúricos:

- Probenecid: 250 mg 2 veces por día e ir incrementando según necesidad hasta 3 g/día (revisar efectos secundarios)
- Allopurinol: So-100mg, e ir gradualmente titulando la dosis hasta un máximo de 300 mg/día.

7

Lumbalgia o síndrome doloroso lumbar

Definición

Dolor a nivel de la columna lumbar, con o sin irradiación a miembros inferiores.

Síntomas

- Dolor lumbar (vertebral o paravertebral).
- Traumático o no traumático.
- Limitación de movimientos del tronco lumbar.
- Adormecimiento de miembros inferiores (parestias)
- Debilidad de miembros inferiores.

Signos clínicos

- Espasmo muscular lumbar.
- Movimientos de flexión, extensión, rotación y lateración del tronco limitados.
- Hipoestias en dermatomas de miembros superiores.
- Alteración de la fuerza muscular y reflejos osteotendinosos.
- Mala adecuación, muscular y obesidad

Estudios

Radiografía de columna:

- AP, lateral dinámicas, de pie y sin calzado.
- Electromiograma (según corresponda).
- TAC, MRI o Mielograma lumbar (según corresponda).

Terapia

Tratamiento con analgésico anti inflamatorio no esteroideo y relajante muscular durante 2 semanas.

Paciente con radiculopatía, estudiar con resonancia magnética nuclear y Electromiograma.

Referencia

- Medicina Física y Rehabilitación para ejercicio específico.
- Neurociugía (HGA) si resonancia magnética nuclear y Electromiograma evidencian datos de compresión radicular.

8

Gastritis

Definición

Es la inflamación de la mucosa gástrica, que se extiende a través de la muscularis mucosae. El descubrimiento del bacilo helicoidal gramnegativo: *Helicobacter pylori*, productor de ureasa ha modificado notablemente el diagnóstico y tratamiento. Su erradicación disminuye notablemente la recidiva de la gastritis.

Diagnóstico

Descartar patología biliar y síndrome de colon irritable

- Si presenta signos de alarma realizar endoscopia superior de urgencia.
- Si los síntomas son leves a moderados, puede realizarse endoscopia superior y los otros exámenes como *Helicobacter Pylori* en heces.

CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DISPEPSIA FUNCIONAL:

1. Dolor en epigastrio que tenga 3 o más meses.
2. Ausencia de alteraciones bioquímicas u orgánicas en el examen endoscópico o ultrasonido que pudieran explicar los síntomas.
3. No evidencia que la dispepsia calme con la defecación o se asocie a cambios en frecuencia y forma de las heces (en otras palabras no es intestino o colon irritable).

Del mismo modo hay criterios de ROMA para los subgrupos de dispepsia funcional. Puede ser ULCEROSA, para lo cual se presea contar con por lo menos 3 de los siguientes:

1. Dolor localizado solamente en epigastrio (bien localizado)
2. El dolor debe mejorar con alimentos en por lo menos 25% de casos.
3. El dolor debe mejorar con antiácidos o bloqueadores de ácido.
4. El dolor debe relacionarse de alguna manera al hambre o ser preprandial.
5. El dolor en algunas veces debe molestar al paciente de noche.
6. El dolor debe tener periodos sintomáticos de semanas a meses y asintomáticos de al menos 2 semanas.

Para resumir, la dispepsia ulcerosa será aquella cuyos síntomas son de úlcera pero son que se compruebe endoscópicamente su presencia.

Un tercer tipo de dispepsia descrito hace algunos años es el de DISPEPSIA MOTORA o DISMOTILIDAD, en la cual más que el dolor, el disconfort en abdomen superior es difuso, debiendo haber 3 o más de los siguientes:

1. Llenura precoz
2. Distensión postprandial

Tratamiento

El principal objetivo del tratamiento es la disminución de la acidez gástrica y la erradicación del *H. pylori*. El ácido gástrico puede neutralizarse eficazmente con antiácidos, antagonistas de los receptores H2 o inhibidores de la bomba de protones. Si el paciente no mejora, deberá hacerse consulta con Gastroenterólogo.

9

Colon irritable

Definición

Es una enfermedad que se caracteriza por dolor abdominal crónico, estreñimiento o diarrea, distensión abdominal, hábitos intestinales alterados. Dispepsia, pirosis, náusea o vómitos, dolores intensos en ocasiones, la mayoría de veces por estrés excesivo.

Diagnóstico

CRITERIOS DE ROMA

Dolor o molestia abdominal recurrente a menos 3 días al mes, en los últimos 3 meses y asociarse a:

1. Mejoría con la defecación.
2. Cambio en la frecuencia de las deposiciones.
3. Cambios en la consistencia de las deposiciones (estreñimiento, diarrea).

Criterios positivos durante los últimos 3 meses anteriores del diagnóstico, los síntomas haber iniciado 6 meses antes del diagnóstico.

Laboratorio

Hematología con velocidad de sedimentación normal

- Sigmoideoscopia normal, enema de varío normal.
- Evaluación psicológica positiva para estrés.
- Si un resultado es anormal descarta la probabilidad de que sea colon irritable
- Guayaco en heces en ocasiones es positivo

Tratamiento

Medidas de sostén psicológico

- Ejercicio 30 minutos al día supervisado
- Dieta rica en fibra, frutas y verduras
- Antiespasmódico simple.
- Antidepressivos tricíclicos.
- *Psyllium plantago*. 1 cucharada diluida en agua al día de preferencia antes de acostarse.

10

Dislipidemias

Definición

Es un término genérico para denominar cualquier situación clínica en la cual existan concentraciones anormales de colesterol: colesterol total (CT), colesterol de alta densidad (C HDL), colesterol de baja densidad (C-LDL) o triglicéridos (TG).

Diagnóstico

La relación entre enfermedad cardíaca coronaria y niveles de colesterol es continua y ascendente. El riesgo clínicamente relevante de enfermedad cardíaca coronaria inicia con niveles de colesterol total de 150 mg/dl y aumenta agudamente cuando el colesterol total excede a 200 mg/ dl. La fracción de colesterol que ha mostrado ser la más importante es el colesterol LDL (LDL-C)

El colesterol de alta densidad (HDL-C) tiene un poderoso efecto protector contra la enfermedad cardíaca coronaria.

Factores de riesgo para enfermedad cardíaca coronaria se clasifican en:

No modificables

Edad, sexo masculino, historia familiar de enfermedad cardíaca coronaria.

Modificables

Dislipidemias, hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, sedentarismo, estrés, fumar.

Tratamiento

Drogas Recomendadas para Hipercolesterolemia: atorvastatina, rosivastatina, control de transaminasas 12 semanas luego de iniciado tratamiento, si son normales cada año. Si están altas o creatin kinasa 5-10 veces los valores detener tratamiento.

Drogas Recomendadas para Hipertrigliceridemia: Recomiendan fibratos (fenofibrato o ciprofibrato, el ácido nicotínico) En hipertrigliceridemia severa (ej. TG > 900 mg/dl no pueden disminuir agregar el aceite de pescado omega 3, de 3 a 12 gm. por día.

Drogas recomendadas para Dislipidemias Mixtas rosivastatina o atorvastatina. Si los triglicéridos TG permanecen altos o si el HDL-C permanece bajo a pesar del uso de estatinas, es de considerar agregar fenofibrato. Fenofibrato es recomendado si el nivel de triglicéridos es mayor 300 mg/dl.

Si el LDL-C permanece elevado a pesar del fibrato, considerar agregar rosivastatina o atorvastatina al tratamiento.

Tratamiento de colesterol HDL-C bajo aislado: fenofibrato o ciprofibrato para elevar el nivel de HDL-C.

Elevar los niveles de Col-HDL sobre 35 mg/dl (prevención primaria) o sobre 45 mg/dl (prevención secundaria)

Reducir niveles de triglicéridos a menos de 200 mg/dl (prevención primaria) o a menos de 160 mg/dl (prevención secundaria)

Mantener peso ideal, glicemia normal, presión arterial en 135/85, actividad física supervisada, no fumar.

11

Menopausia

Definición

Menopausia es un cambio normal en la vida de una mujer cuando cesan sus períodos menstruales. El organismo de una mujer comienza lentamente a producir una menor cantidad de las hormonas estrógeno y progesterona. Esto sucede a menudo entre los 45 y 55 años de edad. Se considera que una mujer ha entrado a la menopausia cuando no ha tenido un periodo por 12 meses seguidos, y no existen otras causas para este cambio. Al acercarse a la menopausia, puede tener síntomas de los cambios por los que está pasando su organismo y se le llama premenopausia.

Síntomas

Los periodos menstruales cesan al entrar a la menopausia. Algunas mujeres pueden no tener ningún otro síntoma.

- Pueden variar la frecuencia de los periodos, y el flujo de mes a mes.
- Sangrado anormal y "manchas" – son comunes al acercarse a la menopausia. Sin embargo, hay que descartar causas graves como el cáncer.
- Golpes de calor – sentir calor en la cara, el cuello y el pecho.
- Sudores nocturnos y problemas para dormir – estos pueden causar cansancio, estrés o tensión.
- Cambios vaginales – la vagina puede volverse seca y delgada, y puede sentir dolor durante el coito y los exámenes vaginales. Puede también padecer más infecciones vaginales.
- Pérdida de grosor en los huesos – esto puede causar pérdida de estatura y quiebre de huesos (osteoporosis).
- Cambios en el estado de ánimo – tales como vaivenes de ánimo, depresión e irritabilidad.
- Problemas urinarios – tales como pérdidas, ardor o dolor al orinar, o pérdidas al estornudar, toser o reirse.
- Problemas de concentración o memoria.
- Menos interés en el sexo y cambios en la reacción sexual.
- Aumento de peso e incremento en la grasa corporal alrededor de la cintura.
- Pérdida de densidad en el cabello o caída del mismo.

¿Qué es la menopausia prematura?

La menopausia prematura es la menopausia que sucede antes de los 40 años de edad – ya sea natural o inducida. Algunas mujeres llegan a la menopausia prematura a causa de:

- Antecedentes familiares (genes)
- Tratamientos médicos, como cirugía para extraer los ovarios
- Tratamientos para el cáncer como la quimioterapia o radiación en el área pélvica.

La menopausia prematura pone a la mujer en mayor riesgo de padecer osteoporosis en el futuro. También puede ser una fuente de gran aflicción, ya que muchas mujeres menores de 40 años aún desean tener hijos. Las mujeres que aún desean quedar embarazadas pueden hablar con su médico sobre los programas de donación de óvulos.

¿Qué es la postmenopausia?

El término postmenopausia se refiere a todos los años de vida después de la menopausia. Es el período posterior al momento en el cual no se ha tenido un período durante 12 meses seguidos - sea una menopausia natural o inducida. He alcanzado la menopausia, pero sigo sintiéndome muy deprimida e irritable. Simplemente no soy la misma. ¿Desaparecerán estos sentimientos?

Muchas mujeres en la peri menopausia y en la menopausia se sienten deprimidas e irritables. Algunos investigadores creen que la disminución de estrógeno desencadena cambios en su cerebro, causando depresión. Otros piensan que otros síntomas que está teniendo, como problemas para dormir, golpes de calor, sudores nocturnos y fatiga pueden causar estos sentimientos. O, podría ser una combinación los cambios hormonales y los síntomas. Pero estos síntomas también pueden tener causas no relacionadas con la menopausia. Si está teniendo estos síntomas, y piensa que están interfiriendo con su calidad de vida, es importante que hable con su médico acerca de ellos. Hable abiertamente con su médico acerca de otras cosas que suceden en su vida y que puedan influir en sus sentimientos.

Diagnóstico

El diagnóstico básicamente se realiza por medio de una buena historia clínica, interrogatorio y evaluación clínica, pero se puede confirmar con niveles hormonales de LH, FSH elevados y estradiol disminuidos.

Tratamiento

En algunas mujeres, muchos de los síntomas de la menopausia desaparecerán con el tiempo sin ningún tratamiento. Otras mujeres decidirán obtener tratamiento para sus síntomas y para prevenir el deterioro de los huesos que puede suceder cerca de la menopausia. Los tratamientos pueden incluir medicamentos recetados que contienen ciertos tipos de hormonas que sus ovarios dejan de producir cerca de la menopausia. La terapia hormonal puede contener sólo estrógeno como el Valereato de estradiol o estrógeno con progestina. estradiol mas norestiterona (para mujeres que todavía poseen su útero o matriz).

La terapia con estrógeno suele recibirse por medio de una pastilla, un parche para la piel, en forma de crema o gel, o con un dispositivo intrauterino OUD, por sus siglas en inglés) o anillo vaginal. Cómo se toma el estrógeno depende de su propósito. Por ejemplo, un anillo vaginal o una crema pueden aliviar la sequedad vaginal, la pérdida de orina, o las infecciones vaginales o urinarias, pero no alivia los golpes de calor. Si desea prevenir el deterioro de los huesos, debería también hablar con su médico acerca de medicamentos para ayudar a sus huesos más allá de la terapia hormonal.



Guías médicas

rápidas



Pediatría



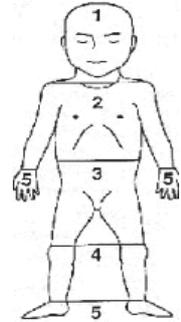
Índice

- 1 Ictericia
- 2 Síndrome convulsivo febril
- 3 Celulitis
- 4 Neumonías
- 5 Hiperreactividad bronquial
- 6 Diarrea aguda más deshidratación
- 7 Resfriado común
- 8 Otitis media
- 9 Trauma de cráneo
- 10 Faringoamigdalitis
- 11 Laringotraqueítis
- 12 Urticaria

1 Ictericia

Definición

Signo clínico caracterizado por la pigmentación amarillenta de la piel, mucosas y fluidos corporales, por aumento de la bilirrubina en sangre.



Manifestaciones Clínicas	La presencia de la coloración icterica en la piel puede ser el único signo clínico. Su aparición sigue en general una distribución céfalo-caudal. Zonas de Kramer:
Diagnóstico	El plan de estudios de un recién nacido icterico se basa en un tripoide: Interrogatorio, examen clínico y laboratorio.
Laboratorio	Niveles séricos de bilirrubinas, Reacción de Coombs directa e indirecta, hematocrito y hemoglobina, recuento de reticulocitos, Grupo sanguíneo de madre e hijo.

Tratamiento

- Fototerapia
- Exanguinotransfusión
- Terapia farmacológica

Indicaciones de Fototerapia y Exanguinotransfusión de acuerdo a valor de Bilirrubina Directa

Edad en horas	Considerar fototerapia	Fototerapia	Exanguino transfusión
24 horas	-----	-----	-----
25-48	>12	>15	>20
49-72	>15	>18	>25
>72	>17	>20	>25

2 Síndrome convulsivo febril

Definición

Disritmia de la corteza cerebral que permite que el niño presente manifestaciones tales como ausencia e inconsciencia, mioclonias u otras manifestaciones o ningún movimiento.

Manifestaciones Clínicas	Convulsiones tónico-clónicas generalizadas o acinéticas, sin aura.
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Se presentan entre los 6 meses y los 5 años de edad. • Se presentan con fiebre por encima de 38 grados centígrados. • Duración menor de 15 minutos. • Ausencia de infección en el sistema nervioso central. • Sin alteraciones neurológicas en el período post ictal
Laboratorio	No necesita laboratorios específicos a menos que se sospeche de infección en sistema nervioso central.

Tratamiento

No farmacológico

- Bajar la fiebre, baño con agua tibia y acetaminofén.
- Evitar episodios febriles frecuentes.

Farmacológico

- *Acido Valproico, 25 a 40 mg/kg/día
- *Fenobarbital 5 mg/kg/día

***Valorar su uso de acuerdo a los siguientes factores de riesgo de recurrencia:**

- Lactante menor
- Convulsiones con fiebre igual o menor a 38.5 grados centígrados
- Recurrencia de crisis en menos de 24 horas
- Recurrencia de crisis en el mismo episodio febril
- Inaccesibilidad a los servicios de salud

3 Celulitis

Definición

Infección cutánea de diseminación aguda que se extiende más profunda que la erisipela y afecta el tejido subcutáneo.

Manifestaciones Clínicas	Dolor, eritema, edema local, asociado a fiebre o escalofríos son las características más frecuentes de la infección de tejidos blandos.
Diagnóstico	El área afectada es extensa y de color rojo intenso, caliente y tumefacta. A diferencia de la erisipela, el borde no es sobre elevado ni delimitado. Es frecuente la linfadenopatía regional y puede evolucionar a bacteriemia, absceso y necrosis del sitio comprometido al igual que sobre infectarse por gérmenes intrahospitalarios (gram negativos, hongos).
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none">• Hemograma, velocidad de sedimentación, Proteína C reactiva• Gram.• Cultivo.• Antibiograma.• Examen de aspiración del borde activo o por biopsia.• Aspiración con aguja fina.• Hemocultivo
Tratamiento	
Dependiendo de la severidad del caso y germen causante, las siguientes alternativas <ul style="list-style-type: none">• Penicilina.• Eritromicina• Vancomicina• Dicloxacilina.• Clindamicina.• Cefalosporinas 3ra. generación	

4 Neumonías

Definición

Es una lesión inflamatoria infecciosa del parénquima pulmonar con extensión y compromiso variable de las unidades alveolares y vías aéreas (bronquiolos terminales y respiratorios), más el intersticio circundante.

Manifestaciones Clínicas	A la auscultación pulmonar: disminución del murmullo pulmonar; estertores crepitantes, broncofonía, aleteo nasal, quejido, retracción de los espacios intercostales y subcostales, tos, cianosis en casos de gravedad, taquipnea, fiebre.
Diagnóstico	El diagnóstico es fundamentalmente clínico. El diagnóstico es poco probable en ausencia de dificultad respiratoria, taquipnea, estertores crepitantes o disminución de ruidos respiratorios. Además la frecuencia respiratoria definitoria de taquipnea según la OMS: Menores de 2 meses: > 60 resp/min. De 2 a 12 meses: > 50 resp/min Mayores de 12 meses: > 40 resp/min. <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico radiológico: La radiografía de tórax constituye el diagnóstico de certeza de neumonía. Hay dos patrones radiológicos de neumonía: el intersticial (más propio de las víricas) y el alveolar (bacteriano).• Diagnóstico microbiológico: El hemocultivo es específico pero poco sensible.
Laboratorio	Hemograma, proteína C reactiva, hemocultivo.
Tratamiento	
Antibioticoterapia parenteral:	
Primera elección: <ul style="list-style-type: none">• Penicilina cristalina 100,000 a 200,000 UI/kg/día cada 4-6 horas. Alternativos: Amoxicilina-clavulanato, Cefotaxime, Dicloxacilina. Según valoración individual.	
En Menores de 3 meses se agrega un aminoglucósido: <ul style="list-style-type: none">• Gentamicina 5 mg/kg/día IV ò Amikacina 15 mg/kg/día IV.	
Si presenta hiperreactividad bronquial se inicia terapia inhalatoria con salbutamol, budesonide y bromuro de ipratropium, según individualización del caso.	
Otros tratamientos a valorar individualmente: <ul style="list-style-type: none">• Soluciones intravenosas si hay mal estado general, deshidratación o intolerancia oral.• Oxigenoterapia con cánula binasal, mascarilla o tienda facial.	

5 Hiperreactividad bronquial

Definición

Se refiere al proceso cuando la mucosa bronquial reacciona de forma exagerada a estímulos que son normales para otros individuos (conocida como reacción de hipersensibilidad), originando bronco espasmo.

Manifestaciones Clínicas	Taquipnea, retracción de los espacios intercostales, retracción subcostal, sibilancias pílidos bilaterales, disnea, dolor torácico, aumento del trabajo respiratorio.
---------------------------------	---

Entre los agentes que desencadenan el cuadro pueden estar infecciones respiratorias, sustancias del ambiente (polen, humos, polvo etc.) o incluso fármacos. La reacción está presente en situaciones variadas: bronquiolitis, asma, reacción anafiláctica o reacción urticaral grave, entre otras. El diagnóstico es por medio de la clínica, y se utiliza como ayuda los rayos x, Escala de Downes, así como de reactantes de fase aguda.

Diagnóstico	0	1	2
	No con FiO2 21%	Sí con FiO2 21%	Sí con FiO2 40%
Cianosis			
Murmullo Inspiratorio	Normal	Irregular	Disminuido o ausente
Usa músculos accesorios	No	Sí, moderado	Sí, marcado
Sibilantes espiratorios	No	Moderados	Abundantes o ausentes
Estado de conciencia	Normal	Disminuido o agitado	Obnubilado o coma

Si puntuación >4 valorar ingreso hospitalario

Laboratorio

Hemograma, proteína C reactiva

Tratamiento

Cuadros leves:

- Terapia inhalatoria con B2 adrenérgicos como salbutamol 0.05-0.15g/kg/dosis cada 15 minutos por 3 veces luego cada 4-6-8 horas.
- Bromuro de ipratropio 250 mcg dosis cada 15 minutos luego cada 6-8 horas.
- Budesonide 0.25 mg a 0.5 mg dosis 1 ves luego cada 8-12 horas.

Cuadros moderados a severos:

- Se asocian esteroides IV como metilprednisolona de 2-3 mg/dosis inicial, luego 2-3 mg/kg/día cada 8 horas, o dexametasona 0.6mg/kg dosis inicial y luego 0.6 mg/kg/día cada 6 horas.
- Terapia con soluciones intravenosas si lo amerita.
- Oxigenoterapia según evaluación de la escala de Downes

6 Diarrea aguda más deshidratación

Definición

Se considera diarrea aguda a la presencia de deposiciones líquidas o acuosas, generalmente en número mayor de tres en 24 horas y que dura menos de 14 días; la disminución de la consistencia es más importante que la frecuencia.

Manifestaciones Clínicas	Vómitos, mucosas secas, fontanela deprimida, fiebre, irritabilidad, decaimiento, sed; capacidad o no de recibir alimentos y líquidos, distensión abdominal marcada (medición de circunferencia abdominal), aumento de ruidos intestinales, signo del pliegue positivo.
---------------------------------	--

En la historia clínica de la diarrea es esencial indagar sobre: duración de la enfermedad; características de las deposiciones: consistencia (líquida y disgregada), presencia de otros elementos (mucosidades, sangre, alimentos no digeridos); frecuencia de evacuaciones durante las 24 horas previas; presencia y frecuencia de vómitos; fiebre, irritabilidad, decaimiento, sed; capacidad o no de recibir alimentos y líquidos; tipo y volumen de los alimentos recibidos; normalidad o no de la diuresis.

Laboratorio	Hemograma, heces completas, azul de metileno, rotavirus, adenovirus, orina, urocultivo, coprocultivo, gases venosos si lo amerita.
--------------------	--

Tratamiento

- El volumen de líquido va a depender del grado de deshidratación:
- Leve: 150cc/kg/24 horas administrando 1/3 cada 8 horas y evaluar evolución.
- Moderada: 200cc/kg/24 horas administrando 1/3 cada 8 horas y evaluar evolución.
- Severa: Administrar bolus de solución salina 20 cc/kg/dosis por 3 bolus a pasar en 20 minutos y evaluar evolución, al mejorar hidratación administrar soluciones de mantenimiento a 250 cc/kg/día. Terapia ventilatoria, tratamiento como choque séptico, colocación de catéter venoso central, uso de aminas IV, según sea necesario en caso en particular, antibioticoterapia individualizada.

7

Resfriado común

Definición

El resfriado común es una infección viral leve del sistema respiratorio superior.

Manifestaciones Clínicas	Fiebre, tos, rinorrea, congestión nasal y estornudos, congestión ocular, prurito nasal, es posible que se presente dolor de cabeza u otros síntomas.
---------------------------------	--

Diagnóstico	Es puramente clínico, además de un adecuado interrogatorio, descartando otros problemas infecciosos.
--------------------	--

Laboratorio	Es una patología en la cual no realizan laboratorios para su confirmación.
--------------------	--

Tratamiento

- Acetaminofen como antipirético a 10mg/kg/dosis cada 6 horas por fiebre
- Antihistamínicos como maleato de clorfeniramina a 0.35 mg/kg/día cada 8 horas.
- Expectorantes como Guaifenesina.

8

Otitis media

Definición

Inflamación del oído medio. Cuando hay efusión se divide en aguda menor de 3 semanas, subaguda de 3 semanas a 3 meses, crónica más de 3 meses. Los gérmenes más comunes son *Streptococo pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococo pyogenes*, virus.

Manifestaciones Clínicas	Fiebre, otalgia, irritabilidad, anorexia, disminución de la actividad, rinitis, tos, otorrea.
---------------------------------	---

Diagnóstico	Anamnesis, Exploración física
--------------------	-------------------------------

Laboratorio	Hemograma, Proteína C reactiva
--------------------	--------------------------------

Tratamiento

- Amoxicilina 40mg/kg-día
- Amoxicilina Clavulanato 40mg/kg-día
- Cefexime 8mg/kg-día
- Tratamiento de 10 a 14 días
- Casos de otitis media aguda complicada con mastoiditis requieren tratamiento quirúrgico y antibióticos parenterales.

9

Trauma de cráneo

Definición

Lesión orgánica y/o funcional del contenido craneal por una violencia exterior.

Manifestaciones Clínicas	Puede presentar tres tipos de manifestaciones: Alteraciones de conciencia, signos neurológicos, alteraciones de las funciones vitales.
---------------------------------	--

Manifestaciones Clínicas	Herniación, alteración del estado de conciencia, cefalea, síntomas del 3er par craneal, Dilatación pupilar, no reacción pupilar a la luz, ptosis, convulsiones. Síntomas Motores postura de descerebración o hemiparesia de la extremidad contralateral. Triada de Cushing.
---------------------------------	---

Diagnóstico	Anamnesis, Exploración, vía aérea, circulación, neurológico escala de Glasgow, pruebas complementarias rayos X, Tomografía Axial computarizada Cerebral según criterios.
--------------------	--

Tratamiento

- Ingreso a observación o a unidad de cuidados intensivos según evaluación inicial.
- Aumento del flujo de sangre al cerebro
- Manipulación del tono vascular
- Oxígeno al 100%
- Posición
- Prevención de las elevaciones de presión
- Manejo de vía aérea Intubación, sedación, analgesia
- Circulatorio
- Acceso intravenoso vía central
- Diuréticos
- Soluciones hipertónicas

10

Faringoamigdalitis

Definición

Proceso agudo febril con inflamación del área faringoamigdal, se considera una infección respiratoria superior de menor grado, ocasionalmente puede acompañar a otro tipo de infecciones respiratorias.

Manifestaciones Clínicas	Dolor de garganta por más de 3 días, anorexia, letargia, malestar general, con o sin tos, fiebre, linfadenopatía cervical, cefalea.
---------------------------------	---

Diagnóstico	Anamnesis, exploración física encontrando, exudado en amígdalas, amígdalas o faringe inflamadas, linfadenopatía cervical anterior. Exámenes complementarios orocultivo cuando cumpla criterios.
--------------------	---

Laboratorio	Hemograma, proteína C reactiva, cultivo orotraqueal según criterios.
--------------------	--

Tratamiento

Si se considera origen viral dar Analgésico y si se considera caso sospechoso para estreptococo beta hemolítico A, hacer pruebas correspondientes para iniciar tratamiento, si es caso confirmado iniciar inmediatamente.

- Amoxicilina
- Amoxicilina Clavulanato
- Claritromicina
- Azitromicina
- Cefadroxilo

11

Laringotraqueítis

Definición

Proceso respiratorio agudo causado por la inflamación y estrechamiento de la región subglótica, precedido o no por sintomatología viral alta y que desencadena los síntomas característicos de disfonía, tos bitonal, estridor inspiratorio y signos de dificultad respiratoria.

Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none">• Es clínico.• Por radiografía de cuello (signo de punta de lápiz).
--------------------	--

Laboratorio	<ul style="list-style-type: none">• Hemograma.• Rayos x de cuello.
--------------------	---

Tratamiento

Según escala de Taussig.

- Leve: Tratar con vapor frío, estimulación mínima, hidratación.
- Moderado a Grave:

Nebulizar con adrenalina racémica (2,25%).
Alternativa: Adrenalina 1:1000
Dexametasona intramuscular en una dosis.
Budesonida nebulizada.

12

Urticaria

Definición

Reacción cutánea mediada por IgE que se caracteriza por presencia de lesiones eritematosas y pruriginosas de distintos tamaños que en general desaparecen con rapidez.

Manifestaciones Clínicas	Prurito de evolución aguda o crónica, pápulas o ronchas transitorias, puede ser severa, acompañándose de edema angioneurótico y dermografismo.
---------------------------------	--

Diagnóstico	Es clínico.
--------------------	-------------

Laboratorio	Hematología con recuento de eosinófilos.
--------------------	--

Tratamiento

- Clorfeniramina.
- Metilprednisolona.
- En caso de choque anafiláctico el tratamiento: ABC
- Adrenalina por vía subcutánea.



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Diagramación e Impresión
Serviprensa, S.A.
500 ejemplares
Guatemala, 2013

