

Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las Unidades de Atención Primaria -UNAP-

*Con el apoyo del proyecto SIAPS/USAID
2016. República Dominicana*

Servicio Nacional de Salud
Dirección de Atención Primaria



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

SIAPS The SIAPS logo features the word "SIAPS" in a bold, green, sans-serif font next to a stylized blue figure icon.



Al servicio
de las personas
y las naciones



SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las Unidades de Atención Primaria -UNAP-

*Con el apoyo del proyecto SIAPS/USAID
2016. República Dominicana.*

Servicio Nacional de Salud
Dirección de Atención Primaria



Título original: **Guía Diagnóstica y de Tratamiento. Dirección de Atención Primaria.**

Citar: Servicio Nacional de Salud. Dirección de Atención Primaria.

Santo Domingo, República Dominicana. 2016.

Servicio Nacional de Salud

Leopoldo Navarro esq. César Nicolás Penson. Santo Domingo, República Dominicana.

Copyright © Servicio Nacional de Salud. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento sólo para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de un amplio proceso de discusión, revisión documental nacional e internacional, así como del consenso multisectorial y la participación de actores clave.

ISBN: 978-9945-436-19-8

Edición, revisión de texto y corrección de estilo: Dr. Carlos Alexander Suazo, Dra. Claudia Valdez, Dra. Maribel García, Dra. Keila West, Dra. Linda De la Cruz y Grisel Mateo.

Diagramación: Cristian Hernández y Noly Navarro

Impresión:

Tercera edición

5,000 ejemplares impresos.

Impreso en República Dominicana, julio del 2016

Este documento ha sido elaborado y reproducido gracias al apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y a la asistencia técnica del Proyecto Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS).

De igual manera agradecemos al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) su apoyo para su reproducción.

Autoridades y Equipos Técnicos

Dra. Altagracia Guzmán Marcelino
Ministra de Salud Pública

Dr. Nelson Rodríguez Monegro
Director Ejecutivo del Servicio Nacional de Salud

Coordinación general:

Dr. Carlos Alexander Suazo
Director Atención Primaria
Servicio Nacional de Salud (SNS)

Licda. María Elena Tapia
Coordinadora Unidad Nacional de Gestión de Medicamentos
Servicio Nacional de Salud (SNS)

Revisor experto internacional:

Dr. Edgard Narváez
Consultor SIAPS/USAID

Asesoría técnica:

Dr. Edgar Barillas
Portfolio Manager Latinoamérica y el Caribe
SIAPS/USAID

Dra. Claudia Valdez
Consultora Líder
Proyecto SIAPS/USAID
República Dominicana

Equipo revisor de especialistas, expertos y miembros de sociedades:

Dr. Nelson Rodríguez	Vice Ministro. Formulación de Guías de Práctica Clínica y Protocolos Ministerio de Salud
Dra. Gisselle Vásquez M.	Farmacoepidemióloga. Coordinadora Técnica Despacho MSP
Dr. José Deláncer	Ginecólogo-Obstetra. Componente Salud Gabinete de Coordinación de la Política Social
Dr. Víctor Calderón	Ginecólogo Obstetra. H. Materno Infantil San Lorenzo de Los Mina.
Dra. Ivelisse Taveras H.	Infectóloga-MSP. Hospital Moscoso Puello
Dra. Yesenia Díaz	Médica Familiar. Superintendencia de Salud y Riesgos laborales (SISALRIL)
Dra. Milagros Moreno	Dermatóloga. Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel (IDCP)
Dr. David Díaz Guzmán	Internista Cardiólogo. Dirección Hospitales del Servicio Nacional de Salud
Dr. Jonchong Wun	Gastroenterólogo Hepatólogo. Centro de Gastroenterología de la Ciudad Sanitaria L. E. Aybar
Dr. Zacarías Garib	Director del Programa Ampliado de Inmunización

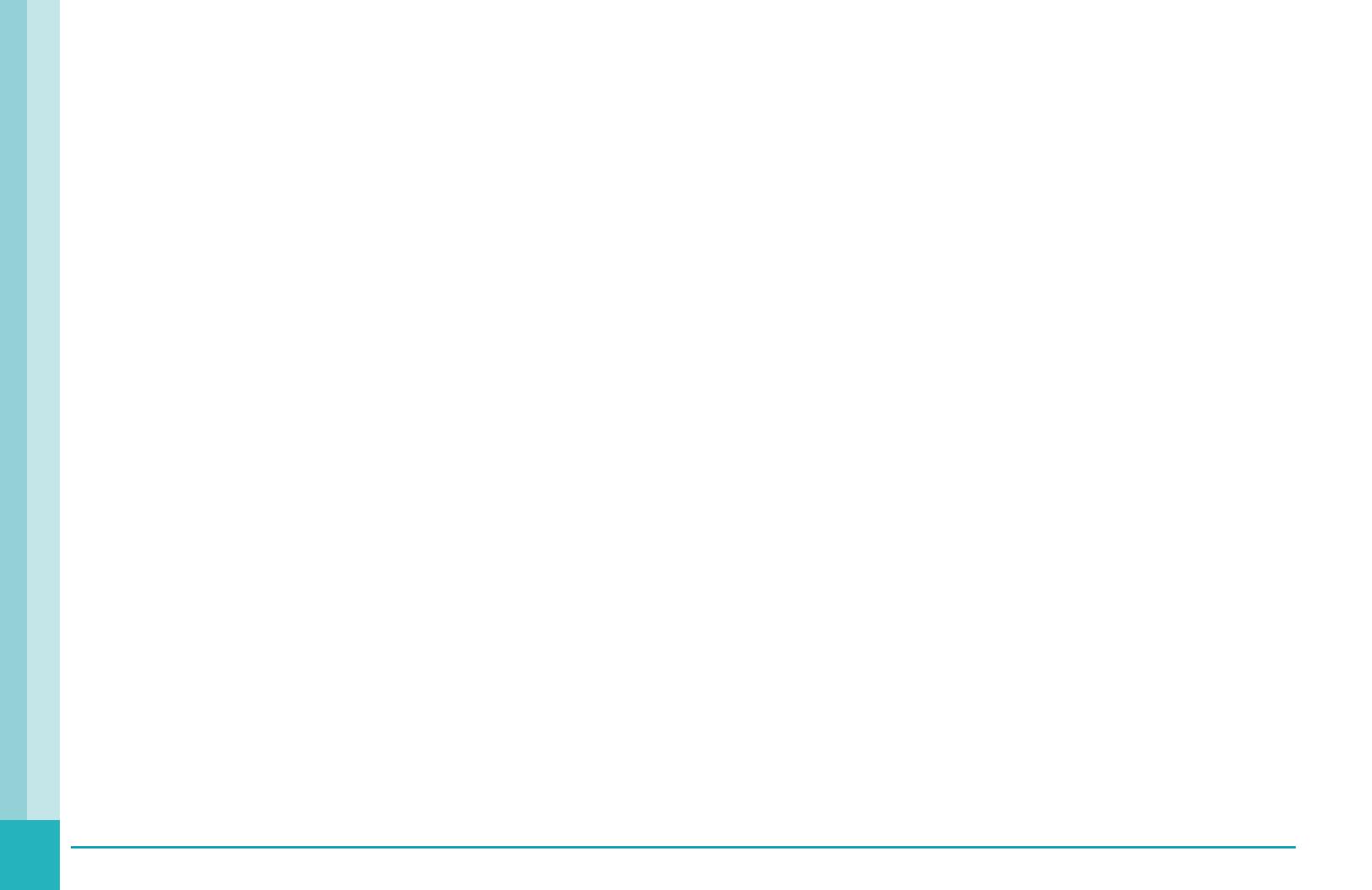
Dr. David Joa	Médico Epidemiólogo. Centro Nacional Control de Enfermedades Tropicales	Dr. David De Luna	Infectólogo. IDSS. HOMS
Dr. Emilton López	Pediatra Perinatólogo. Dirección Provincial de Salud Peravia	Dra. Carolina De la Cruz	Internista Neumóloga. Dirección General Residencias Médicas Ministerio de Salud
Dra. Ángela Moreno	Médico Salubrista. Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS)	Dr. Rodolfo Aguasvivas	Urólogo. Sociedad de Urología
Dra. Tomiris Estepan	Médico Salubrista. Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (PRONCET).	Dr. Sócrates Sosa	Hematólogo. Banco de Sangre. Ministerio de Salud Pública.
Dra. Stephanie Guerre	Consultora Nacional Enfermedades No Transmisibles, OPS/RD	Dr. Emilio Mena Castro	Pediatra Nefrólogo. Componente de Salud del Gabinete de Coordinación Política Social
Dr. Rubén Darío Pimentel	Pediatra Neumólogo e Investigador. Ciudad Sanitaria L. E. Aybar	Dra. Kilvis Acosta	Médico. Unidad Nacional de Medicamentos del Servicio Nacional de Salud
Dr. Jorge Marte Báez	Internista Neumólogo. Dirección de Capacitación de Recursos Humanos de Alto Nivel del MSP	Licda. Jacqueline González	Farmacéutica. Seguro Nacional de Salud (SENASA)
Dr. Martín Viloria	Médico Veterinario. Centro Antirrábico Nacional	Licda. Yoleyda Marte	Farmacéutica. Unidad Nacional de Medicamentos del Servicio Nacional de Salud
Dr. Leonardo Padilla	Oftalmólogo. Hospital Marcelino Velez	Licda. Anadina Gautreaux	Bioanalistas. SIAPS/ USAID
Dra. Belkis Marcelino	Salubrista Programa Nacional Control de la Tuberculosis	Licda. Leidy Ledesma	Farmacéutica. SIAPS/ USAID
Dra. Katia Romero	Encargada de Capacitación del Programa TB	Dra. Maribel García	Médico Familiar. Atención Primaria Servicio Nacional de Salud
Dr. Pedro Marte	Pediatra Perinatólogo, Maternidad Ntra Sra. de la Altagracia	Dra. Keila West	Médico Familiar. Atención Primaria Servicio Nacional de Salud
		Dra. Jocelyn Jiménez Soto	Pediatra. Hospital Infantil Robert Read Cabral
		Dra. Mélida Ortiz	Salubrista. MSP

Contenido

	Pág.		Pág.
Siglas y Abreviaturas	IX	Listado de Signos y Síntomas	25
Presentación	XI	D20- Heces con Sangre	26
Prólogo	XIII	D21- Constipación en Niño/as	27
Cómo usar esta Guía	XV	D22- Constipación en el Adulto	28
Listado de Diagnósticos, Signos y Síntomas, (D1- D45)	XIX	D23- Problemas Urinarios	30
Listado de Signos y Síntomas	XXI	D24- Sangre en la Orina	31
D1- Fiebre en niños/as y adultos (> de 37.5°C)	1	D25- Sangrado Transvaginal	33
D2- Fiebre con Exantema	2	D26- Flujo Transvaginal	35
D3- Fiebre en el/la Niño/a (37.5°C o mayor)	3	D27- Secreción Uretral en el Hombre	36
D4 - Tos y dificultad para respirar: niño/a desde 2 Meses a 5 Años de Edad	4	D28- Úlcera Genital	37
D5- Tos en el Adulto	7	D29- Convulsiones y Pérdida de Conocimiento en el/la Niño/a	39
D6- Dificultad Respiratoria en el/la Niño/a	8	D30- Convulsiones y Pérdida de Conocimiento en Adulto	41
D7- Disnea Aguda en Adulto	9	D31- Ojo Irritado (Ojo rojo)	43
D8- Dolor de Garganta	10	D32- Pérdida de la Visión	45
D9- Problemas del Oído	11	D33- Membrana Mucosa Pálida / Anemia	46
D10- Dolor de Cabeza	12	D34- Ictericia en el/la Niño/a	47
D11- Dolor Muscular y de Articulación	13	D35- Ictericia en el Adulto	48
D12- Dolor de Espalda	14	D36- Edema en el Niño/a	49
D13- Dolor en el Pecho	15	D37- Edema en el Adulto	51
D14- Dolor Abdominal Niño/a <5 años	16	D38- Lesiones en la Piel	53
D15- Dolor abdominal Adulto o Niño/a > 5 años de edad	17	D39- Prurito (Comezón)	55
D16- Dolor Abdominal Bajo en la Mujer	19	D40- Prurito de Ano y/o Vulva	56
D17- Vómitos en Niños/as	21	D41- Úlcera de la Piel	57
D18- Vómitos en el Adulto	22	D42- Mancha Hipopigmentada en la Piel	58
D19- Diarrea	23	D43- Alteración en la Piel	59
		D44- Agresiones por Animales (Prevención de la Rabia en Humanos)	60
		D45- Gingivoestomatitis	

	Pág.		Pág.		
Listado de Tratamientos	63				
Malaria	T1	66	Bronquitis	T23	117
Malaria Grave	T1-2	68	Neumonía	T24	119
Malaria Grave en la embarazada	T1-3	71	Asma Bronquial	T25	122
Malaria (Situación Específica)	T1-4	72	Tuberculosis Pulmonar BK+	T26	125
Fiebre	T2	73	Sífilis Latente no Especificada como Primaria o Tardía	T27	127
Fiebre (Tratamiento Sintomático)			Sífilis Terciaria	T28	128
Convulsiones Febriles)	T2-2	74	Sífilis en la Embarazada	T29	129
Diarrea	T3	75	Chancroide (Úlcera Blanda) o Chancro Blanco	T30	130
Diarrea, PLAN A	T3-2	76	Linfogranuloma Venéreo	T31	131
Diarrea, PLAN B	T3-3	78	Gonorrea	T32	132
Diarrea, PLAN C	T3-4	80	Infección Tricomonas	T33	133
Diarrea Problemas asociados / Prevención	T3-5	82	Vaginitis por Cándidas	T34	134
Cólera	T4	84	Vaginitis Bacteriana	T35	135
Tosferina	T5	85	Uretritis no Gonococcica /		
Sarampión	T6	87	Uretritis No Especificada	T36	136
Rubeola	T7	89	Cistitis	T37	137
Parotiditis (Paperas)	T8	91	Prostatis	T38	139
Dengue	T9	93	Pielonefritis	T39	141
Leptospirosis	T10	96	Litiasis/Cálculo - Renal/Uretral	T40	143
Ebola	T11	99	Retención de Orina	T41	144
Chikungunya	T12	100	Filariasis	T42	145
Influenza AH1N1	T13	102	Parasitosis Intestinal	T43	146
Otitis Media No Supurativa	T14	103	Esquistosomiasis		
Otitis Media (Supurativa o sin Especificación)	T15	105	Intestinal=Bilharziasis	T44	148
Amigdalitis Bacteriana	T16	106	Amebiasis	T45	151
Escarlatina	T17	108	Giardiasis	T46	152
Fiebre Reumática	T18	109	Ascariasis	T47	153
Sinusitis	T19	111	Estrongiloidiasis	T48	154
Resfriado Común	T20	113	Enterobiosis Vermicularis = Oxiuriasis	T49	156
Crup	T21	114	Tricocefalosis = Trichuriasis	T50	157
Obstrucción Vías Respiratorias por Cuerpo Extraño	T22	115			

	Pág.		Pág.		
Uncinariasis = Anquilostomiasis	T51	158	Dermatitis Atópica	T79	198
Teniasis - Cisticercosis	T52	161	Dermatis por Contacto	T80	199
Himenolepiasis	T53	163	Urticaria	T81	200
Blastoscytosis	T54	165	Otras Enfermedades Dermatológicas / Ulceras	T82	202
Ulcera Péptica Gástrica o Duodenal	T55	166	Pitiriasis Rosada de Gilbert	T83	203
Enfermedad Inflamatoria Pélvica	T56	168	Lepra	T84	204
Dismenorrea	T57	169	Larva Migrans Cutánea	T85	205
Amenaza de Aborto/Aborto (Aborto Incompleto/			Shock Anafiláctico	T86	206
Aborto Completo, con Hemorragia			Hipertensión Arterial	T87	208
Con o Sin Complicaciones)	T58	170	Infarto Agudo del Miocardio	T88	210
Aborto Séptico	T59	172	Edema Agudo de Pulmón	T89	212
Hipertensión Gestacional			Malnutrición	T90	215
(Inducida por el Embarazo)	T60	173	Desnutrición	T91	217
Meningitis Bacteriana	T61	175	Sobrepeso y Obesidad	T92	219
Meningococcemia	T62	178	Dislipidemias	T93	221
Conjuntivitis Bacteriana	T63	179	Síndrome Metabólico	T94	226
Conjuntivitis Neonatal (Neonatorum Oftalmía)	T64	180	Hipoglucemias	T95	228
Lesiones en los ojos	T65	181	Diabetes Mellitus	T96	230
Quemaduras en el ojo (por vapor o por químico)	T66	182	Mastitis	T97	234
La iridociclitis	T67	183	Gingivitis Aguda, Gingivitis Crónica	T98	235
Cuerpo Extraño Ocular	T68	184	Anemia Ferropénica	T99	236
Deficiencia de Vit. A.	T69	185	Anemia Falciforme	T100	241
Infecciones Micóticas (Tiña)	T70	186	Anemia en el Embarazo / Puerperio	T101	244
Pitiriasis Versicolor)	T71	188	Shock Hipovolémico	T102	246
Infecciones Bacterianas de la Piel	T72	189	Desprendimiento Prematuro		
Forúnculos y Abscesos	T73	190	de Placenta Normoinserata (DPPNI)	T103	247
Erisipela	T74	191	Placenta Previa (PP)	T104	248
Herpes Zoster	T75	192	Embarazo Ectópico	T105	249
Varicela	T76	193	Intoxicación por Organos Fosforados	T106	250
Infestaciones parasitarias: Escabiosis (Sarna)	T77	195	Anexos		253
Pediculosis Capitis	T78	197	Bibliografía		274



Reconocimientos

Esta **Guía de Diagnóstico y Tratamiento** fue elaborada dentro del marco de trabajo del Proyecto Camerún-Alemán para el refuerzo de la Salud Primaria en Camerún. Esta guía es una versión revisada de la guía elaborada y utilizada en Madagascar dentro del Programa para el Refuerzo de la Salud Provincial de Mahajanga. La misma fue traducida y adaptada al medio Camerunés, tomando en consideración las normas nacionales y los lineamientos internacionales vigentes en Camerún.

La Unión Europea, por intermedio del Programa Integrado de Salud en el Suroeste (PRISA) y Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social SESPAS de la República Dominicana, hicieron posible la revisión y adaptación de esta guía a la República Dominicana para su primera edición.

Agradecemos al Proyecto Camerún-Alemán su anuencia para la adaptación de esta guía a las realidades Dominicanas.

Agradecemos a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS) en la orientación y apoyo en su 2da. revisión.

Agradecemos esta tercera revisión, actualización, edición y reproducción al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y a la asistencia técnica del Proyecto *Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services* (SIAPS).

De igual manera agradecemos al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) su apoyo para su reproducción.

Comité Editorial Camerún

Dr. Bonu Contion

Dr. Ekambi

Dr. Ghogomu

Dr. Kamwa Mathiew

Dr. Kimbo

Dr. Lapnet Moustapha

Dr. Nchifor Simon

Dr. Ngapane Emmanuel

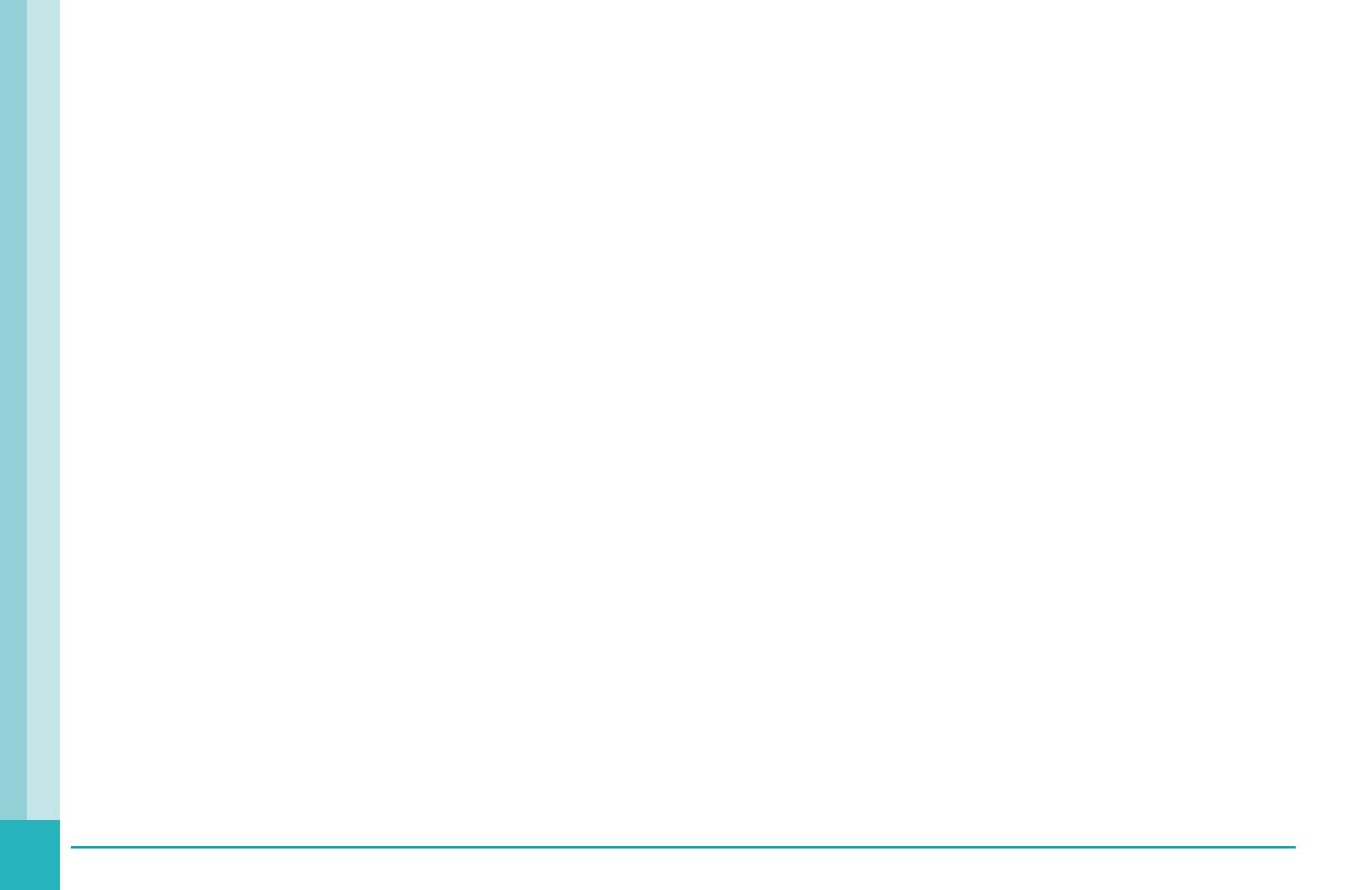
Dr. De Valk Henriette

Dr. Wainidim Paul

Primera Edición Dominicana: Agosto 1997
SESPAS/PRISA

Segunda Edición Dominicana: Febrero 2008
SESPAS/CERSS

Tercera Edición Dominicana: Julio 2016
MSP/SNS



Siglas y Abreviaturas

AINES	Analgésico Antinflamatorio No Esteroides
AIEPI	Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia
APS	Atención Primaria de Salud
BCG	Vacuna antituberculosa
CAN	Centro Antirrábico Nacional
CENCET	Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales
CERSS	Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud
CPK-MB	Creatin fosfo quinasa-mioglobina
DAS	Dirección de Área de Salud
DIGECITSS	Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA
DIGEPI	Dirección General de Epidemiología
DIGPRES	Dirección General para la Promoción
DOB	Daño Órgano Blanco
DPS	Dirección Provincial de Salud
DPT	Difteria, Tos Ferina y Tétanos
DT	Difteria y Tétanos
ECG	Electrocardiograma
EPCA	Edema Pulmonar Cardiogénico Agudo
FONAP	Fondo de Atención Primaria
FUM	Fecha Última Menstruación
HB	Hemoglobina
HCTO	Hematocrito
Hg	Mercurio
HOMS	Hospital Metropolitano de Santiago
IAM	Infarto Agudo al Miocardio
IDCP	Instituto Dominicano de Dermatología y Cirugía de Piel
IDSS	Instituto Dominicano de Seguro Social
IECA	Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina
IM	Intramuscular
IMC	Índice de Masa Corporal

Kg	Kilogramo
Mcg	Microgramo
Mg	Miligramo
MI	Mililitro
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunización
PELF	Programa de Eliminación de la Filariasis Linfática
PENTAVALENT	Cinco Vacunas (Difteria, Tos Ferina, Tétanos, Hepatitis B y Haemophilus Influenzas)
PNCT	Programa Nacional contra la Tuberculosis
PNUD	Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo
PRISA	Proyecto Integrado de Salud del suroeste
PROMESE/CAL	Programa de Medicamentos Esenciales Central de Apoyo Logístico
PRONCEC	Programa Nacional de Control de Enfermedades Crónicas
SAP	Subsecretaría de Atención a la Persona
SCA	Síndrome Coronario Agudo
SeNaSa	Seguro Nacional de Salud
SIAPS/USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS)
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISALRIL	Superintendencia de Salud y Riesgo Laborales
SL	Sublingual
SNS	Servicio Nacional de Salud
SRO	Sales de Rehidratación Oral
TT	Toxido Tetánico
Uds	Unidades
UI	Unidades internacionales
UNAP	Unidad de Atención Primaria
VDRL/FTA-ABS	Pruebas Serológica para Sífilis
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VO	Vía oral
VSC	Viceministrio de Salud Colectiva

Presentación

El Servicio Nacional de Salud (SNS), creado mediante la Ley 123-15 de fecha 16 de julio del 2015, tiene como propósito fundamental el desarrollo de la provisión servicios de salud para la población con equidad, accesibilidad, efectividad y calidad, y que los mismos sean entregados de manera oportuna.

Como apoyo para impulsar este proceso de cambio en la gestión de los servicios se requiere la mejoría de las competencias de los profesionales que laboran en los establecimientos de salud en todos los niveles y corresponde referirnos en esta ocasión a los del Primer Nivel de Atención.

Con frecuencia los profesionales de la salud que ofrecen servicios en el primer nivel de atención, confrontan situaciones difíciles de diagnóstico o de tratamiento, pero junto a esta situación sin embargo, debe decidir y prescribir los mejores tratamientos.

Es así como el SNS procede a dotar a estos recursos humanos actores fundamentales de un buen servicio, de instrumentos como lo es esta **Guía de Diagnóstico y Tratamiento** para que contribuyan a mejorar sus actuaciones en la prestación de servicios.

La calidad de la atención comienza por un recibimiento amable y adecuado a la población que acude al servicio de salud en busca de ayuda y cuidados, y una atención médica basada en un correcto diagnóstico y un tratamiento adecuado a los problemas presentados.

Esta Guía de Diagnósticos y Tratamientos está basada en las evidencias científicas más recientes, en los principales síntomas y/o signos que se presentan en el enfermo y recoge las patologías más frecuentes presentadas en la República Dominicana. A Través de árboles decisionales el profesional, en caso de duda, puede discernir entre los diferentes diagnósticos posibles, dar el tratamiento más adecuado de acuerdo a las evidencias científicas más recientes, o referir a un nivel superior si lo considera necesario.

Esta guía que presentamos intenta:

- Utilizar el cuadro básico de medicamentos esenciales.
- Ser sencilla, fácil de entender y manejar.
- Dar instrucciones claras.
- Facilitar la decisión rápida de un diagnóstico.

- Dar tratamientos efectivos con los menores riesgos posibles.
- Racionalizar los tratamientos evitando el uso de múltiple fármacos.
- Evitar en la medida de lo posible las recetas inadecuadas, promover la aplicación de tratamientos orales en lugar de inyectables.
- No reemplazar los textos y manuales de diagnósticos y tratamientos aceptados mundialmente.
- No reemplazar el “sentido común” del médico, entre otras ventajas.

Este importante instrumento para mejorar el diagnóstico y tratamiento ha sido fruto de colaboraciones de diferentes profesionales del país que tienen el común denominador de mejorar la calidad de atención a las personas. Al asumir este trabajo, nos insertamos decididamente en la eficientización de los recursos humanos y en el mejoramiento de los servicios.

Esta revisión y actualización contó con el apoyo del proyecto *Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS)* de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), representado por un experto en revisión y actualización de los listados de Medicamentos de la Organización Mundial de la Salud OMS.

Queremos finalizar expresando nuestra convicción de que el uso de esta importante herramienta por parte de los profesionales de la salud, les permitirá brindar un servicio cada vez más eficaz a la población, a través de un correcto diagnóstico y un tratamiento adecuado y oportuno, piezas claves para la recuperación de la salud de la población que acude a nuestros servicios.

Dr. Nelson Rodríguez Monegro
Director Ejecutivo
Servicio Nacional de Salud

Prólogo

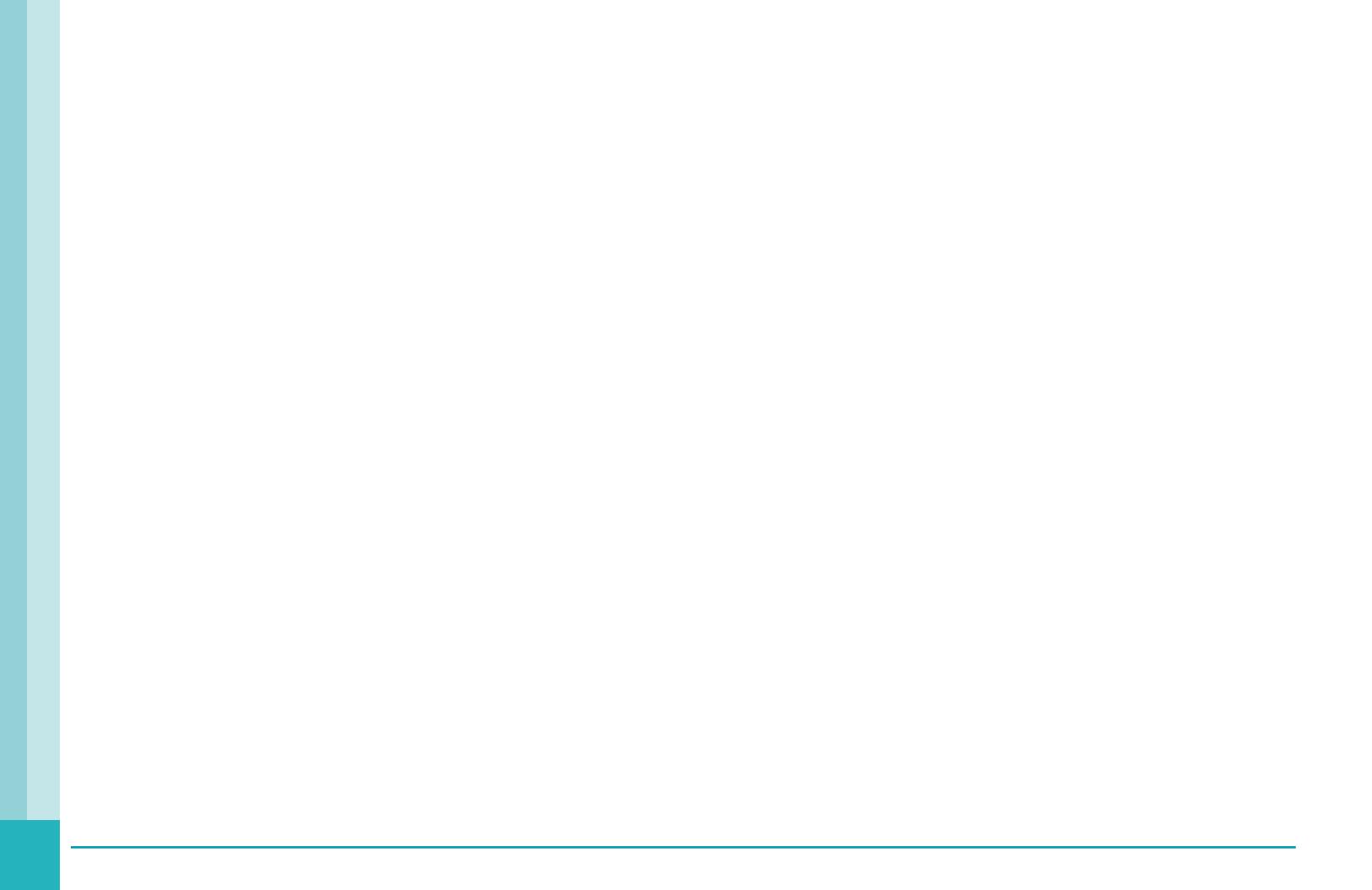
El Servicio Nacional de Salud (SNS), creado mediante la Ley 123-15 de fecha 16 de julio del 2015, tiene como una de sus prioridades ampliar la cobertura, mejorar el acceso, la calidad y la capacidad resolutiva de los servicios de salud en el primer nivel de atención, definidos como puerta de entrada al Sistema de Salud de acuerdo al Modelo de Atención en Salud que ha asumido el País. En consonancia con lo antes señalado, se ha realizado la revisión y actualización de dos instrumentos básicos para la prestación de los servicios, la Guía de Diagnóstico y Tratamiento y el Formulario Nacional de Medicamentos (FNM) para el Primer Nivel de Atención.

Con la Guía y el Formulario, se espera que los profesionales de la salud que laboran en el primer nivel de atención, dispongan de instrumentos actualizados para la toma de decisiones prácticas en el diagnóstico de una patología y la selección de una terapia farmacológica apropiada, basada en la evidencia científica disponible.

Un total de 86 medicamentos y 44 grupos terapéuticos, se encuentran contenidos en la Guía y FTM, los cuales fueron seleccionados de acuerdo al Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales de la República Dominicana del 2015. Se incluyeron todos los medicamentos que son requeridos para el manejo de las atenciones previstas en el primer nivel de atención, de acuerdo a protocolos y a un marco terapéutico de primera línea por patologías, en los cuales se determina para cada patología y actividad el tipo de medicamentos o suministros que se utilizará, con sus dosis y aplicaciones de uso normalizadas. De igual manera la aplicación correcta de estos instrumentos, permitirá a los profesionales de la salud, fortalecer su práctica, evaluar el impacto de las acciones terapéuticas implementadas, así como el conocimiento sistematizado de las principales patologías y su manejo que caracterizan nuestro perfil epidemiológico.

La revisión y actualización de la Guías y Formulario fue llevado a cabo en abril del 2015, con apoyo del proyecto *Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS)* de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Institución que está apoyando la implementación del Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGEMI) en la red pública de servicios de la República Dominicana. En el marco de la reciente revisión, actualización y publicación, la Dirección de Atención Primaria del Servicio Nacional de Salud pone a disposición de todos los profesionales de la salud la Guía de Diagnóstico y Tratamiento y el Formulario Nacional de Medicamentos (FNM) para el Primer Nivel de Atención.

Dr. Carlos Alexander Suazo
Dirección de Atención Primaria
Servicio Nacional de Salud



Cómo utilizar esta Guía

Durante las consultas, el o la usuario/a no se presenta con un diagnóstico (p.e.) “yo tengo una gastritis”, pero sí aquejado y preocupado (p.e.) “yo tengo un dolor de barriga”. Es tarea del médico en consulta enlazar la queja del paciente a un diagnóstico y como paso siguiente, decidir sobre un tratamiento.

La primera parte de esta guía (listado de diagnóstico) utiliza los síntomas del o la paciente como punto de partida. Siguiendo el listado, el médico/a puede llegar al diagnóstico y tratamiento correcto. La segunda parte (programa de tratamientos) es el complemento del listado de diagnósticos, dando los detalles de tratamiento para cada diagnóstico.

Ni el listado de diagnósticos ni el programa de tratamiento están completos. Pero se espera abarcar una parte importante de los problemas de salud más frecuentes. Han sido reseñados de forma somera algunas urgencias de obstetricia, y no se abordan traumas y cirugías menores.

Listado de Diagnósticos

Al principio se necesita hacer un esfuerzo para usar el listado, pero los y las médicos/as, así como sus supervisores se habituarán rápidamente a su uso.

Para empezar es primordial seguir el listado exactamente como indica. Después de algún tiempo, el médico aprenderá de memoria los síntomas más frecuentes (como “fiebre”) y sólo utilizará el listado para confirmar su decisión.

Los signos menos frecuentes (como “ictericia”) sólo se utilizarán en caso de necesidad. Seguramente, muchas de las decisiones y consejos en esta guía serán contradictorias a lo que el personal de consulta está acostumbrado a hacer, pero con el tiempo, el médico comprobará que esta nueva forma de tratamiento es más exitosa que la anterior.

Para poder usar el listado correctamente, el médico/a necesita saber cómo hacer un historial clínico y cómo realizar un examen físico. Por otra parte, el listado de diagnósticos lo ayudará a mejorar sus habilidades.

Guía de Tratamientos

La Guía de Tratamientos contiene para cada enfermedad:

1. Una breve descripción de la enfermedad.
2. Un resumen de los signos y síntomas.
3. Un tratamiento causal (si existe) tratando la causa de la enfermedad (p.e) antibióticos para infecciones bacterianas.
4. Un tratamiento sintomático para aliviar los síntomas de la enfermedad (además incluye otras medidas como son consejos sobre nutrición e higiene).
5. Seguimiento al tratamiento y razones para un eventual referimiento.
6. Profilaxis y prevención (ej.: Vacuna, higiene ambiental y sanitaria o los cambios necesarios de ciertos comportamientos y prácticas).

El tratamiento causal mencionado arriba en esta página es importante, pero no significa necesariamente que sea suficiente, por lo que el personal de salud debe reforzar los consejos sobre el comportamiento o la higiene, para evitar posibles recaídas.

Reconocemos que las labores de educación, promoción y prevención toman bastante tiempo y por lo difícil que es convencer a un paciente de cambiar comportamientos y actitudes, pero es necesario desarrollarlas para disminuir la incidencia y/o prevalencia de los problemas de salud que más afectan a la población.

Condición previa para el uso correcto:

- Este documento es de uso práctico diario.
- Es aconsejable estudiar la guía de antemano. Aproveche el tiempo libre para familiarizarse con su contenido. Esto le permitirá identificar de forma más fácil y rápida el problema de salud, diagnosticarlo y por consiguiente tomar la decisión terapéutica oportuna y más adecuada.
- Esta guía debe ser consultada todas las veces que sea necesaria. Permitáse algún tiempo después de cada consulta y verifique si su decisión. Más adelante aprenderá a usar esta guía de manera eficaz y eficiente.

La Historia Clínica

1. Escuche atentamente las quejas del paciente

- Permita que el paciente se exprese con sus propias palabras.
- Describa la enfermedad actual e inicio de los signos y síntomas.
- Escriba lo más importante en el expediente del paciente.

2. Examen Físico

- Haga su examen físico completo.
- Evalúe al paciente de forma integral.
- Realice evaluación por sistema.
- Escriba los hallazgos más relevantes en el expediente.

3. Escoja el Signo o Síntoma Relevante

Principio o regla general: Si el paciente tiene varios síntomas y signos; escoja el más importante; según el siguiente criterio:

- Escoja un signo (manifestación objetiva de la enfermedad; Ej.: membranas mucosas pálidas) en vez de un síntoma (manifestación subjetiva de la enfermedad; Ej.: fatiga).

Escoja un signo o síntoma específico que aparece en un restringido número de enfermedades (ej.: dificultad para respirar) en vez de un signo o síntoma general que aparece en muchas enfermedades. (ej.: fiebre)

Escoja el signo o síntoma reciente más relevante, sin descartar aquellos que están presentes desde hace tiempo. Siguiendo estas instrucciones se puede determinar un problema del signo o síntoma relevante.

Anote este síntoma dominante en el expediente del paciente.

4. Determine el Diagnóstico

Luego de haber determinado el signo o síntoma dominante, búskelo en la lista, en la primera parte de esta guía (los números de las páginas, y están localizados en el margen inferior derecho) dicho listado le dará instrucciones sobre preguntas específicas para formular y qué signos o señales buscar. Repase el listado siguiendo la dirección de las flechas: (si la respuesta a la pregunta es “SI”, siga la flecha hacia la derecha indicando el diagnóstico y el tratamiento. Si la respuesta a una pregunta es “NO”, siga la flecha hacia

la próxima pregunta más abajo y continúe el proceso. Excluyendo o confirmando las diferentes señales, el listado le conducirá hacia un diagnóstico correcto con su tratamiento indicado.

Anote en el expediente del paciente el diagnóstico con su tratamiento.

5. Decida el Tratamiento

Cuando haya determinado el diagnóstico según el listado, siguiendo las flechas podrá decidir el tratamiento. Hay varias decisiones posibles:

Ciertos pacientes tienen enfermedades muy severas para ser tratados en un centro de salud del Primer Nivel. Este paciente debe ser referido a un hospital. Algunas veces se puede empezar el tratamiento o administrar alguna ayuda de emergencia antes de que el paciente sea referido al hospital.

Para ciertas enfermedades el tratamiento es bastante simple. Lo encontrará en la sección de tratamiento del listado de diagnóstico. En ocasiones el tratamiento es más complejo. En éste caso la sección de tratamientos del listado de diagnóstico le referirá a la página correspondiente en la segunda parte de esta guía indicándole el tratamiento: Allí encontrará una descripción completa del mismo.

6. Prescriba un tratamiento y aconseje al paciente

Prescriba el tratamiento según lo indicado en el listado de diagnósticos o en el programa de tratamientos.

Explique al paciente cual es su enfermedad y su tratamiento y si es necesario porque el/ella debe ser referido o debe volver para seguimiento. Además aconseje sobre nutrición, higiene y cuidado en el hogar, según está indicado en la guía y en la guía de actuación de los miembros de las UNAP.

Anote el tratamiento y consejos en el expediente del paciente.

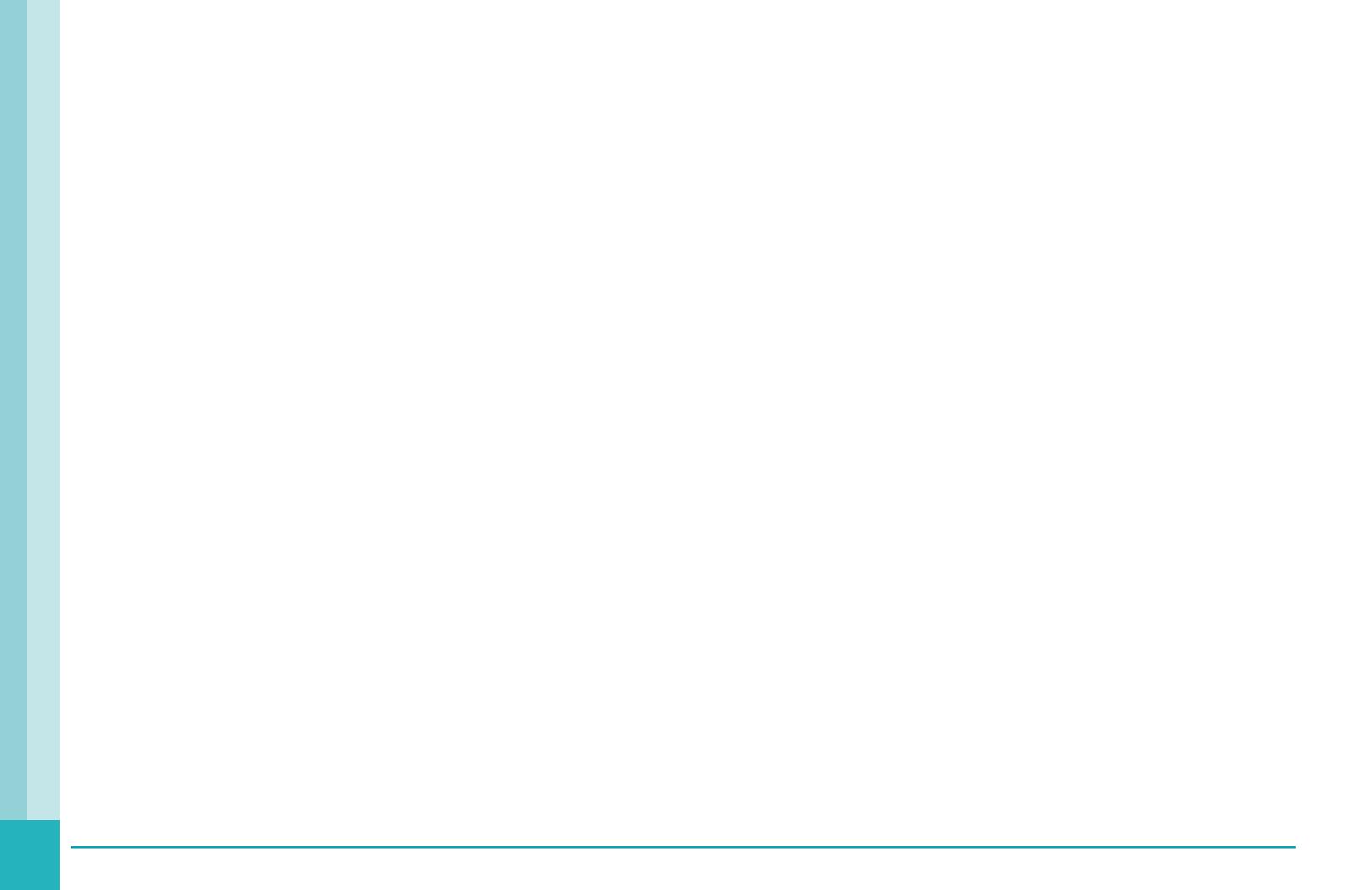
Notifique a la instancia correspondiente la enfermedad o evento.

Índice

Al comienzo de la primera parte (Listado de Diagnósticos) y de la segunda parte (Programa de Tratamientos) encontrará un separador a color y luego un índice que lo ayudará a encontrar la página que necesita.

Listado de Diagnósticos Signos y Síntomas

Atención Primaria de Salud



Listado de Signos y Síntomas

FIEBRE Y SINTOMAS RESPIRATORIOS

	Diag.	pág.
Fiebre en un/una niño/a	D1	1
Fiebre con Exantema	D2	2
Fiebre en un adulto y dificultad para respirar	D3	3
Tos en un/una niño/a	D4	4-5-6
Tos en un adulto	D5	7
Dificultad respiratoria en el/la niño/a	D6	8
Disnea aguda en adulto	D7	9

DOLORES

Dolor de garganta	D8	10
Problemas del oído	D9	11
Dolor de cabeza	D10	12
Dolor de músculos y articulaciones	D11	13
Dolor de espalda	D12	14
Dolor de pecho	D13	15
Dolor abdominal (niño/a menor de 5 años)	D14	16
Dolor abdominal (niño/a mayor de 5 años y adulto)	D15	17-18
Dolor abdominal bajo en las mujeres	D16	19-20

TRASTORNOS DEL SISTEMA GASTROINTESTINAL

Vómitos en el niño	D17	21
Vómitos en el adulto	D18	22
Diarrea	D19	23-24
Heces fecales con sangre	D20	25
Constipación en el niño	D21	26
Constipación en el adulto	D22	27

TRASTORNOS EN ELTRACTO URINARIO

Y GENITAL

Problemas urinarios	D23	28
Sangre en la orina (trauma vaginal)	D24	30

Sangrado transvaginal	Diag. D25	pág. 31-32
Flujo transvaginal	Diag. D26	pág. 33-34
Secreción uretral en el hombre	Diag. D27	pág. 35
Úlcera genital	Diag. D28	pág. 36

CONVULSIONES Y PERDIDA DE CONOCIMIENTO

Convulsiones y pérdida de conocimiento en niño/a	Diag. D29	
Convulsiones y pérdida de conocimiento en adulto	Diag. D30	37-38

		39-40
--	--	-------

DESORDENES DEL OJO

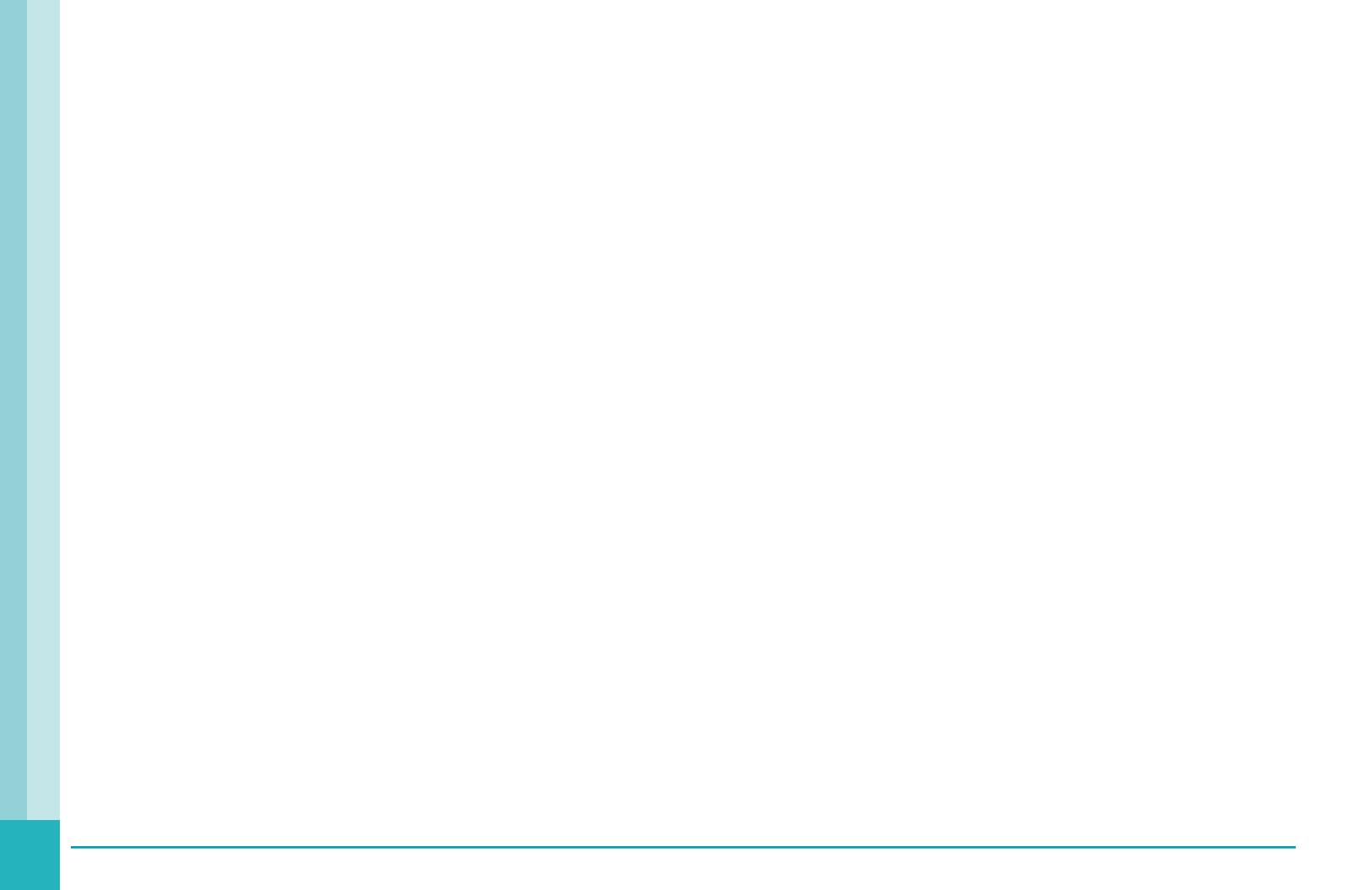
Ojo irritado	Diag. D31	41-42
Pérdida de la visión	Diag. D32	43-44

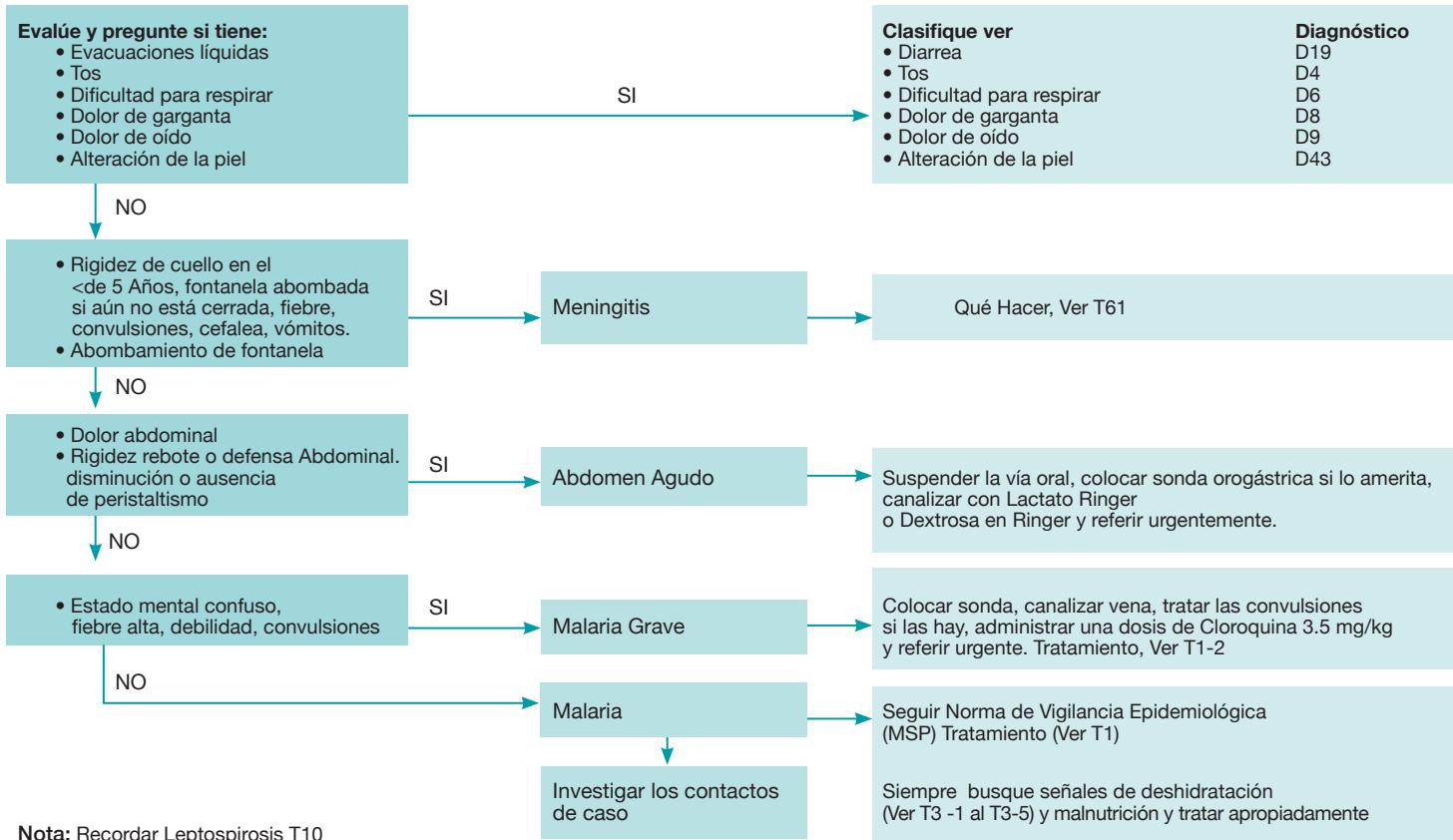
DESORDENES DE LA PIEL

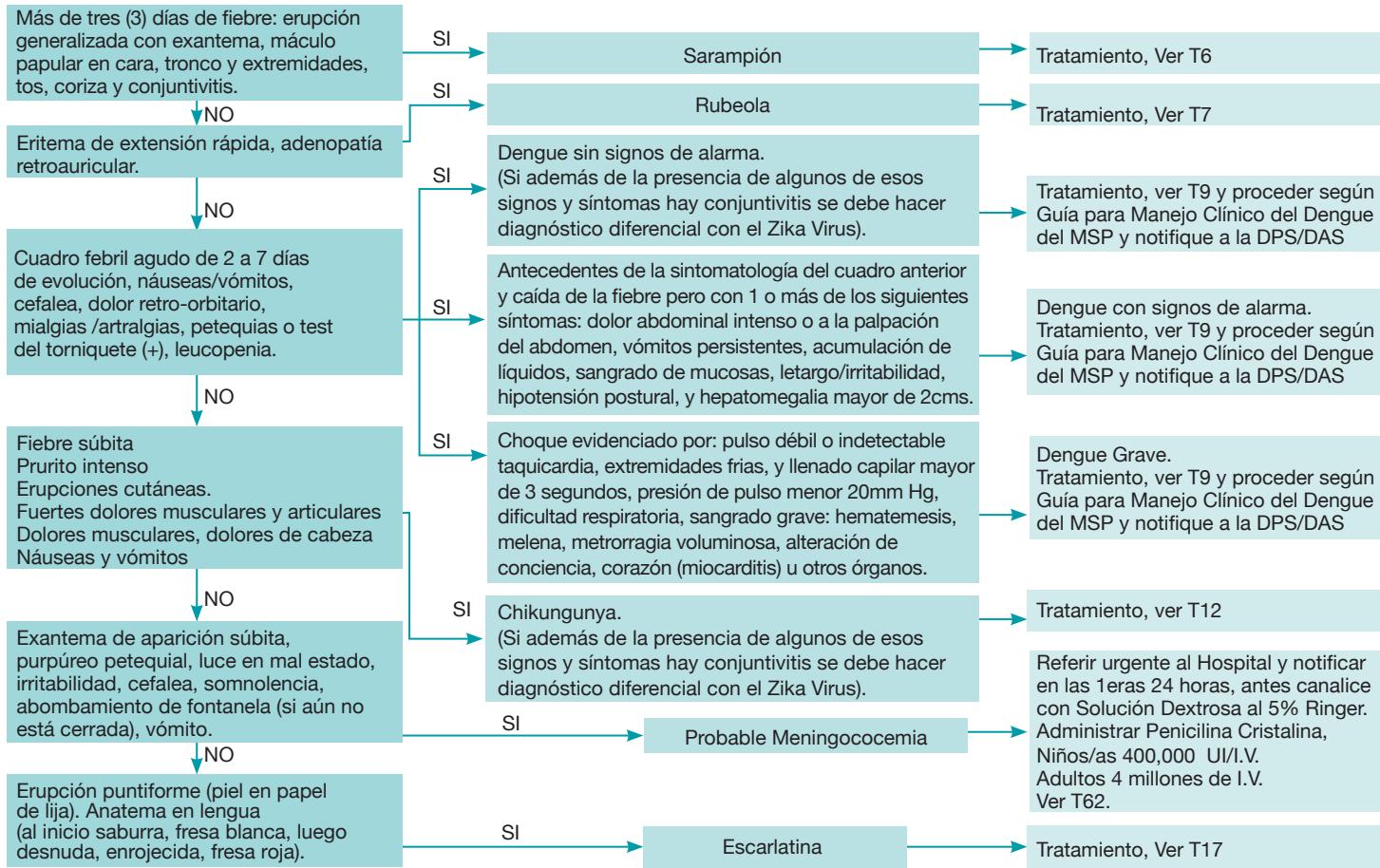
Membrana mucosa pálida/anemia	Diag. D33	45
Ictericia en el niño	Diag. D34	46
Ictericia en el adulto	Diag. D35	47
Edema en el niño	Diag. D36	48
Edema en el adulto	Diag. D37	49-50
Lesiones en la piel	Diag. D38	51-52
Prurito (comezón)	Diag. D39	53-54
Prurito del ano o vulva	Diag. D40	55
Úlcera de la piel	Diag. D41	56
Manchas hipopigmentadas en la piel	Diag. D42	57
Alteración en la piel	Diag. D43	58

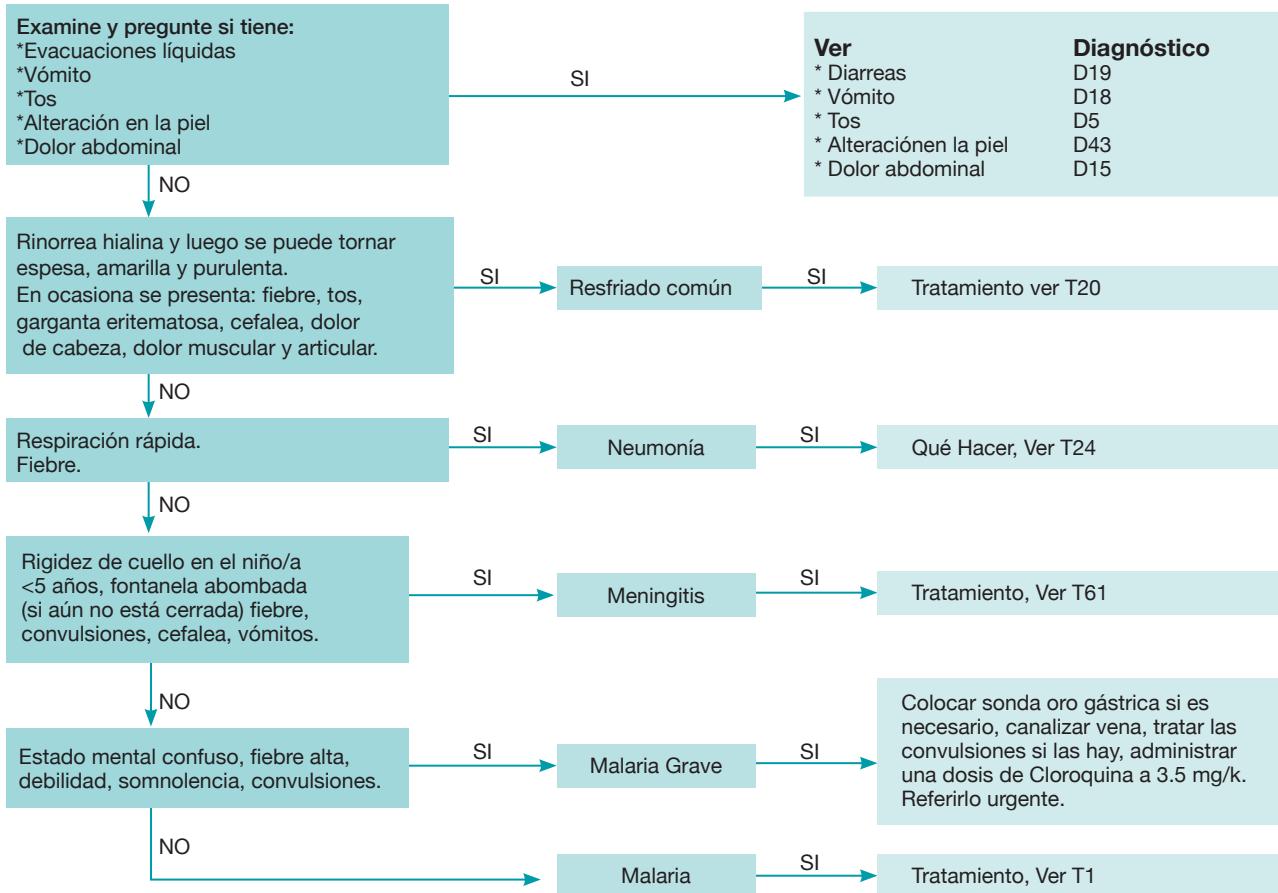
OTROS

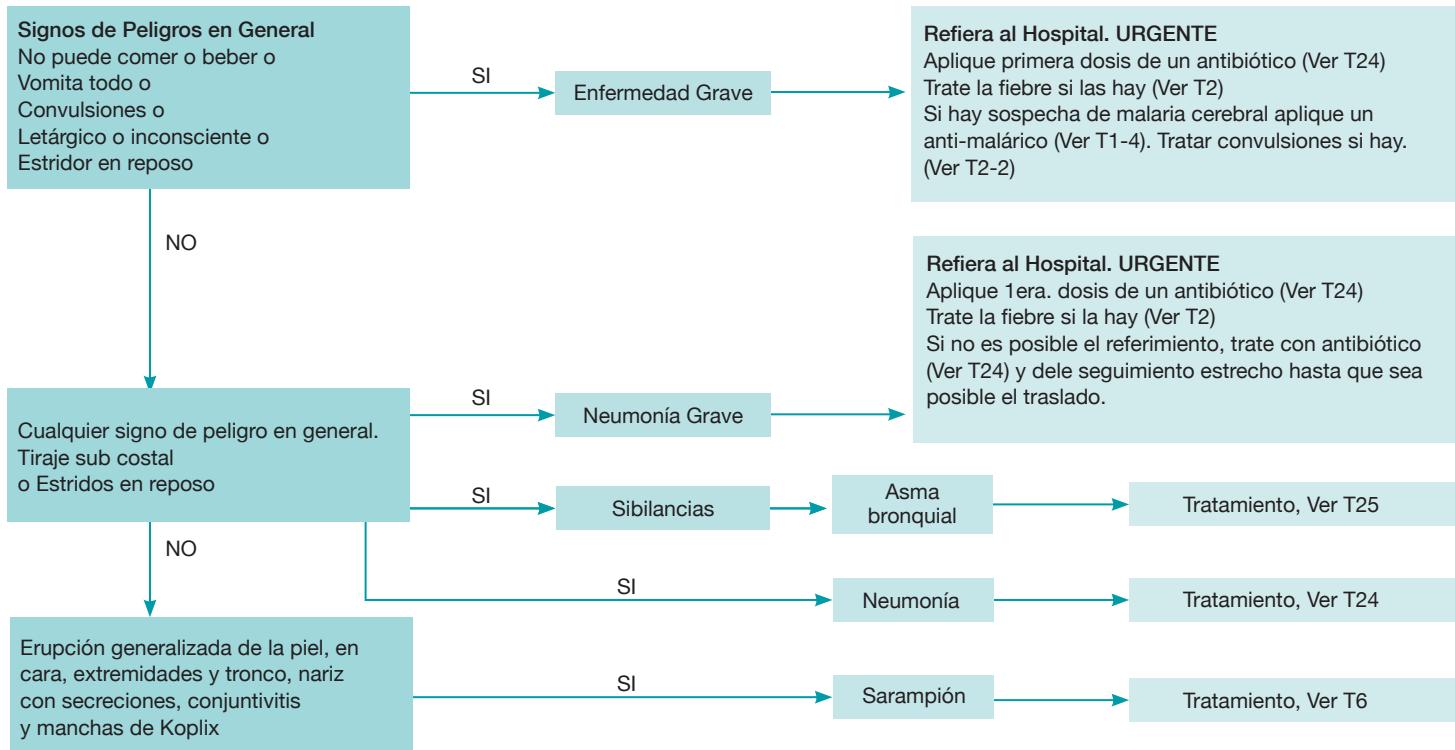
Agresiones por animales	Diag. D44	59
Gingivoestomatitis	Diag. D45	60-61



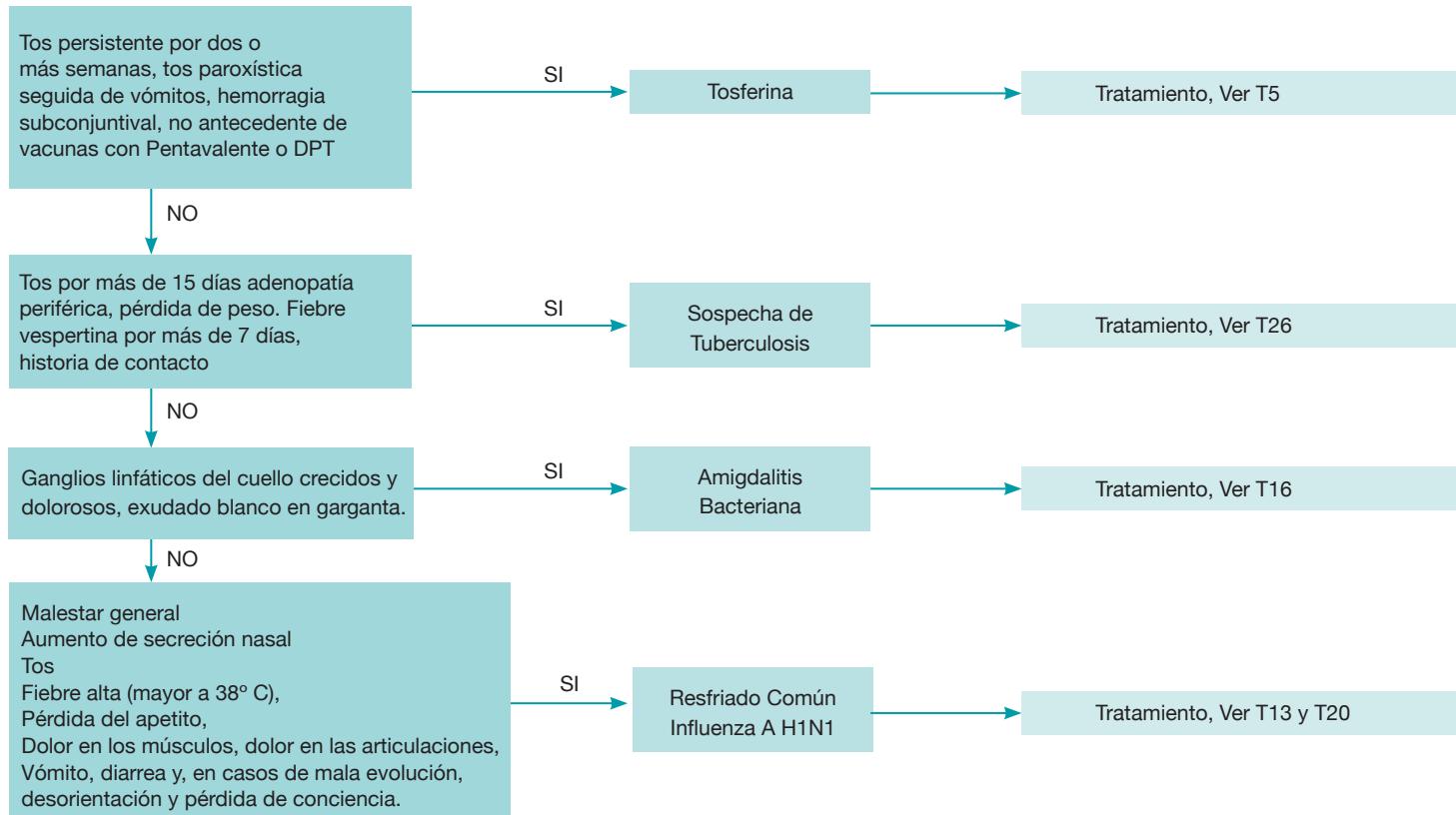




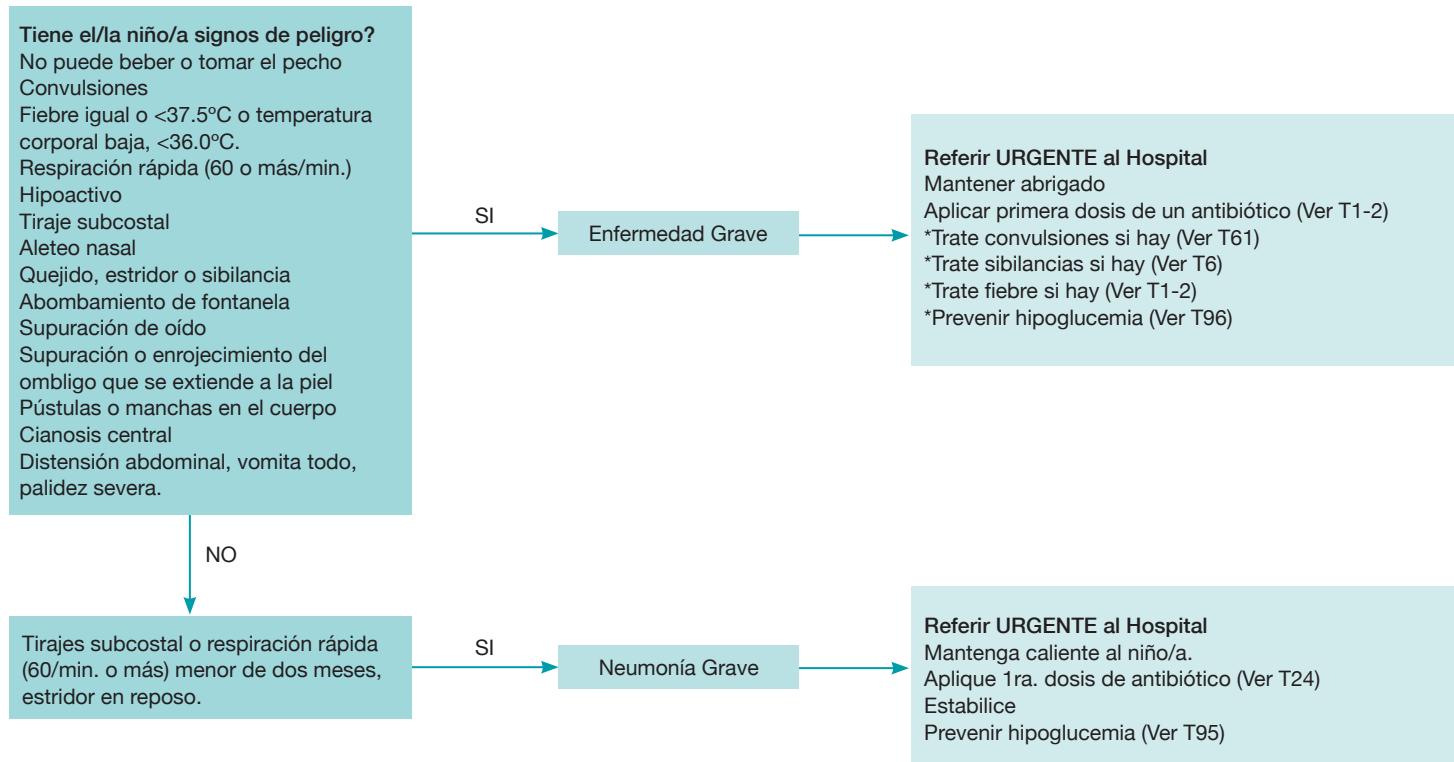


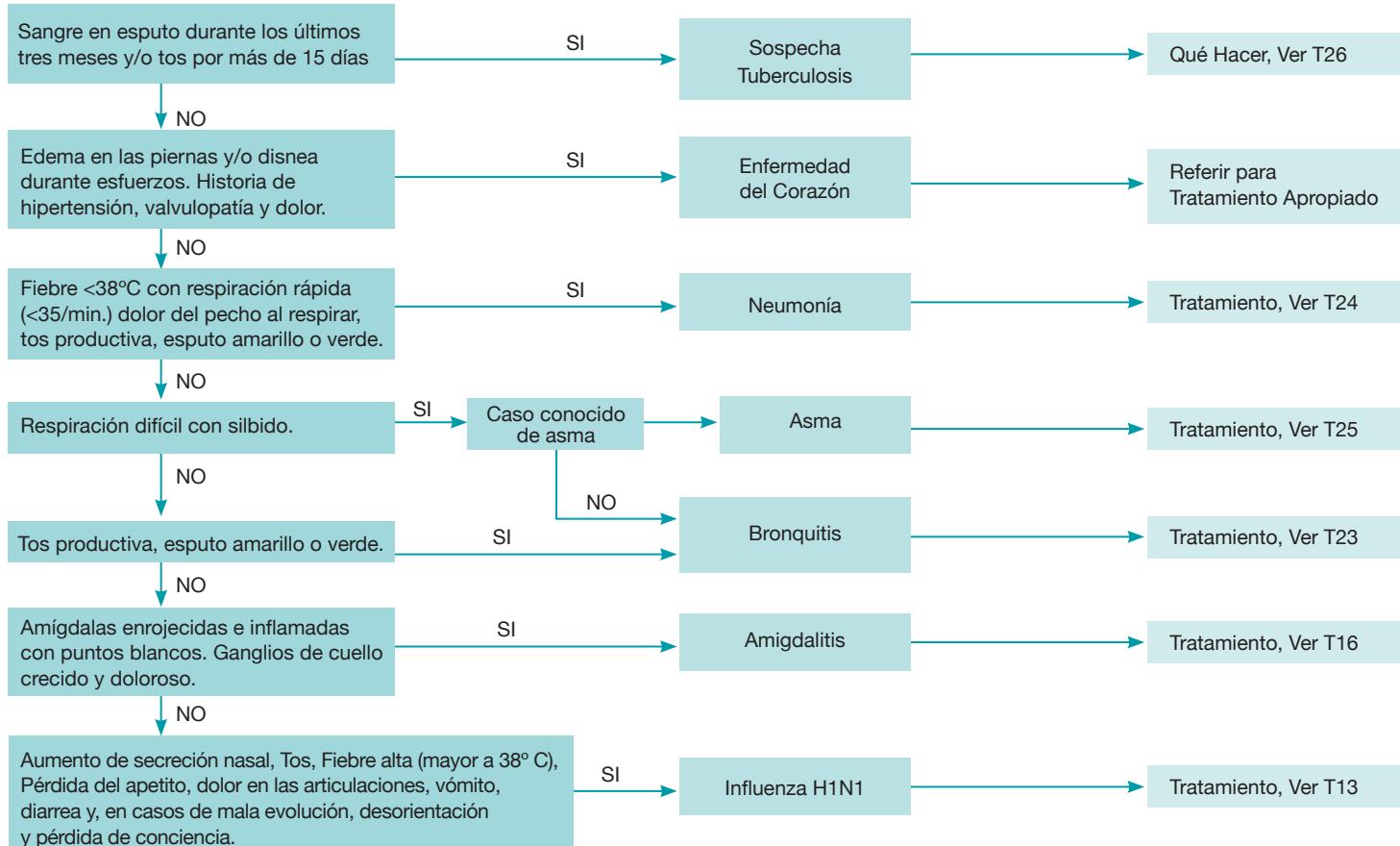


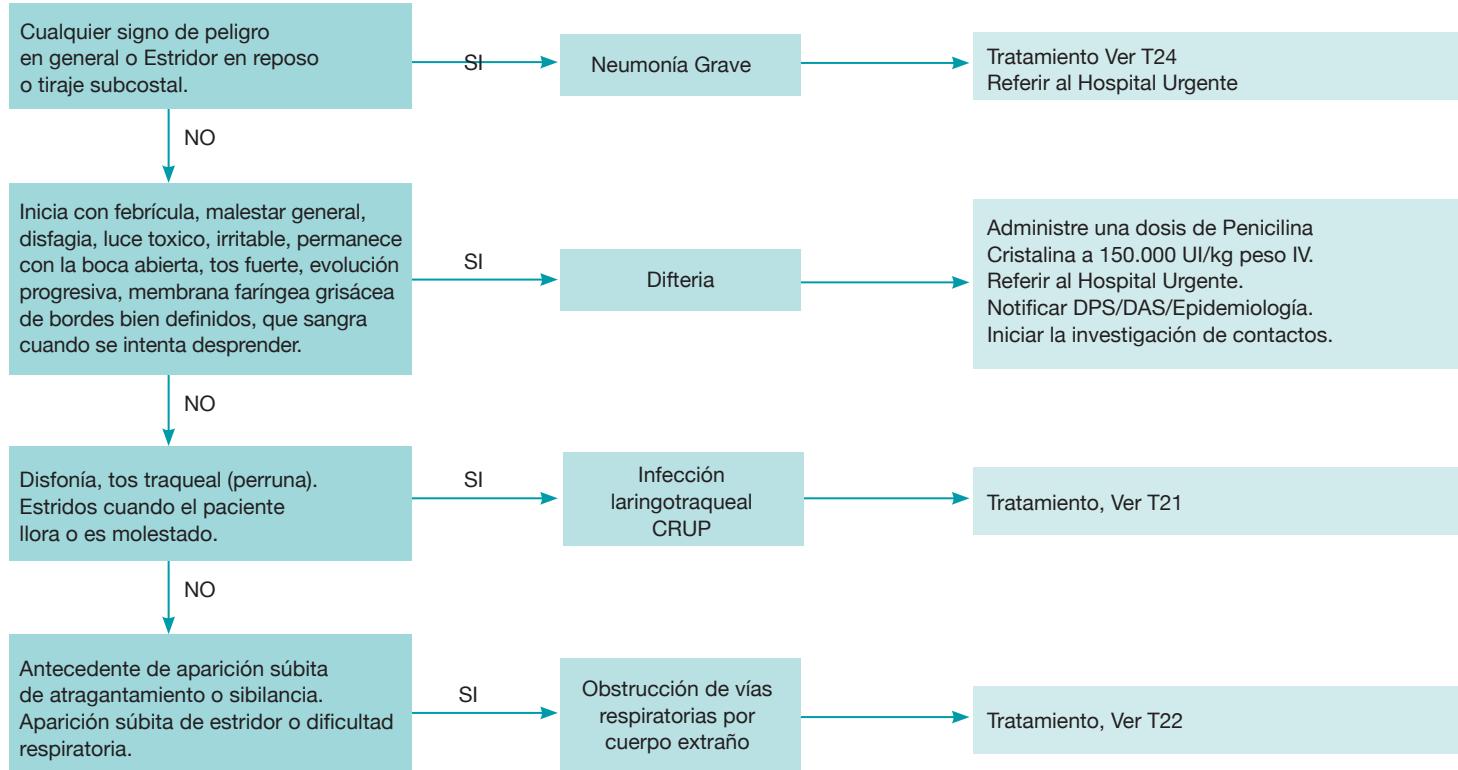
- **Estridor:** es un ruido aspero durante la inspiración
- **Tiraje:** hundimiento de la piel debajo de la costilla, claramente visible y esta presente todo el tiempo



Siempre busque señales de Deshidratación, Malnutrición y tratar adecuadamente (Ver T3-3, T3-4 y T90).

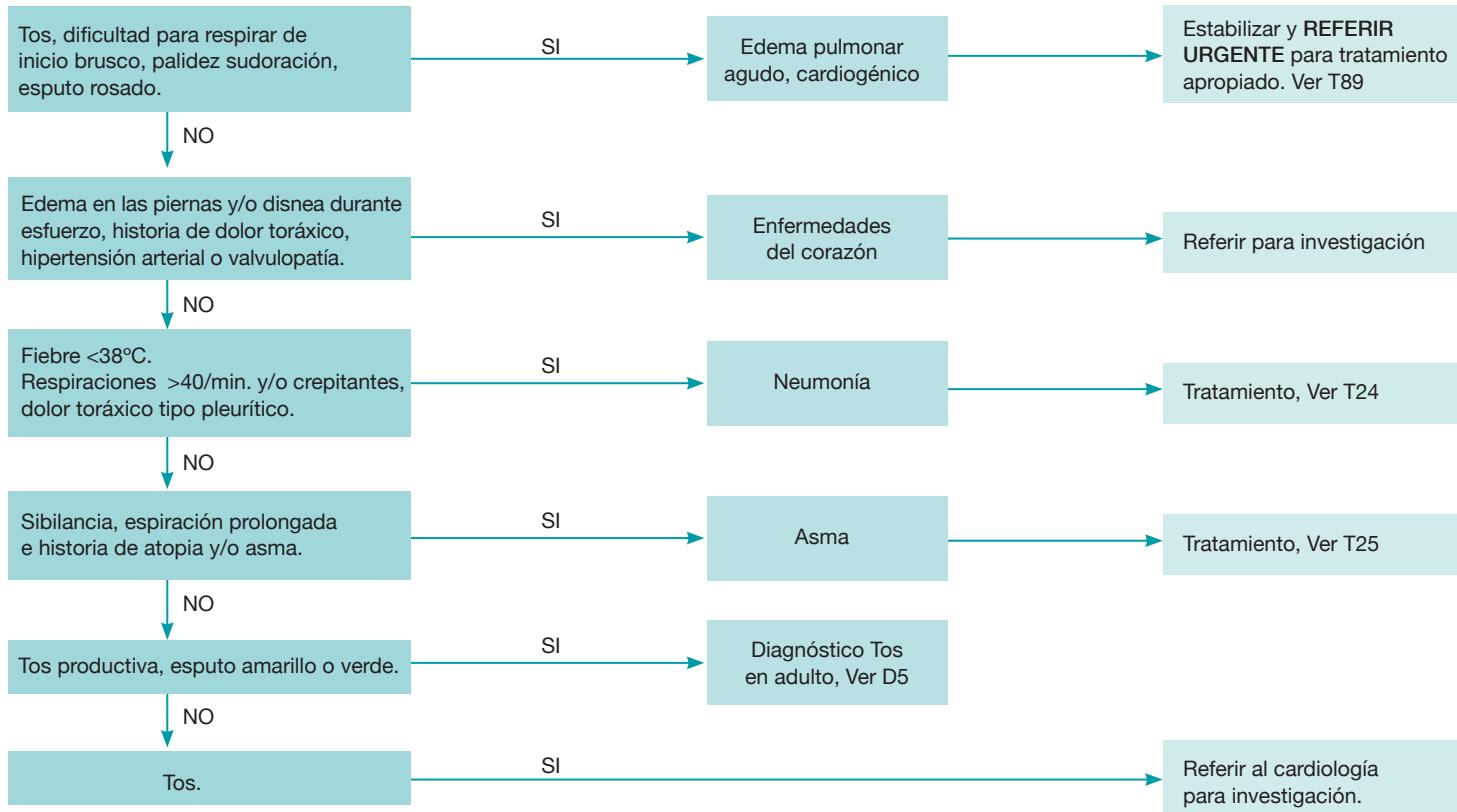






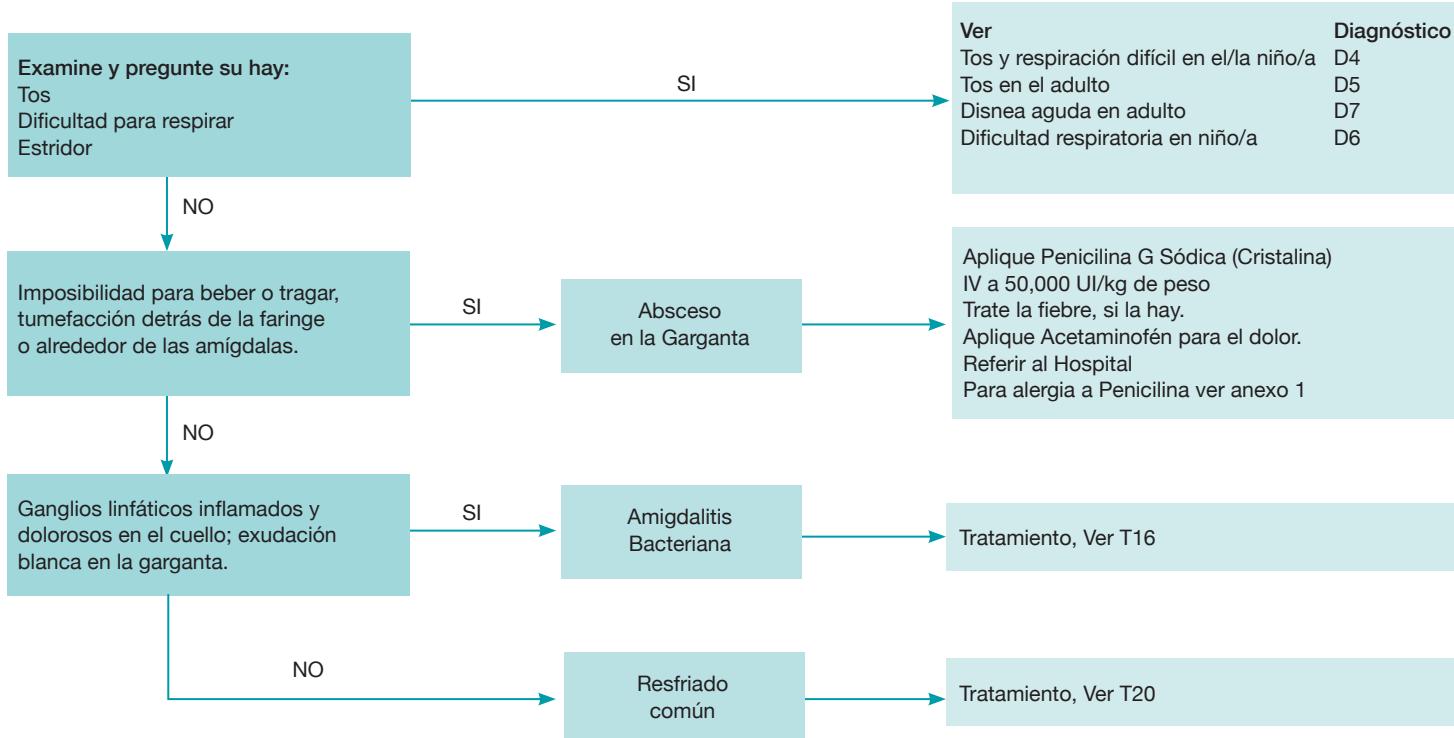
El estridor en un/una niño/a con sarampión es indicación para admisión al hospital, aunque esto ocurre solamente cuando el/la niño/a llora o esté irritado.

Todo/a niño/a con sarampión acompañado de estridor se referirá, aunque esto ocurra solo cuando el niño lllore.



Definición de disnea: respiración entrecortada, dificultad para respirar.

Examine la Garganta utilizando un depresor de lengua y buena luz



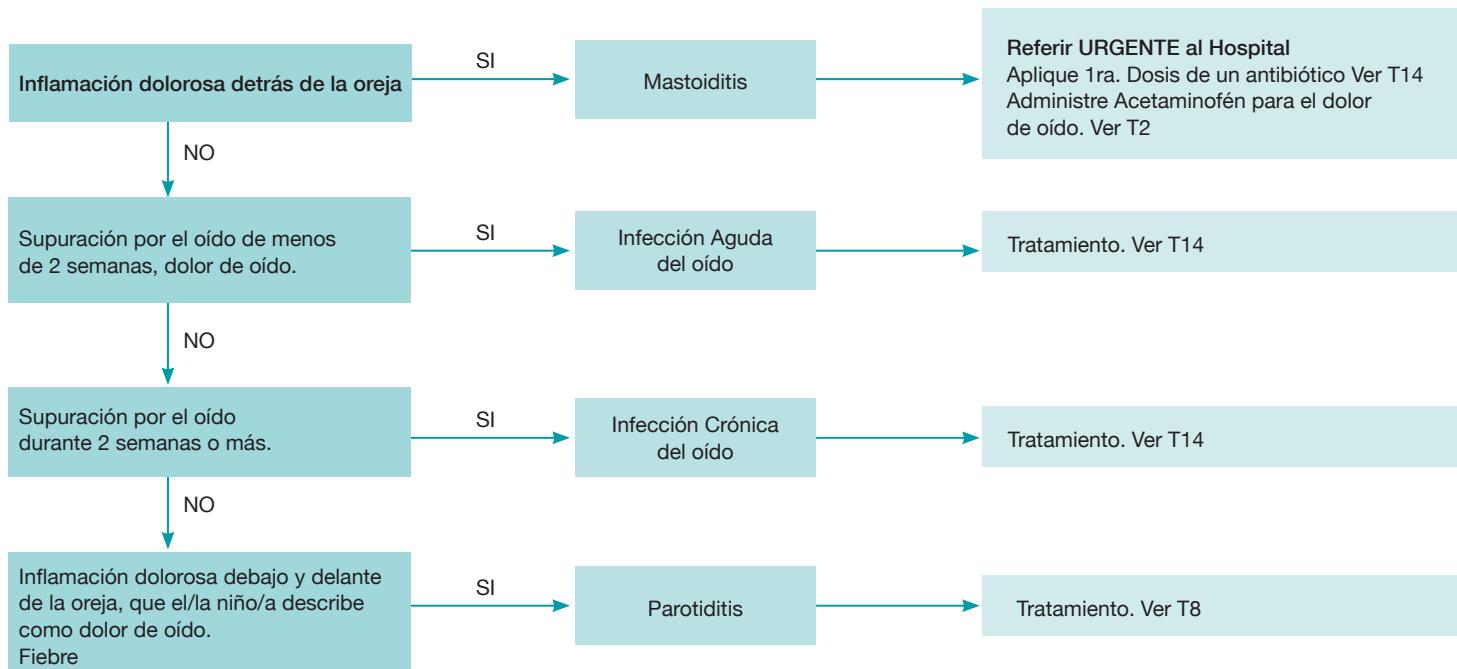
Pregunte:

¿Tiene dolor de oído en paciente?

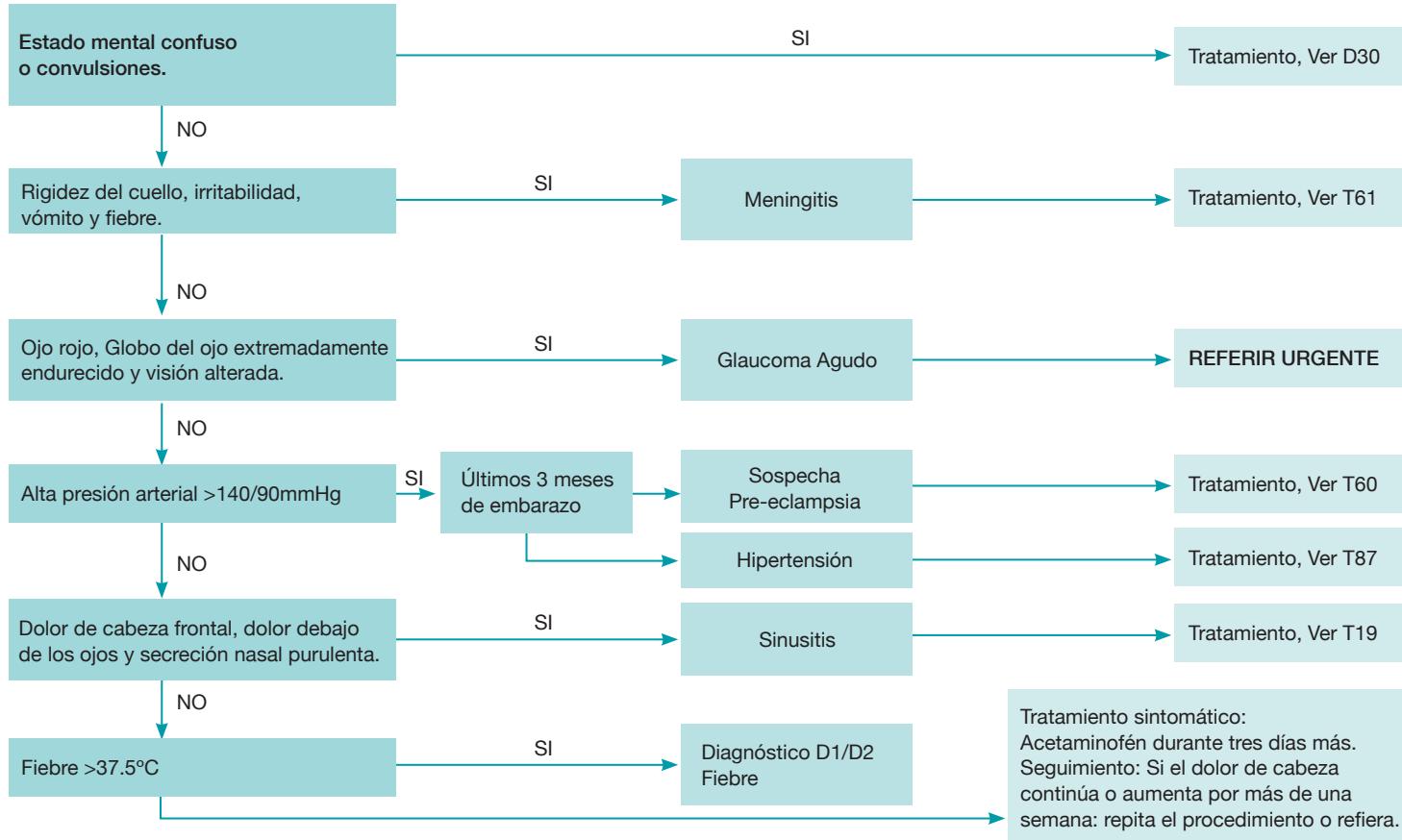
¿Segregaa pus del oído? ¿Desde cuándo?

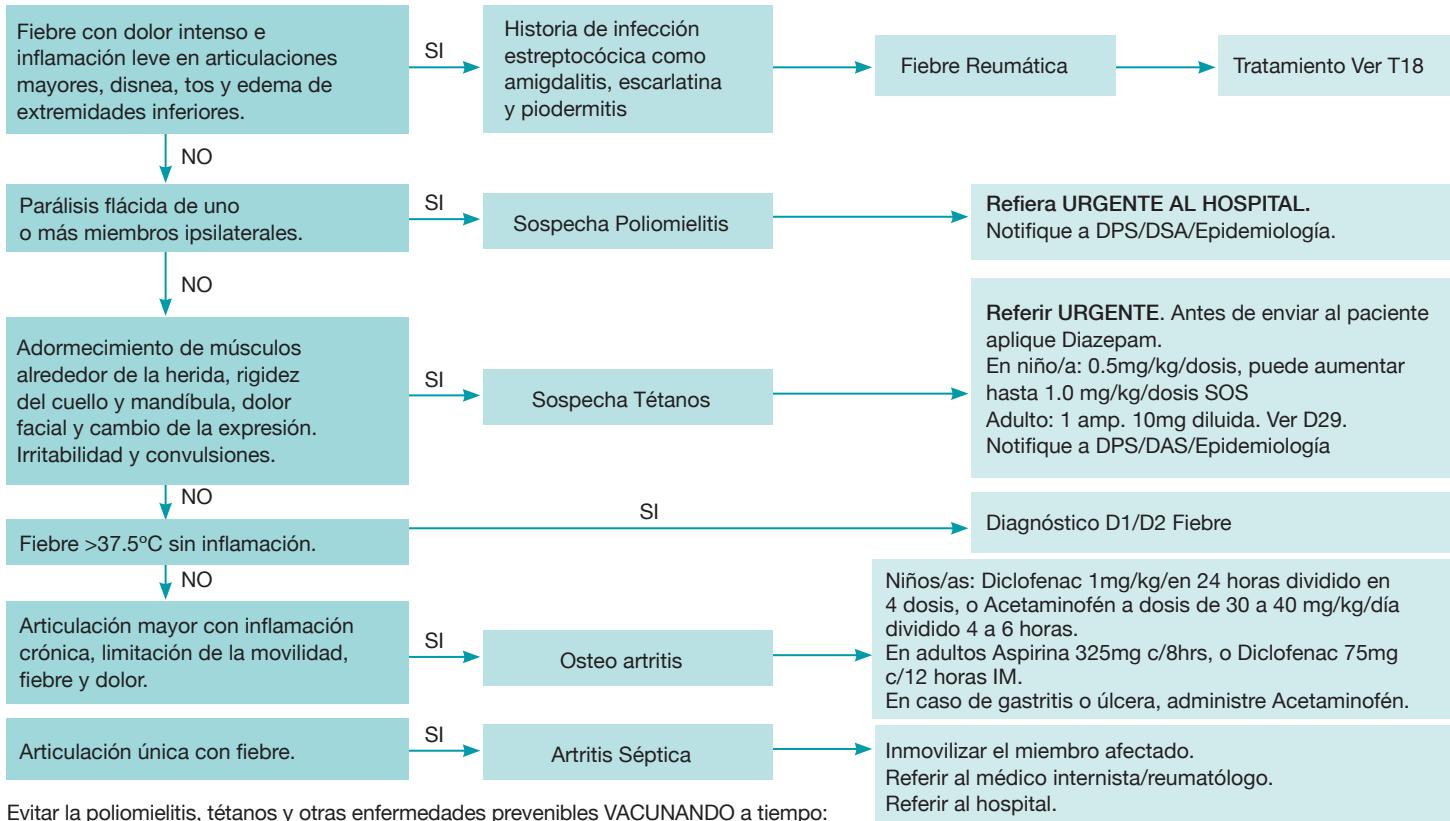
Oprimir el trago, dolor exquisito. Busque supuración de oído.

Busque detrás de la oreja tumefacción dolorosa al tacto.

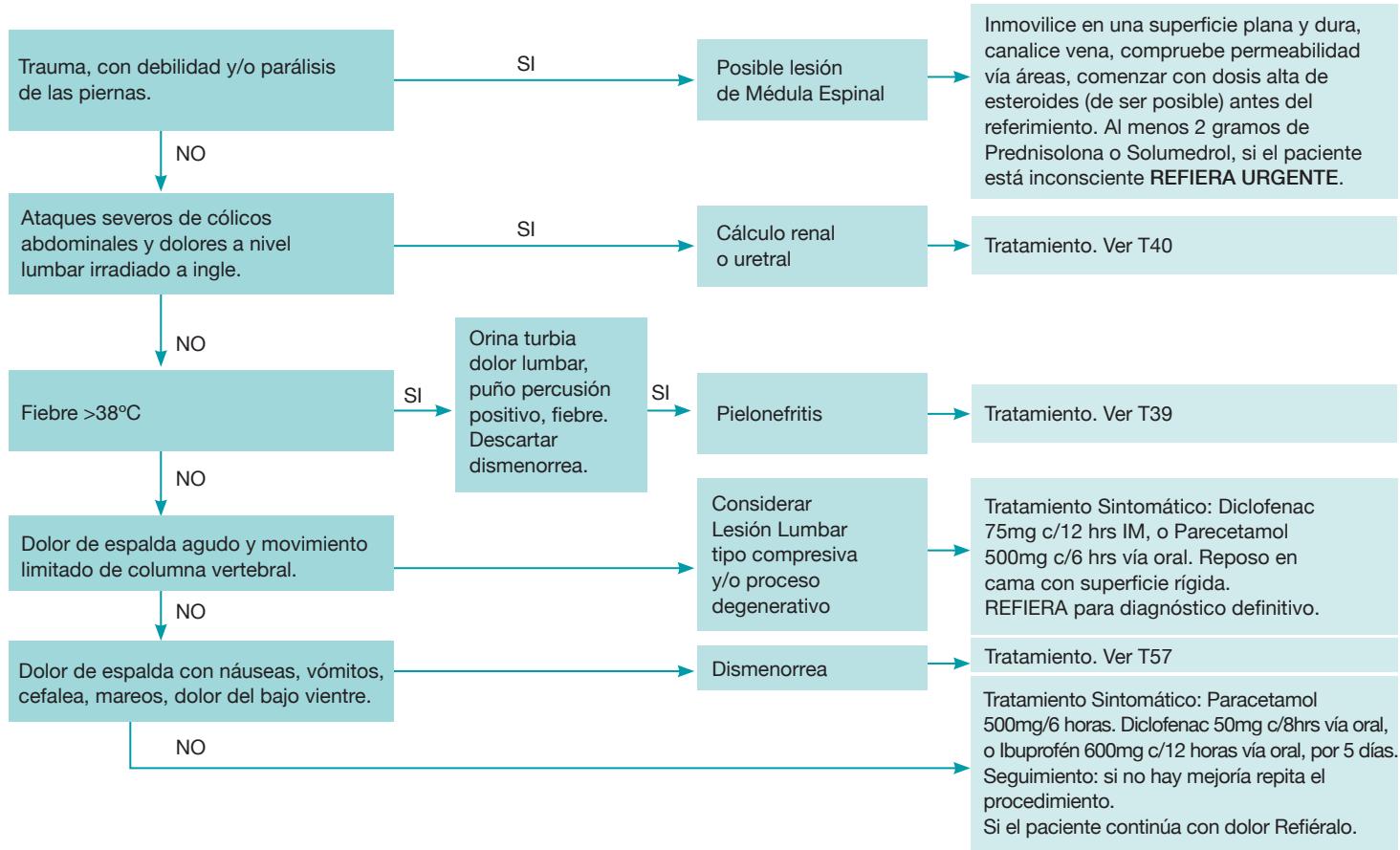


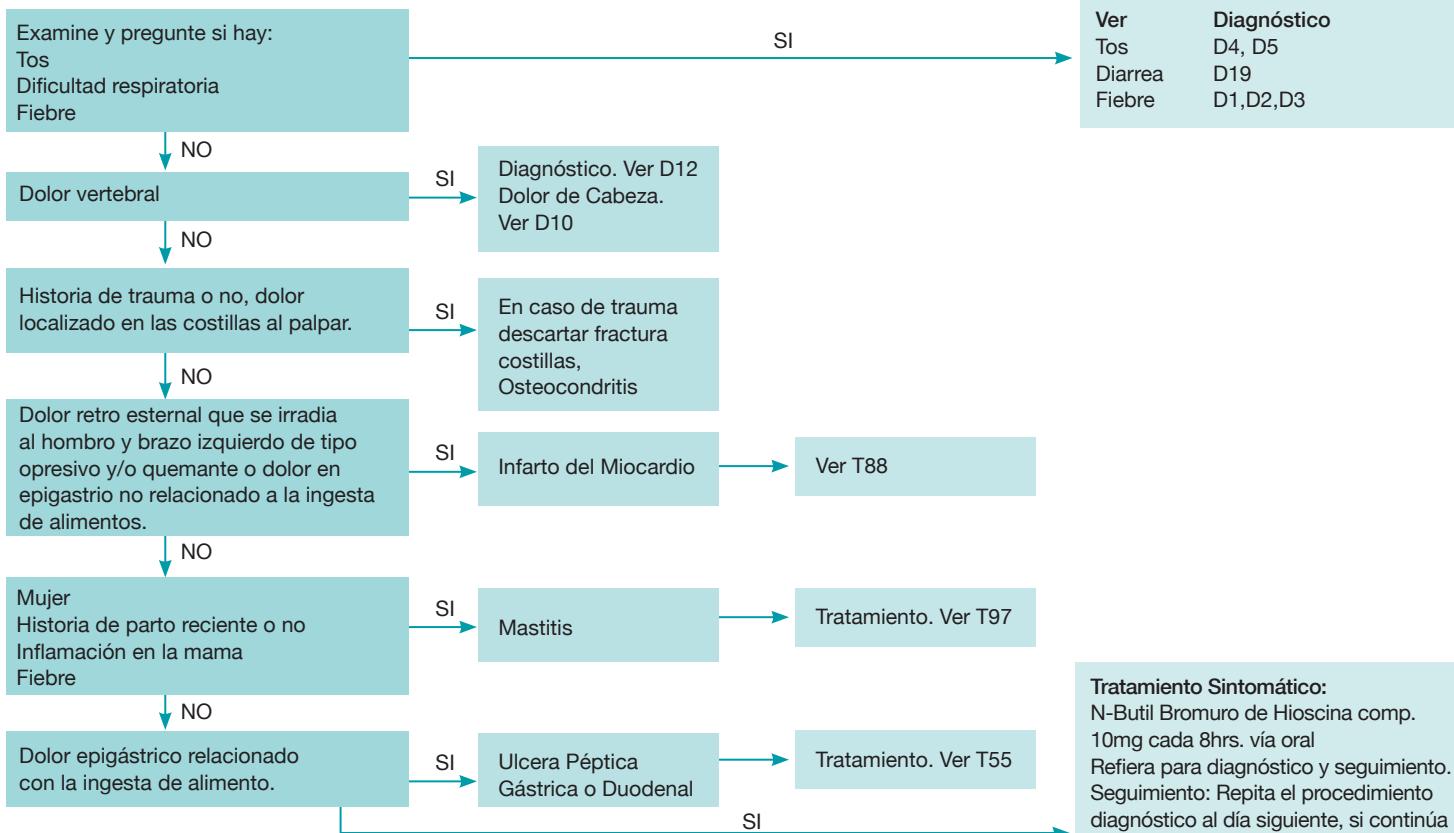
Supuración: Drenaje de pus





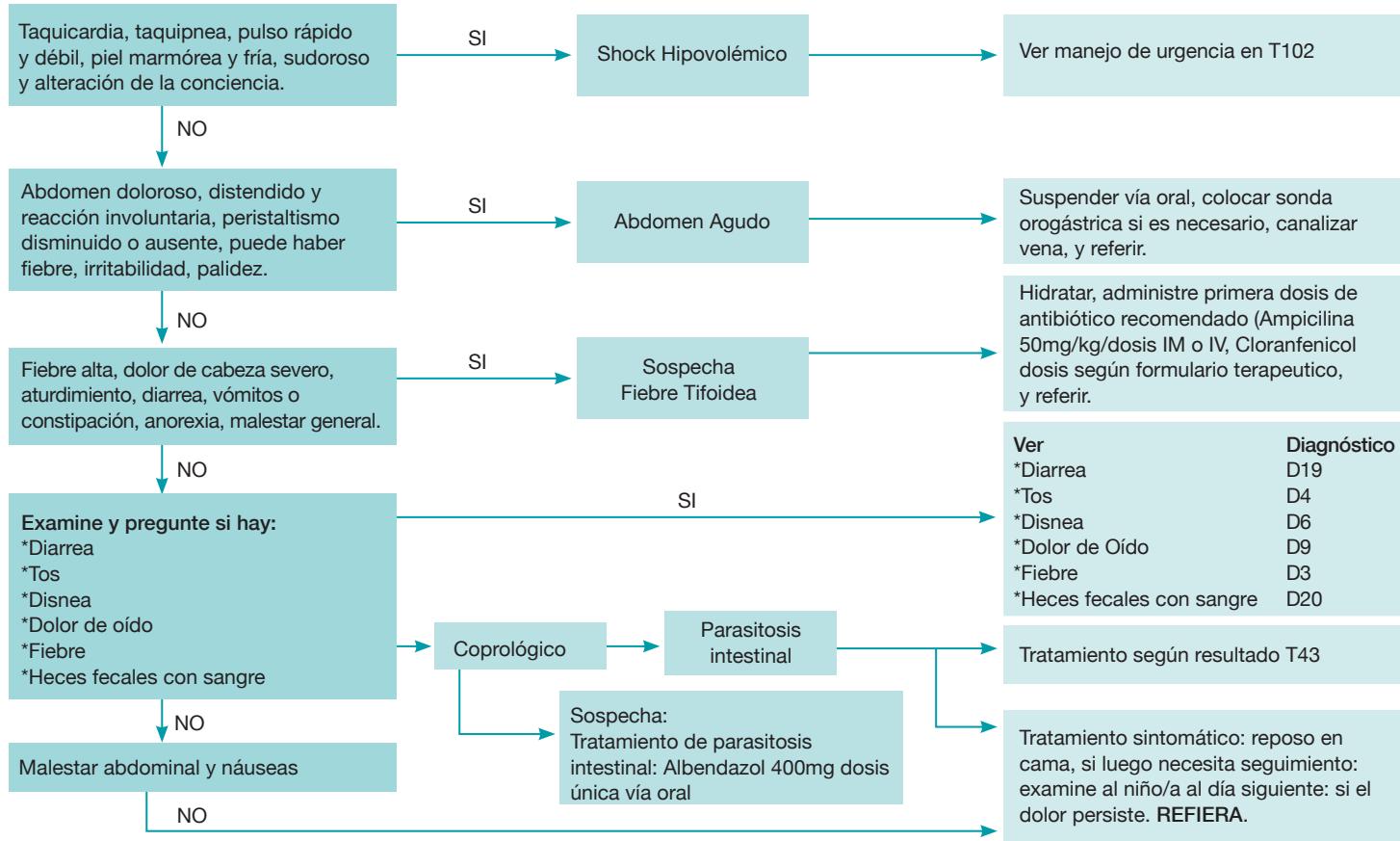
Evitar la poliomielitis, tétanos y otras enfermedades prevenibles VACUNANDO a tiempo:
ver Esquema Nacional de Vacunación y aconseje u oriente. Ver anexo 2.

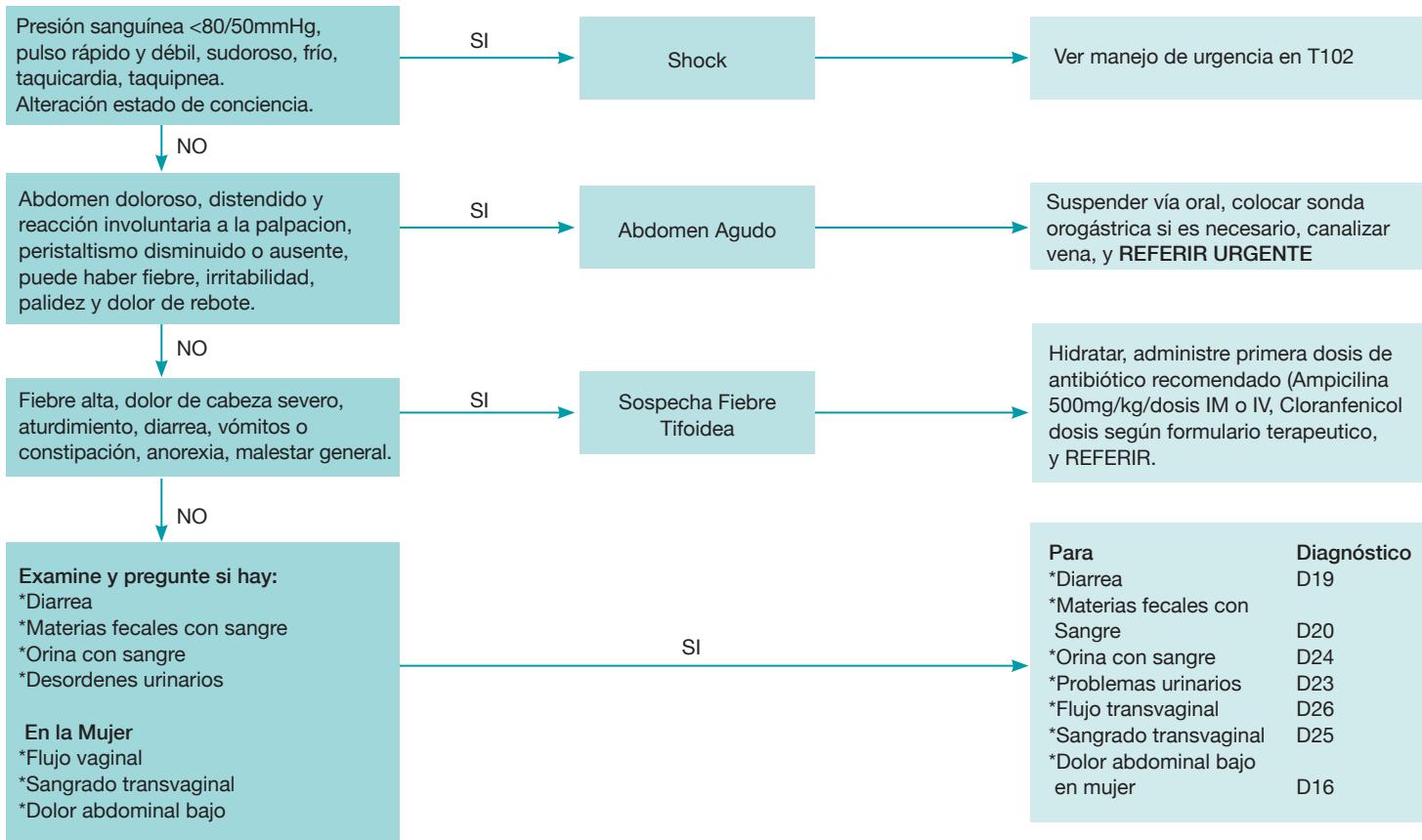


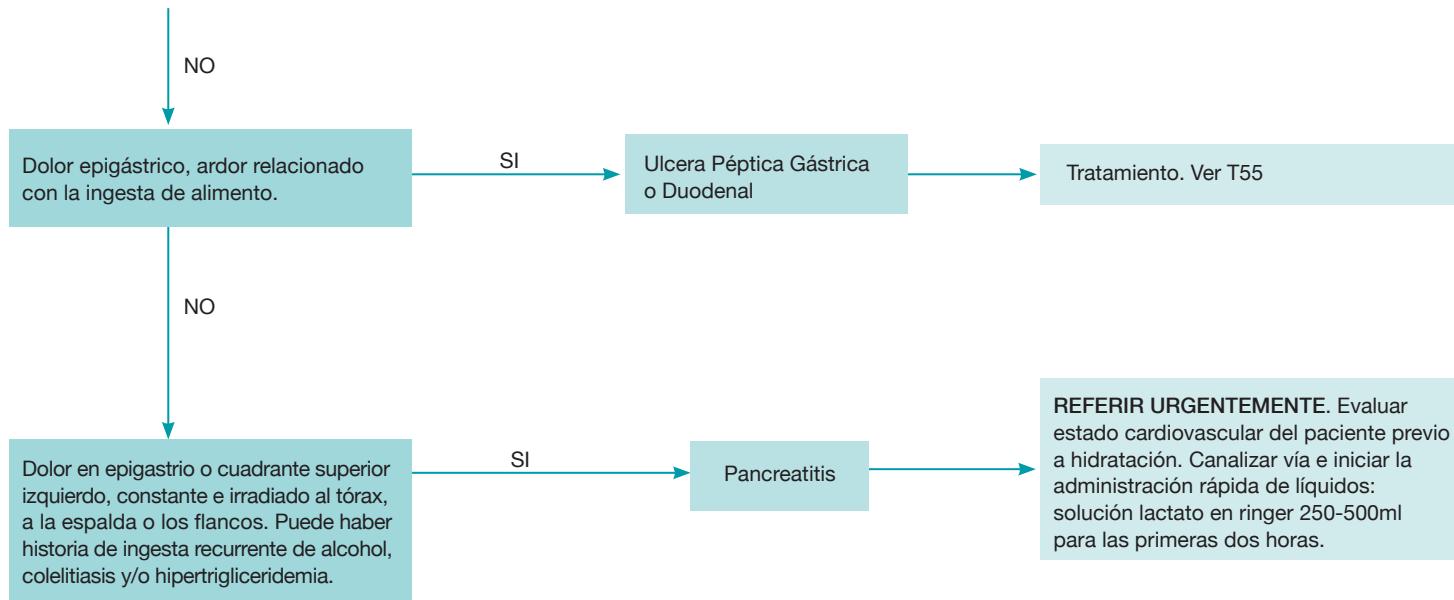


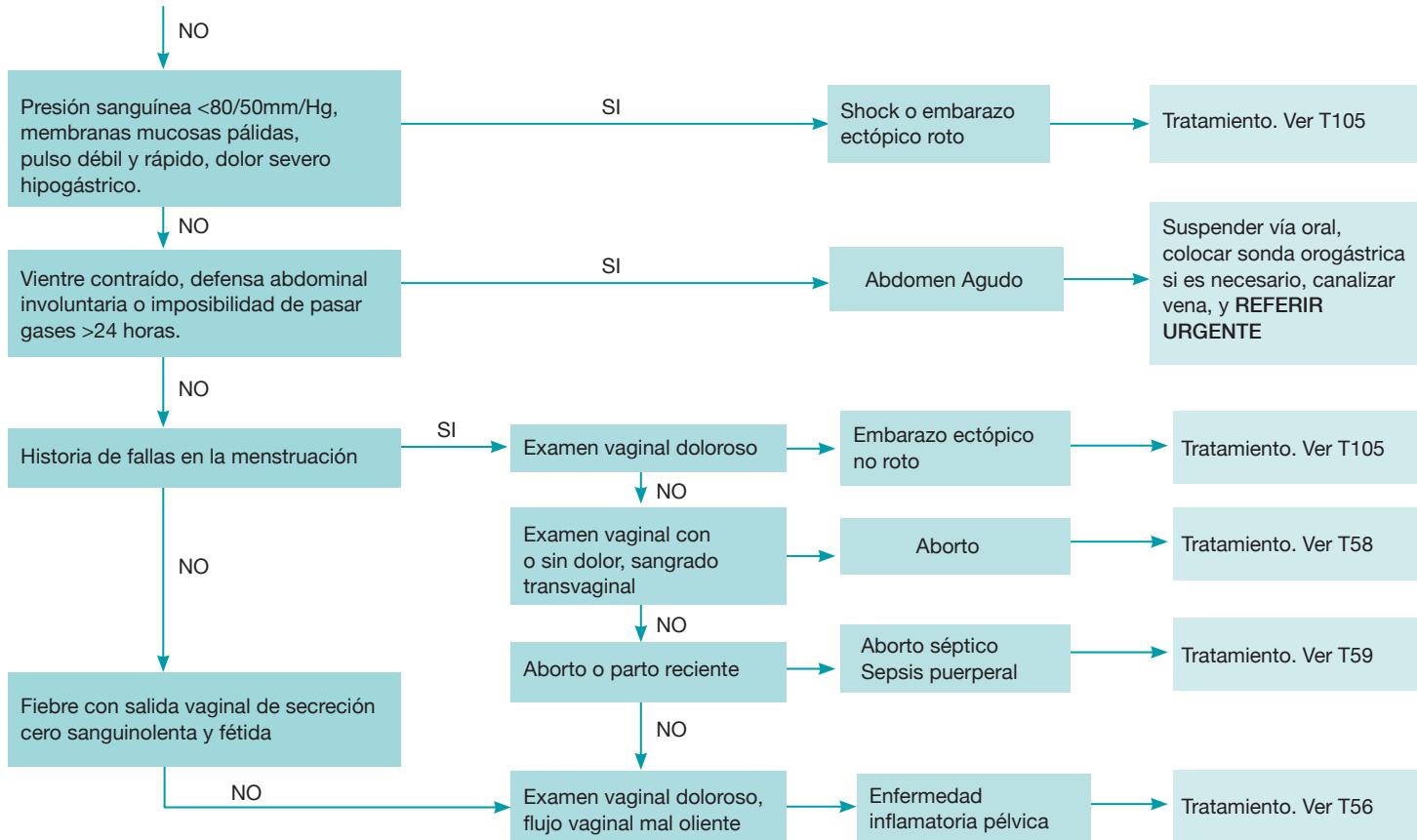
Tratamiento Sintomático:
 N-Butil Bromuro de Hioscina comp.
 10mg cada 8hrs. vía oral
 Refiera para diagnóstico y seguimiento.
 Seguimiento: Repita el procedimiento diagnóstico al día siguiente, si continúa el dolor. **REFIERA.**

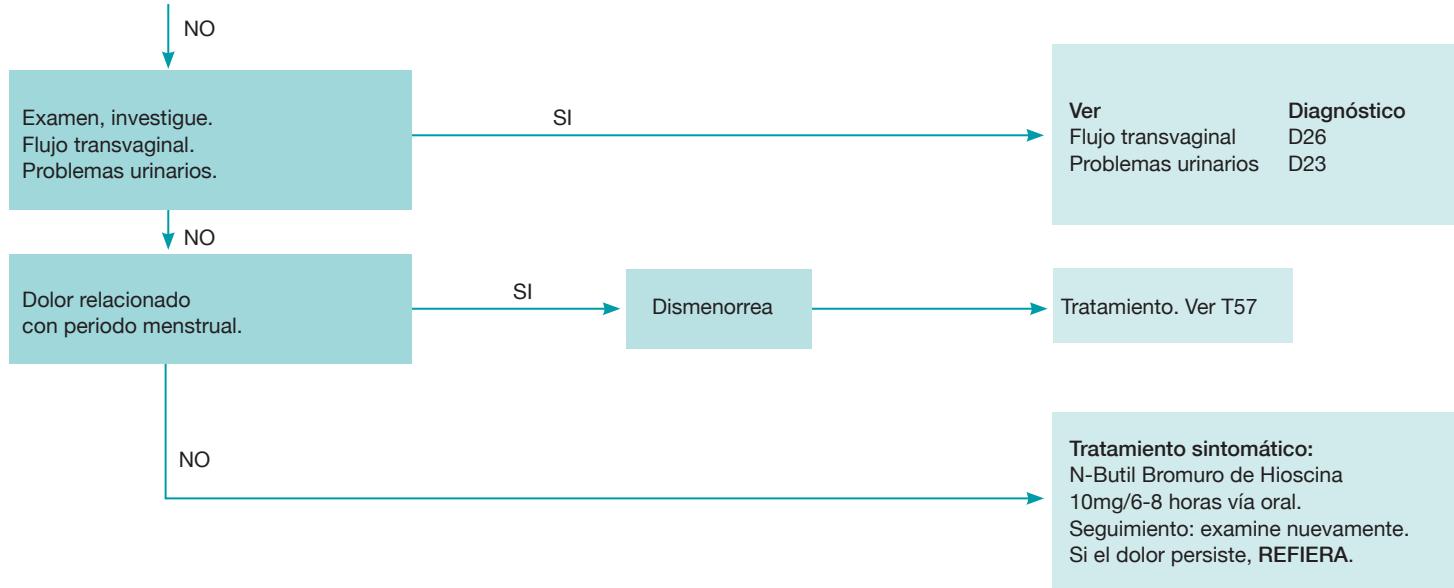
Si el paciente es alérgico al Ácido Acetil Salicílico indicar Acetaminofén.



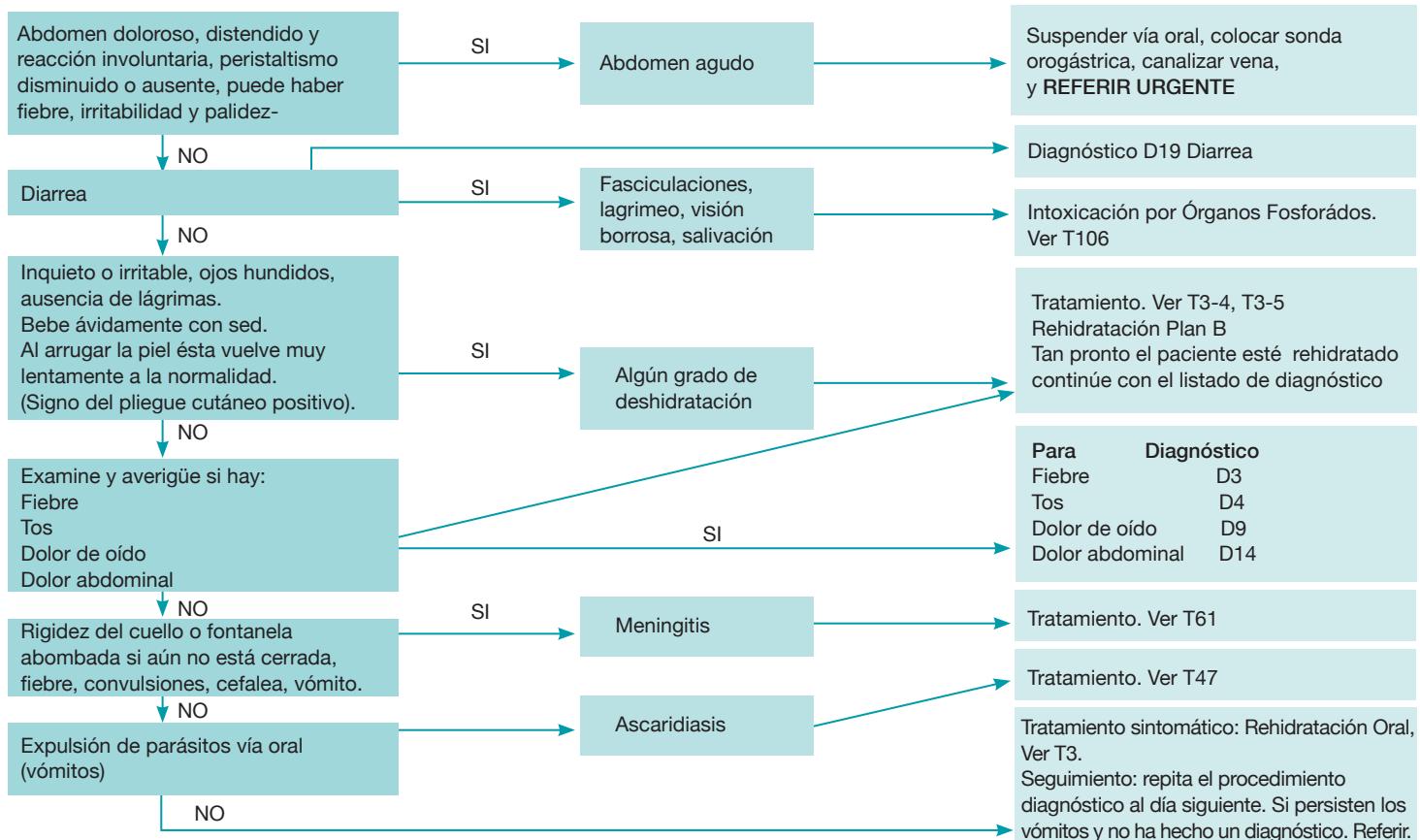


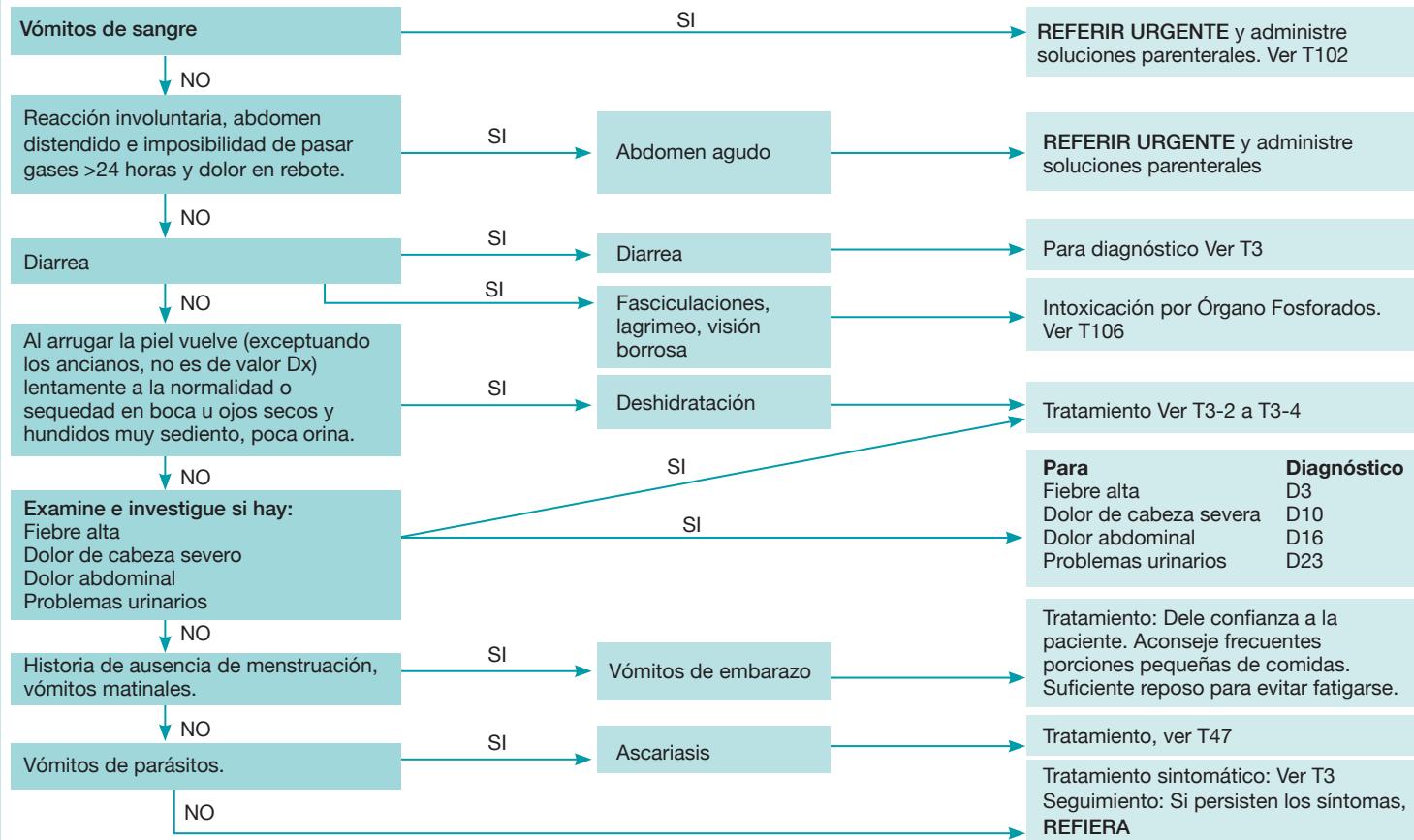


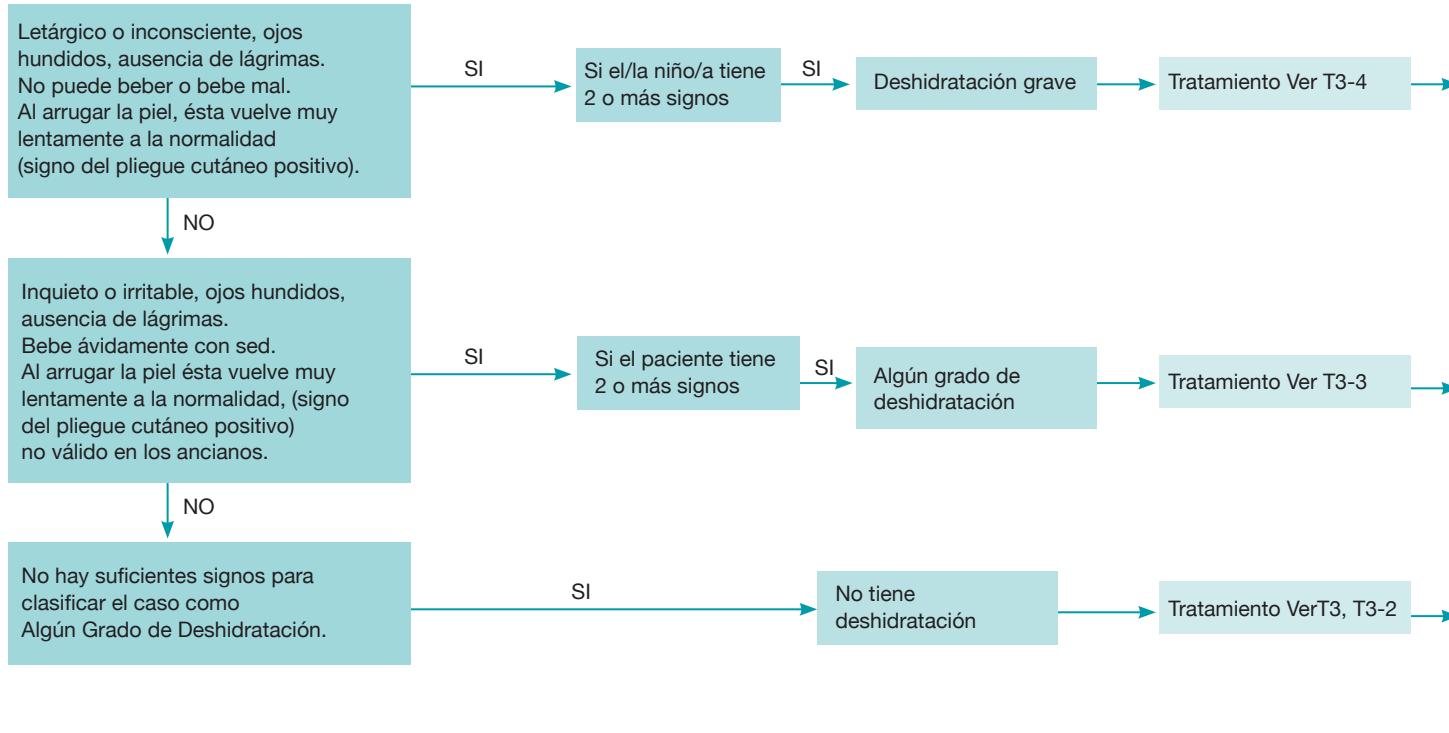




Siempre evalúe el listado “Dolor Abdominal en Adulto”. Ver D15
Para evitar pasar por alto alguna otra causa de dolor abdominal.

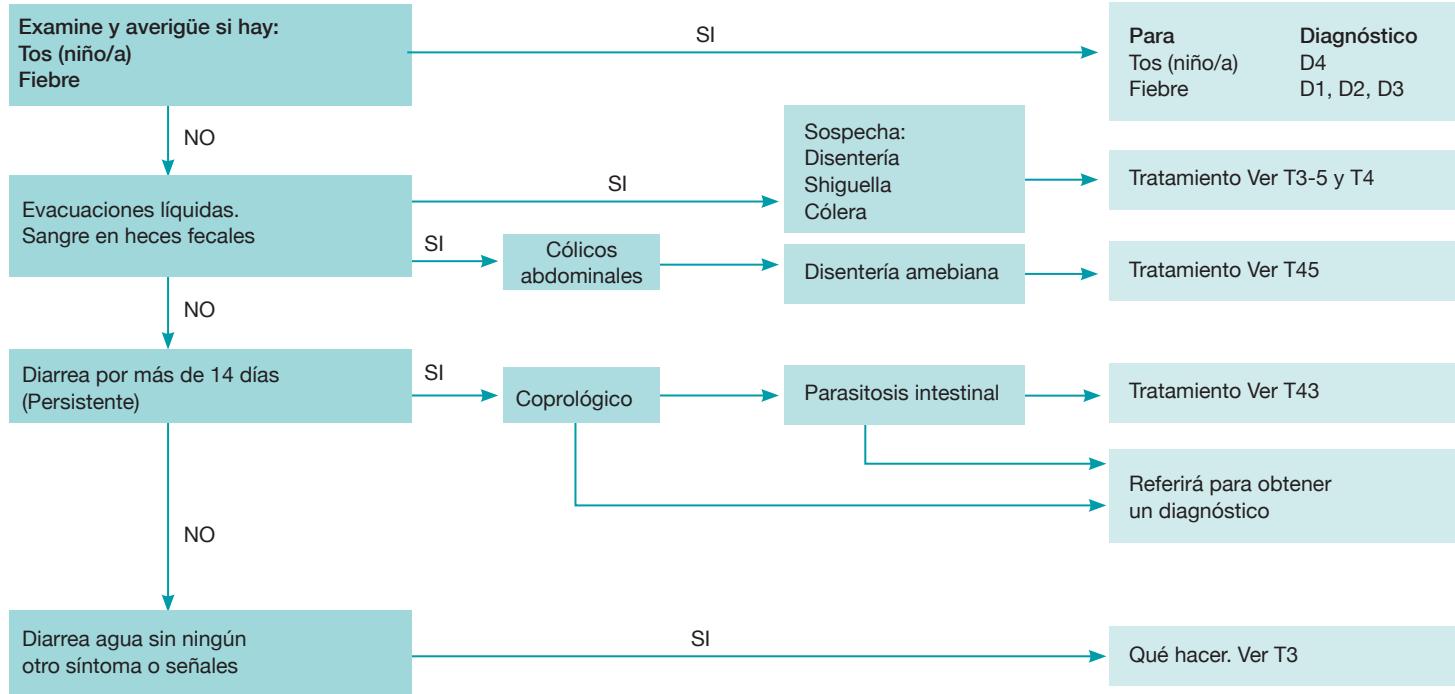




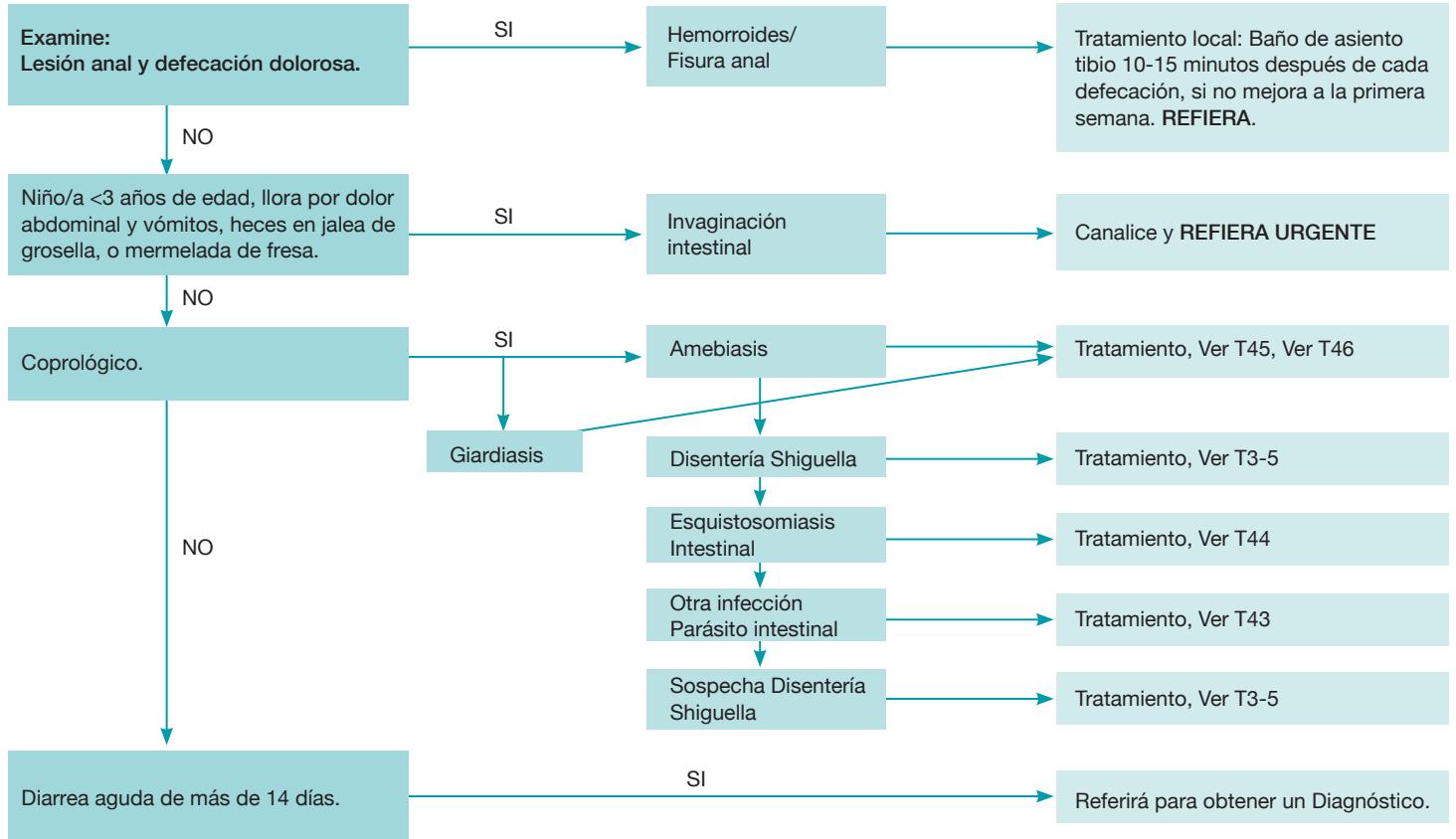


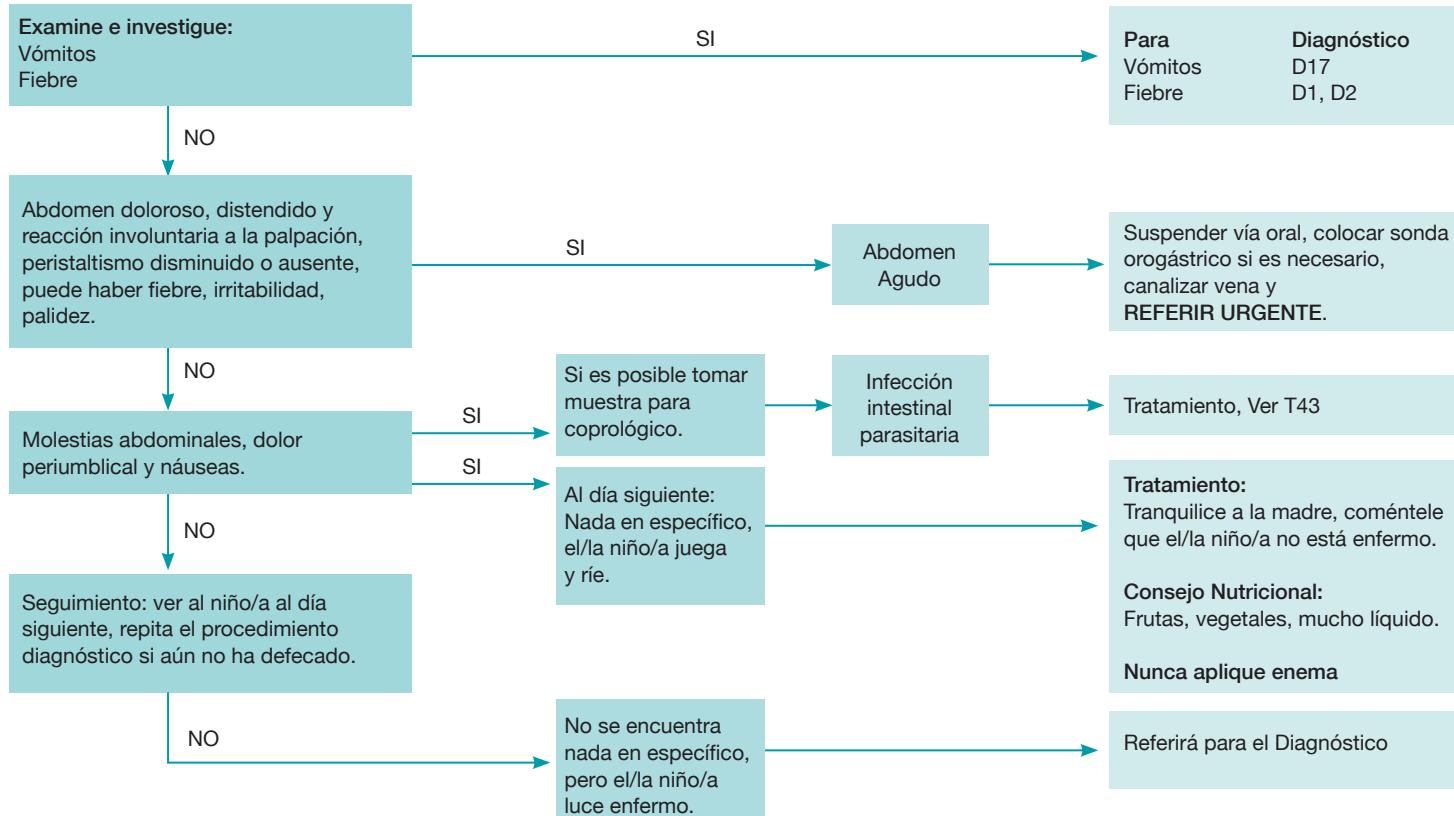
Tan pronto el paciente esté hidratado, siga el listado de diagnóstico.

Continúa en la próxima página

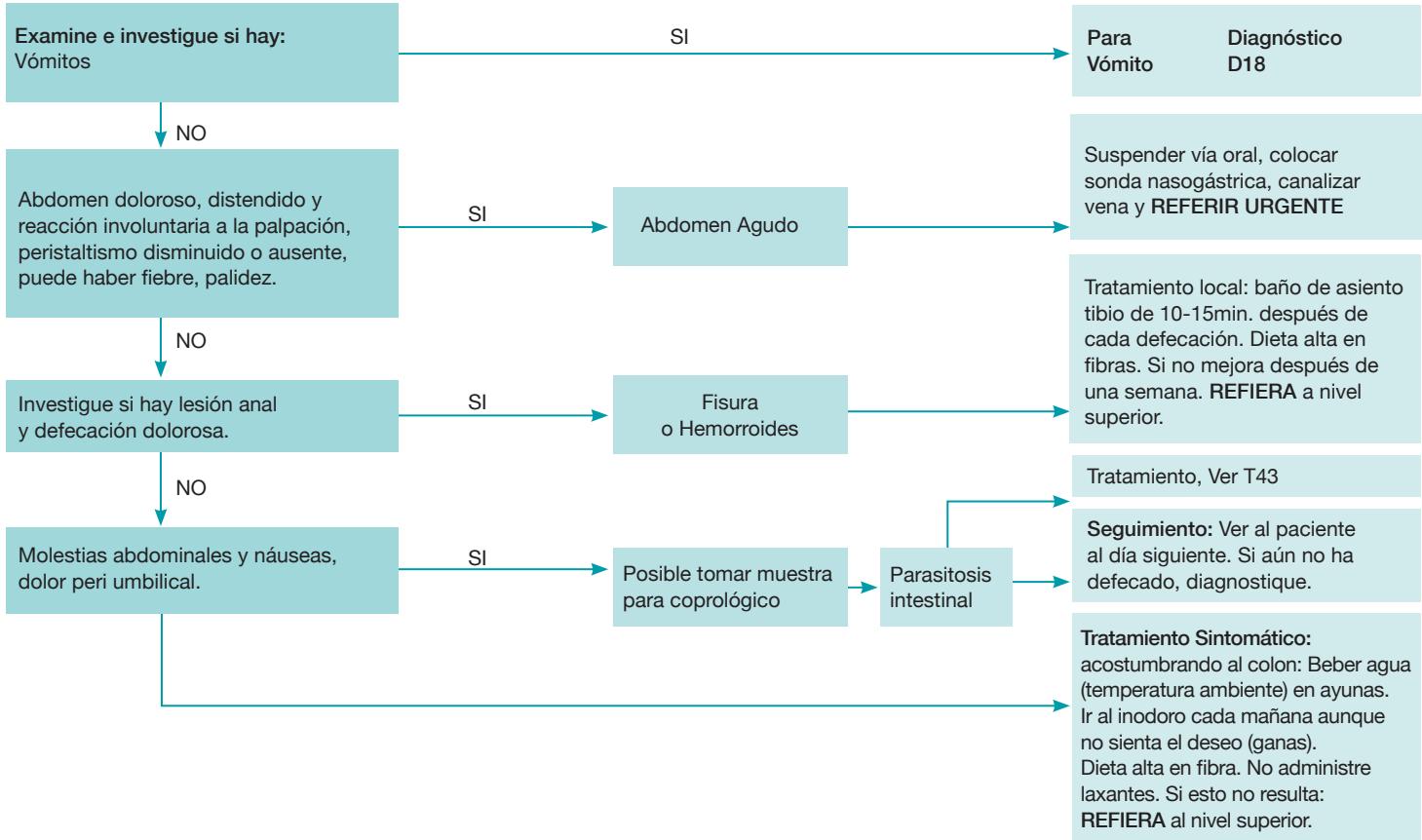


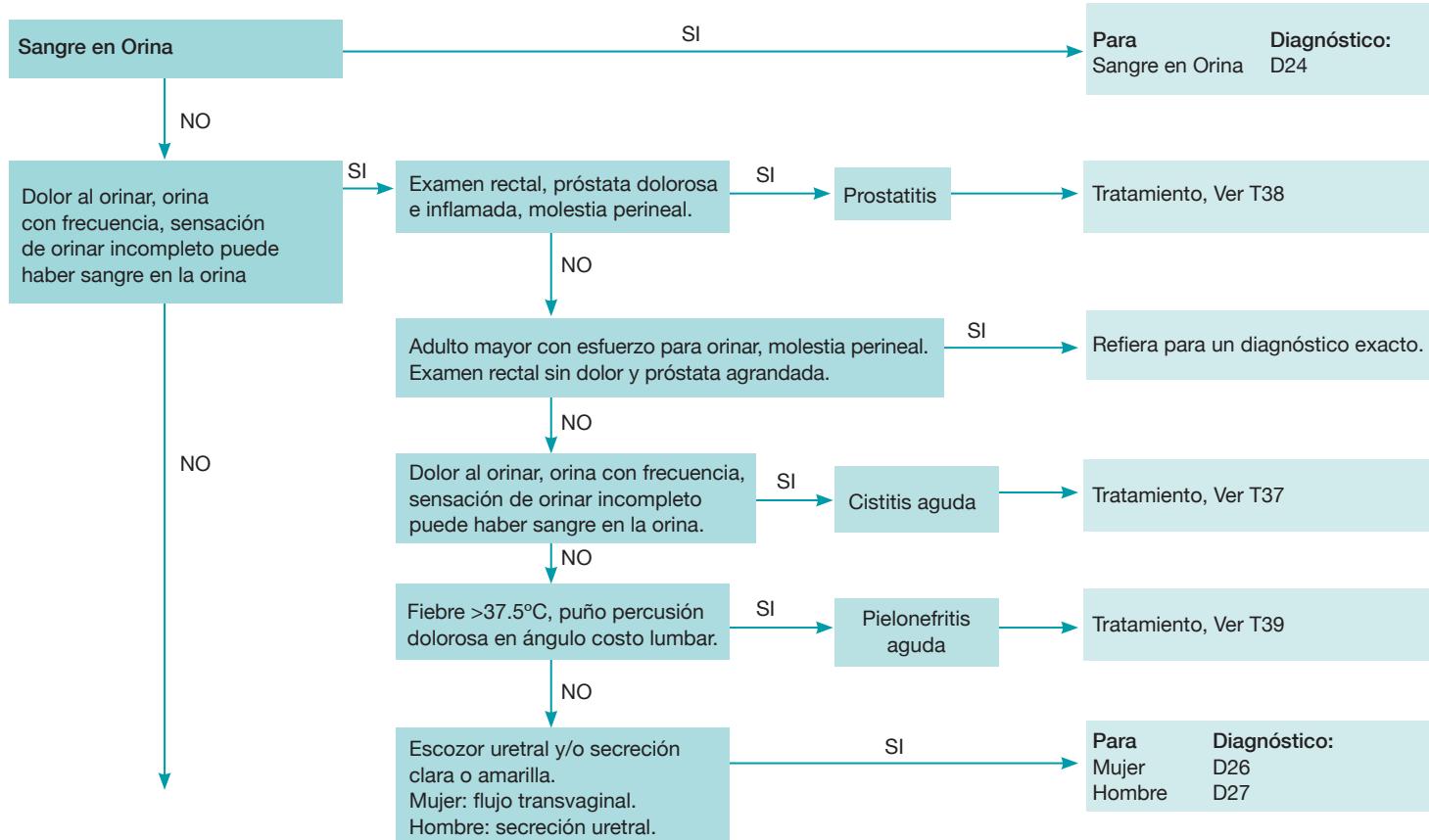
Siempre busque señales de malnutrición, dirigiéndose a T91.
 Siempre examine la tarjeta de vacunas.

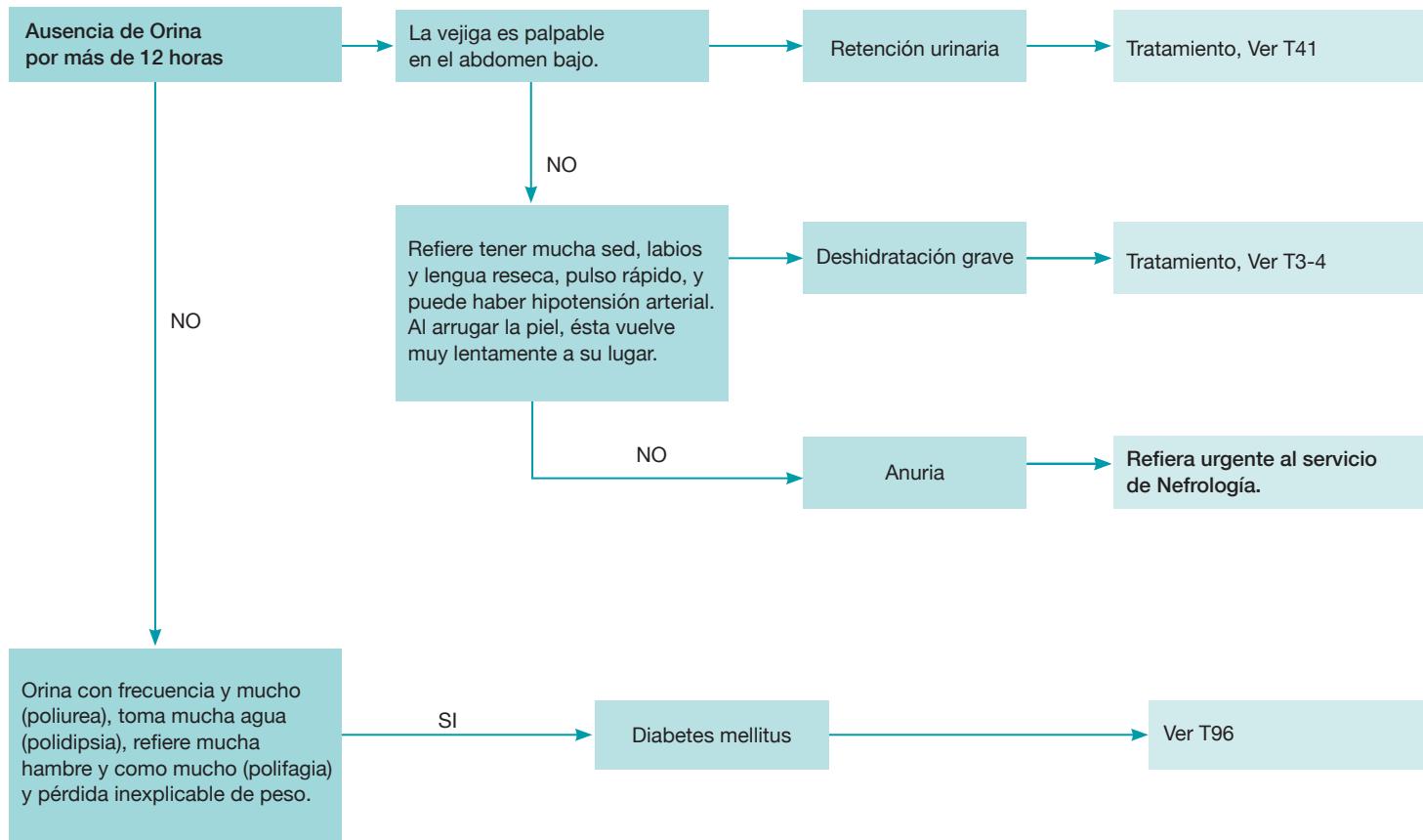


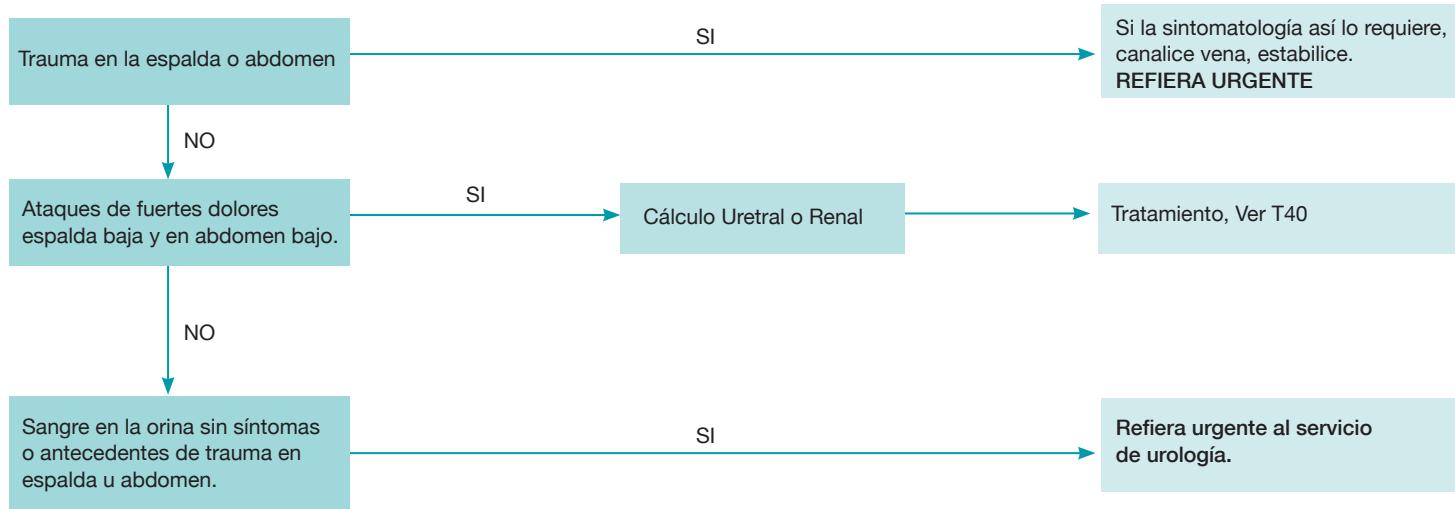


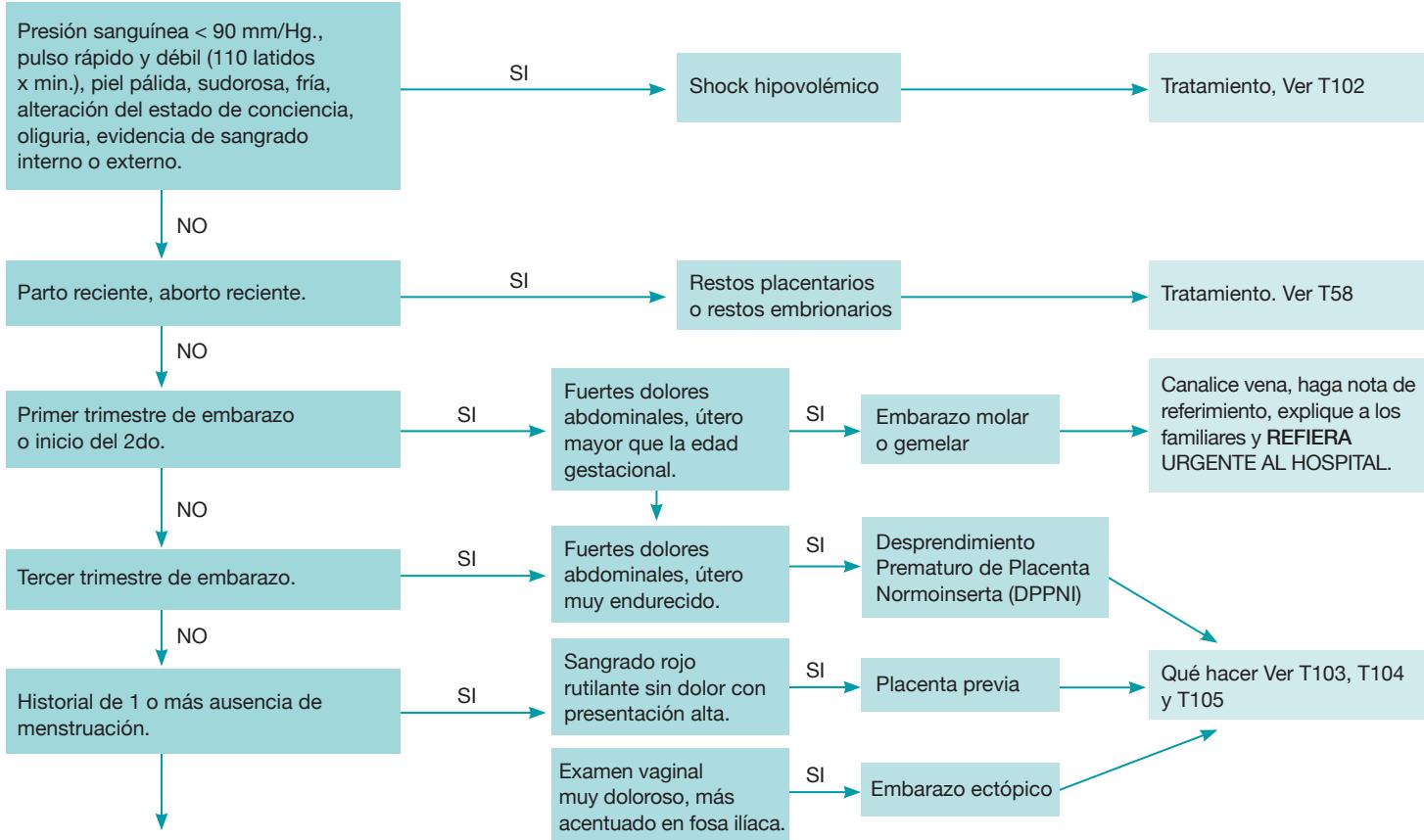
Estreñimiento: disminución en la frecuencia de las deposiciones (tres o menos en una semana asociado con heces duras o difíciles de evacuar.).

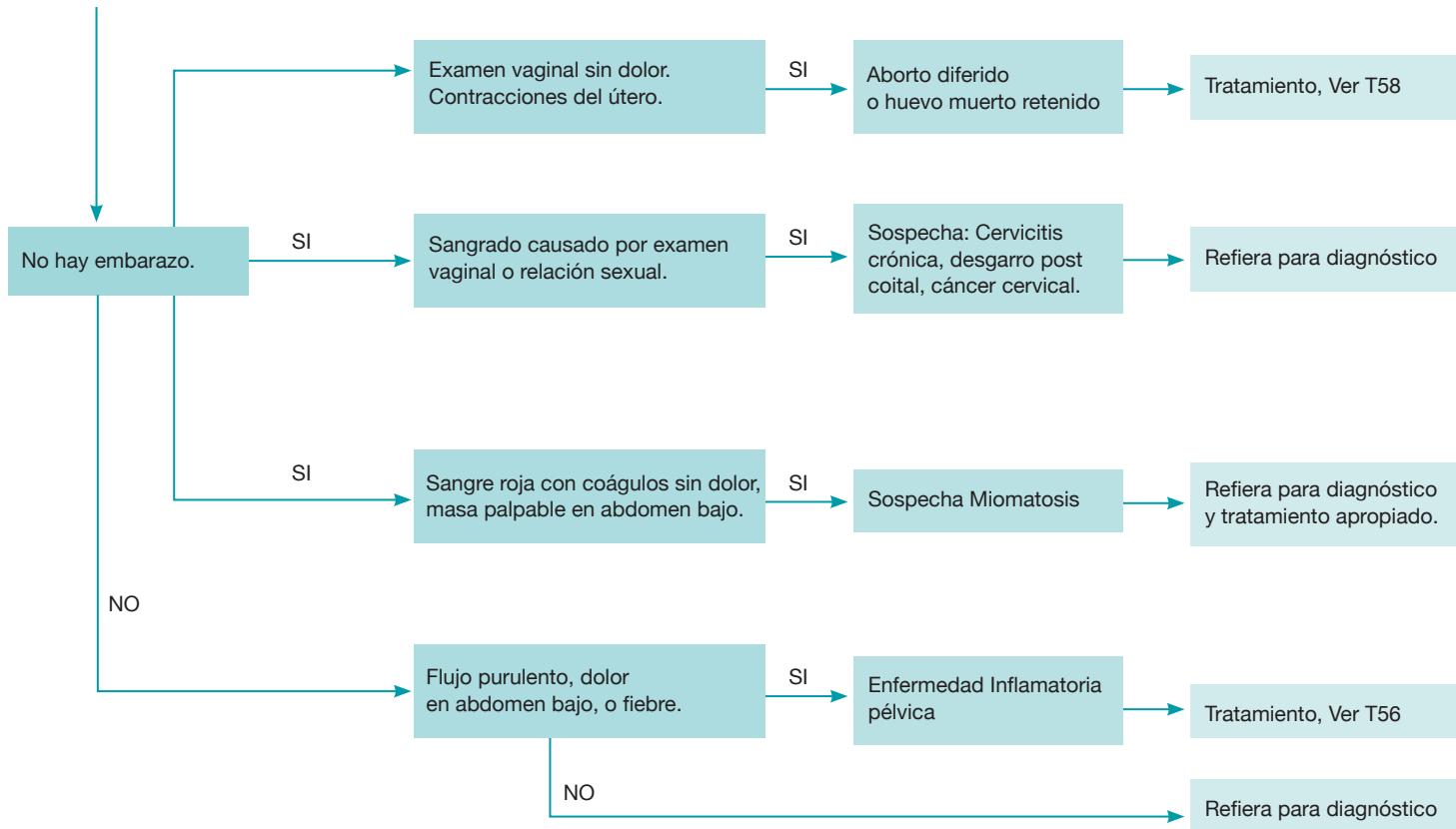






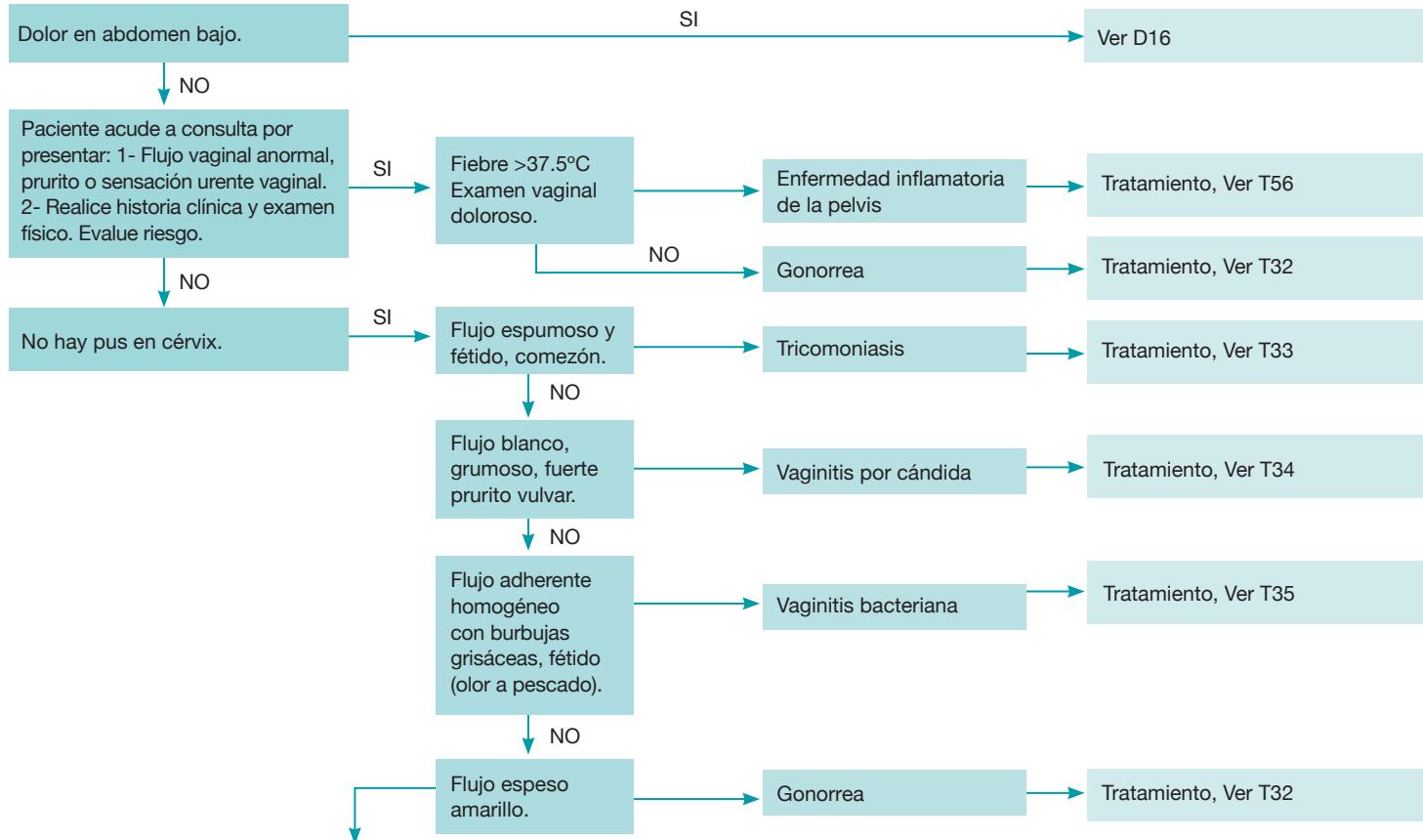


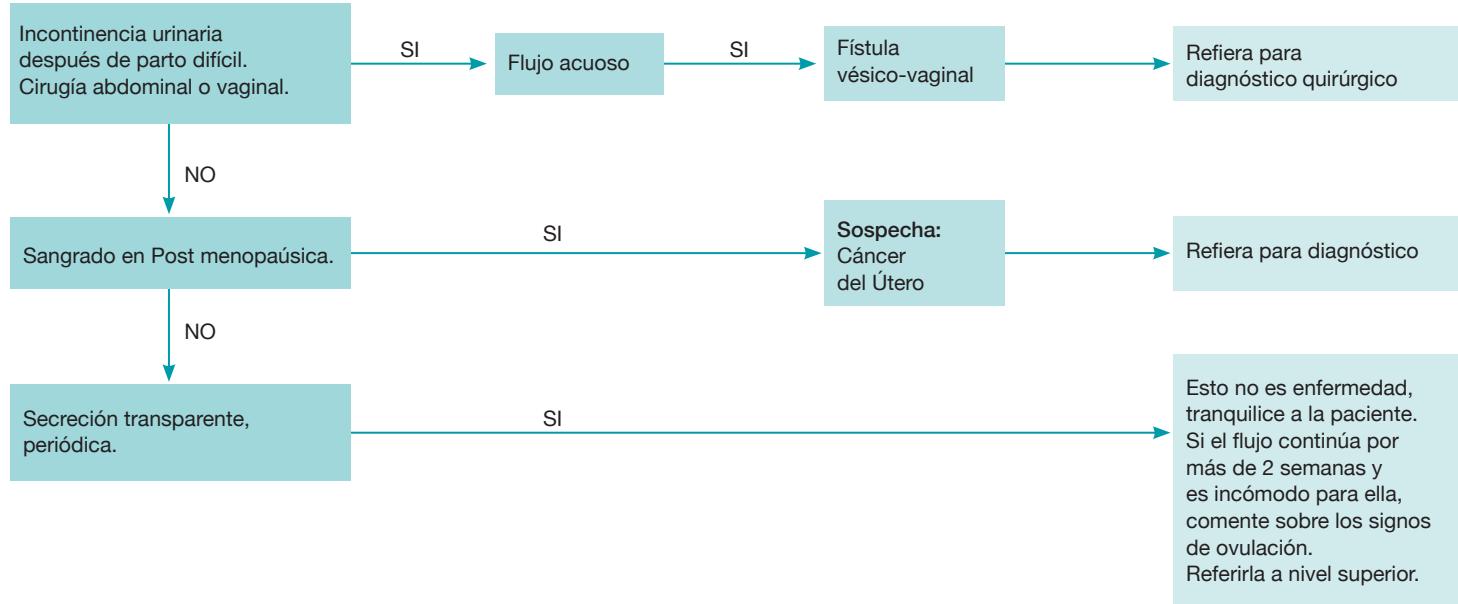




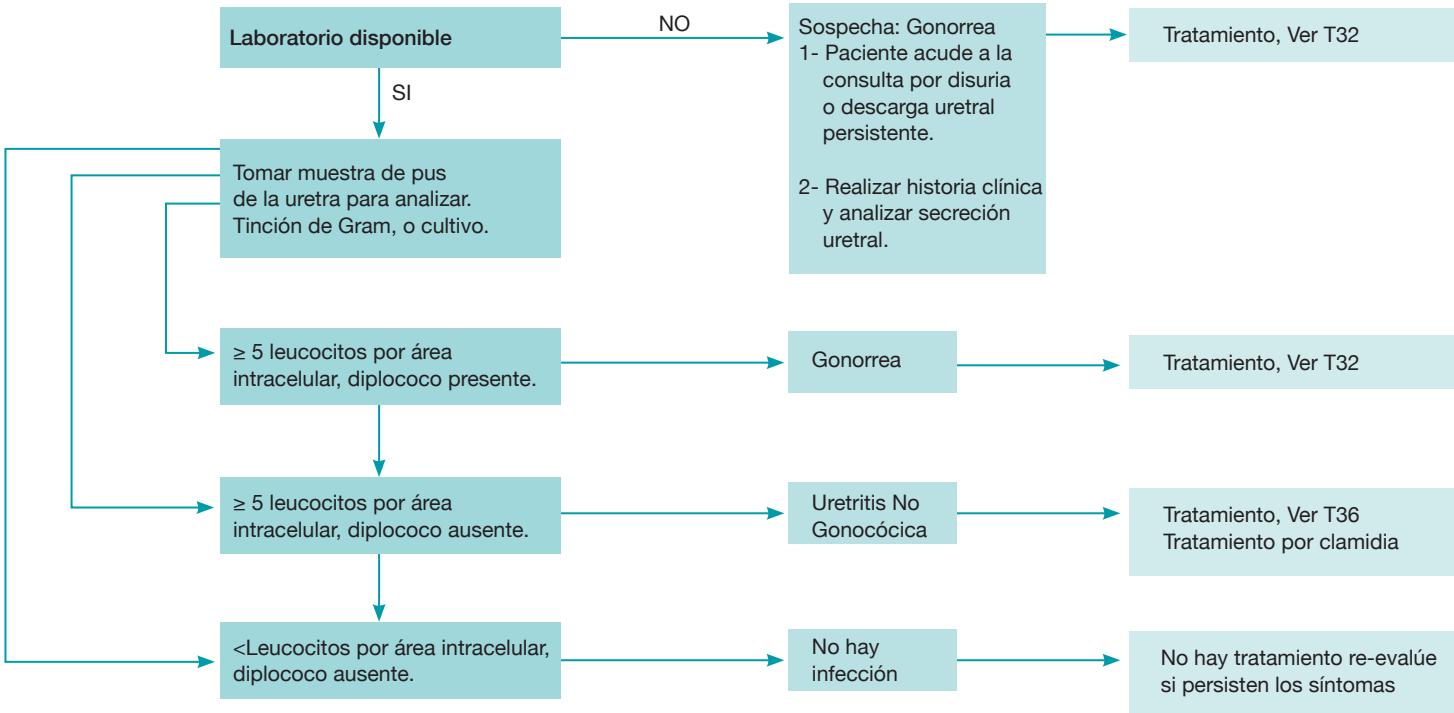
Flujo Transvaginal

D26





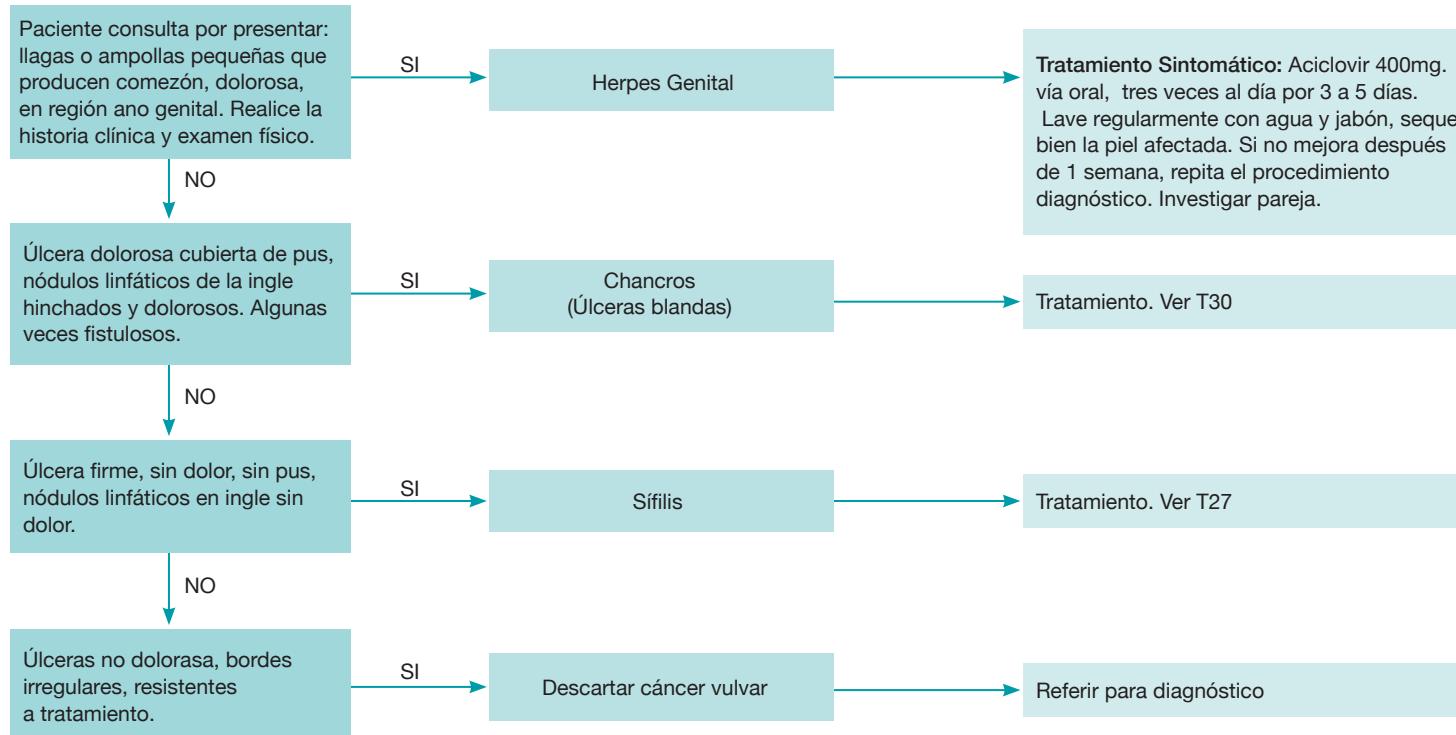
Siempre consulte D28 “Úlcera Genital” para que descarte una Sífilis.



Advierta al paciente que para su próxima visita debe retener la orina por lo menos durante 3 horas.

Siempre consulte D28 "Úlcera Genital", para que descarte una Sífilis.

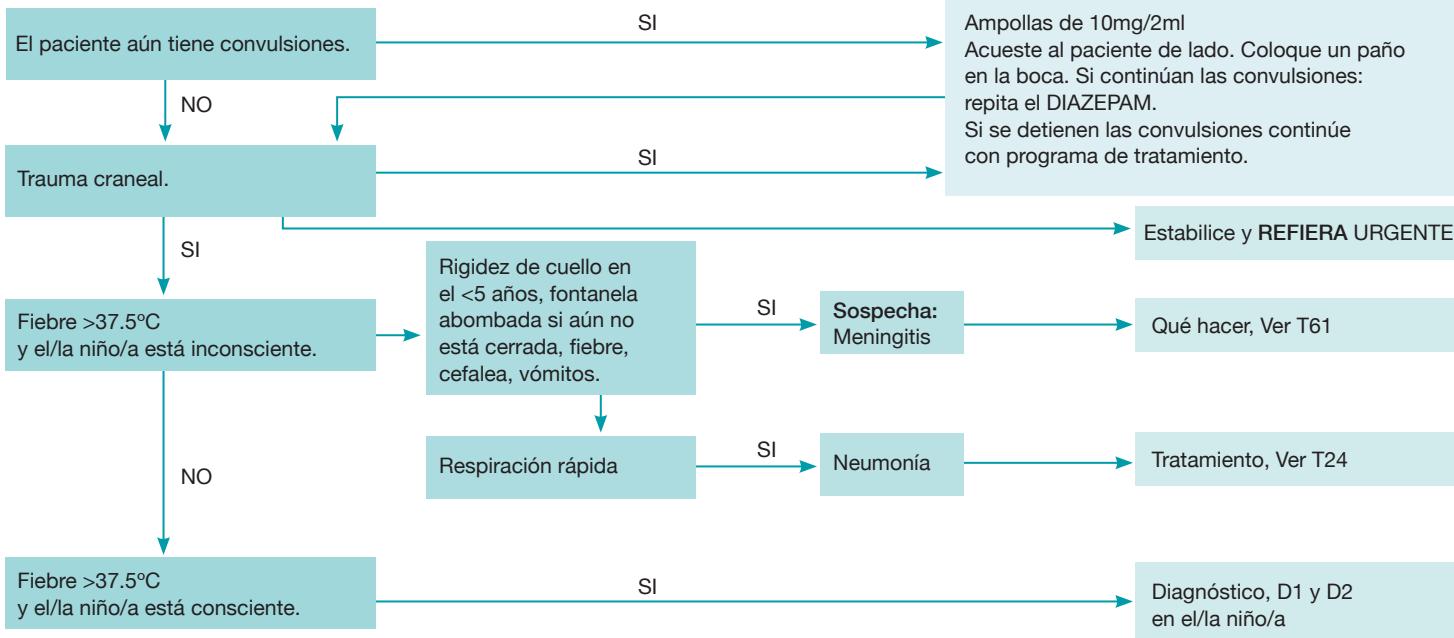
Siempre trate también a las parejas sexuales de los pacientes, consejería de prevención ITS-VIH-SIDA.

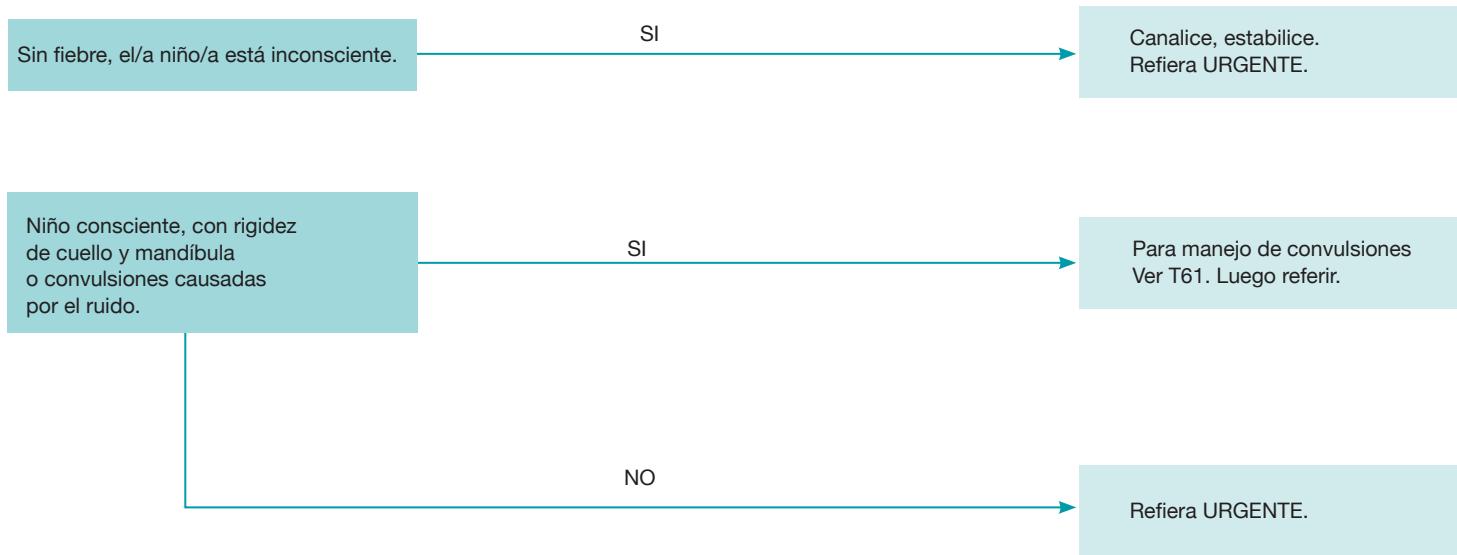


Siempre consulte (D27), “Secreción Uretral en el Hombre” o (D26). Flujo Transvaginal para descartar una Gonorrrea.

Siempre trate a las parejas sexuales del paciente y consejería.

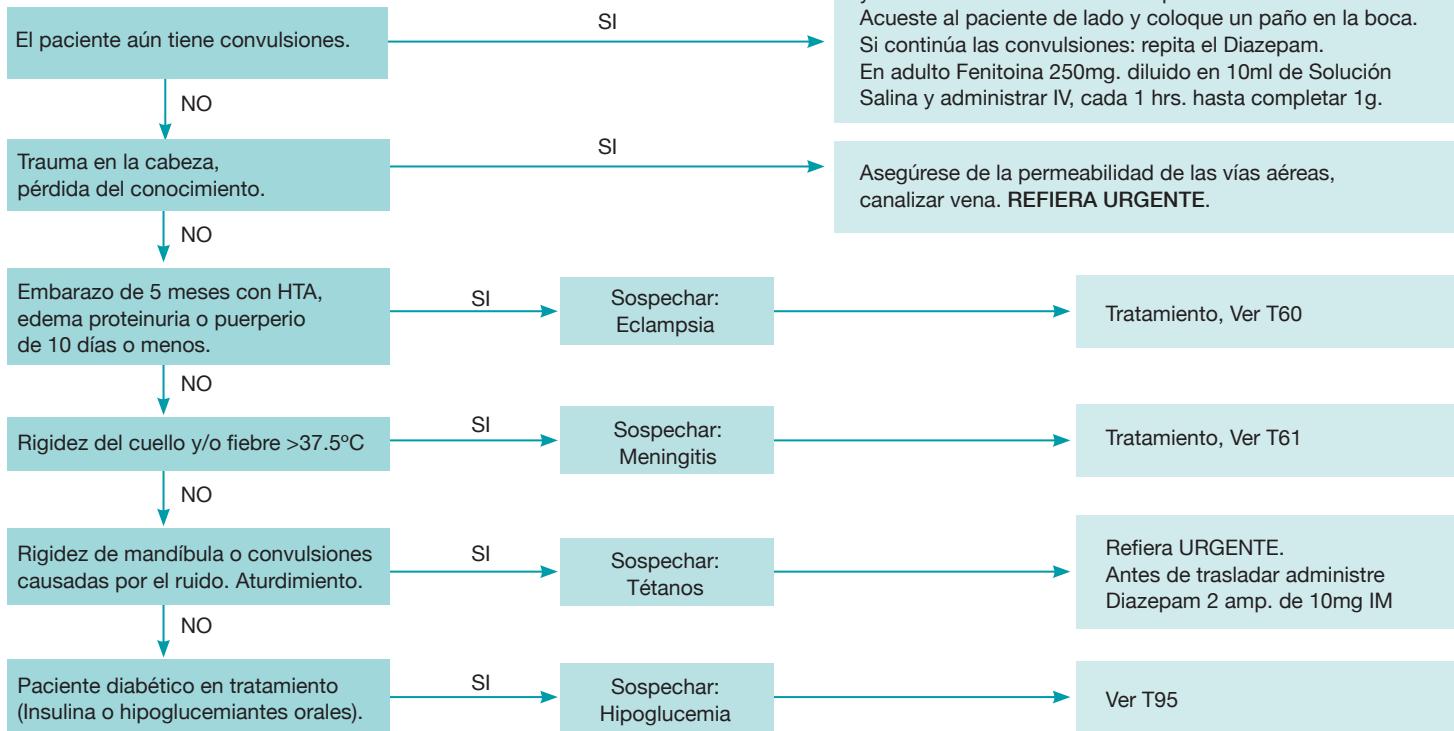
Trate de despertar al niño/a: asegúrese de que él/ella lo pueda seguir con la vista. Si no puede, el/la niño/a está somnoliento o inconsciente. Siempre busque señales de deshidratación y trate según las indicaciones. Despeje vías aéreas y aspire secreciones.



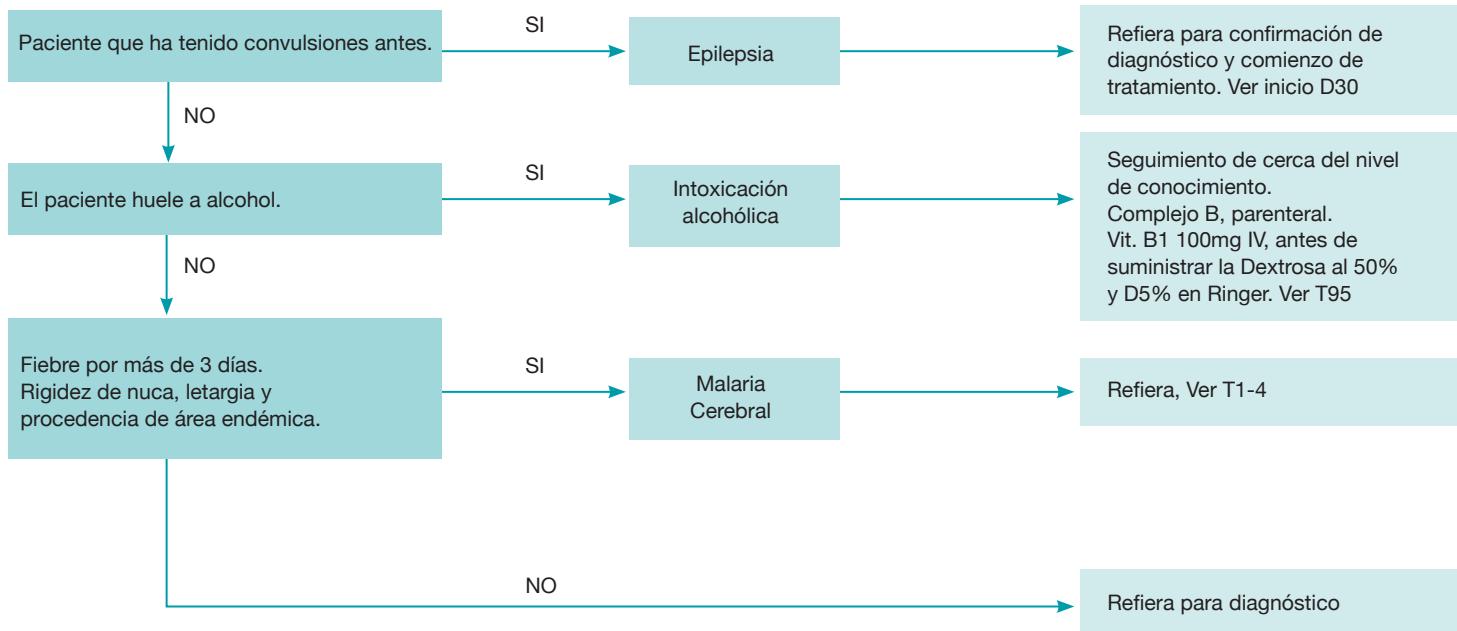


Si no es posible canalizar rápido, administre el Diazepam vía rectal sin diluir, tomando una sonda nasogástrica o cortándola la aguja a una mariposita o con una jeringa de 5 o 10 ml colocando al niño/a con la cabeza hacia abajo, glúteos hacia arriba (trendelemburg invertido).

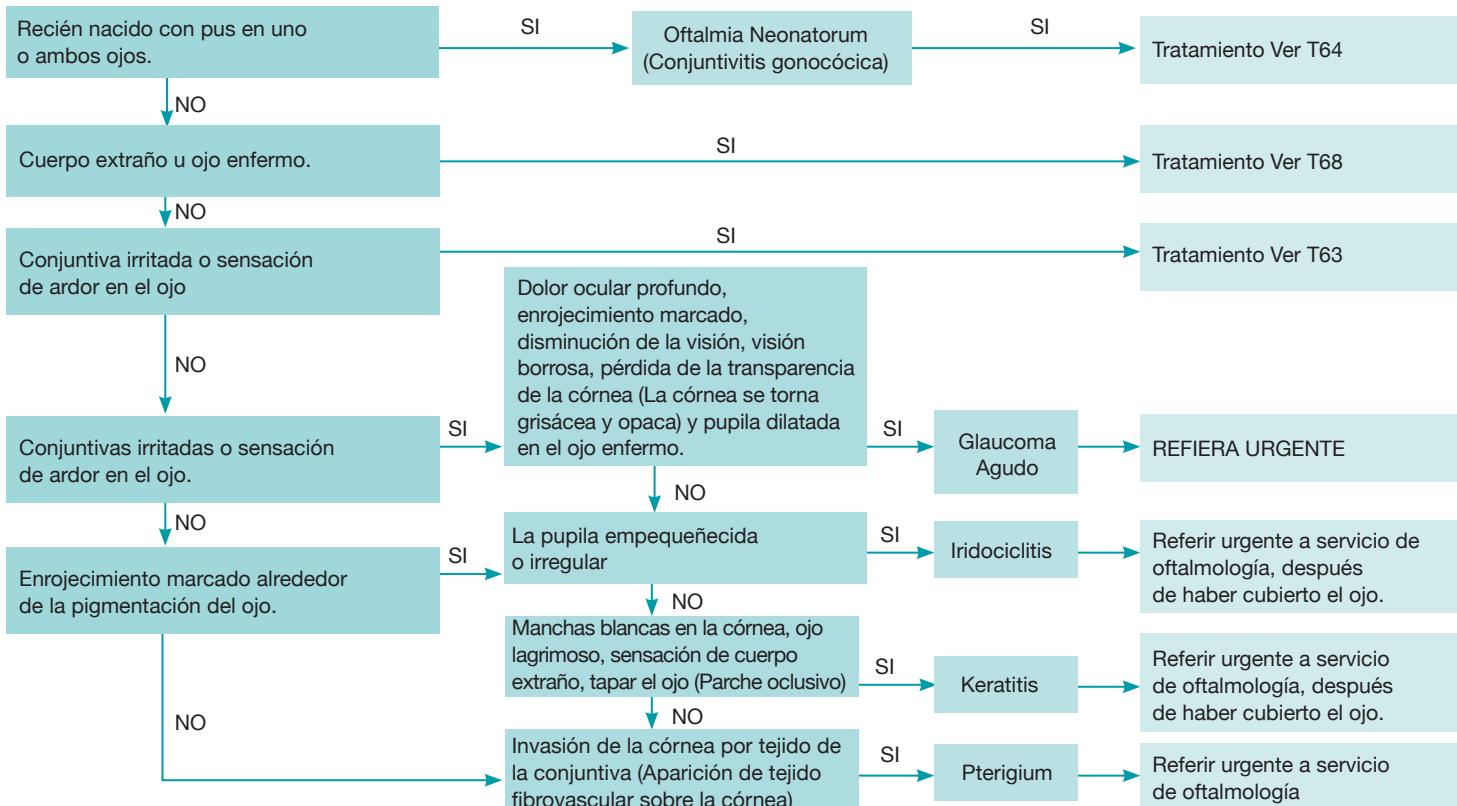
Trate de despertar al paciente y verifique si lo sigue a usted con la vista.
Si no puede, es porque está somnoliento o inconsciente.

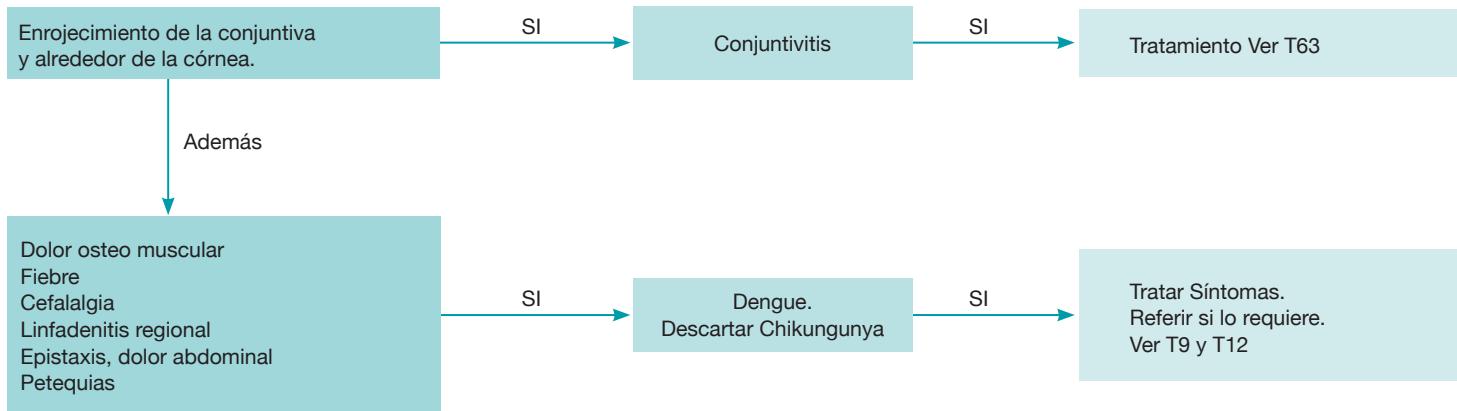


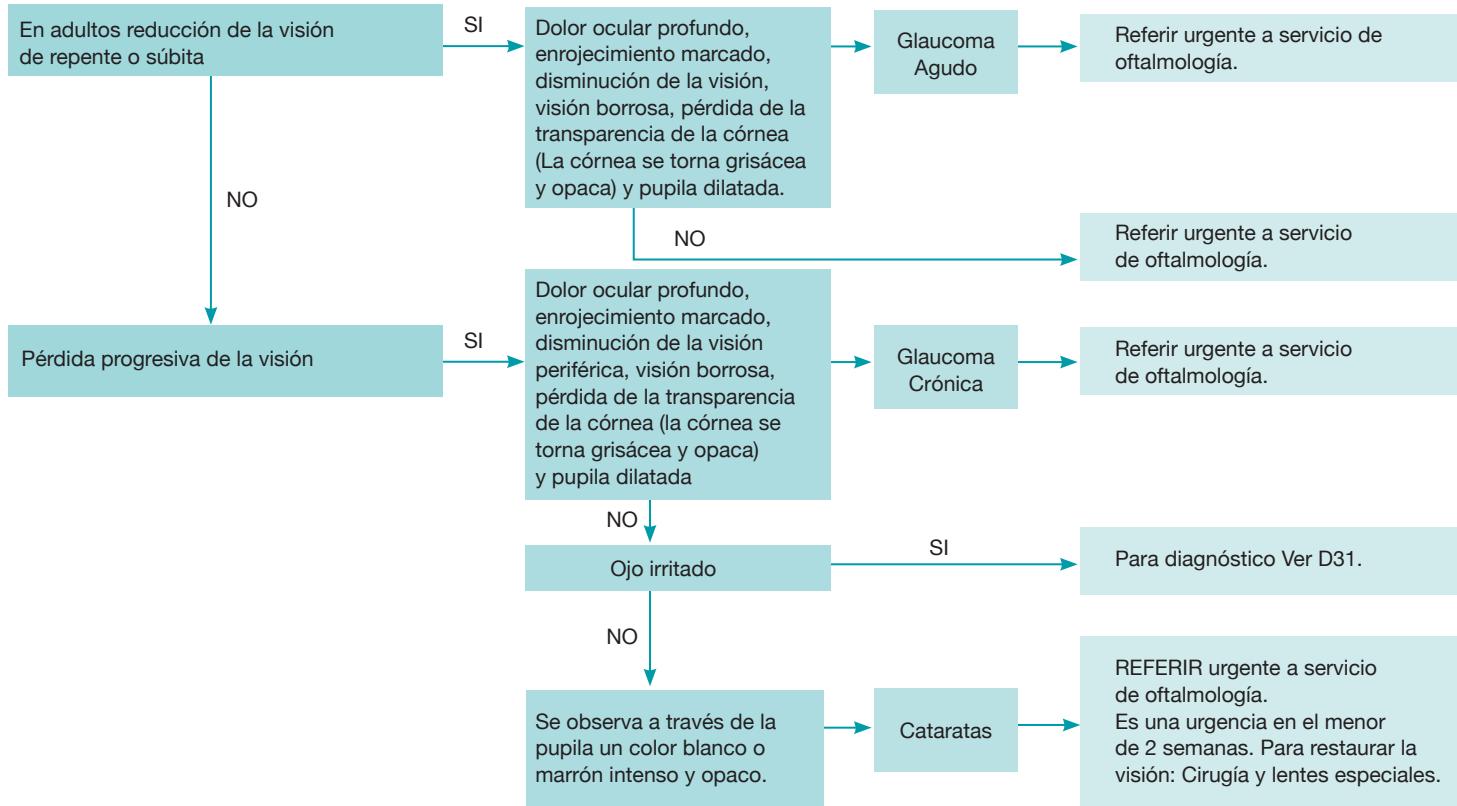
Continuar en página siguiente



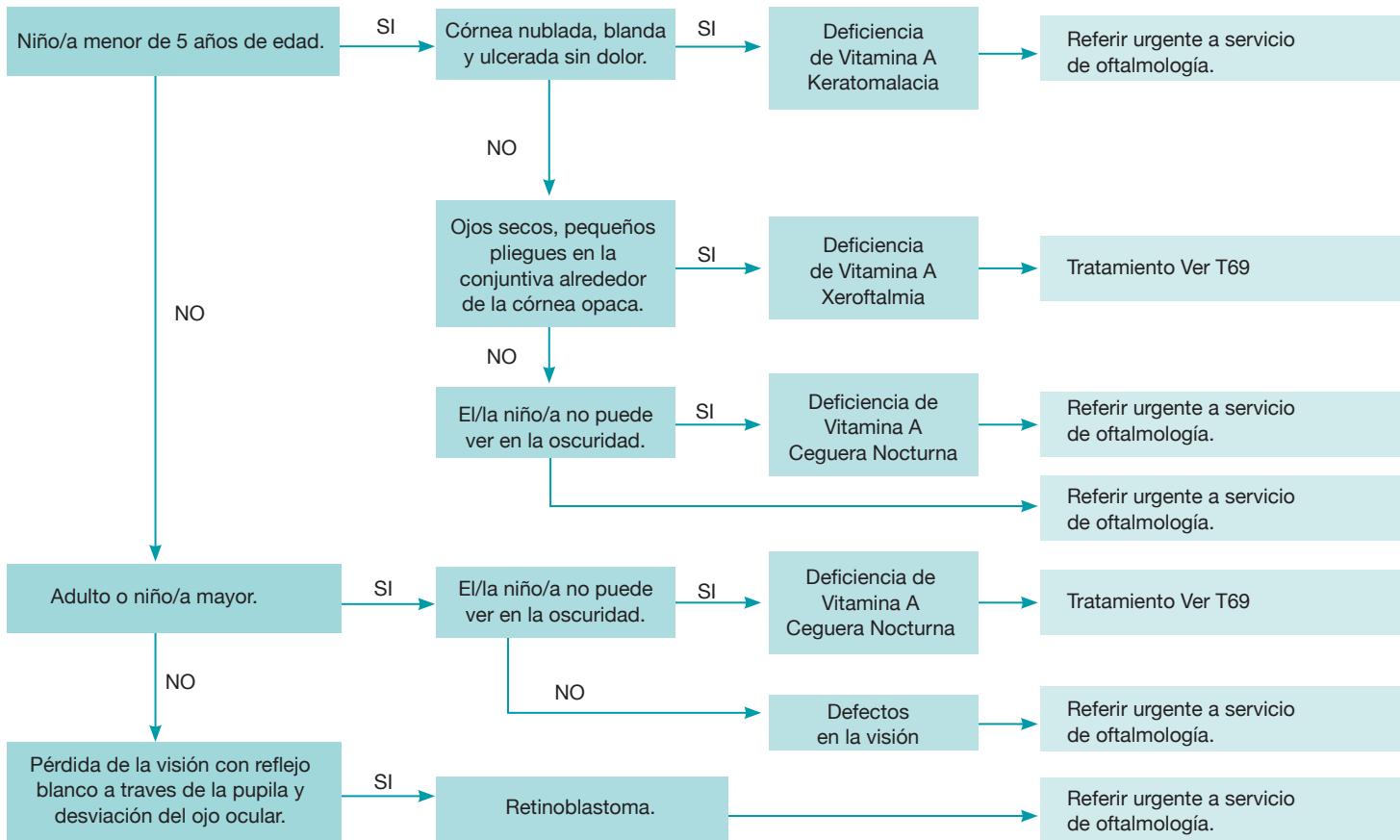
Siempre examine ambos ojos cuidadosamente.





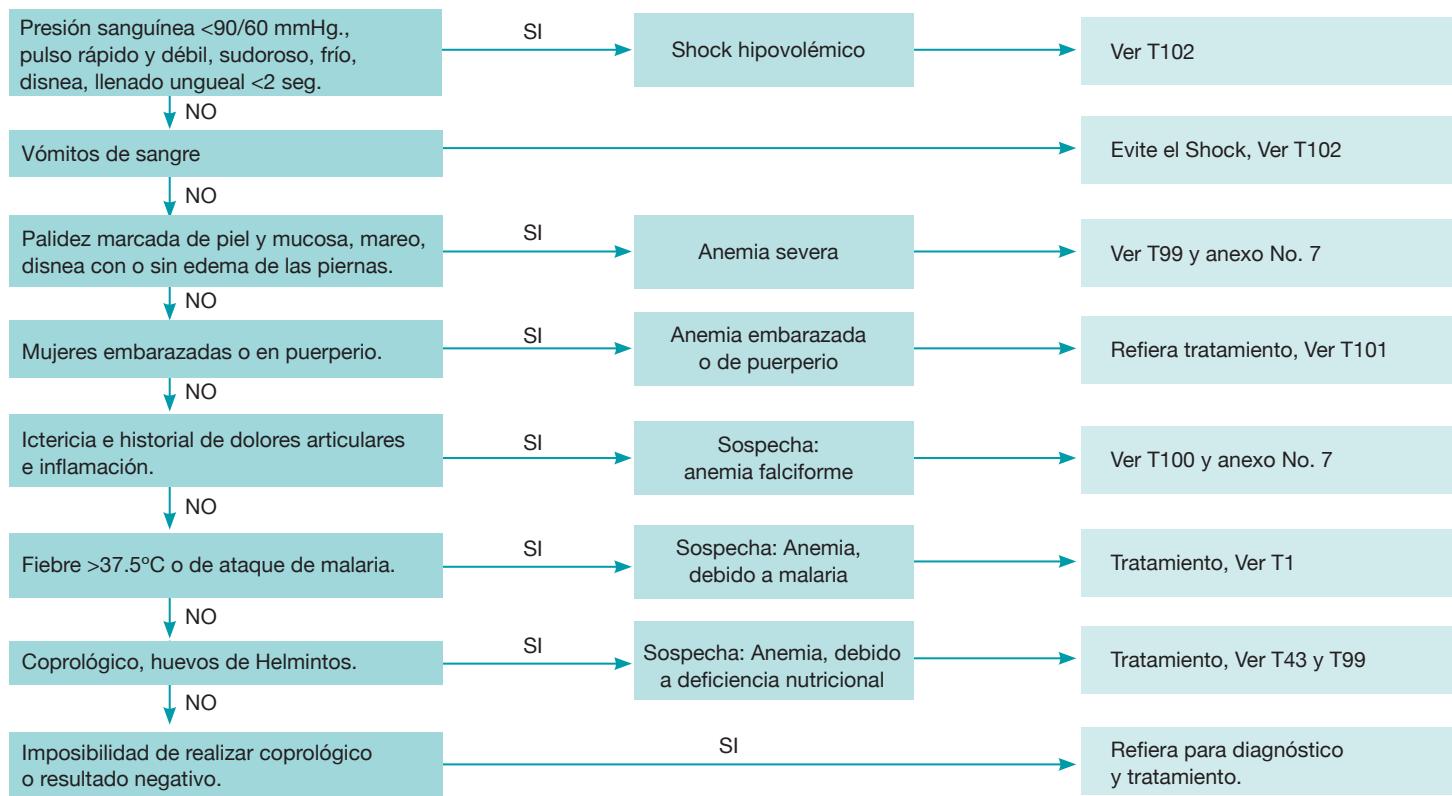


Continúa en la página siguiente

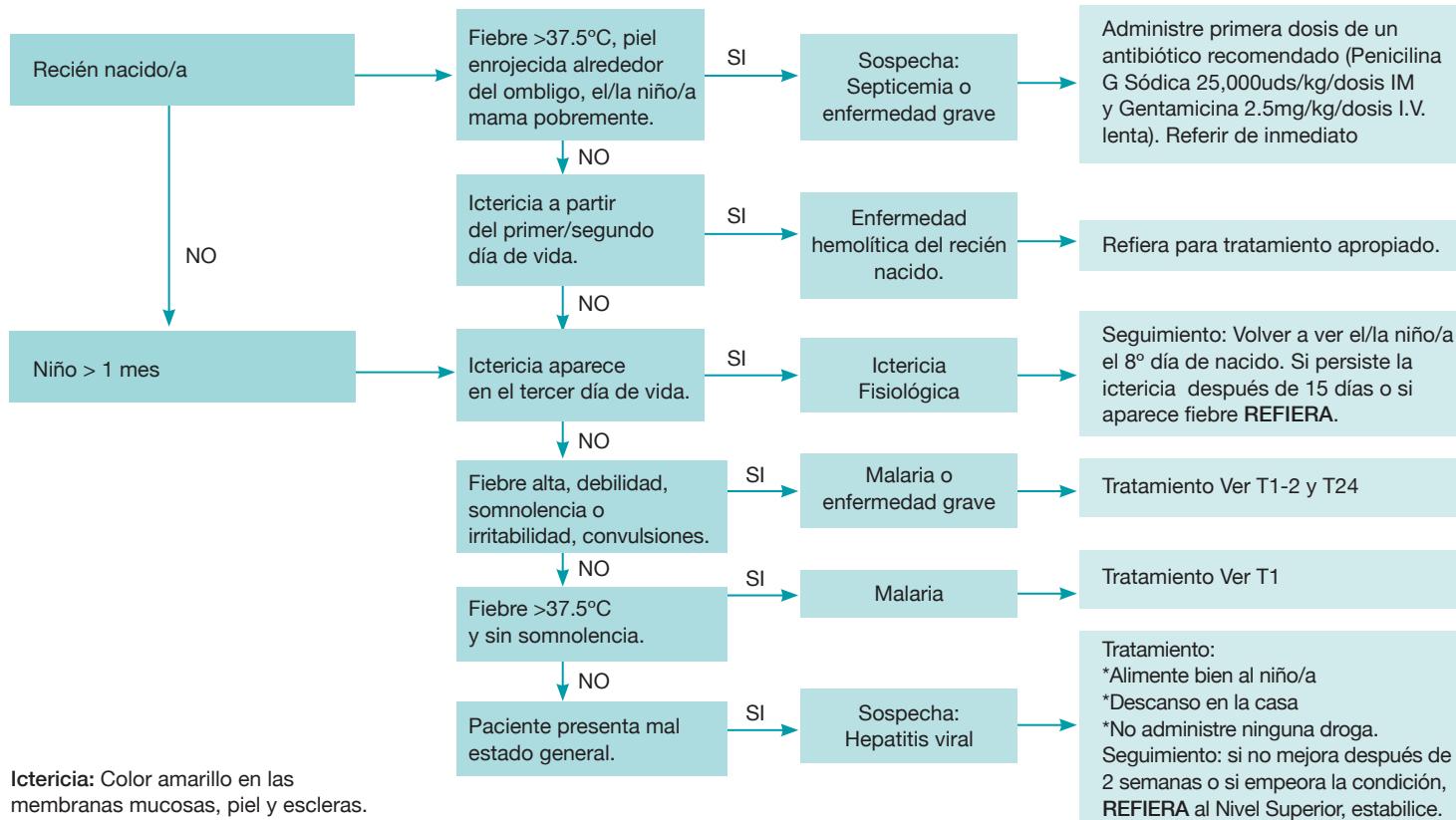


Examine las conjuntivas, la lengua y la membrana mucosa detrás del labio, las uñas y las palmas de las manos.

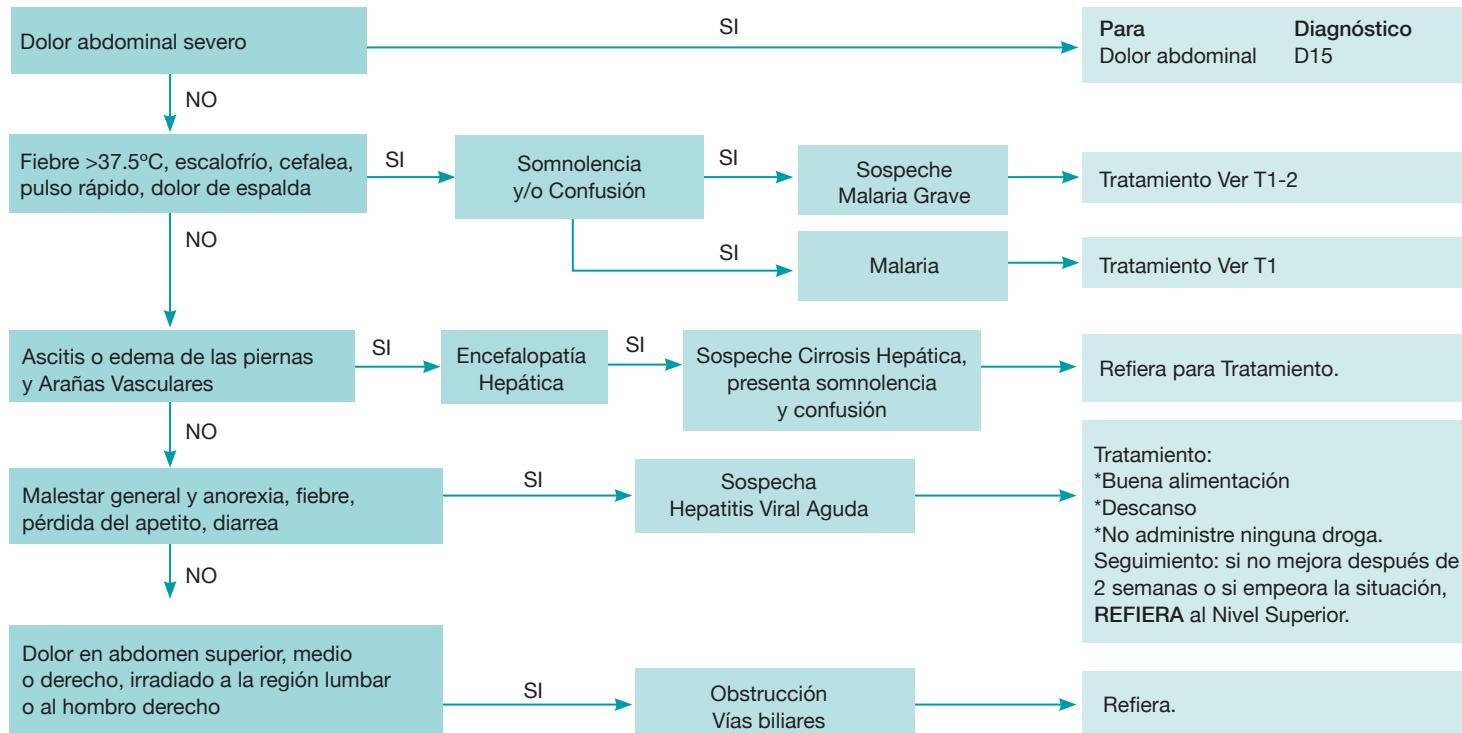
Examine en una habitación bien iluminada, preferiblemente al sol.



Examine en una habitación bien iluminada o preferiblemente con la luz del sol.

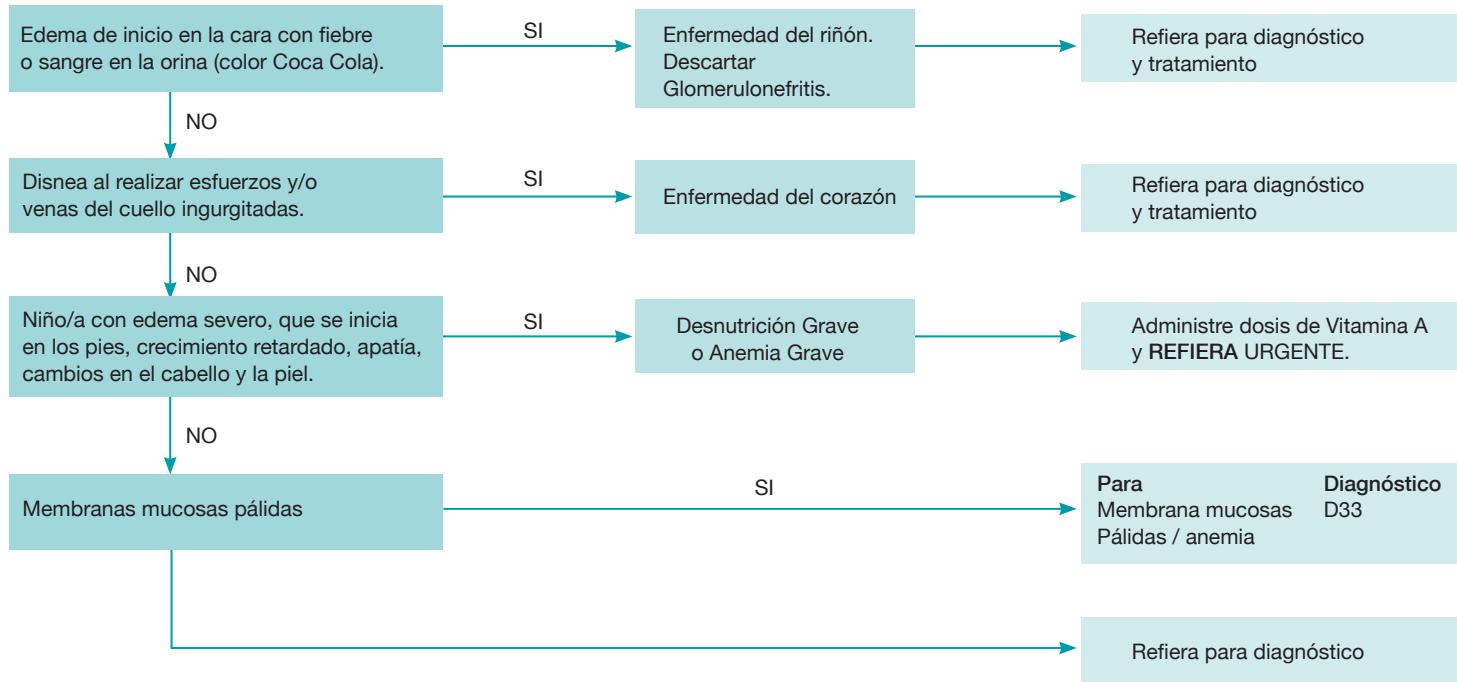


Examine en una habitación bien iluminada o preferiblemente fuera.



Ictericia: Ver página anterior.

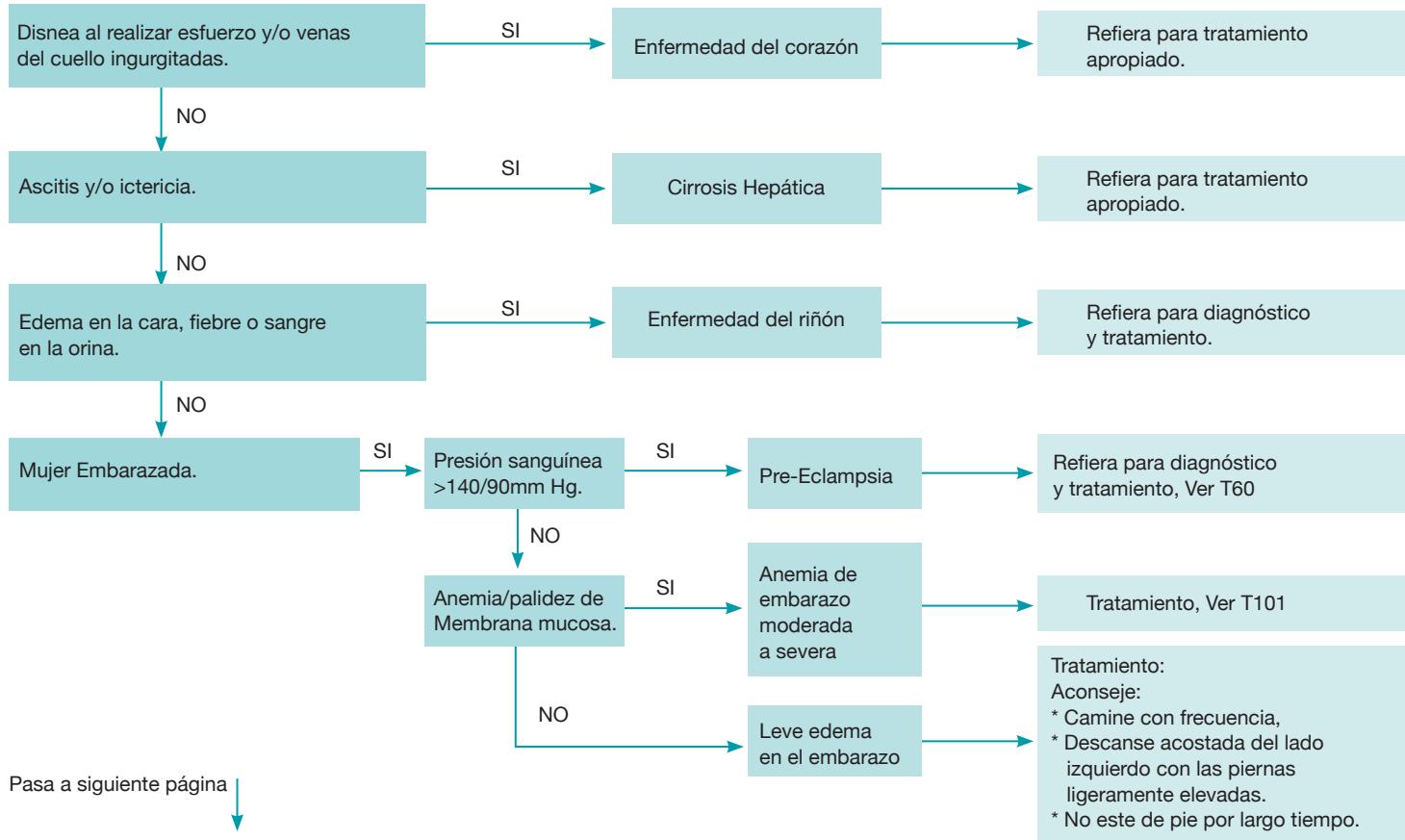
Nota: Paciente febril con ictericia recordar Leptospirosis. Ver T10



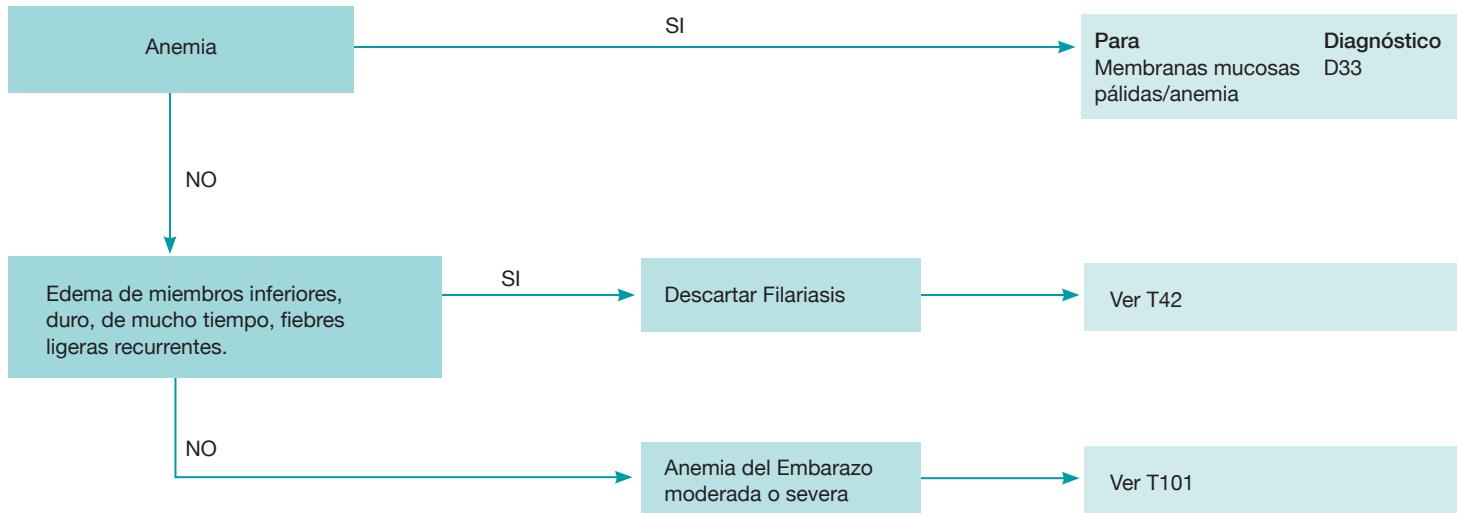
Edema: Inflamación sin dolor de los tejidos subcutáneos debido a la acumulación de fluidos.

Localizada principalmente encima de los tobillos y en la parte baja de las piernas, algunas veces en la cara o en el abdomen (ascitis).

No confunda con más inflamaciones, la cual es dolorosa y caliente (para diagnóstico ver D43).

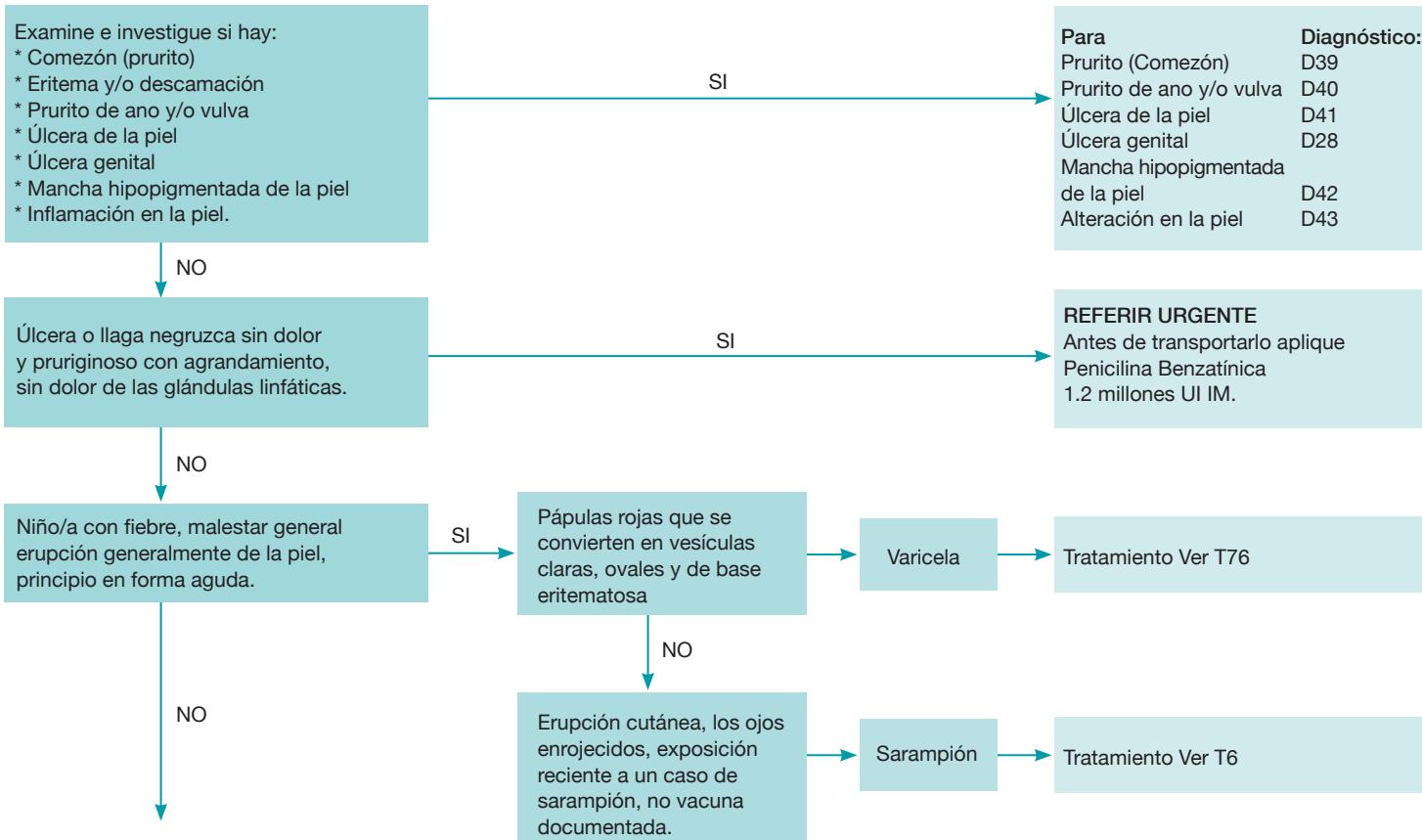


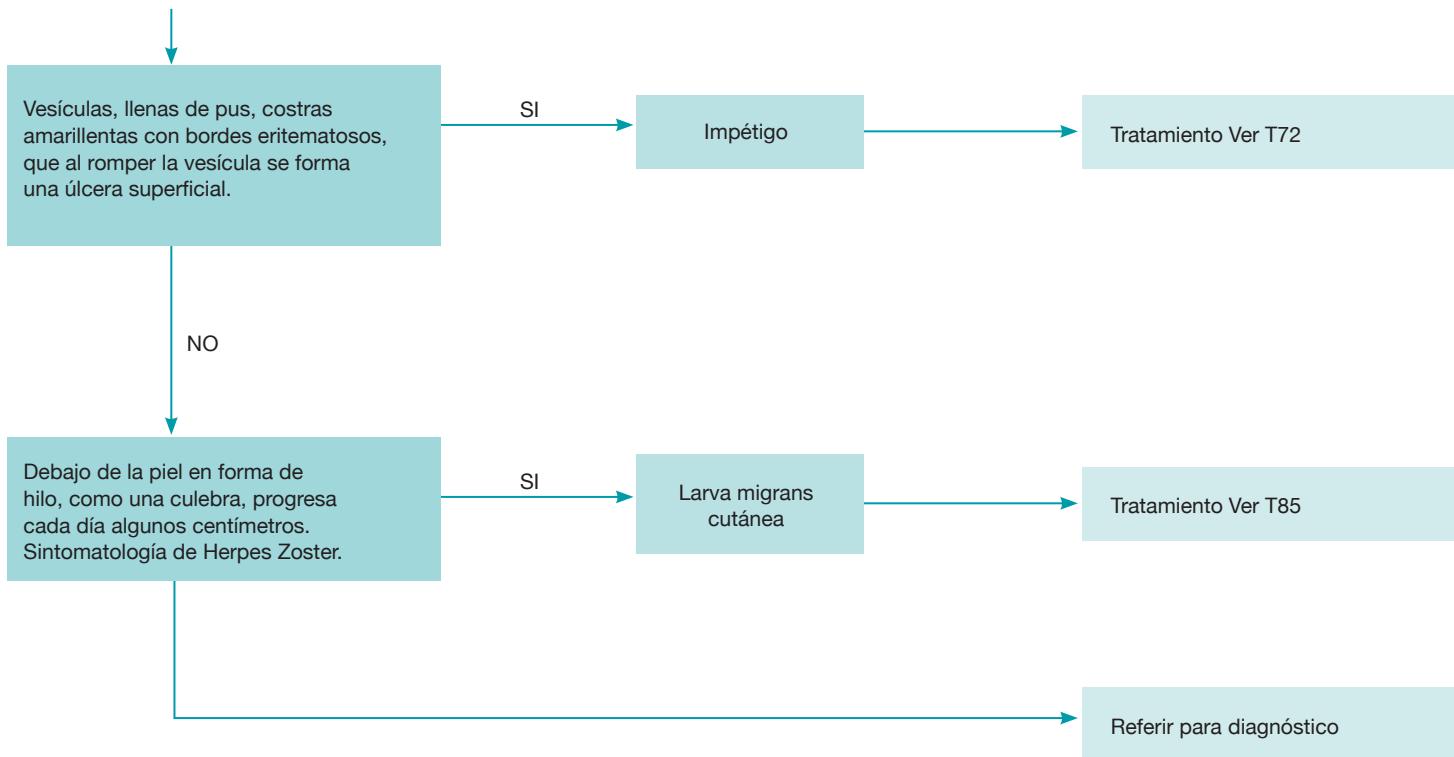
(Viene de la página anterior)

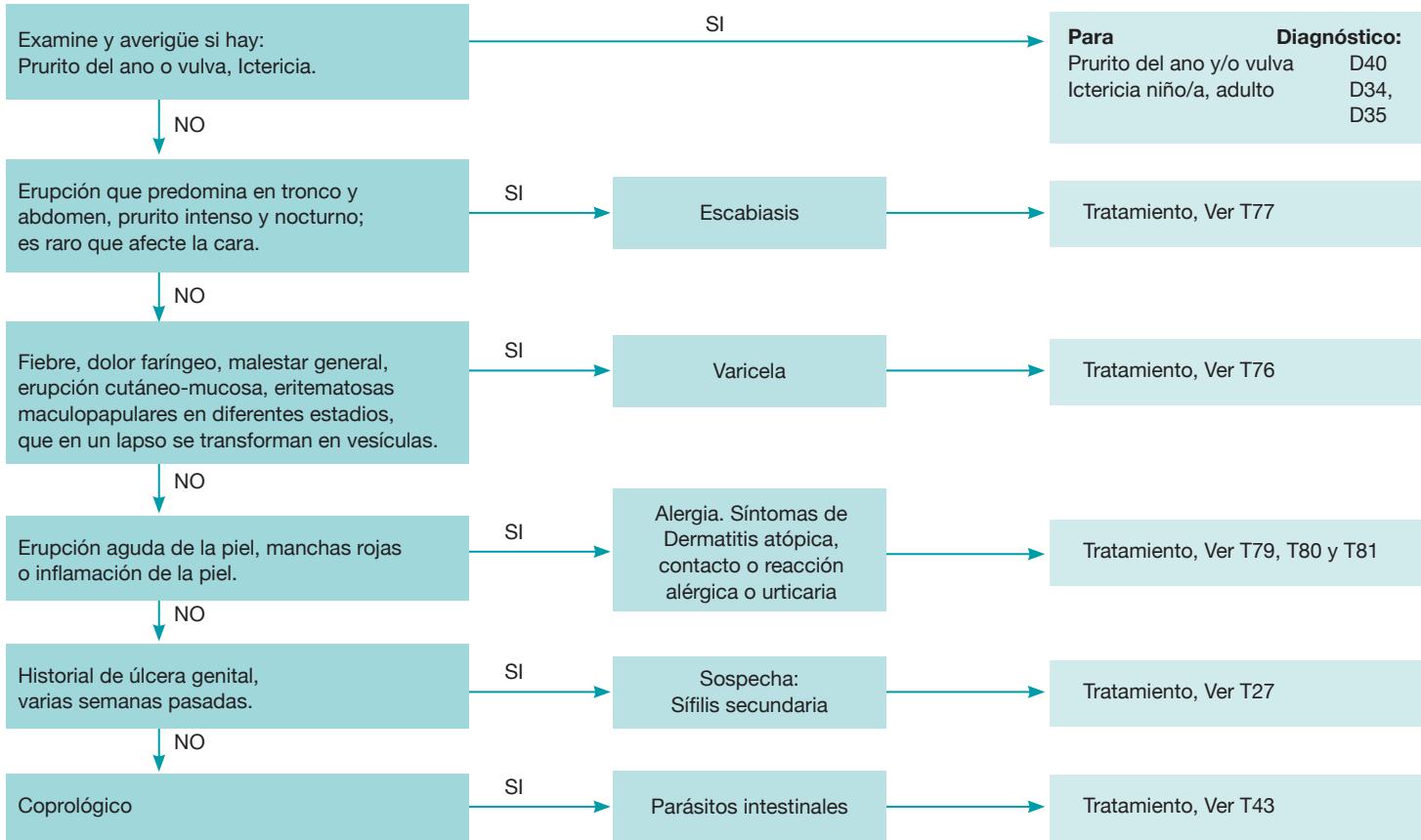


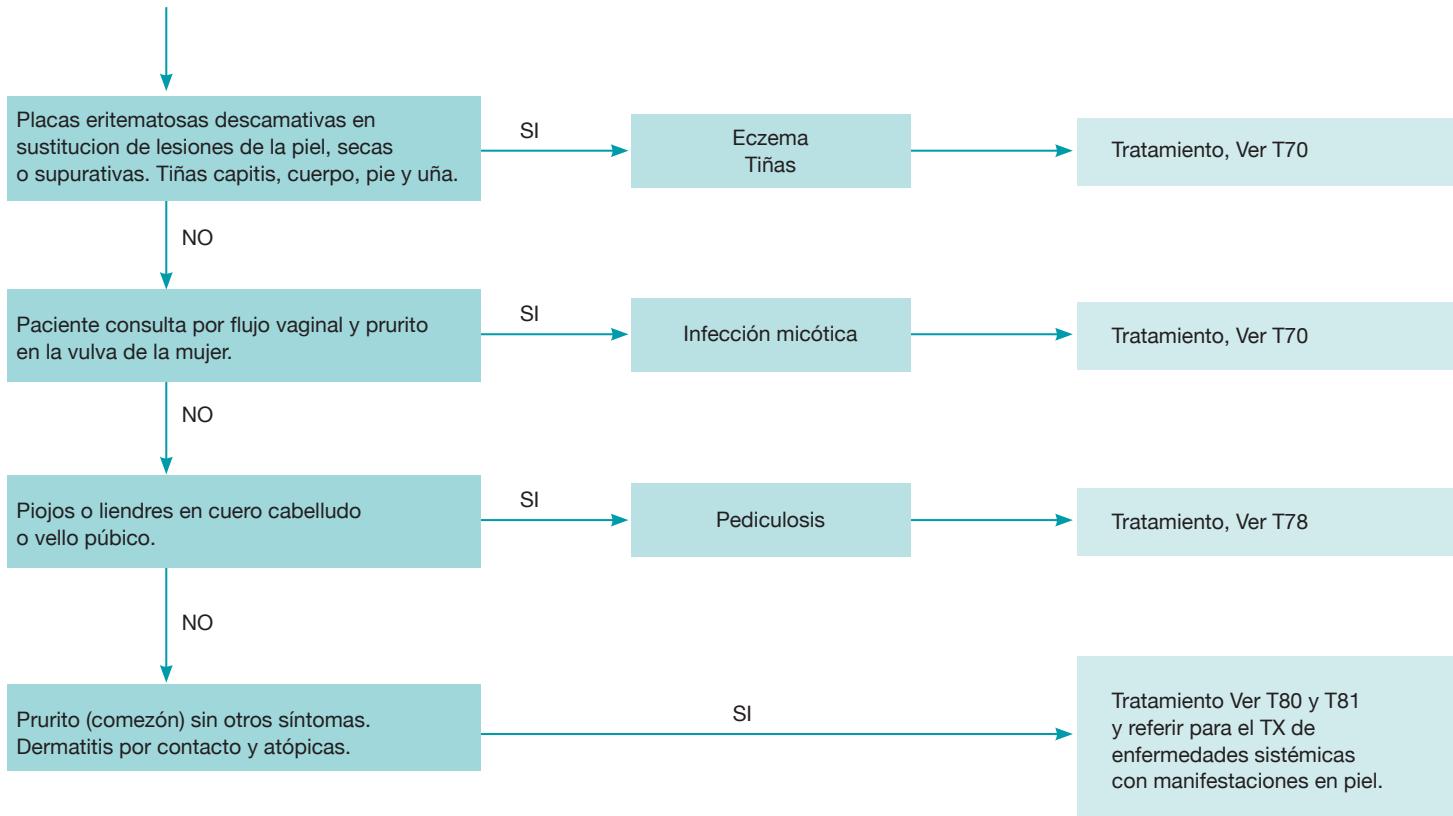
Edema: Inflamación sin dolor de los tejidos subcutáneos debido a la acumulación de fluidos.

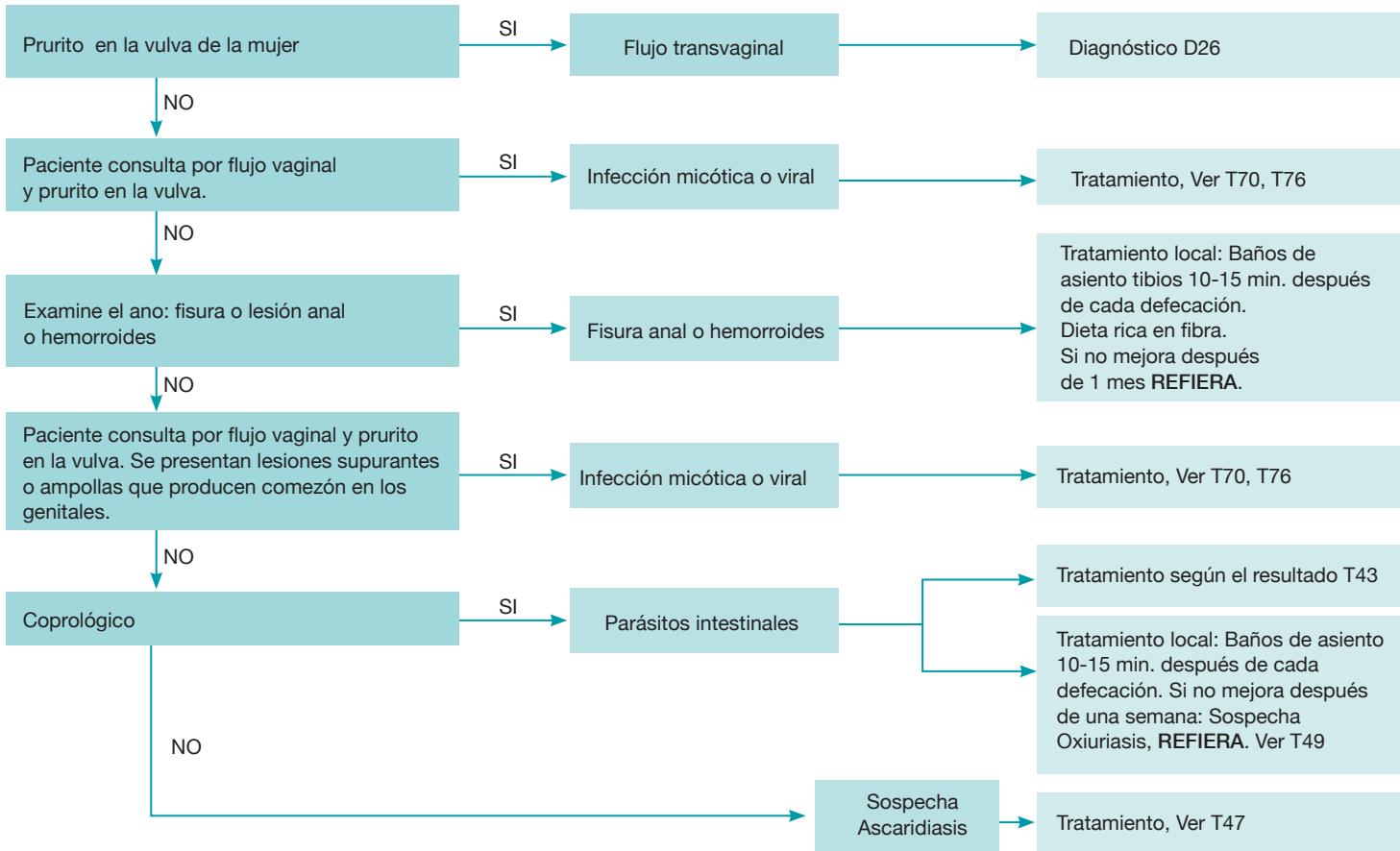
Localizada principalmente encima de los tobillos y en la parte baja de las piernas, algunas veces en la cara o en el abdomen (ascilis).
No confunda con una inflamación, la cual es dolorosa y caliente (para diagnóstico ver D43).

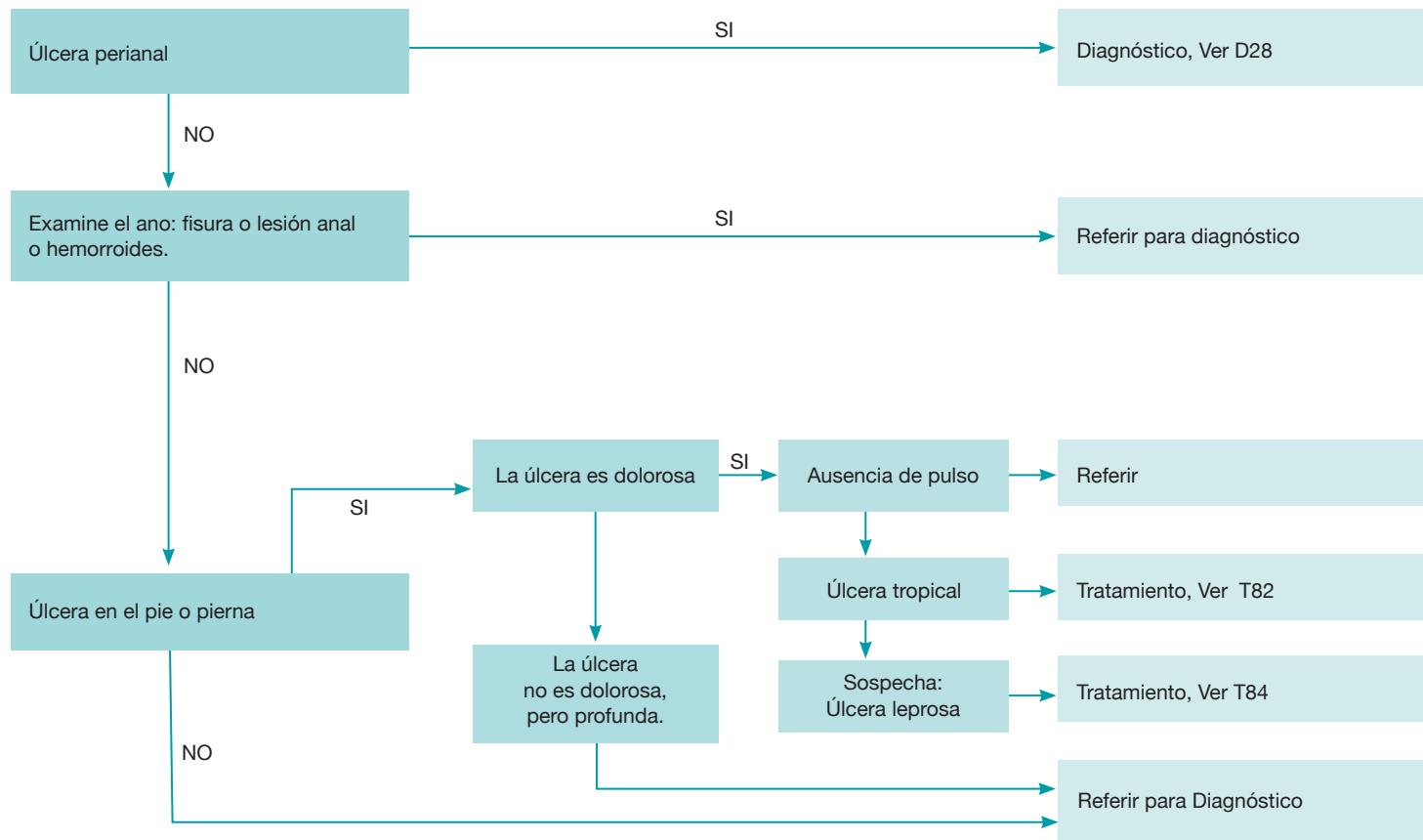






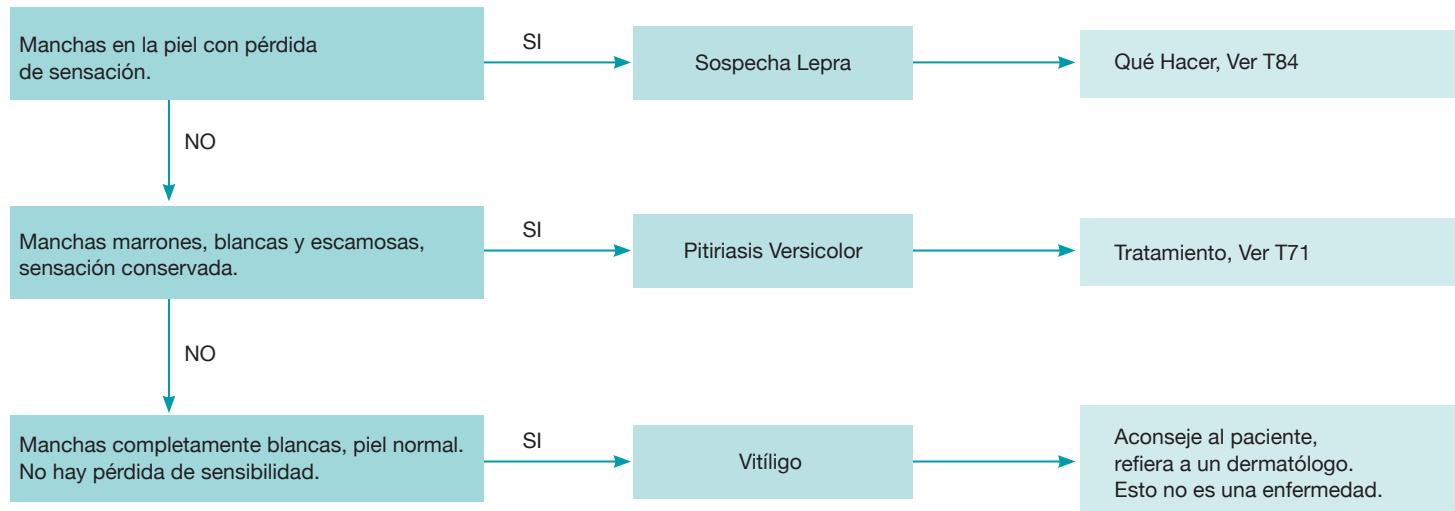




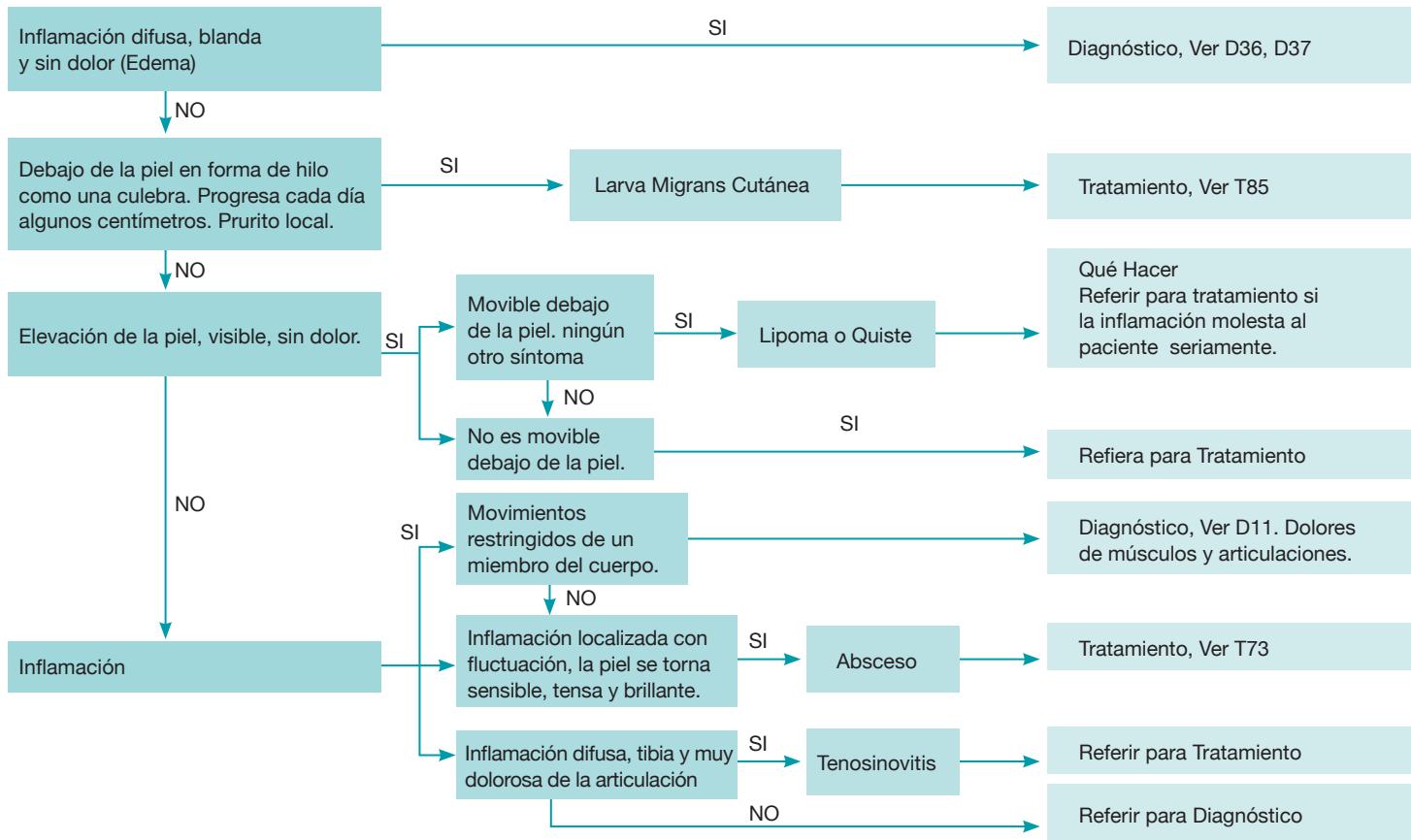


Verifique si hay pérdida de sensación en las manchas, manos y pies: haga al paciente cerrar los ojos.

Toque la piel normal con un algodón o alfiler. Haga que el paciente toque con el dedo el punto exacto que usted tocó. Luego toque alternando la parte afectada y parte sana de la piel. Si el paciente no toca algunas partes que usted tocó es indicio de que no tiene sensación en estas áreas.



Manchas Hipopigmentadas: Manchas de la piel de un color más claro que la piel que la rodea.



Factores que condicionan la aplicación inmediata de vacuna antirrábica en toda persona que acude al servicio mordida o agredida por un animal:

- * Sospecha de rabia en un animal mordedor.
- * Resultado positivo de laboratorio a rabia.
- * Mordeduras fueron provocadas por un animal desconocido.
- * Mordeduras provocadas por un animal que es sacrificado o muere, y posteriormente son botados.
- * Mordeduras provocadas por animales silvestres (mangosta, hurón, murciélagos).
- * Mordeduras fueron provocadas por un animal que escapa.
- * Contacto con saliva de un animal sospechoso de rabia.
- * Incapacidad del agredido para dar detalles sobre el animal mordedor (niños/as pequeños/as, discapacitados visuales, auditivos o mentales).
- * Heridas en: cabeza, cuello, palmas de las manos, plantas de los pies, órganos sexuales y mamas, aún sean producidas por animales conocidos.
- * Administrar 5 (cinco) dosis de vacuna antirrábica los días 0, 3, 7, 14 y 28 (Anexo 4B). En caso de que el animal no presente síntomas de rabia al 14avo día, no aplicar la cuarta dosis, suspender el tratamiento y terminar la observación.
- * Ver flujoGRAMA, Anexo 4A.

NO

SI

- * Registre el caso
 - * Lave la zona o la herida con abundante agua jabonosa, a chorro o presión, y si está disponible con una solución de yodo.
 - * Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS/SINAVE en el formulario EPI-1.
 - * Iniciar o referir para la vacunación antirrábica, inmediatamente al paciente según esquema presentado en anexo 4B de ésta guía. Entregue la tarjeta al usuario con sus citas de acuerdo al esquema elegido.
 - * Hacer historia clínica del paciente.
 - * Suturar la herida de primera intensión, a menos que sea superficial.
 - * Administrar antibióticos a consideración.
 - * Investigar el estado inmunitario del paciente con relación al Tétanos. En caso de dudas aplicar Inmunoglobulina Antitetánica Humana 250 uds. IM y Toxide Tetánico (TT), o DT 0.5 ml en el otro brazo. Una segunda dosis al mes.
 - * Mantener localizado al agredido/a por posible abandono del tratamiento.
 - * Iniciar la investigación de contactos.
- Nota:** El inicio del tratamiento en personas severamente lesionadas no debe nunca esperar el resultado del laboratorio o la observación clínica del animal, debe iniciarse el tratamiento antirrábico de inmediato aunque luego se suspenda dependiendo de un resultado negativo del laboratorio o de la observación clínica del animal.

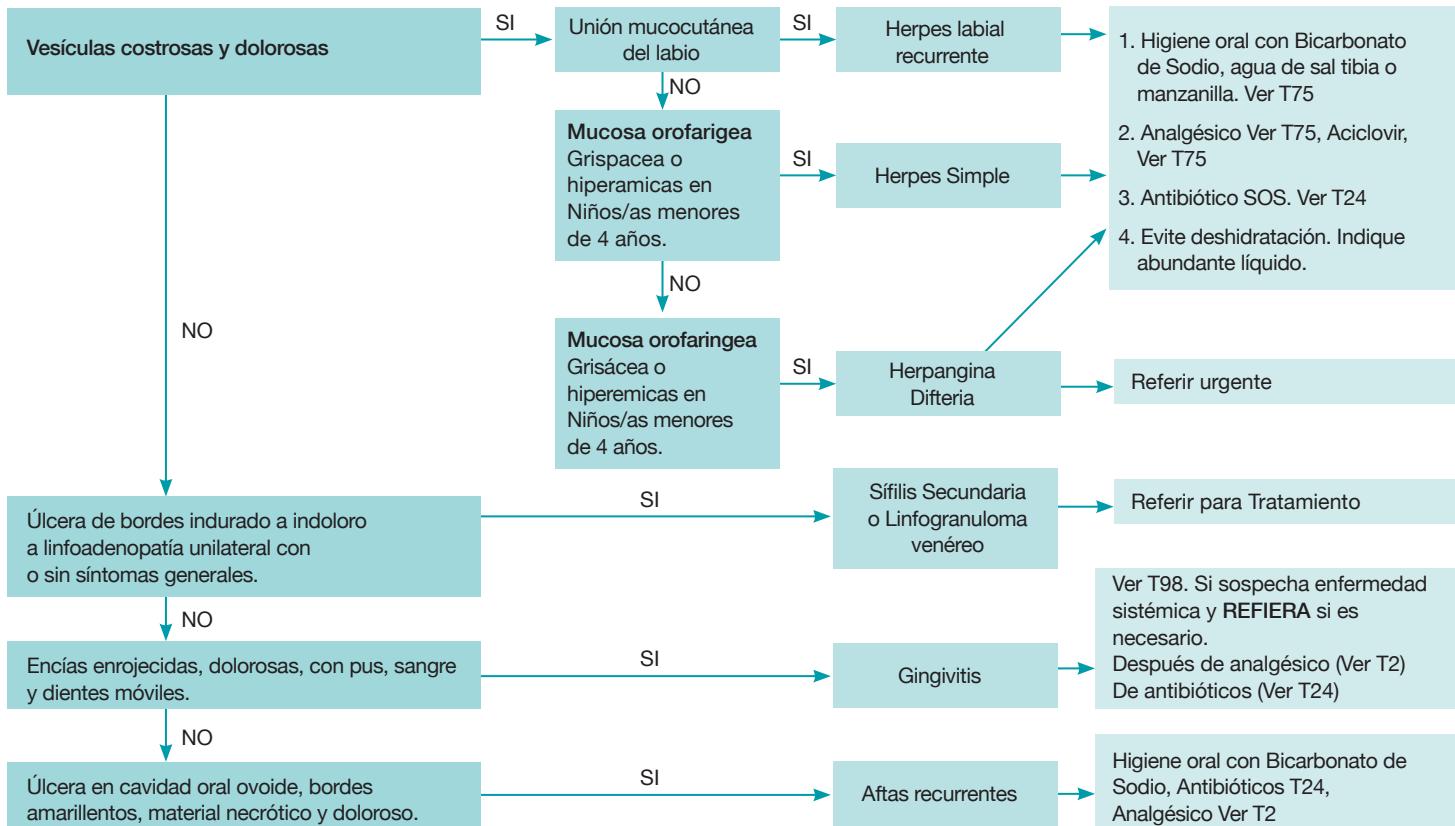
A: Localizar al animal agresor y colocarlo en observación*.

B: Enviar muestra del animal agresor si está disponible al Centro Antirrábico Nacional para su análisis.

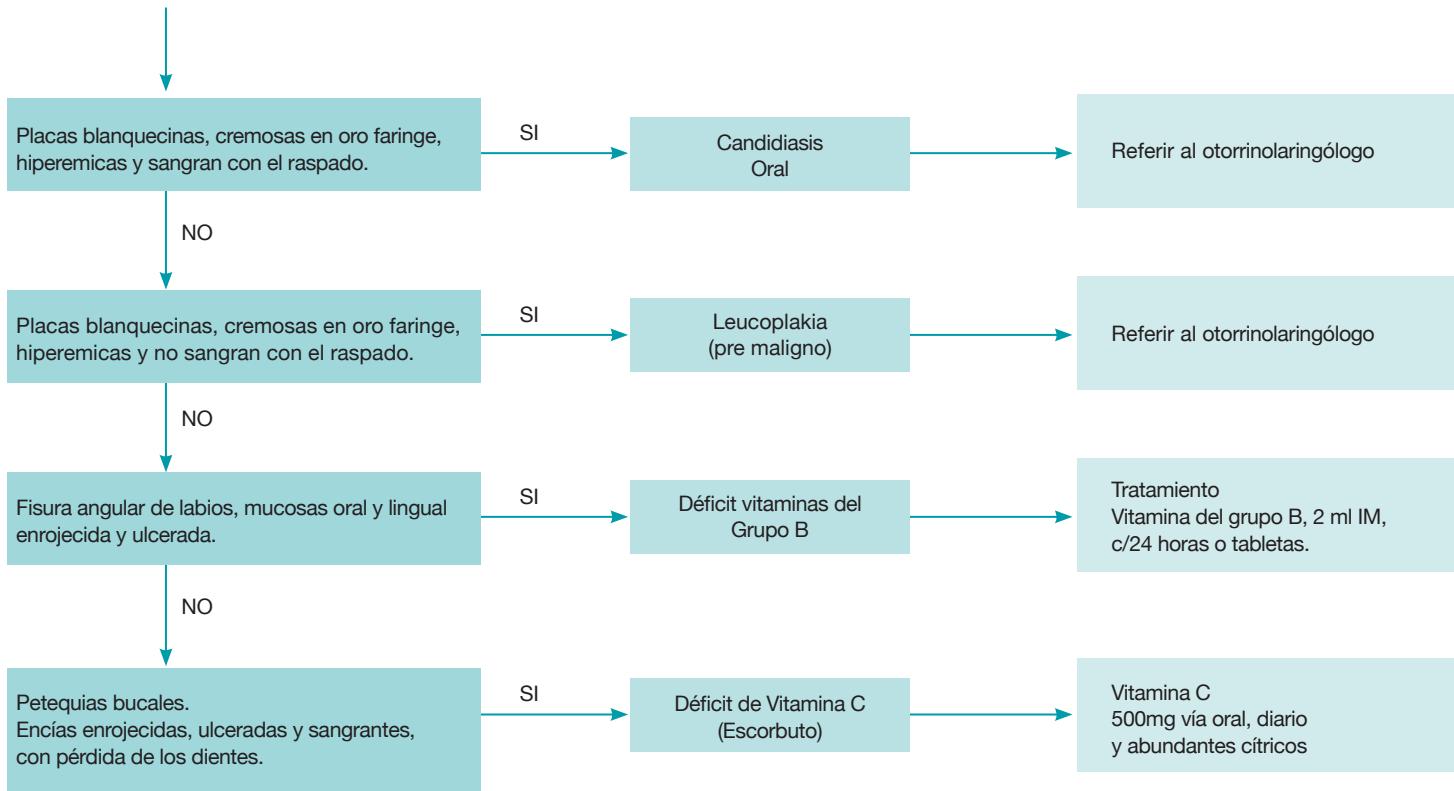
Además:

- * Registre el caso.
- * Lave la zona o la herida con abundante agua jabonosa, a chorro y presión.
- * Notificar a Epidemiología, DPS/DAS/CAN.
- * Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS/SINAVE en el formulario EPI-1.
- * Hacer historia clínica del paciente.
- * Suturar la herida de primera intensión, a menos que sea superficial.
- * Administrar antibióticos a consideración.
- * Investigar el estado inmunitario del paciente con relación al Tétanos. En caso de dudas, aplicar Inmunoglobulina Antitetánica Humana 250 uds. IM y Toxide Tetánico (TT), o DT 0.5 ml en el otro brazo. Una segunda dosis al mes.
- * Iniciar la investigación de contactos.
- * Mantener localizado al agredido para iniciar tratamiento antirrábico, en caso de que la muestra de positivo a la rabia, cambios en la conducta, muerte o sacrificio del animal en observación.

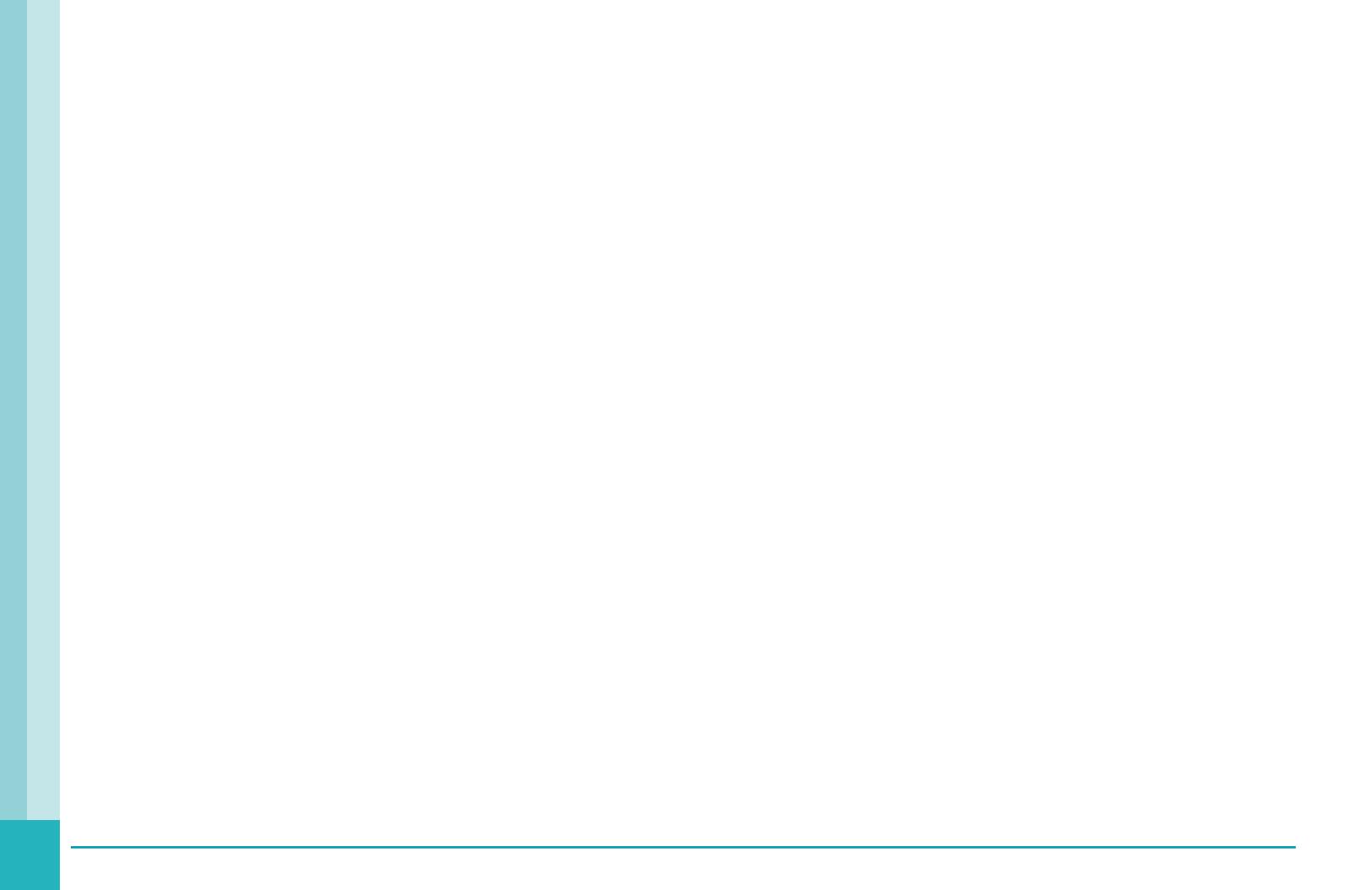
* Manual de procedimiento para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de la Rabia.



Importante: Ante sospecha de SIDA, REFIERA para consejería pre y post prueba de VIH y de seguimiento.



Importante: Ante sospecha de SIDA REFIERA para CONSEJERIA pre y post prueba de VIH y de seguimiento.



Listado de Tratamientos

Unidades de Atención Primaria

UNAP

Listado de Tratamientos Atención Primaria de Salud

GUÍA DE TRATAMIENTO		CIE-10'	TX.	PÁG.	GUÍA DE TRATAMIENTO		CIE-10'	TX.	PÁG.
1	Malaria	B54.X	T1	66	32	Neumonía	J18.9	T24	119
2	Malaria Grave	B50.8	T1-2	68	33	Asma Bronquial	J45.9	T 25	122
3	Malaria Grave en la embarazada	O98.6	T1-3	71	34	Tuberculosis Pulmonar BK+	A15.2	T26	125
4	Malaria (Situación Específica)	B50-B54	T1-4	72	35	Sífilis Latente y no Especificada como Primaria o Tardía	A53.0 A53.9	T27	127
5	Fiebre	R50.9	T2	73	36	Sífilis Tercaria	A52.0 A52.9	T28	128
6	Tratamiento Sintomático Convulsiones Febres	R56.0	T2-2	74	37	Sífilis en la Embarazada	098.1	T29	129
7	Diarrea	A09.X (A09.9)	T3	75	38	Chancroide (Úlcera blanda) o Chancre blando	A57.X	T30	130
8	Diarrea, PLAN A	A09.X (A09.9)	T3-2	76	39	Linfogranuloma Venéreo	A55.X	T31	131
9	Diarrea, PLAN B	A09.X (A09.9)	T3-3	78	40	Gonorrhea	A54.9	T32	132
10	Diarrea, PLAN C	A09.X (A09.9)	T3-4	80	41	Infección Tricomonas	A59.9	T33	133
11	Diarrea Problemas asociados/Prevención	A09.X (A09.9)	T3-5	82	42	Vaginitis por Cándidas	B37.3	T34	134
12	Cólera	A00.9	T4	84	43	Vaginitis Bacteriana	N76.0	T35	135
13	Tosferina	A37.9	T5	85	44	Uretritis no Gonococcica/Uretritis no Especificada	N34.1	T36	136
14	Sarampión	B05.9	T6	87	45	Cistitis	N30.0	T37	137
15	Rubeola	B06.9	T7	89	46	Prostatitis	N41.9	T38	139
16	Parotiditis (Paperas)	B26.9	T8	91	47	Pielonefritis	N10.X	T39	141
17	Dengue	A90.X			48	Litiasis (Cálculo) Renal / Uretral	N20.0 / N20.1 N20.2 / N20.9	T40	143
	Dengue grave	A91.X	T9	93	49	Retención de Orina	R33.X	T41	144
18	Leptospirosis	A27.9	T10	96	51	Filariasis	B74.9	T42	145
19	Ebola	A98.4	T11	99	52	Parasitosis Intestinal	B82.9	T43	146
20	Chikungunya	A92.0	T12	100	53	Esquistosomiasis Intestinal=Bilharziasis	B65.1	T44	148
21	Influenza A H1N1	J09.X	T13	102	54	Amebiasis	A06.9	T45	151
22	Otitis Media no Supurativa	H65.9	T14	103	55	Giardiasis	A07.1	T46	152
23	Otitis Media (supurativa o sin especificación)	H66.9	T15	105	56	Ascariasis	B77.9	T47	153
24	Amigdalitis Bacteriana	J03.9	T16	106	57	Estrongiloidiasis	B78.9	T48	154
25	Escarlatina	A38.X	T17	108	58	Enterobiosis Vermicularis = Oxiuriasis	B80.X	T49	156
26	Fiebre Reumática	I00.X	T18	109	59	Tricocefalosis= Trichuriasis	B79.X	T50	157
27	Sinusitis	J01.9	T19	111	60	Uncinariasis = Anquilostomiasis	B76.0	T51	158
28	Resfriado común	J00.X	T20	113	61	Teniasis Cisticercosis	B68.9 B69.9	T52	161
29	Crup	J05.0	T21	114					
30	Obstrucción Vías Respiratorias por Cuerpo Extraño	W80.9	T22	115					
31	Bronquitis	J40.X	T23	117					

Listado de Tratamientos Atención Primaria de Salud

GUÍA DE TRATAMIENTO		CIE-10'	TX.	PÁG.	GUÍA DE TRATAMIENTO		CIE-10'	TX.	PÁG.
62	Himenolepiasis	B71.0	T53	163	88	Dermatitis Atópica	L20.9	T79	198
63	Blastocytosis	A07.8	T54	165	89	Dermatis por Contacto	L25.9	T80	199
64	Úlcera Péptica Gástrica o Duodenal	K25.9	T55	166	90	Urticaria	L50.9	T81	200
65	Enfermedad Inflamatoria Pélvica	N73.9	T56	168	91	Otras enfermedades Dermatológicas/Ulceras	E50	T82	202
66	Dismenorrea	N94.6	T57	169	92	Pitiriasis Rosada de Gilbert	L42.X	T83	203
67	Amenaza de aborto Abortos (Aborto incompleto/Aborto completo, con Hemorragia, Con o Sin Complicaciones)	020.0 / 006.0 006.1 / 005.4	T58	170	93	Lepra	A30.0	T84	204
68	Aborto Séptico	006.5	T59	172	94	Larva Migrans Cutánea	B76.9	T85	205
69	Hipertensión Gestacional (Inducida por el Embarazo)	013.X	T60	173	95	Shock Anafiláctico	T78.2	T86	206
70	Meningitis Bacteriana	G00.9	T61	175	96	Hipertensión Arterial	I10.X	T87	208
71	Meningococcemia	A39.4	T62	178	97	Infarto Agudo del Miocardio	I21.9	T88	210
72	Conjuntivitis Bacteriana	B30	T63	179	98	Edema Agudo de Pulmón	J81.X	T89	212
73	Conjuntivitis Neonatal (Neonatorum Oftalmía)	P39.1	T64	180	99	Malnutrición	E50 / E54	T90	215
74	Lesiones en los Ojos	H57.9	T65	181	100	Desnutrición	E46.X	T91	217
75	Quemaduras en el Ojo (por Vapor o por Químico)	T26.4	T66	182	101	Sobrepeso y Obesidad	E66.9	T92	219
76	La Iridocicitis	H20.9	T67	183	102	Dislipidemias	E78.0 / E78.9	T93	221
77	Cuerpo Extraño Ocular	T15.9	T68	184	103	Síndrome Metabólico	E88.9	T94	226
78	Deficiencia de Vit. A.	E50.9	T69	185	104	Hipoglucemia	E16.2	T95	228
79	Infecciones Micóticas (Tiña)	B35.9	T70	186	105	Diabetes Mellitus	E14.9	T96	230
80	Pitiriasis Versicolor	B36.0	T71	188	106	Mastitis	N61.X	T97	234
81	Infecciones Bacterianas de la Piel	L08.9	T72	189	107	Gingivitis aguda, Gingivitis Crónica	K05.0 / K05.1	T98	235
82	Forúnculos y Abscesos	L02.9	T73	190	108	Anemia Ferropénica	D50.9	T99	236
83	Erisipela	A46.X	T74	191	109	Anemia Falciforme	D57.1	T100	241
84	Herpes Zoster	B02.9	T75	192	110	Anemia en el Embarazo / Puerperio	O99.0	T101	244
85	Varicela	B01.9	T76	193	111	Shock Hipovolémico	R57.1	T102	246
86	Infestaciones Parasitarias: Escabiosis (Sarna)	B86.X	T77	195	112	Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinserta (DPPNI)	045.9	T103	247
87	Pediculosis Capitis	B85.0	T78	197	113	Placenta Previa (PP)	044.1	T104	248
					114	Embarazo Ectópico	000.9	T105	249
					115	Intoxicación por Órganos Fosforados	T60.0	T106	250

• Nota: clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con salud CIE-10

Es una enfermedad febril parasitaria, producida por el género Plasmodium y transmitida por la picadura de la hembra Anophelina infectada.

SÍGNOS Y SINTOMAS

- Fiebre, a menudo con náuseas y vómitos, escalofríos, sudores, dolor de cabeza, dolor abdominal, dolor muscular y de articulación.

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

Examen microscópico de la gota gruesa

TRATAMIENTO

1. TRATAMIENTO DE CURA RADICAL PARA LA MALARIA POR P. FALCIPARUM NO RESISTENTE A LA CLOROQUINA

Los antimaláricos de primera elección son la Cloroquina (que tiene efecto esquizonticida) y la Primaquina (que tiene efecto gametocida). La dosis de Cloroquina (base) se calculará a razón de 25 mg/kg como dosis total, dividido en 3 días. (10 mg/kg el 1er día, 7.5 mg/kg el 2do y 3er día). La dosis de Primaquina se calculará a razón de 0.75mg por kilogramo de peso, para ser administrada en una sola dosis.

Cuando no se pueda calcular la dosis según el peso, usar la siguiente tabla según edad.

Esquema de tratamiento de cura radical para Plasmodium Falciparum

Edad	1er. Día		2do. Día	3er. Día
Apróximada	Cloroquina	Primaquina	Cloroquina	Cloroquina
0-6 meses	1/4 Tabl.(37.5 mg)		1/4 Tabl. (37.5 mg)	1/4 Tabl. (37.5 mg)
7-12 meses	1/2 Tabl. (75 mg)	1/2 Tabl. (7.5 mg)	1/2 Tabl. (75 mg)	1/2 Tabl. (75 mg)
1-2 años	1Tabl. (150 mg)	1/2 Tabl. (7.5 mg)	1/2 Tabl. (75 mg)	1/2 Tabl. (75 mg)
3-6 años	11/2 Tabl. (225 mg)	1 Tabl. (15 mg)	1Tabl. (150 mg)	1Tabl.(150 mg)
7-11 años	2 Tabl. (300 mg)	2 Tabl. (30 mg)	11/2 Tabl. (225 mg)	11/2 Tabl. (225 mg)
12-14 años	3 Tabl. (450 mg)	3 Tabl.(45 mg)	2 Tabl. (300 mg)	2 Tabl. (300 mg)
15 y más	4 Tabl. (600 mg)	3 Tabl. (45 mg)	3 Tabl. (450 mg)	3 Tabl. (450 mg)

Nota: Cálculo basado en tabletas de Cloroquina de 150 rng base y de Primaquina de 15 mg.

A los Niños/as menores de 6 meses y a las embarazadas no se les debe administrar Primaquina.

2. TRATAMIENTO PRESUNTIVO

En los pacientes que se sospeche pueden tener malaria se le debe dar un “Tratamiento Presuntivo” que corresponde al primer día de tratamiento de la cura radical (Cloroquina y Primaquina) y se le debe tomar una gota gruesa para confirmación del diagnóstico. Si se confirma, debe completarse el “Tratamiento de cura radical”.

3. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA FIEBRE

Indique mucho líquido para tomar y baño de agua templada (guitarle el frío), Acetaminofén (Ver T2).

4. SEGUIMIENTO

Si el estado general del paciente no ha mejorado a las 48 horas después de haber iniciado el tratamiento: Verifique el diagnóstico, busque síntomas de otras enfermedades y trate según indicación.

Verifique el rendimiento del medicamento. Pregunte si el paciente tomó la dosis correcta de Cloroquina según la prescripción.

Verifique la disminución de la densidad parasitaria mediante examen de gota gruesa los días 1, 2, 3, 7, 14, 21 y 28 después de iniciado el tratamiento.

Si el diagnóstico sigue siendo malaria y:

- Se ha tomado la dosis correcta de Cloroquina y no ha habido mejoría.
- Sospeche resistencia a Cloroquina, (Ver T1-4).
- Sospeche malaria grave y/o complicada.
- Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digepisalud.gob.do.

SIGNOS Y SINTOMAS

Pueden tener malaria grave y/o complicada los pacientes con diagnóstico confirmado que presenten al menos uno de los siguientes “signos clínicos de alarma” o condición:

- a.- palidez marcada,
- b.- debilidad para caminar,
- c.- dificultad para respirar (distres respiratorio),
- d.- vómitos frecuentes,
- e.- confusión, somnolencia, letargia
- f.- convulsiones,
- g.- signos de deshidratación,
- h.- hipotensión arterial,
- i.- ictericia u orina oscura,
- j.- trastornos de la coagulación, (petequias, equimosis, sangrado por mucosa)
- k.- disminución o ausencia del volumen urinario,
- l.- valores anormales de urea y creatinina,
- m.- falta de respuesta al tratamiento después de las 48 horas,
- n.- gestación,
- ñ.- menores de 5 años de edad, y
- o.- mayores de 65 años de edad

ESTADOS GRAVES DE LA MALARIA:

Malaria cerebral, Convulsiones generalizadas, Anemia normocitica, Insuficiencia renal, Hipoglicemia, Trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido básico, Edema pulmonar, Colapso circulatorio y Choque, Hemorragias espontáneas, Hiperpirexia, Hemoglobinuria malárica o palúdica.

GRUPOS DE MAYOR RIESGO A DESARROLLAR MALARIA GRAVE:

- Niños/as menores de 5 años
- Mujeres embarazadas
- Pacientes con densidad parasitaria de plasmodium cuatro cruces (+++).
- Habitantes de áreas con transmisión nula o baja que visitan y contraen malaria en áreas endémicas
- Pacientes padeciendo de alguna otra enfermedad.

TRATAMIENTO DE LA MALARIA GRAVE

El manejo de la malaria grave no debe ser en el primer nivel de atención. Debe agregarse a la guía el referir al paciente al segundo o tercer nivel para su manejo. El acapite de SEGUIMIENTO debe ser eliminado, pues el mismo no será realizado en el PN.

1. En caso que el paciente no pueda tomar la tableta de Cloroquina por su estado de conciencia o vómitos incontrolables debe administrarse Cloroquina parenteral a la dosis de 5mg por kg de peso diluidos en la solución isotónica calculada para pasar durante 6 horas. Repetir este procedimiento cada 6 horas, hasta llegar a un total de 5 dosis (es decir, 25mg por kg de peso administrados continuamente durante 30 horas). Si no se puede usar la vía endovenosa, usar la vía intramuscular a la dosis de 3.5 mg/kg de Cloroquina base cada 6 hora hasta completar 25 mg/kg.
2. Tan pronto como el paciente pueda tomar tratamiento oral, continúe con tabletas de Cloroquina complete el tratamiento de 3 días siguiendo las indicaciones habituales.
3. Se debe hacer examen de gota gruesa cada 24 horas y si la densidad parasitaria al tercer día se mantiene por encima del 25% de la reportada el primer día del tratamiento se debe sospechar resistencia a la Cloroquina y se debe notificar inmediatamente al Programa Nacional de Control de la Malaria del Centro Nacional de Control de Enfermedades Tropicales (CENCET), teléfonos: 809-536-0200 y 809-536-9604, Fax 809-536-2281, (hasta la fecha no se ha reportado resistencia a la Cloroquina en la malaria autóctona de nuestro país).

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

Rehidratación del paciente según el nivel de deshidratación. Ver T3-2, T3-3 y T3-4

Bajar la fiebre mediante baños de agua templada y mantener una buena asistencia de enfermería, (Ver T2).

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE PARA DETERMINAR SI HAY DESHIDRATACION

	A	B	C
1. Observe Condición Ojos Lágrimas Sed	Bien alerta Normal Presentes No está sediento	*Intranquilo, Irritable hundidos ausentes *Sediento Bebe ansiosamente	•Letárgico o inconsciente muy hundidos, secos ausentes • Bebe muy poco o no puede beber.
2.Tacto Arrugue la piel	Vuelve rápido a la normalidad	*Lentamente se repone	• Muy lentamente se repone
3. Decida	No hay señales de deshidratación	Si el paciente tiene 2 o más señales incluyendo uno* Existe algún grado de deshidratación	Si el paciente tiene 2 o más señales incluyendo por lo menos uno: Existe deshidratación grave.
4.Trate	Plan A Ver T2	Plan B Ver T3	Plan C Rehidratación intravenosa Ver T4

- Bajar la fiebre mediante baños de agua templada y mantener una buena asistencia de enfermería, Aplique compresas de agua templada en la frente, brazos, axilas, región inguinal y piernas (hueco poplítico). Cambie las compresas constantemente para mantenerlas frescas y húmedas. Continúe hasta que baje la fiebre.

SEGUIMIENTO

Si la condición del paciente empeora, REFIERA URGENTE

MALARIA EN EL EMBARAZO

A las embarazadas con malaria hay que tratarlas sin pérdida de tiempo, ya que en ellas la enfermedad es más grave, se acompaña de una parasitemia elevada y es peligrosa tanto para la madre como para el feto. Por lo tanto el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son muy importantes en las embarazadas. Las manifestaciones clínicas de la malaria en el embarazo pueden variar mucho según el grado de inmunidad de la paciente y a menudo puede provocar contracciones uterinas y dar lugar a partos prematuros.

TRATAMIENTO:

- 1.** Administrar Cloroquina IV: 25mg/kg durante 30 horas (5mg/kg diluidos en solución isotónica cada 6 horas, total 5 dosis). IM 25mg/kg 3.5mg/kg cada 6 horas.
- 2.** A las embarazadas con malaria grave se le debe hospitalizar en un servicio de cuidados intensivos y manejarla de acuerdo al tratamiento de la malaria grave.
- 3.** Como puede presentarse el trabajo de parto, si hay sufrimiento fetal o materno, puede estar indicado intervenir y abbreviar la segunda fase del parto utilizando fórceps bajo o cesárea.
- 4.** Las embarazadas con anemia grave deben recibir un tratamiento antimarialárico completo y evaluar la necesidad de transfusiones sanguíneas.

RESISTENCIA A LA CLOROQUINA

Después de 3 días de tratamiento con Cloroquina, un ataque simple de malaria debe curarse completamente y satisfactoriamente.

SI NO:

1. Busque señales y síntomas de otra enfermedad y trátela según lo indicado.
2. Si no se diagnostica otra enfermedad, sospeche RESISTENCIA A LA Cloroquina.

Si se confirma resistencia a la Cloroquina, el tratamiento de segunda elección se basa en: Quinina 10mg/kg c/ 8 horas por 7 días. Doxiciclina 3.5mg/kg 1 vez por día. Iniciar tratamiento y referir al segundo nivel de atención tercera opción: Quinina 10mg/kg c/ 8 horas por 7 días. Clindamicina: 300mg/kg 1 vez por día. Iniciar tratamiento y referir al segundo nivel de atención.

SITUACIONES ESPECÍFICAS EN MALARIA CEREBRAL

Convulsiones: Trate de manera sintomática con Diazepam inyección intravenosa lenta, para dosificación niños/as, ver fiebre (Ver T2).

Nota: para la administración endovenosa de Diazepam diluir una ampolla que contiene 10mg /2ml en 8cc de agua destilada, e ir administrando lentamente a dosis repuesta. Referir a segundo nivel de atención.

Rigidez del cuello o abombamiento de la fontanelas: SOSPECHE MALARIA CEREBRAL O MENINGITIS

Trate como para ambas enfermedades: Cloroquina (Ver T1).

Penicilina cristalina Ver T61. Se debe aplicar la primera dosis, estabilizar y referir al segundo nivel de atención.

En caso de adulto como segunda alternativa cuando no hay respuesta a Diazepam: Fenitoína sódica 250mg/5ml ampolla: IV 250mgs/5ml diluido en 10cc de agua destilada o sol. Salina cada 1 hora hasta completar 1g. Estabilizar y referir al segundo nivel de atención.

PREVENCIÓN DE LA MALARIA

Discuta la situación con el comité de Salud para combatir los mosquitos y prevenir la malaria.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado, notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digepisalud.gob.do

Es el aumento de la temperatura corporal mayor de 38 grados, con participación del centro regulador en el hipotálamo.

LA FIEBRE NO ES UNA ENFERMEDAD SINO UN SIGNO DE ENFERMEDAD ANTES DE TRATAR UN SINTOMA BUSQUE SU CAUSA (Ver D1, D2).

1. ADMINISTRAR MUCHO LIQUIDO PARA BEBER Y ASI EVITAR DESHIDRATACION.

Un adulto con fiebre necesita beber un litro de líquido extra por cada grado Celsius de fiebre aumentado.

Niño/a dele todo el líquido que desee o acepte. En caso de deshidratación: rehidrátelo siguiendo el plan apropiado (Ver T3-1).

2. BAJE LA TEMPERATURA CON AGUA TEMPLADA

Aplique compresas de agua templada en la frente, brazos, axilas, región inguinal y piernas (hueco poplíteo).

Cambie las compresas constantemente para mantenerlas frescas y húmedas. Continúe hasta que baje la fiebre.

Si después de 1 hora de aplicar compresas la fiebre no baja, administre Acetaminofén.

- **Fiebre post vacunación:** Niños/as 2-3 meses: 60mg seguidos de una segunda dosis, si es necesario 4-6 h más tarde.
- **Dolor leve a moderado, fiebre:** Niños/as : 15 mg/kg/dosis cada 4-6 h según necesidad 1 o según la edad: 3 meses-1 año: 60-125 mg, 1-5 años: 120-250 mg, 6-12 años: 250-500mg (estas dosis se pueden repetir cada 4-6 h si necesario. Máx. 4 dosis o 4 g/día).
- Neonatos: 10 mg/kg según necesidad. 4 dosis máximo por día. En caso de ictericia se puede usar 5 mg/kg/dosis.
- Los supositorios de acetaminofén en presentación de 100mg se utiliza solo en casos de emergencia a dosis de 10-15 mg/kg.

Acetaminofén (Vía Oral)

Edad o peso	Comprimido (100 mg)	Jarabe (120mg por 5 ml)	Gotas de 15 ml (5mg por gota)
0 a 2 meses (4kg)		1.5ml	8
2 a 3 meses (4- <6kg)	1/2	2.5ml	10
4 a 11 meses (6-< 10kg)	1	5ml	20
1 a 2 años (10-< 14kg)	1	5ml	25
3 a 4 años (14-< 15kg)	1 1/2	7.5ml	30
5 a 15 años (35kg)	1/2 comp de 500mg		
Más de 35kg y Adultos	1 como 500mg		

CONVULSIONES FEBRILES

Si el paciente tiene convulsiones, administre Diazepam por vía rectal (Niños/as) o intravenosa despacio. Si no hay mejoría, repita la dosis después 15-30 minutos.

DOSIS DE DIAZEPAM EN NIÑOS/AS (0.1 a 0.3mg/Kg de peso)

Edad	0 -<1 mes	1-<12 meses	1-<5años	5-6 años
Peso	4Kg.	8Kg.	15Kg.	35Kg.
Ampollas 10 mg/2 ml diluida en 8ml de agua destilada intravenoso o muy lento.	1.4ml.	2.5ml.	4.5ml.	10ml.
Vía rectal (No diluir)	1/2ml.	1ml.	2ml.	4ml.

Nota: para la administración endovenosa de Diazepam diluir una ampolla que contiene 10mg/2ml en 8 ml de agua destilada e ir administrando lentamente a dosis repuesta de acuerdo a la dosis calculada para el peso del/la niño/a.

Baje la fiebre con agua templada lo más rápido posible. Busque otras causas de convulsiones febris, (Ver D29, D30)

3.- TRATAMIENTO CONVENCIONAL DE MALARIA

Tomar muestra de sangre y enviar al Centro de Salud más próximo que realice el análisis para identificar Malaria.

Trate los síntomas y SIEMPRE BUSQUE CUALQUIER OTRA CAUSA QUE PUEDA PRODUCIR LA FIEBRE y manéjela.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Incremento en la frecuencia y el contenido de agua de las heces.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE PARA DETERMINAR SI HAY DESHIDRATACION

	A	B	C
1. Observe Condición Ojos Lágrimas Sed	Bien alerta Normal Presentes. No está sediento.	*Intranquilo, Irritable Hundidos Ausentes *Sediento Bebe ansiosamente	<ul style="list-style-type: none"> Letárgico o inconsciente muy hundidos, secos ausentes. Bebe muy poco o no puede beber.
2. Tacto Arrugue la piel	Vuelve rápido a la normalidad.	*Lentamente se repone	<ul style="list-style-type: none"> Muy lentamente se repone
3. Decida	No hay señales de deshidratación.	Si el paciente tiene 2 o más señales incluyendo uno *Existe algún grado de deshidratación	Si el paciente tiene 2 o más señales incluyendo por lo menos uno: existe deshidratación grave.
4. Trate	Plan A Ver T3-2	Plan B Ver T3-3	Plan C Rehidratación intravenosa Ver T3-4

CASOS ESPECIFICOS

Para los tratamientos apropiados de los siguientes casos. Ver T3-5.

- Diarrea por más de 14 días.
- Diarrea con fiebre.
- Diarrea con sangre.
- Diarrea y malnutrición grave.

PLAN A: PREVENCION DE LA DESHIDRATACION

Principio Básico: En el tratamiento casero de la diarrea, debe darse líquidos en abundancia. Debe explicarse las reglas para el tratamiento de la diarrea en la casa.

1.- DARLE AL/LA NIÑO/A MÁS LIQUIDOS QUE DE COSTUMBRE PARA EVITAR LA DESHIDRATACION.

Los líquidos recomendados son:

- Leche materna: continúe lactando con frecuencia. Sales de Rehidratación Oral (SRO)
- Enseñe a la madre como preparar y que cantidad de SRO debe darle al/la niño/a (Ver T3-2). Dele los sobres de SRO para 2 días.
- Signos de peligro Deshidratación, enoftalmos (ojos hundidos) oliguria, VOMITA TODO, fontanela deprimida, sediento, irritable, somnoliento, signo del pliegue cutáneo, vuelve lentamente o muy lentamente.
- Continúe con estos líquidos hasta que pare la diarrea.

2.- ACONSEJE ADMINISTRAR ABUNDANTE COMIDA AL/LA NIÑO/A PARA EVITAR LA DESNUTRICION.

- Si la madre no lacta al/la niño/a, dele la leche que el usualmente toma.
- Si el/la niño/a tiene 6 meses de edad o mayor o si ya come alimentos sólidos: granos (habichuela, lenteja y otros).
- Dele cereal de arroz o cualquier otro alimento de almidón mezclado con leguminosas, jugos de zanahorias, guayaba con agua de arroz, sopa de vegetales, carne o pescado, consomé de carne, y en porciones pequeñas.
- Añada 1 o 2 cucharaditas de aceite vegetal (coco, oliva, maíz) a cada ración.
- Dele jugos de frutas frescas con poca azúcar o puré de guineo, manzana para suministrar potasio. Dele comida, acabada de preparar. Cocine, muela o licúe bien los alimentos.
- Estímule al/la niño/a a comer, ofrézcale comida por lo menos 6 veces al día.
- Continúe con los mismos alimentos cuando pare la diarrea, y durante 2 semanas dele una comida adicional.

3.- SI EL/LA NIÑO/A NO MEJORA EN 3 DIAS O MANIFIESTA LAS SIGUIENTES CONDICIONES, LLEVELO AL CENTRO DE SALUD:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| - Evacuaciones frecuentes y acuosas | - Poco apetito |
| - Vómitos repetidos | - Fiebre |
| - Bebe ávidamente | - Evacuaciones sanguinolentas |

4.- PREVENGA LA DIARREA. Siguiendo las reglas de higiene y alimentación (Ver T3-5) No debe utilizarse preparados (remedios) caseros.

PLAN A: PREVENCION DE LA DESHIDRATACIÓN

Como preparar las soluciones de rehidratación. Lavarse las manos con agua y jabón.

Pruebe la solución antes de dársela al/la niño/a. Debe ser salada como las lágrimas, mantenga la solución en un envase limpio y tapado.

- SRO:** Polvo para disolución de 200ml; 500ml, vía oral. Diluya un sobre en un litro de agua hervida.
Mezcle hasta que las sales se disuelvan completamente.

NUNCA utilice menos cantidad de sales de las que trae un sobre para preparar un litro de SRO.

Si al niño/a le administramos en la casa la solución de SRO, enséñele a la madre la cantidad de solución a administrar después de cada evacuación acuosa y suministrele suficientes sobres como para 2 días.
(Entréguele 2 sobres sin importar la edad).

Edad	*Cantidad de SRO que se dará después de cada evacuación acuosa
Menor de 24 meses	50-100 ml.
De 2 años hasta 10 años	100-200 ml.
10 años o más	Tanto como quiera

Administre Gluconato de zinc jarabe 10mg, vía oral. Niños/as < 6 meses: 10mg (no dar en niños/as emaciados) por 14 días.

Niños/as 6 meses a 4 años: 20mg por 14 días.

* Describa y muestre utilizando una medida local o Standard la cantidad que debe dársele al niño después de cada evacuación.

ENSEÑELE A LA MADRE COMO DEBE DAR LA SOLUCION DE SRO.

Hágale una demostración en la UNAP

- Para un niño/a menor de 2 años, dele una cucharadita cada 1-2 minutos.
- Para un niño/a mayor, dele a beber sorbos en una taza con frecuencia.
- Si el niño/a vomita, espere 10 minutos. Trate de darle la solución más despacio (Por ejemplo, una cucharada cada 2-3 minutos).
- Si continúa la diarrea después de haber usado los sobres de SRO, dígale a la madre que le dé otros líquidos. según dice la primera regla arriba o que vuelva al centro a buscar más SRO.
- Indique comida más veces que lo normal, pero en pequeñas cantidades.

PLAN B: TRATE LA DESHIDRATACIÓN

Principio Básico: Tratamiento de la deshidratación mediante la rehidratación con la solución SRO.

Cantidad aproximada de Solución de SRO para dar durante las primeras 4 horas:

Edad*	Menor de 4 meses	4-11 meses	12-23 meses	2-4 años	5-14 años	15 años o mayor
Peso	Menos de 6 kg.	6-10 kg.	10-12 kg.	12-19 kg.	16-29.9 kg.	30 kg. o más
En ml.	200-400	400-700	700-900	900-1400	1500-2000	2000-4000

- Administre Gluconato de zinc jarabe 10mg, vía oral. Niños/as < 6 meses: 10mg (no dar en niños/as emaciados) por 14 días. Niños/as 6 meses a 4 años: 20mg por 14 días.
- Utilice la edad del paciente sólo cuando no sabe su peso. La cantidad aproximada de SRO que se requiere (en ml) puede calcularse también multiplicando el peso del paciente (en gramos) por 0.075. Ej. Un niño/a de 5 kgs=5000 X 0.075, = 375 ml.
- Si el niño/a quiere más SRO que la mostrada en la tabla, adminístrele más.
- Estímule a la madre a continuar lactando al niño/a (darle el seno). Siempre que el niño/a lo desee.
- Para Niños/as menores de 6 meses que no maman el seno, dele además de 100-200 ml de líquidos durante este período.

OBSERVE CUIDADOSAMENTE AL NIÑO Y AYUDE A LA MADRE A DARLE LA SOLUCIÓN

- Enséñele que cantidad de solución deberá darle al niño/a.
- Enséñele cómo hacerlo,- 1 cucharadita cada 1-2 minutos para un niño menor de 2 años, y sorbos frecuentes para un niño
- Si el niño/a vomita, espere 10 minutos y luego continúe dando SRO, pero más despacio, por ejemplo, una cucharada cada 2-3 minutos.
- Continuar dándole el seno siempre que el niño/a lo desee.

PLAN B: DESHIDRATACIÓN

Después de 4 horas, reevalúe el estado de deshidratación del niño según la tabla de evaluación para deshidratación.

LUEGO, SELECCIONE EL PLAN A, B o C PARA CONTINUAR EL TRATAMIENTO.

- Si no hay señales de deshidratación, cambie al Plan A.
- Si persiste la deshidratación repita el Plan B, pero empiece a ofrecer alimentos, leche y jugos.
- Si la deshidratación se torna grave, cambie al Plan C.

SI LA MADRE TIENE QUE IRSE ANTES DE COMPLETAR EL PLAN B:

- Enséñele que cantidad de SRO debe dar para concluir en casa el tratamiento de 4 horas.
- Dele a ella suficientes sobres de SRO para completar la rehidratación y para usar durante 2 días más, según el Plan A.
- Enséñele a preparar la solución SRO.
- Explíquele las 3 reglas del Plan A para tratar a los/las niños/as en la casa:
 - Dar SRO u otros líquidos hasta que pare la diarrea.
 - Continuar alimentando al niño.
- Cuando llevar al niño inmediatamente al Centro de Salud, ENSEÑELE LOS SIGNOS DE PELIGRO PARA VOLVER DE INMEDIATO (Ver.T3-2).

PLAN C: Deshidratación Grave

Principio Básico: tratar con rapidez una deshidratación grave con fluidos intravenosos o mediante sonda oro-gástrica.

SIGA las flechas si la respuesta es "SI" Siga en Dirección Horizontal. Si es "NO" siga hacia abajo.

Empiece aquí

Se puede empezar inmediatamente con una Solución intravenosa

SI

- Empiece inmediatamente con líquidos IV. Si el paciente puede beber adminístrele SRO por boca mientras se prepara el suero. Administre 100 ml/kg de Solución Lactato de Ringer (o Solución Salina 0.9%), dividido de la siguiente manera:

Edad	Cantidad de solución por kg		
Menor de 2 meses	30ml/kg en la 1ra hora	75ml/kg en 5 horas	
2 meses a 5 años	50ml/kg en la 1ra hora	25ml/kg en la 2da hora	25ml/kg en la 3ra hora
Mayores	30ml/kg en media hora	70ml/kg en 2 1/2 horas	

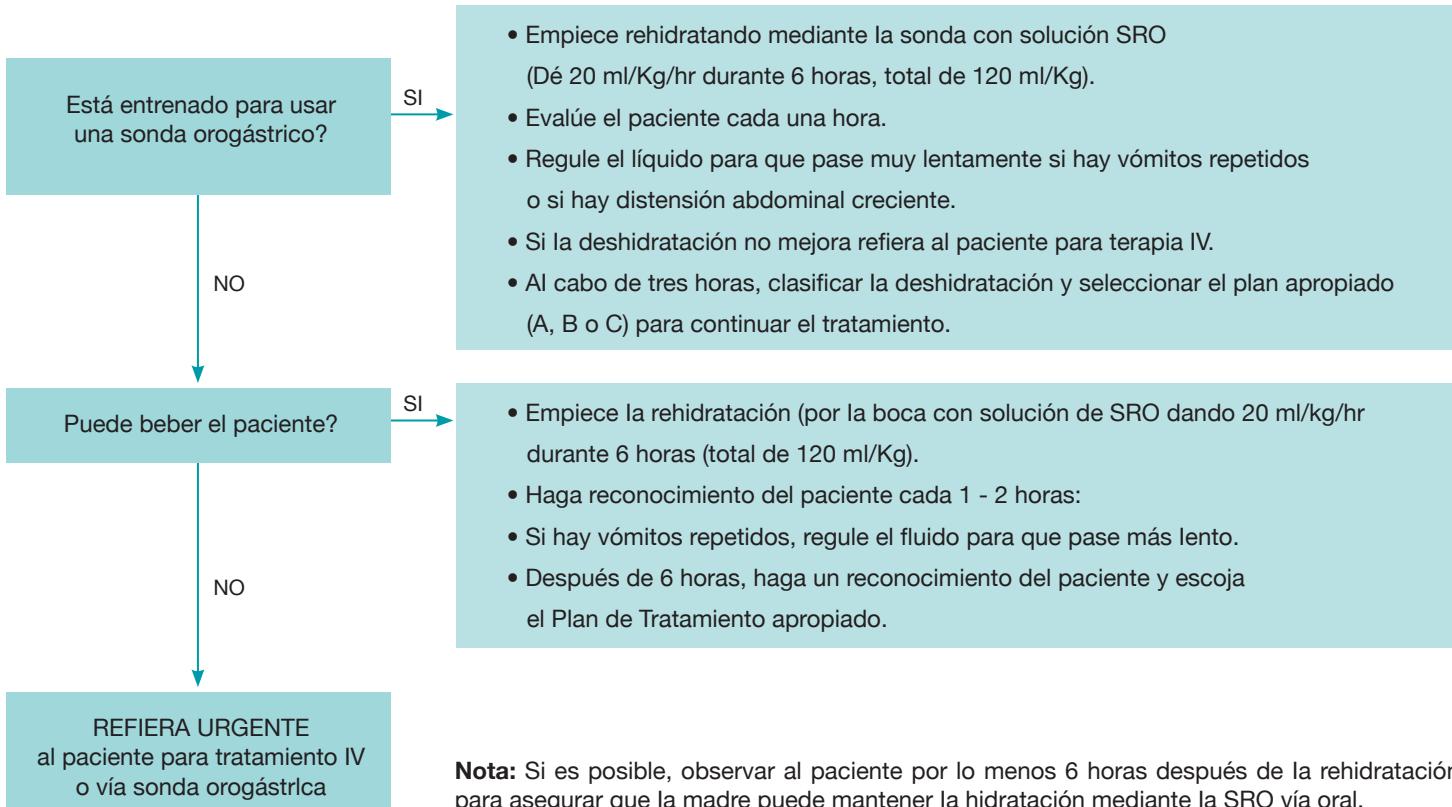
NO

- Administre Gluconato de zinc jarabe 10mg, vía oral. Niños/as <6 meses: 10mg (no dar en niños/as emaciados) por 14 días.
Niños/as 6 meses a 4 años: 20mg por 14 días.
- Evalúe el paciente cada una hora. Si la deshidratación no mejora aumente el goteo.
- Dé SRO (5mg/kg/hora) tan pronto como el paciente pueda beber.
- Después de 6 horas (infantes y 3 horas adultos) evalúe al paciente usando la tabla de evaluación. Luego escoja el Plan apropiado A, B o C. Para continuar el tratamiento.

¿Se dispone de tratamiento IV en la localidad?
(a distancia de 30 minutos)

SI

- Envíe al paciente inmediatamente para el tratamiento IV.
- Si el paciente puede beber suministre sobres de solución SRO a la madre y enséñele a usarlo durante el viaje, con tasa o cuchara o jeringuilla.

PLAN C: Deshidratación grave

DIARREA Y LOS PROBLEMAS ASOCIADOS

DIARREA PERSISTENTE:

Si la diarrea con o sin sangre, perdura durante 14 días o más, se dice que es persistente. Rehidrate y continúe alimentando.

- Refiera al hospital para diagnóstico y tratamiento.
- Busque señales de alguna infección oculta que esté causando la fiebre. Ej. Neumonía, Otitis Media. Trate de manera apropiada.

SANGRE EN LAS HECES FECALES (DISENTERIA).

Asuma que la causa es Amebiasis, Shigellosis o Fiebre Tifoidea que se asocia con fiebre, constipación y rectorragia.

- Rehidrate y continúe alimentando con sus comidas preferidas.
- Administre: Gluconato de zinc en jarabe / tableta. Ver dosificación en Plan A.
- **TRATAMIENTO RECOMENDADO PARA SHIGUELLA:** TRIMETOPRIM-SULFA durante 5 días o AMPICILINA Polvo para inyección: 1g en viales.
- Hacer el seguimiento 2 días después y si no ha mejorado refiera.
- Administre Gluconato de zinc jarabe 10mg, vía oral. Niños/as <6 meses: 10mg (no dar en niños/as emaciados) por 14 días. Niños/as 6 meses a 4 años: 20mg por 14 días.

Nota:

- Para alérgicos a las Sulfas usar Ampicilina 60 mg/Kg cada 6 horas vía oral por 10 días.
- Adultos: usualmente 1-2g IV c/4-6 horas.
- Niños/as: 1 mes-12 años: 50mg/kg cada 4-6 horas (máx. 2 g c/4 horas) Infecciones graves (como meningitis): 150-200mg/kg/d c/4-6 horas.
- Neonatos <7 días: 50-100mg/kg cada 12 horas, IV.

EDAD Y/O PESO	TRIMETOPRIM-SULFA Dar cada 12 hr por 5 días	
	Comprimido 80mg Trimetoprim 400mg Sulfametoxazol	Suspensión 40mg de Trimetoprim +200mg Sulfametoxazol por 5ml
2 a 3 meses (4 - <6 kg)	1/4	2.5ml
4 a 11 meses (5- <10 kg)	1/2	5.0ml
1 a 2 años (10 a -<14 kg)	1/2	7.5ml
3 a 4 años (14 -16 kg)	3/4	7.5ml
Mayores de 4 años	1	

Neonatos 7-21 días: 50-100mg/kg cada 8 horas, IV. Neonatos 21-28 días: 50-100mg/kg cada 6 horas IV.

- Para alérgicos a la Ampicilina. Ver opciones en anexo I.
- En caso que no haya Ampicilina se puede usar Eritromicina, ver Tosferina T5.

DIARREA Y MALNUTRICION SEVERA

- Rehidrate y Continúe alimentando
- Administre: Gluconato de zinc en jarabe. Ver dosificación en Plan A.
- REFIERA para evaluación y seguimiento si es una malnutrición severa.

En la mayoría de los casos de diarrea esta cura sola de 3 a 5 días, lo importante en este período es mantener una buena hidratación y continuar alimentándolo.

No es necesario el uso de MEDICAMENTOS.

LAS DROGAS “ANTIDIARREICAS” no tienen ningún beneficio práctico. No deben ser indicadas para el tratamiento de ningún tipo de diarrea. Con su uso se desperdician los recursos de la familia y puede demorar el tratamiento a base de líquidos y alimentos.

Puede incluso prolongar la duración de la diarrea, ya que pueden interferir con la efectiva eliminación de los gérmenes puede ocasionar iatrogenia.

PREVENCION DE DIARREA

EXPLIQUE AL PACIENTE O A LA PERSONA QUE LO ATIENDE COMO PREVENIR LA DIARREA.

- Durante los primeros 4-6 meses de vida, los infantes deberían ser exclusivamente amamantados. Lactancia exclusiva hasta los 6 meses.
- Puede empezar a darle alimentos cuando el niño tiene 6 meses de edad, pero debe continuar administrándole el seno hasta por lo menos 2 años de edad.
- Dé al niño alimentos frescos, bien cocidos para su consumo inmediato.
- Lave sus manos con agua y jabón después de cada defecación, antes de preparar la comida y antes de comer.
- Siempre use la letrina o inodoro para la eliminación de los desechos fecales.
- La defecación de los niños/as debe recogerse rápido y desecharla en la letrina o enterrarla.
- Vacune al niño, especialmente contra el sarampión, que a menudo causa diarrea.

IMPORTANTE:

Ante sospecha de SIDA REFIERA para Consejería pre y post- prueba de VIH y dé seguimiento.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Es una infección intestinal aguda causada por la ingestión de alimentos o agua contaminados por la bacteria *Vibrio cholerae*. Tiene un periodo de incubación corto, entre menos de un día y cinco días, y la bacteria produce una enterotoxina que causa una diarrea copiosa, indolora y acuosa que puede conducir con rapidez a una deshidratación grave y a la muerte si no se trata prontamente. La mayor parte de los pacientes sufren también vómitos.

La mayoría de los infectados por *V. cholerae* no caen enfermos, pero la bacteria está presente en sus heces durante 7-14 días.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Malestar general
- Diarrea copiosa, indolora y acuosa que puede conducir con rapidez a una deshidratación grave y a la muerte si no se trata prontamente.
- Vómitos.

1. TRATAMIENTO

- Sales de Rehidratación Oral plan A, B, o C.
- Solución salina 0.9 plan A, B, o C.
- Lactato de ringer: Plan A, B o C.
- Primera elección: Azitromicina 500mg: 20 mg/kg vía oral dosis única.
- Segunda opción: Eritromicina 500 mg, 12.5 mg/kg vía oral cada 6 horas por 5 días.
- Tercera opción: Doxiciclina 100mg comp: 2-4 mg/kg vía oral por dosis única.

2. PREVENCION

- Las medidas generales consisten principalmente en proporcionar agua salubre y saneamiento a las poblaciones que todavía no tienen acceso a servicios básicos. La educación sanitaria y la higiene de los alimentos son igualmente importantes. A las personas se les deben recordar los comportamientos higiénicos básicos, como el lavado sistemático de las manos con agua y jabón después de defecar y antes de comer o de manipular alimentos, o la preparación y conservación adecuadas de los alimentos.
- La educación sanitaria tiene como objetivo que las comunidades adopten comportamientos preventivos para evitar la contaminación.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digepisalud.gob.do

Enfermedad bacteriana aguda que afecta las vías respiratorias, producida por la *Bordetella pertussis*.

SIGNOS Y SINTOMAS

Inicialmente Fiebre, tos leve.

Rinorrea, Coriza, conjuntivitis.

Después Tos paroxística, seguidos por una inspiración ruidosa, cianosis, vómitos y/o convulsiones.

Entre los paroxismos de tos el niño puede lucir bien.

Entre los infantes el síntoma principal puede ser apnea, cianosis. Un ataque de tosferina puede durar semanas o meses.

La tosferina sin complicación es una enfermedad afebril. Si el niño desarrolla fiebre busque neumonía u otitis media.

TRATAMIENTO

1. TRATAMIENTO CAUSAL

El tratamiento con antibiótico no acorta la enfermedad pero reduce el período de infectividad. La mayoría de niños/as son evaluados después la primera semana de enfermedad, por lo tanto, no se debe dar antibiótico a menos que el niño haya sido visto al principio de la enfermedad o si hay fiebre. Identifique complicaciones como neumonía y tratelo de acuerdo a recomendaciones.

Edad/peso: Eritromicina

Suspensión: 250mg/5ml vía oral Tableta: 500 mg, vía oral.

Neonatos 12.5mg c/6 horas

Infantes o niños menores 2 años 125mg c/6 horas, duplicar la dosis en infecciones severas.

Niños: 2-8 años 250mg c/6 horas, duplicar la dosis en infecciones severas.

Mayor de 8 años 250-500mg c/6 horas por 7 días.

Azitromicina en presentación de 200mg/5ml. administre 10mg/kg vía oral por día, dosis de ataque y luego 5mg/kg por día 1 vez al día por 3 a 5 días.

Administre oxígeno si hay disponibilidad a los pacientes que tengan exceso de apnea o cianosis o paroxismo de tos y refiera si no mejora.

Refiera los pacientes <6 meses y los niños/as con neumonía, convulsiones deshidratación, malnutrición grave, apnea prolongada o cianosis después de la tos.

2.- TRATAMIENTO SINTOMATICO

Aconseje a la madre para que:

- Alimente bien al niño/a durante la enfermedad, aumente la alimentación, tan pronto el niño/a mejore lo suficiente como para ingerir más cantidad de comida.
- Ofrézcale al niño/a mayor cantidad de líquido para beber, aumente la alimentación al seno materno.
- Limpie la nariz, si interfiere con la alimentación.
- Calme la tos con algún remedio (miel con limón si tiene más de 1 año de edad).
- Debe evitarse los medicamentos para la tos que contengan Atropina, Codeína, Alcohol, Antihistamínicos, Expectorantes, Secretolítico y otros enséñele los signos de peligro y cuando deber volver inmediatamente.

ACONSEJE SOBRE LOS SIGNOS O SINTOMAS POR LOS CUALES DEBE REGRESAR DE INMEDIATO AL SERVICIO DE SALUD.

3.- TRATAMIENTOS PARA LAS COMPLICACIONES

Deshidratación: Ver T3-2, T3-3, T3-4,T3-5

Neumonía: Ver T24

Otitis Media: Ver T15

Convulsiones: Ver T2-2

PREVENCION

Vacune los demás niños/as en la casa que no han sido vacunados con Pentavalente, o DT según edad para evitar que se propague la enfermedad. (Ver esquema nacional de vacunación Anexo 2).

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digepisalud.gob.do

Es una enfermedad respiratoria aguda, febril, muy contagiosa de etiología viral, con un cuadro clínico característico y un exantema patognomónico.

1.- SIGNOS Y SINTOMAS

Primero • Fiebre alta, malestar general, anorexia, conjuntivitis, coriza y tos.

- Manchas de Koplik (pápulas blanquecinas rodeadas de un halo eritematoso en la mucosa del carrillo, a la altura del 2do. molar, puede encontrarse en el paladar duro). Después aparece erupción cutánea que empieza en la cara, cuello, luego tronco y el resto del cuerpo de 3-5 días. La Fiebre alta cae por lisis a los tres días en los no complicados y dolor de cabeza.
- Vómitos y diarrea.
- Después de una semana, puede durar el período catarral, la piel escamosa se desprende.
- Esté atento a las señales de complicación (Ver signos de peligro general).

ATENCION: LOS NIÑOS/AS MAL NUTRIDOS SON LOS QUE TIENEN MAYOR RIESGO DE MUERTE POR EL SARAMPIÓN.

2.- TRATAMIENTO

Acetaminofén 500 mg-1 gramo cada 8 horas por un máximo de 3 días, vía oral o hasta que desaparezca la fiebre, pero debe buscar la aparición de toda complicación. Ante sospecha de sarampión tomar muestra de sangre 5ml, refrigerar y enviar a la DPS/DAS para confirmación de caso.

3.- TRATAMIENTO SINTOMATICO

Aconseje a la madre:

- El niño debe REPOSAR en cama.
 - Debe tomar mucho líquido, dieta blanda y frecuente, si es menor de 2 años estimule la lactancia materna.
 - En caso de fiebre. Administrar Acetaminofén (Ver T2).
 - Luminar los ojos del niño con algodón limpio y agua hervida.
 - Bañar al niño diariamente.
 - Si es posible, no permita que al niño se acerquen otros niños/as.
 - Dar Vitamina Retinol (vit. A), Perlas 50.000 UI.
- Dé la primera dosis en el Servicio: Niños/as de 6-11 meses: 100,000 UI. Niños/as de 1-4 años: 200,000 UI.
- Vigilar signos de gravedad. (Ver D4)
 - Hacer seguimiento 4 días después.

TRATAMIENTO PARA SARAMPIÓN
Acetaminofén (Vía Oral)

Edad o peso	Comprimido (100 mg)	Jarabe (125mg por 5 ml)	Gotas de 15 ml (5mg por gotas)
0 a 2 meses (4kg)	El Sarampión por debajo de los seis meses es extremadamente raro.		
2 a 3 meses (4- <6kg)	1/2	2.5ml	10
4 a 11 meses (6-<10kg)	1	5ml	20
1 a 2 años (10-<14kg)	1	5ml	25
3 a 4 años (14-<15kg)	1 1/2	7.5ml	30
5 a 15 años (35kg)	1/2 comp. de 500mg		
Más de 35kg y Adultos	1 comp. 500mg		

4.- SEGUIMIENTO

Si la fiebre persiste después del cuarto día a partir de la descamación de la piel o si hay alguna otra complicación:
REFIERA AL NIÑO/A URGENTE.

Cuando se haya recuperado del sarampión, solicite a la madre que lo lleve al centro de salud para una evaluación de su estado nutricional y darle consejos sobre nutrición.

5.- TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

Deshidratación: Ver T3-2, T3-3, T34, T3-5
 Meningitis: Ver T61
 Neumonía: Ver T24
 Otitis media: Ver T15

Conjuntivitis: Ver T63
 Convulsiones: Ver T2-2
 Gingivoestomatitis: Ver D45

Si el niño no quiere comer y su boca esta roja y le duele, limpie dos veces al día con Bicarbonato de Sodio diluido en agua.

PREVENCION: Vacune cada niño/a contra el sarampión. A los 12 meses con SRP (Ver esquema de Vacunación Anexo 2).

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digepisalud.gob.do

Es una infección viral aguda que evoluciona con exantema, fiebre y linfoadenopatía.

SIGNOS Y SINTOMAS

Adultos Pródromos de 5 días: Fiebre inicialmente,cefalalgia, malestar general,artritis, artralgia, linfadenopatía retroauricular, occipital cerebral posterior.

Después: Exantema maculopapular y puntiforme: difuso en cara, tronco y extremidades, no pruriginoso.

ATENCION:

Las embarazadas que adquieran la enfermedad sobre todo durante el primer trimestre de embarazo, tienen riesgo de aborto espontáneo y malformaciones congénitas, Síndrome de Rubeola Fetal. Referir ante sospecha para confirmación y evaluación en hospital urgente.

TRATAMIENTO

Edad/peso	Acetaminofén	
	Jarabe 125 mg/5 ml; solución para administrar en gotas de 100 mg/ml vía oral ó Supositorios de 100 mg.	Tableta 500mg-1 gr, vía oral
Niños/as 0-2 meses(4<6kg)		
Niños/as de 2-3 meses (4-<6kg)		
Niños/as de 4-11 meses (6-<10kg)	10-15 mg/kg dosis cada 6-8 horas por 5 días.	
Niños/as de 1-2 años (10-<14kg)		
Niños/as de 3-4 años (14-<15kg)		
Niños/as de 5-15 años (35 kg)		½ Comprimido cada 8 horas por un máximo de 3 días o hasta que desaparezca la fiebre.

TRATAMIENTO SINTOMATICO

- Reposo
- Continúe lactancia materna
- Mucho líquido
- Orientar a la madre cuando volver de inmediato
- En caso de fiebre elevada: Acetaminofén
- Aislamiento relativo.
- Orientar sobre su transmisión y peligro durante el embarazo.
- Recomendar la inmunización del niño y niña 12-15 meses con (Papera, Rubeola, Sarampión) primera dosis y una segunda dosis al iniciar fase escolar. (Ver anexo 2).

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digejisalud.gob.do

Es una infección viral aguda, sistémica y contagiosa, cuya característica más llamativa es la tumefacción y dolor de una o más glándulas Parótidas.

SIGNS Y SINTOMAS

- Fiebre y dolor de cabeza. Tumefacción dolorosa debajo y delante de la oreja (glándulas parótidas).
- Usualmente la inflamación es en ambos lados de la cara y progresiva hasta el 8vo día y puede persistir hasta 2 semanas.
- Nódulos linfáticos sub-maxilares inflamados.

TRATAMIENTO: NO EXISTE UN TRATAMIENTO CAUSAL

1.- TRATAMIENTO SINTOMATICO:

Recomendar a la Madre:

- ADMINISTRAR al niño/a mucho líquido para beber.
- En caso de fiebre: Acetaminofén o Ibuprofeno.
- Debe evitarse el consumo de alimentos ácidos por ejemplo, cítricos y el exceso de condimentos, continuar la lactancia.
- Dele al paciente de comer alimentos ligeros.
- Aplicar compresas frías o tibias en las inflamaciones dolorosas de la cara.
- Oriente sobre signos de peligro y explique cuando regresar de inmediato (Ver D4)

2.- SEGUIMIENTO

Si se deteriora la condición del paciente o si aparecen signos o síntomas DE PELIGRO: REFIERA URGENTE.

PREVENCION VACUNACION.

A los 18 meses (Papera, Rubeola, Sarampión) y REFUERZO A LOS 4-6 años.

ACETAMINOFEN

Edad/peso	Jarabe de 125mg/5 ml ó solución en gotas de 100mg/ml, tableta de 500mg vía oral ó Supositorios de 100mg vía rectal.
Niños/as 0-2 meses (4kg)	
Niños/as de 2-3 meses (4-<6kg)	
Niños/as de 4-11 meses (6-<10kg)	10-15 mg/kg dosis, dar cada 6-8 horas por 5 días.
Niños/as de 1-2 años (10-<14kg)	
Niños/as de 3-4 años (14-<15kg)	
Niños/as de 5-15 años (35 kg)	
Adultos	Acetaminofén 500 mg-1 gramo cada 8 horas por un máximo de 3 días o hasta que desaparezca la fiebre

Segunda opción:

Administre Ibuprofeno líquido oral, 200mg/5ml

Infantes o niños mayores de 3 meses 5-10 mg/kg 3-4 veces al día después de las comidas. Máximo 40 mg/kg/día.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

El dengue es una enfermedad febril infecciosa, de etiología viral, sistémica y dinámica. Puede cursar de forma asintomática o manifestarse con un amplio espectro clínico que incluye manifestaciones graves y no graves.

CLASIFICACION CLÍNICA DEL DENGUE

1. Dengue sin signos de alarma

Personas que viven o ha viajado en los últimos 14 días o áreas con transmisión de dengue y presenta fiebre aguda usualmente de 2 a 7 días de evolución y 2 o más de las siguientes manifestaciones:

- Náuseas y vómitos
- Fiebre inicio brusco que puede evolucionar 3-7 días.
- Cefalea / dolor retro-orbitario
- Mialgias y/o artralgias,
- Petequias o test del torniquete (+)
- Leucopenia.

También puede ser considerado caso, todo niño/a proveniente o residente en área con transmisión de dengue, con cuadro febril agudo, usualmente entre 2 a 7 días y sin foco aparente.

Pacientes sin signos de alarma pero que presentan:

Enfermedades o condiciones asociadas (embarazo, menores de 1 año, adultos mayores de 65 años, obesidad mórbida, hipertensión arterial, diabetes mellitus, falcemia, asma, daño renal, hepatopatía crónica y uso de anticoagulantes).

Riesgo social: vive solo o lejos de donde puede recibir atención médica, falta de transporte y pobreza extrema.

El paciente debe ser internado para tratamiento.

2. Dengue con signos de alarma

Todo caso de dengue que presenta caída de la fiebre con 1 o más de los siguientes signos:

- Dolor abdominal intenso a la palpación del abdomen.
- Vómitos persistentes.
- Acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico).
- Sangrado de mucosas.
- Letargo / irritabilidad.
- Hipotensión postural (lipotimia).
- Hepatomegalia mayor de 2cms.
- Aumento progresivo del hematocrito.

3. Dengue grave

Todo caso de dengue que tiene uno o más de las siguientes manifestaciones: choque, dificultad respiratoria, sangrado grave, y compromiso de órganos.

MANEJO DEL DENGUE SEGÚN PLAN (A, B Y C)

PLAN A

Estrategia de Tratamiento del Dengue en el Primer Nivel de Atención.

Paso 1. Evaluación general:

- Realizar una historia clínica que incluya información sobre el pasado médico y la historia familiar del paciente (pregunte si existen mas personas en su casa o vecinos con una enfermedad similar a la suya). La historia clínica actual debe tener la fecha de inicio y la descripción de todos los signos y síntomas que presenta el paciente.
- Examen físico completo. Debe de incluir: temperatura, presión arterial, pulso, frecuencia cardíaca y respiratoria, peso y talla del paciente, inspección general, auscultación cardíaca y pulmonar, búsqueda de edemas, y revisión de abdomen.

Paso 2. Diagnóstico y evaluación de la fase de evolución del dengue:

- Una vez realizado el paso anterior, establezca si el caso cumple con la definición clínica de sospechoso del dengue descrito a continuación: persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a áreas endémicas o con brotes de dengue y que presenta fiebre de inicio súbita, aguda, con una duración usual de dos a siete días; y con dos o más de los siguientes síntomas: náuseas, vómitos, exantemas, mialgias, artralgia, cefalea y dolor retroocular.
- En niños que provienen o residen en un área de transmisión de dengue, la sola presencia de fiebre sin etiología aparente convierte sus casos en sospechosos de la enfermedad.

Paso 3. Manejo

- Los casos sospechosos deben de ser notificados de inmediato a la Dirección General de Epidemiología al teléfono 809-686-2141 ó 1-200-4091 o los contactos de la Dirección Provincial de Salud disponible en www.digepisalud.gob.do, a fin de que sean aplicadas las medidas de prevención y control adecuadas. La toma de muestras de confirmación será realizada de acuerdo con las disposiciones epidemiológicas vigentes.

No es necesaria la confirmación de la enfermedad para el manejo médico del paciente.

Todo paciente que cumpla con los criterios de caso sospechoso manejado ambulatoriamente debe ser registrado, a fin de que reciba un seguimiento diario por parte del personal de salud.

- Los pacientes que no se presenten a sus citas en el establecimiento público de salud deben ser contactados por el equipo de salud para el seguimiento de rigor.

Si el médico de Primer Nivel no tiene una valoración clara del caso, debe indicar exámenes de laboratorio o solicitar un diagnóstico de gabinete para descartar otra enfermedad. Sin embargo es su responsabilidad ponderar los exámenes del paciente y decidir si este continua bajo observación o es dado de alta en la consulta de dengue o si es referido o tratado por una afección distinta.

En ausencia de al menos un criterio de hospitalización, el paciente sera enviado a su casa, citandosele para el próximo día con las siguientes recomendaciones:

Situaciones poco frecuentes en un Primer Nivel de Atención

- Un paciente puede llegar al consultorio del Primer Nivel con signos de alarma y síntomas de inestabilidad hemodinámica: choque compensado, taquicardia, pulso débil u oliguria.
- El médico debe proceder de inmediato a estabilizarlo, canalizando una vía y administrándole Lactato de Ringer o solución fisiológica al 0.9% antes de que sea trasladado.
- En niños, debe iniciar rápidamente, con un suministro de 10 a 20 ml/kg. En tanto, en adultos cardiópatas es preciso disminuir la dosis a la mitad y pasarlal en un lapso de 30 minutos. El paciente deberá estar acompañado por personal de salud durante el traslado, de preferencia en una ambulancia con soporte vital avanzado del sistema Nacional de Atención a Emergencia 911.

Ver (ADENDUM) GUIA PARA MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE

PLAN B Y C

REFERIR URGENTE AL HOSPITAL DE LA RED DE MAYOR CAPACIDAD RESOLUTIVA.

PREVENCION

Educar a la población sobre medidas personales: tales como eliminación o destrucción de criaderos de larvas, recipientes con aguas estancadas, floreros, tanques de 55 galones cubrir la boca, protección contra la picadura de mosquitos, empleo de mosquiteros, ropas, investigar contactos y fuentes de infección.

ESTRATEGIA

Cloro untado tanque tapado. Unte cloro por dentro del tanque por encima del nivel del agua, espere 15 minutos para que el cloro actúe y termine de llenar el tanque con agua y luego tápelos bien.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digepisalud.gob.do

VER GUIA PARA MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.

Enfermedad infecciosa aguda, febril, producida por varios serotipos de la *leptospira interrogans*, la cual está enmarcada dentro de las zoonosis. El 90-95% de las veces se presenta como leptospirosis anicterica y del 5-10% como leptospirosis ictericia (síndrome de Weil).

Agente etiológico	- Las espiroquetas del género <i>Leptospira interrogans</i> .
Distribución	- A nivel nacional.
Forma de adquirir la enfermedad	<ul style="list-style-type: none">- Contacto de la piel, especialmente si esta escoriada o de las membranas mucosas, con agua, tierra húmeda o vegetación contaminada con la orina de animales infectados.- Ingestión de alimentos contaminados con orina de animales infectados (ratas y ratones).- Por inhalación de gotitas en aerosol de líquidos contaminados.
Signos y síntomas	<ul style="list-style-type: none">- Escalofríos, fiebre abrupta y alta, mialgias, hiperestesias y cefalea generalmente retroorbitarias.- En ocasiones hay diarrea y dolor abdominal difuso.- La forma más grave (conocido como Síndrome de Weil), se caracteriza por ictericia, oliguria hematuria, colapso circulatorio y tendencia a la hemorragia, hepatomegalia dolorosa y manifestaciones respiratorias tales como tos, dolor torácico y en ocasiones hemoptisis.- En la piel puede observarse erupción macular y petequias.- En los ojos se presenta: congestión, fotofobia, hemorragias subconjuntivales que aparecen del tercer al cuarto día.
Complicaciones	<ul style="list-style-type: none">- Meningitis aseptica, miocarditis, insuficiencia renal, infiltrado pulmonar con hemorragia masiva.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none">- El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno son fundamentales para el pronóstico del paciente. Ante la presencia de los signos y síntomas descritos, el interrogatorio debe estar dirigido hacia la forma de adquirir la enfermedad.- Sintomático de la fiebre (Ver T2)

TRATAMIENTO Y QUIMIOPROFILAXIS DE LA LEPTOSPIROSIS

Finalidad de la Administración del Fármaco	MEDICAMENTOS PRESENTACION Y DOSIFICACION	
	Niños/as	Adultos
Leptospirosis leve o leptospirosis anicterica	<p>Medicamento de elección: Amoxicilina suspensión oral 250mg/5ml: 50mg/kg vía oral, c/8 horas por 7 días. Estabilizar al paciente y referir al segundo nivel de atención.</p> <p>En caso de alergia a la penicilina utilizar Eritromicina Polvo para líquido: 250mg/5ml vía oral o forma sólida vía oral 500mg:</p> <p>Neonatos: 12.5 mg/kg cada 6 horas.</p> <p>Infantes o niños menores 2 años: 125mg cada 6 horas, doble en infecciones severas;</p> <p>Niños/as 2-8 años: 250mg cada 6 horas, doble en infecciones severas;</p> <p>Niños /as mayores 8 años: 250-500mg cada 6 horas, doble en infecciones severas. Estabilizar al paciente y referirlo al segundo nivel de atención.</p>	<p>Medicamento de elección: Doxiciclina: 1 tableta c/12 horas por 7 días.</p> <p>Amoxicilina 500mg vía oral cada 8 horas por 7 días. Ampicilina, 500-700mg vía oral cada 6 horas por 7 días.</p>
Leptospirosis moderada / grave (Síndrome de Weil)	<p>Medicamento de elección: Penicilina Cristalina:</p> <p>0-7 días de nacido: 50,000 U/kg de peso/día, por 7 días dividirla en dos dosis, IV</p> <p>7-14 días de nacido: 100,000 U/kg de peso/día, dividirla en dos dosis, IV por 7días.</p> <p>14-21 días de nacido: 150,000 U/kg de peso/día, dividirla en tres dosis, IV por 7días.</p> <p>21-28 días de nacido: 200,000 U/kg de peso/día, dividirla en 4-6 dosis, IV por 7días.</p> <p>Mayores de 28 días de nacido: 300-400,000 U/kg de peso/día, dividirla en seis dosis, IV por 7días.</p> <p>Segunda elección: En caso de pacientes alérgicos a la penicilina: utilizar Eritromicina Polvo para líquido: 250 mg/5ml vía oral o forma sólida vía oral 500mg:</p> <p>Neonatos: 12.5 mg/kg cada 6 horas.</p> <p>Infantes o niños/as menores 2 años: 125mg cada 6 horas, doble en infecciones severas;</p> <p>Niños/as 2-8 años: 250mg cada 6 horas, doble en infecciones severas;</p> <p>Niños /as mayores 8 años: 250-500mg cada 6 horas, doble en infecciones severas. Estabilizar al paciente y referirlo al segundo nivel de atención.</p>	<p>Medicamento de elección: Penicilina Cristalina, 1.5 millones unidades IV cada 6 horas por 7 días.</p> <p>Ampicilina, 1gramo IV cada 6 horas por 7 días.</p> <p>Para pacientes alérgicos a la Penicilina y sus derivados utilizar Claritromicina 500 mg/10ml vía oral cada12 horas por 7 a 10 días.</p>
Quimioprofilaxis para pacientes que han estado expuestos a los medios de transmisión	Clarithromicina, 250 mg/5 ml en dosis de 15 mg/kg de peso VO dividido en dos dosis, una cada 12 horas, por 5 días.	Eritromicina 500 mg, vía oral cada 8 horas por 7 días. Doxiciclina, 200mg vía oral una vez a la semana durante el riesgo de exposición.

Nota: Ante la sospecha de leptospirosis anicterica, administre el tratamiento indicado y refiera, para confirmar el diagnóstico. Si se trata de una leptospirosis icterica o Síndrome de Weil, canalizar al paciente, administrar la primera dosis de Penicilina Cristalina o sustituto en caso de alergia y trasladarlo al centro de mayor complejidad correspondiente.

MEDIDAS PREVENTIVAS:

- Educar al paciente y la población respecto a los modos de transmisión y a la necesidad de que se evite nadar en aguas que pudiesen estar contaminadas y de utilizar medios de protección adecuados, si el trabajo obliga a dicha exposición.
- Excluir y evitar el acceso de roedores en las casas y otras edificaciones.
- Guardar los alimentos para seres humanos y para animales en un lugar a prueba de roedores.
- Antes de la limpieza, utilizar desinfectante (cloro) en zonas contaminadas por roedores (ratas y ratones).
- No barrer, solo trapear las zonas contaminadas por roedores.
- No manipular sin protección los roedores que han sido atrapados y/o eliminados.
- Lavar antes de abrir los envases sellados que contienen alimentos y bebidas.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digepisalud.gob.do

Es una enfermedad grave, a menudo mortal en el ser humano. El virus es transmitido al ser humano por animales salvajes y se propaga en las poblaciones humanas por transmisión de persona a persona. Se considera que los huéspedes naturales del virus son los murciélagos frugívoros de la familia *Pteropodidae*.

El virus se propaga en la comunidad mediante la transmisión de persona a persona, por contacto directo (a través de las membranas mucosas o de soluciones de continuidad de la piel) con órganos, sangre, secreciones, u otros líquidos corporales de personas infectadas, o por contacto indirecto con materiales contaminados por dichos líquidos. No hay tratamiento específico ni vacuna para las personas ni los animales.

SÍGNOS Y SINTOMAS

- Aparición de fiebre súbita,
- Debilidad intensa,
- Dolores musculares, de cabeza y de garganta, lo cual va seguido de vómitos, diarrea, erupciones cutáneas, disfunción renal y hepática y, en algunos casos, hemorragias internas y externas.

TRATAMIENTO

Aislar paciente y comunicarse con el Centro Nacional de Enlace para su traslado. Poner a disposición la Guía Nacional de Ebola.

- No existe en la actualidad ningún tratamiento médico dirigido a combatir el virus del Ébola. Es decir, solo nos encontramos ante tratamientos médicos sintomáticos para el tratamiento de la fiebre y el dolor.
- Los casos graves requieren cuidados intensivos. Los enfermos suelen estar deshidratados y necesitar rehidratación por vía intravenosa u oral con soluciones que contengan electrolitos. Tampoco hay ningún tratamiento específico, aunque se están evaluando nuevos tratamientos farmacológicos.

PREVENCION

Para reducir el riesgo de transmisión al ser humano puede ser necesario sacrificar a los animales infectados, supervisando estrechamente la inhumación o incineración de los cadáveres. La restricción o prohibición del movimiento de animales de las granjas infectadas a otras zonas puede reducir la propagación de la enfermedad. No hay ninguna vacuna para animales. Se considera que la limpieza y desinfección regulares (con hipoclorito sódico u otros detergentes) de las granjas de cerdos es eficaz para inactivar el virus. Si se sospecha que se ha producido un brote, los locales deben ponerse en cuarentena inmediatamente.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digepisalud.gob.do

Es una enfermedad vírica transmitida al ser humano por la picadura de mosquitos hembra infectados. Generalmente los mosquitos implicados son *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*.

SÍGNOS Y SINTOMAS

- Fiebre súbita
- Fuertes dolores musculares y articulares
- Dolores musculares, dolores de cabeza
- Náuseas
- Erupciones cutáneas.

TRATAMIENTO

No existe ningún antivírico específico para tratar la fiebre chikungunya. El tratamiento consiste principalmente en aliviar los síntomas, entre ellos el dolor articular, con antipiréticos, analgésicos óptimos y SRO según nivel de deshidratación. Por lo que se debe administrar:

- **Acetaminofén:** Por vía oral o rectal
- Dolor leve a moderado, fiebre: Niños/as: 10-15 mg/kg/dosis vía oral cada 4-6 horas según necesidad según la edad.
- Neonatos: 1 mg/kg de 2 a 3 veces al día según necesidad. 4 dosis máximo por día. En caso de ictericia se puede usar 5 mg/kg/ vía oral.
- Niños/as 3 meses-1 año: 60-125mg, cada 4-6 horas según necesidad vía oral.
- Niños/as 1-5 años: 120-250 mg, cada 4-6 horas según necesidad vía oral.
- Niños/as 6-12 años: 250-500mg vía oral (estas dosis se pueden repetir cada 4-6 horas si necesario. Máxima 4 dosis o 4 g/día).
- **Ibuprofeno** jarabe 200mg/5ml:
Infantes y niños mayores de 3 meses: 5-10 mg/kg vía oral 3-4 veces al día después de las comidas vía oral. Dosis diaria máxima es de 40 mg/kg/día.
- **Diclofenac** 50mg 1 o 2 veces al día, vía oral en adultos.
- **Difenhidramina** comprimido 25mg 1 tableta vía oral dos veces al día en adultos. En niños/as: elixir 12.5mg/ml: 1-2 mg/kg cada 8 horas por vía oral

- Loratadina comprimido 10mg 1 tableta vía oral al día en adultos
Niños/as > 12 años o con peso >30kg vía oral: 10mg jarabe diario;
Niños/as de 2-12 años con peso <30kg vía oral: 5 mg, jarabe diario. Cuando no se quiere la sedación que produce la difenhidramina
- Loción de óxido de zinc para aplicar en las erupciones de la piel.
- Sales de Rehidratación Oral según nivel de deshidratación.

PREVENCION

Reducción del número de depósitos de aguas naturales y artificiales que puedan servir de criadero de los mosquitos.

Como protección durante los brotes se recomiendan llevar ropa que reduzca al mínimo la exposición de la piel a los vectores.

Al igual que en el Dengue se debe: educar a la población sobre medidas personales: tales como eliminación o destrucción de criaderos de larvas, recipientes con aguas estancadas, floreros, tanques de 55 galones cubrir la boca, protección contra la picadura de mosquitos, empleo de mosquiteros, ropas, investigar contactos y fuentes de infección.

ESTRATEGIA

Cloro untado tanque tapado. Unte cloro por dentro del tanque por encima del nivel del agua, espere 15 minutos para que el cloro actúe y termine de llenar el tanque con agua y luego tápelo bien.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digepisalud.gob.do

Es una enfermedad que es producida por el virus A H1N1

SIGLOS Y SINTOMAS

- Malestar general.
- Aumento de secreción nasal.
- Tos.
- Fiebre alta (mayor a 38°C).
- Pérdida del apetito.
- Dolor en los músculos, dolor en las articulaciones.
- Vómito, diarrea y, en casos de mala evolución, desorientación y pérdida de conciencia.

TRATAMIENTO

- En adultos administre: Acetaminofén 500mg-1g cada 8 horas por días, vía oral.

Acetaminofén: Por vía oral o rectal

- Dolor leve a moderado, fiebre: Niños/as: 10-15 mg/kg, vía oral cada 4-6 horas según necesidad según la edad.
- Neonatos: 10 mg/kg vía oral 2 o 3 veces al día según necesidad. 4 dosis máxima por día. En caso de ictericia se puede usar 5 mg/kg/dosis.
- Niños/as 3 meses-1 año: 60-125mg, vía oral.
- Niños/as 1-5 años: 120-250mg, vía oral.
- Niños/as 6-12 años: 250-500mg (estas dosis se pueden repetir cada 4-6 horas si necesario. Máxima 4 dosis o 4 g/día).

PREVENCION

- Lleve una buena higiene de vida: duerma bien, coma alimentos nutritivos y manténgase físicamente activo.
- Lávese las manos con agua y jabón a menudo y concienzudamente.
- Evite el contacto directo con personas de aspecto enfermizo o que tengan fiebre y tos.

Si hay algún enfermo en la casa:

- Procure que el enfermo ocupe una zona aparte en la casa. Si eso no es posible, mantenga una separación de 1 metro entre el paciente y las demás personas.
- Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón después de cada contacto con el enfermo.
- Tápese la boca y la nariz cuando cuide al enfermo. Encontrará máscaras en el comercio, o puede fabricarlas con los materiales que tenga a mano, siempre que sean desechables o se puedan lavar convenientemente.
- Trate de mantener bien ventilada la zona donde se encuentra el enfermo. Utilice las ventanas y las puertas para crear corrientes de aire.
- Mantenga limpio el entorno utilizando productos domésticos de limpieza.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Inflamación aguda o crónica del oído medio de etiología bacteriana.

SIGNOS Y SINTOMAS

Infección aguda del oído.

- Supuración y/o dolor de oído.
- Por lo menos de 2 semanas.

Infección Crónica de oído.

- Supuración de oído.
- Durante dos o más semanas.

TRATAMIENTO

1. TRATAMIENTO DE ELECCION EN OTITIS AGUDA

Administre un antibiótico oral solamente en caso de una infección aguda de oído. Dar Amoxicilina durante 7-10 días por lo menos. Si el paciente es alérgico a las Penicilinas, administra Claritromicina, 250 mg/5 ml en dosis de 15 mg/kg de peso vía oral cada 12 horas por 5 días.

Nota: ambos antibióticos se consideran de primera línea por el Programa Nacional de AIEPI.

EDAD O PESO	Amoxicilina (15mg/kg/dosis)	
	Cápsula de 500mg	Suspensión de 250mg/5ml
2 a 3 meses (4-<6 kg)		1.5ml
4 a 11 meses (5-< 10 kg)		2.5ml
1 a 2 años (14-16 kg)		3.75ml
3 a 4 años (14-16 kg)		5.0ml
Mayores de 5 años	1 cápsula de 500mg c/8 horas por 7 días	

ADMINISTRE ACETAMINOFEN SEGÚN EDAD COMO ANALGESICO A DOSIS DE 10-15 MG/KG POR 3 DIAS VÍA ORAL.

Edad/peso	ACETAMINOFEN	
	Jarabe 125 mg/5 ml; solución para administrar en gotas de 100 mg/ml vía oral ó Supositorios de 100mg vía rectal.	Tableta 500mg-1 gr vía oral
Niños/as 0-2 meses(4<6kg)	1.5ml cada 6-8 horas por 5 días	
Niños/as de 2-3 meses (4-<6kg)	2.5m cada 6-8 horas por 5 días	
Niños/as de 4-11 meses (6-<10kg)	5ml cada 6-8 horas por 5 días	
Niños/as de 1-2 años (10-<14kg)	5ml cada 6-8 horas por 5 días	
Niños/as de 3-4 años (14-<15kg)	7.5 ml cada 6-8 horas por 5 días	
Niños/as de 5-15 años (35 kg de peso)		½ Comprimido cada 8 horas por un máximo de 3 días o hasta que desaparezca la fiebre.

Si el paciente es alérgico a las Penicilinas, administrar: Eritromicina 500mg cada 8 horas 7 días, vía oral y Acetaminofén 500 mg-1 g cada 8 horas por 3 días vía oral.

Eritromicina suspensión 250mg/5ml o tableta 500mg vía oral.

Neonatos: 12.5 mg/kg cada 6 horas vía oral.

Infantes o niños/as menores 2 años: 125mg cada 6 horas, vía oral doble en infecciones severas;

Niños/as 2-8 años: 250mg cada 6 horas, vía oral doble en infecciones severas;

Niños/as mayores 8 años 250-500mg, cada 6 horas, vía oral doble en infecciones severas.

En adultos trate con Eritromicina 500mg, cada 8 horas 7 días, vía oral.

Nota: ambos antibióticos se consideran de primera línea por el Programa Nacional de AIEPI.

1. TRATAMIENTO SINTOMATICO

Seque el oído mediante una mecha de gasa o papel absorbente. Enseñe a la madre secar el oído por lo menos 3 veces al día.

Trate la fiebre, si la hay (Ver T2).

Dar Acetaminofén para el dolor.

ACETAMINOFEN

Edad o peso	Comprimido (100mg) vía oral	Jarabe (125mg por 5 ml) vía oral	Gotas de 15 ml (5mg por gotas) vía oral
0 a 2 meses (4kg)	---	1.5ml	8
2 a 3 meses (4- <6kg)	1/2	2.5ml	10
4 a 11 meses(6-<10kg)	1	5ml	20
1 a 2 años (10-< 14kg)	1	5ml	25
3 a 4 años (14-< 15kg)	1 1/2	7.5ml	30
5 a 15 años(35kg)	1/2 comp de 500mg		
Más de 35kg y Adultos	1 comp. 500mg		

2. SEGUIMIENTO: INFECCION AGUDA DEL OIDO

Examine nuevamente a los 5 días si persisten los síntomas refiera.

INFECCION CRONICA DE OIDO

La Otitis crónica de oído no se da tratamiento con antibiótico en el primer nivel, solo se le recomienda a la madre secar el oído con mecha, dar Acetaminofén para el dolor.

SEGUIMIENTO INFECCION CRONICA DE OIDO

Hacer seguimiento a los 5 días y si persisten los síntomas referir.

Inflamación de origen bacteriano de las amígdalas palatinas, faríngeas y de las fauces.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Dolor al tragar alimentos sólidos.
- Ganglios linfáticos del cuello dolorosos y aumentados de tamaño.
- Exudado blanco en la garganta.
- Tos, a veces.

TRATAMIENTO

1. TRATAMIENTO CAUSAL

Dé un antibiótico para infección estreptocócica de garganta.

Penicilina Benzatinica IM una sola inyección: Dosis de Benzatinica.

**PENICILINA BENZATINICA
600,000.00 UI, Intramuscular, dosis única**

Edad	Dosis	Frasco de 600,000 UI
Menor de 5 años	600.000 UI IM	3.5 ml IM
Mayor de 5 años	1.200.000 UI IM	5 ml IM

2. TRATAMIENTO SINTOMATICO

- Trate la fiebre, con Acetaminofén dosis a calcular es 10-15 mg/kg de peso.

Edad/peso	ACETAMINOFEN	
	Jarabe 125 mg/5 ml; solución para administrar en gotas de 100 mg/ml vía oral o Supositorios de 100 mg, vía rectal	Tableta 500mg-1 gr, vía oral
Niños/as 0-2 meses(4<6kg)	1.5ml cada 6-8 horas por 5 días	
Niños/as de 2-3 meses (4-<6kg)	2.5m cada 6-8 horas por 5 días	
Niños/as de 4-11 meses (6-<10kg)	5ml cada 6-8 horas por 5 días	
Niños/as de 1-2 años (10-<14kg)	5ml cada 6-8 horas por 5 días	
Niños/as de 3-4 años (14-<15kg)	7.5ml cada 6-8 horas por 5 días	
Niños/as de 5-15 años (35 kg de peso)		½ Comprimido cada 8 horas por un máximo de 3 días o hasta que desaparezca la fiebre

Si el paciente es alérgico a las Penicilinas, administre:

- Eritromicina suspensión: 250 mg/5ml o tableta 500 mg:
- Neonatos: 12.5 mg/kg cada 6 horas vía oral.
- Infantes o niños/as menores 2 años: 125mg cada 6 horas, vía oral, doble en infecciones severas;
- Niños/as 2-8 años: 250mg, cada 6 horas vía oral, doble en infecciones severas;
- Niños/as mayores 8 años 250-500mg, cada 6 horas, vía oral, doble en infecciones severas.
- En adultos trate con Eritromicina 500mg, cada 8 horas, vía oral por 7 días.

Enfermedad infectocontagiosa de inicio brusco, ocasionada por la toxina iatrogénica de *Streptococcus Pyogenes Streptococcus beta hemolítico del grupo A.*

SIGNOS Y SINTOMAS

- *Faringoamigdalitis estreptococcica.*
- Fiebre elevada.
- Vómitos.
- Cefalea.
- Erupción puntiforme (piel en papel de lija).
- Enantema en lengua (al inicio saburra, fresa blanca y luego desnuda, enrojecida, fresa roja).

TRATAMIENTO DE ELECCION

- Niños/as menores de 4 años:
- Penicilina Benzatínica: 600,000 UI, intraglutea, dosis única.
- Niños/as mayores de 4 años y adultos: Penicilina Benzatinica: 1,200,000 intramuscular (intraglútea) dosis única.
- Pacientes alérgicos a la penicilina utilizar Eritromicina suspensión: 250mg/5ml o tableta 500mg vía oral: por 7 a 10 días.
- Neonatos: 12.5 mg/kg cada 6 horas.
- Infantes o niños/as menores 2 años: 125mg cada 6 horas, doble en infecciones severas.
- Niños/as 2-8 años: 250mg cada 6 horas, doble en infecciones severas.
- Niños/as mayores 8 años: 250-500mg cada 6 horas, doble en infecciones severas.
- Penicilina benzatinica IM 1,2000,000 UI/5ml
En niños/as > 4 años y adultos administre: 1,200,000 UI dosis única.

Prevención:

Disminuir el hacinamiento.

Tratamiento adecuado de todas las infecciones estreptococcicas.

No está indicado el tratamiento de la familia, sino solo de aquellos contactos con síntomas que sugieran infección por estreptococo.

El aislamiento del paciente solo debe hacerse durante las primeras 24 a 48 horas de tratamiento.

Complicaciones:

Fiebre Reumática (3%).

Glomerulonefritis Aguda (10 a 15 %).

Complicación no supurativa aguda de la infección por estreptococo beta hemolítico del grupo A. faringo-amigdalitis, escarlatina o piodermitis. Es más frecuente en la edad escolar y entre los factores condicionantes para esta enfermedad están: hacinamiento y malnutrición.

SIGNOS Y SINTOMAS

Criterios Primarios:

- Poliartritis migratoria
- Corea de Sydenham (movimientos involuntarios de cualquier grupo muscular, no repetitivos y sin propósito aparente que desaparecen durante el sueño).
- Carditis: puede presentar signos de insuficiencia cardíaca como: tos, disnea, dolor a nivel del área hepática en abdomen superior derecho y valvulopatía de tipo insuficiencia o estenosis.
- Nódulos sub cutáneos.
- Eritema marginado.

Criterios Secundarios:

- Fiebre.
- Artralgia.
- Carditis.
- Velocidad de sedimentación de eritrocitos aumentada (eritrosedimentación).
- Proteína C reactiva positivo.
- Cambios en el patrón del EKG.

Diagnóstico:

Criterios de Jones modificados

Prueba de una infección reciente por Estreptococos betahemolítico tipo A (cultivo faringeo positivo, escarlatina y/o elevación de la anti-estreptolicina O), junto con dos de los cinco criterio mayores y dos menores.

TRATAMIENTO DE ELECCIÓN:

Adultos: Penicilina G Benzatinica 1,200,000 unidades. Vía IM, al menos cada mes hasta que no haya evidencia de proceso activo (excepto si hay carditis). Utilizar el cuadrante superior externo del glúteo.

Niños/as menores de 5 años o con menos de 30 kg de peso administre: Penicilina G Benzatinica, Polvo para Inyección: 600,000 UI IM, dosis única, al menos cada mes hasta que no haya evidencia de proceso activo (Excepto si hay carditis). Referir oportunamente al paciente al nivel especializado.

Alergia a las Penicilinas, usar Claritromicina, 250 mg/5 ml en dosis de 15 mg/kg de peso vía oral cada 12 horas por 5 días, o Eritromicina 250mg vía oral cada 12 horas durante 5 años o hasta los 21 años en pacientes sin carditis, pacientes con carditis por 10 años.

Pacientes alérgicos a la penicilina utilizar Eritromicina suspensión: 250 mg/5ml o tableta 500mg vía oral:

Neonatos: 12.5 mg/kg cada 6 horas.

Infantes o niños/as menores 2 años: 125mg cada 6 horas, doble en infecciones severas.

- Niños/as 2–8 años: 250mg cada 6 horas, doble en infecciones severas.
- Niños/as mayores 8 años: 250–500mg cada 6 horas, doble en infecciones severas.
Por 7 a 10 días.

COMPLICACIONES:

Endocarditis, insuficiencia cardiaca, arritmias cardíacas, Pericarditis, Corea de Sydenhan (Ante el hallazgo de cualquiera de estas complicaciones.

REFERIR al nivel especializado).

PROFILAXIS:

Bencipenicilina benzatina, Polvo para Inyección: 600,000 UI, escribir una dosis cada 3-4 semanas.

Inflamación de los senos paranasales de etiología viral y/o bacteriana.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Dolor de cabeza frontal
- Dolor a la palpación sobre senos paranasales.
- Descarga nasal clara-mucoide o purulenta, halitosis.
- Posibilidad de fiebre, tos, sobre todo nocturna.

TRATAMIENTO

1. TRATAMIENTO

Dar tratamiento con antibiótico solamente en caso que haya descarga nasal purulenta con fiebre. Amoxicilina+Acido Clavulánico a 40mg/kg/día dividido en tres dosis vía oral, durante 10 días, o Amoxicilina 90mg/kg/día cada 12 horas, vía oral durante 10 días.
(Ver Norma Nacional de Pediatría).

DOSIS DE AMOXICILINA

Edad	0-<1meses	1-12 meses	1-5 años	6 -15 años	Adulto
Peso	4kg	8kg	15 kg	35kg	Más de 35kg
Suspensión 250mg / 5ml vía oral	3 1/2ml cada 12 horas	7 ml cada12 horas	12ml cada 12 horas		
Cápsulas 500mg				1 cápsula cada12 horas	1 cápsula c/8 horas por 7 días

2. TRATAMIENTO SINTOMATICO

- INGERIR abundantes líquidos.
- En caso de fiebre, baño con agua templada y medicar con acetaminofén.
- Evitar la natación. Referir si no mejora en cinco días.
- En adulto administrar: Dar Acetaminofén 500 mg-1 gr cada 8 horas vía oral por 3 días para el dolor.
- En niños/as la dosis de Acetaminofén se calcula 10-15 mg/kg de peso.

DOSIS DE ACETAMINOFÉN EN NIÑOS/AS

Edad/peso	ACETAMINOFEN	
Jarabe 125 mg/5 ml; solución para administrar en gotas de 100 mg/ml vía oral ó Supositorios de 100mg vía rectal.		Tableta 500mg-1gr vía oral
Niños/as 0-2 meses(4<6kg)	1.5ml cada 6-8 horas vía oral por 5 días	
Niños/as de 2-3 meses (4-<6kg)	2.5ml cada 6-8 horas vía oral por 5 días	
Niños/as de 4-11 meses (6-<10kg)	5ml cada 6-8 horas vía oral por 5 días	
Niños/as de 1-2 años (10-<14kg)	5ml cada 6-8 horas vía oral por 5 días	
Niños/as de 3-4 años (14-<15kg)	7.5 ml cada 6-8 horas vía oral por 5 días	
Niños/as de 5-15 años (35 kg de peso)		½ Comprimido cada 8 horas por un máximo de 3 días o hasta que desaparezca la fiebre

Pacientes alérgicos a la penicilina utilizar Eritromicina suspensión: 250 mg/5ml o tableta 500mg vía oral:

- Neonatos: 12.5 mg/kg cada 6 horas.
- Infantes o niños/as menores 2 años: 125mg cada 6 horas, doble en infecciones severas.
- Niños/as 2-8 años: 250mg cada 6 horas, doble en infecciones severas.
- Niños/as mayores 8 años: 250-500mg, cada 6 horas, doble en infecciones severas.
- En Adultos administre: Eritromicina 500mg, cada 8 horas por 7 días.

Infección catarral aguda de las vías respiratorias superiores, caracterizada por coriza, estornudos, lagrimeo e irritación de la nasofaringe.

SÍGNOS Y SINTOMAS

- Rinorrea hialina y luego se puede tornar espesa, amarilla y purulenta
- A veces con fiebre
- A veces con tos
- A veces con garganta eritematosa
- A veces con cefalea, dolor muscular y articular.

TRATAMIENTO: SINTOMÁTICO (Continúe la lactancia materna).

- ACONSEJE a la madre para que continúe alimentando durante el quebranto (ofrezca porciones pequeñas pero frecuentes de alimentos). Aumente la alimentación después de la enfermedad.
- Limpie la nariz si esta interfiere al comer, usando gotas de agua de sal. Aconseje a no comprar gotas nasales, estas pueden ser perjudiciales.
- Aconseje a la madre que observe las siguientes señales y vuelva al centro de salud rápidamente, si:
 - La respiración se dificulta
 - La respiración se torna rápida
 - El niño/a no puede beber, vomita todo
 - El niño/a empeora, fiebre

Este niño/a puede tener neumonía (Ver T24)

- De Acetaminofén para fiebre alta o dolor (Ver T2)

Dé miel con limón si el niño tiene más de un año, para aliviar la tos o el dolor de garganta (excepto en pacientes con antecedentes alérgicos)

IMPORTANTE

No dé ningún medicamento para suprimir la tos. La tos es un mecanismo de defensa que permite movilizar las secreciones de las vías respiratorias. Si se suprime la tos, las secreciones se acumulan favoreciendo el crecimiento de los microorganismos y la aparición de infecciones. Es necesario facilitar la tos estimulando la ingestión de líquidos.

Advierta a la madre acerca de no sobrevestir o cubrir demasiado al niño.

Enséñele los signos de peligro (Ver.T3-2) y cuando acudir de inmediato a la UNAP.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Inflamación de laringe, tráquea y bronquios generalmente de etiología viral.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Disfonía
- Tos traqueal (perruna)
- Estridor cuando el paciente llora o es molestado

TRATAMIENTO

1.- TRATAMIENTO CAUSAL

Administrar una dosis de Dexametasona oral o IM a 0.6mg/kg o Nebulizar con 2.5cc de sol. Salina + 0.5cc de adrenalina y referir, además agregar en la evaluación clínica que el/la niño/as luce en buen estado.

El manejo con antibiótico no es eficaz y no debe administrarse.

Se observa el niño/a en el establecimiento de salud por 4-6 horas y se evalúa, si el niño/a ya no tiene estridor y la entrada de aire es normal con buena coloración de piel y mucosa es signo de mejoría; si por el contrario no hay mejoría REFERIR AL HOSPITAL.

2.- TRATAMIENTO SINTOMATICO

- Estimule la lactancia materna.
- Abundante líquido.
- Alimente al niño/a tan pronto pueda ingerir.
- Acetaminofén si aparece fiebre (Ver T2).
- Explique a la madre o acompañante cuando volver de inmediato.
- Hacer seguimiento 2 días después.

Alojamiento de un cuerpo extraño en las vías respiratorias mayormente en bronquios que puede ser de origen metálico, vegetal o plástico.

- Antecedente de aparición súbita de atragantamiento o sibilancia.
- Aparición súbita de estridor o dificultad respiratoria.
- Neumonía que no responde a la antibioterapia
- Desviación de la tráquea o del latido del ápex cardíaco
- Sibilancia unilateral

TRATAMIENTO

Intente desalojar y expulsar el cuerpo extraño. El tratamiento depende de la edad del niño.

En los lactantes:

- Coloque al lactante sobre el brazo o el muslo de usted con la cabeza hacia abajo.
- Dele cinco golpes en la espalda con el talón de la mano.
- Si la obstrucción persiste, cambie de posición al lactante dándole vuelta y con dos dedos empuje cinco veces el tórax en la línea media, a una distancia del ancho de un dedo por debajo de la altura del pezón.
- Si la obstrucción persiste, revise la boca del lactante en busca de cualquier objeto que produzca obstrucción que se pueda retirar.
- Si fuera necesario, repita otra vez la secuencia de golpes en la espalda.

En los Niños/as mayores y adultos:

- Estando el niño/a sentado, arrodillado o acostado, dele cinco golpes en la espalda con el talón de la mano.
- Si la obstrucción persiste, sitúese detrás del niño/a y coloque los brazos alrededor de su cuerpo; cierre la mano formando un puño y ubíquela inmediatamente por debajo del esternón del niño; ponga la otra mano encima del puño y empuje hacia arriba con fuerza en el abdomen (maniobra de HEIMLICH, (ver anexo 6). Repita esta maniobra hasta cinco veces.
- Si la obstrucción persiste, revise la boca del niño en busca de cualquier elemento que produzca obstrucción que se pueda retirar.
- Si fuera necesario repita otra vez la secuencia de golpes en la espalda.

Tratamiento posterior

- Si se presume la presencia de un cuerpo extraño, refiera al niño/a a un hospital donde se pueda hacer el diagnóstico y se pueda eliminar el objeto mediante una broncoscopia.
- Si hay indicio de neumonía administre la primera dosis de un antibiótico recomendado según edad/peso.

Penicilina G Cristalina (bencilpenicilina) en sal sódica o potásica, Polvo para inyección: 1.000.000 UI

- Infecciones leves a moderadas:
- Niños/as 1 mes-12 años: 160 mil UI/kg/día en 4 administraciones (las dosis superiores en infecciones graves)
- Neonatos <1 semana de edad: 80 mil UI/kg/d en 2 dosis;
- 1-4 semanas de edad: 120 mil UI/kg/d distribuidos en 3 dosis.

Inflamación aguda del árbol traqueobronquial, en general de curso clínico autolimitado, con una curación y normalización completa de la función pulmonar.

SIGNS Y SINTOMAS

- Tos productiva.
- Espuma verde o amarillo.
- A veces fiebre.
- A veces nariz acuosa.
- Durante la auscultación suelen escucharse roncos diseminados en los campos pulmonares.
- No hay cianosis, retracción intercostal ni respiración rápida.

1. TRATAMIENTO CAUSAL

- Dar antibióticos sólo si hay fiebre ($> 37.5^{\circ}\text{C}$).
- En adultos administre: Amoxicilina 500mg c/8 horas por 7 días, pacientes alérgicos a las penicilinas utilizar Eritromicina 500mg c/8 horas por 7 días.
- Si el paciente presenta fiebre administre: Acetaminofén 500 mg-1 gr c/8 horas por tres días.

DOSIS DE AMOXICILINA 250 MG/5ML VÍA ORAL

Edad	0-<1meses	1-12 meses	1-5 años	6 -15 años	Adulto
Peso	4kg	8kg	15 kg	35kg	Más de 35kg
Suspensión 250mg / 5ml vía oral	31/2ml cada12 horas	7 ml cada12 horas	12ml cada12horas		
Cápsulas 500mg vía oral				1 cápsulas c/12 horas	1 cápsulas c/8 horas

- Alérgicos a las penicilinas: Eritromicina 500mg vía oral cada 8 horas por 7 días

2. TRATAMIENTO SINTOMATICO

- Indicar al paciente que ingiera suficiente líquidos.
- Inhalaciones: respirar el vapor sobre un recipiente de agua caliente, con la cabeza cubierta con un paño durante 10 minutos, 3 veces al día.
- Preparar en la casa: 1 taza de miel con 1 taza de jugo de limón, mezcle bien. Darle una cucharada cada 3 horas.
- ACONSEJE AL PACIENTE PARA QUE DEJE DE FUMAR, si es fumador o alguien fuma en la casa o en el trabajo, FUMADOR PASIVO.

3. SEGUIMIENTO

Si el paciente no mejora en 3 días o si se empeora (respiración rápida, dificultad para respirar, imposibilidad de beber), reevalúe al paciente para decidir qué acción tomar (Ver. T24). No de drogas para suprimir tos. Si se suprime la tos, las secreciones se acumulan favoreciendo el crecimiento de los microorganismos y la aparición de infecciones. Es necesario facilitar la tos, ingiriendo abundante líquidos.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

SIGNOS Y SINTOMAS

Cualquier signo de peligro en general (Ver D4)

Tiraje sub costal

Estridor en reposo

Aleteo nasal

Respiración rápida 50 minutos o más en niño de 2 meses a 12 meses y 40/minutos o más en niño de 1 a 5 años.

TRATAMIENTO

Trate la fiebre, si la hay (Ver T2)

Trate las convulsiones si las hay (Ver T2-2)

Administre la dosis de un antibiótico recomendado según edad (ver los siguientes cuadros) y luego REFERIR URGENTE AL HOSPITAL

Asegúrese que se tomen las medidas apropiadas para el transporte de recién nacidos.

Todo niño/a menor de 2 meses muy grave, se debe iniciar dosis de antimicrobiano y referir al segundo nivel de atención.

ANTIBIOTICO RECOMENDADO PARA EL NIÑO(A) DE 2 MESES A CINCO AÑOS

Amoxicilina Polvo para líquido oral: 125 mg/5 ml

Edad y Peso	Amoxicilina (80 mg/kg/dosis vía oral) Dar cada 12 horas/vía oral, según condición	
	Cápsula de 500mg vía oral	Suspensión de 250mg/5ml vía oral
2 a 3 meses (4 - < 6 kg)		1.5ml
4 a 11 meses (5-<10 kg)		2.5ml
1 a 2 años (10 a -<14 kg)		3.75ml
3 a 4 años (14 -16 kg)		5.0ml
Mayores de 5 años	1 Cápsula	

Nota importante: en caso que el paciente no pueda ser referido por alguna circunstancia se debe continuar administrando la Amoxicilina por vía oral para completar 10 días de tratamiento.

Infección aguda del parenquima pulmonar.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Fiebre
- Tos
- Dolor tipo pleurítico (presente al respirar)
- Respiración rápida
- Aleteo nasal
- Tiraje intercostal
- Hallazgos auscultatorios pulmonares (crepitantes, disminución del murmullo vesicular en el área afectada)

TRATAMIENTO

Amoxicilina Polvo para líquido oral: 125 mg/5 ml administre: 80mg/kg cada 12 horas, según condición, ver cuadro anterior.

2. TRATAMIENTO SINTOMATICO

- Trate la fiebre si la hay (Ver T2)
- Aconseje a la madre para el cuidado en la casa
- Continúe la alimentación durante la enfermedad (porciones pequeñas pero frecuentes)
- Aumente la alimentación después de la enfermedad
- Aumente los líquidos: ofrezca bebidas recomendadas de acuerdo a la edad, aumente la lactancia materna.
- Advierta a la madre traer el niño al centro en 2 días para chequeo, o de inmediato, si el/la niño/a tiene signos de peligro.

3. SEGUIMIENTO

EVALUE a los 2 días a un paciente tomando antibiótico para neumonía:

- Si el paciente ha mejorado (respira más lento, menos fiebre, come mejor) complete 7 días de antibiótico).
- Si el paciente sigue igual cambie el antibiótico o refiéralo.
- Si el paciente ha empeorado (no puede beber, tiraje, cianosis refiera URGENTE a un hospital).

IMPORTANTE

No administre ningún medicamento para suprimir la tos (Atropina, Codeína, Prometazina, entre otros). Si se suprime la tos, las secreciones se acumulan favoreciendo el crecimiento de los microorganismos y la aparición de infecciones. Es necesario facilitar la tos, ingiriendo abundante líquidos.

TRATAMIENTO NEUMONIA ADQUIRIDADA EN LA COMUNIDAD ADULTOS: edad entre 18-60 años.

- Amoxicilina 500mg cada 8 horas vía oral, de 7 días. En caso de alergia a los derivados de la Penicilina, utilizar
- Eritromicina 500mg cada 8 horas por 7 días vía oral.

ADULTOS: mayores de 60 años pacientes con alguna comorbilidad (ejm.: HTA, DM), fumadoras o alcohólicos:

Amoxicilina 500mg + ácido clavulanico 125mg

1 cápsula vía oral, 3 veces al día, de 7- 10 días.

Nota: Recomiende la vacunación contra Haemophilus Influenzae y Neumococcus.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digepisalud.gob.do

Enfermedad pulmonar caracterizada por la existencia de una obstrucción de las vías aéreas que es reversible (pero no por completo en algunos pacientes).

SIGLOS Y SINTOMAS

Antecedentes de episodios recurrentes de sibilancias a menudo con tos e historia de atopía en la familia (alergia familiar) y los hallazgos clínicos que pueden ser:

- El sonido o silbido al respirar.
- Dificultad para respirar.
- Espiración prolongada con sibilancia audible.
- Esfuerzo para sacar el aire.
- Disminución en la entrada de aire, cuando la obstrucción es grave.
- Tiraje pared torácica inferior (el adulto tiene tiraje intercostal).
- Tos recurrente (especialmente en la noche).
- Ausencia de fiebre.
- Buena respuesta al tratamiento con broncodilatador.

TRATAMIENTO

Durante el ataque.

1.-Trate de calmar y dar confianza al paciente.

2.- Si el niño/a está con dificultad respiratoria o tiene sibilancias recurrentes administre un broncodilatador de acción rápida como el Salbutamol spray 750ml y en Solución para nebulizadores: 5mg/ml.

Si no se dispone de Salbutamol administre Adrenalina sub cutánea según se indica más adelante.

Salbutamol: Nebulizar. Coloque de 2-4 ml de solución Salina estéril en el dispositivo del nebulizador, a dosis de 0.25-0.5ml cada 20 minutos hasta tres nebulizaciones.

Salbutamol por el inhalador con medición de dosis: con un dispositivo espaciador de un volumen de 750ml. Introduzca dos bo-canadas (200microgramos) en la cámara espaciadora y luego coloque la boca del niño sobre la abertura del espaciador y permita la respiración normal.

Durante 3-5 respiraciones. Si estos dispositivos espaciadores no están disponibles se puede utilizar vasos plásticos o una botella plástica de un litro. Estas requieren de 3-4 bocanadas de Salbutamol y el niño debe respirar del dispositivo hasta un máximo de 30 segundos.

Adrenalina Sub Cutánea: Si no se dispone de los dos métodos anteriores para administrar salbutamol, administre una inyección sub cutánea de Adrenalina Acuosa 0.01 mlxkg de peso de una solución de Adrenaliina de 1:1000 (hasta un máximo de 0.3ml medido con precisión con una jeringa de 1ml, si no hay mejoría después de 20 minutos repita la dosis una vez hasta tres veces).

Si el niño/a no mejora después de administrarle alguno de los broncodilatadores de acción rápida o tiene algún signo de peligro en general o cianosis, tiraje sub costal y/o fiebre REFIERA URGENTE AL HOSPITAL, administre además del broncodilatador la dosis de un antibiótico recomendado.

Oxígeno si está disponible.

Si el paciente tiene sibilancia y respiración rápida: dar un broncodilatador de acción rápida, cada 20 minutos, hasta tres dosis si es necesario si no mejora refiera, si mejora tratar con un broncodilatador oral **Salbutamol**, dar cada 6 horas, durante 7 días, si el niño/a tiene un ataque agudo grave de sibilancia y antecedentes de sibilancias recurrentes administre Prednisona vía oral 1mg por kg de peso una vez al día durante tres días. Las presentaciones de la Prednisona 5, 20 y 50mg.

Si el paciente sólo tiene sibilancia sin tiraje ni respiración rápida: dar un broncodilatador oral (Salbutamol).

En el Asma severo si no se puede usar la vía oral administre Hidrocortisona intravenosa: Por vía intramuscular o intravenosa lento o en infusión: 100-200 mg, IV lento.

Salbutamol Oral Dar cada 6 horas vía oral durante 7 días.			
Edad y/o peso	Tableta 2mg	Tableta 4mg	Jarabe 2mg/5ml
De 2 a 11 meses (<10 kg)	1/2	1/4	2.5ml
De 1 a 4 años (10-16 kg)	1	1/2	5.0ml
Mayor de 5 años	1	1/2	

MANEJO DEL ADULTO: BECLOMETASONA SPRAY

Edad	Dosis	Observacion
Niños <12 años	100-200 microgramos vía nasal dos veces al día	Se puede considerar aplicar la dosis diaria en una sola dosis en las formas más leves y bien controladas de asma
Adultos y niños>12 años:	100-400 microgramos vía nasal dos veces al día	La dosis se debe reducir gradualmente luego de 3 meses

HIDROCORTISONA INTRAVENOSA: POR VÍA INTRAMUSCULAR O INTRAVENOSA LENTO O EN INFUSIÓN:

Edad	Dosis
Niños <1 año	25 mg
Niños 1-5 años	50 mg
Niños 6 -12 años	100 mg
Adultos	100 a 500 mg, 3-4 veces en 24 horas o como sea necesario

En el Asma severo si no se puede usar Hidrocortisona vía oral, administre 100-200 mg, IV lento.

Manejo del adulto

Prednisona oral 1 comprimido de 5mg cada 8 horas, vía oral de 3 a 5 días.

Recomendaciones:

- Recomiende la administración de abundante líquido y promueva la lactancia materna.
- Continuar con el tratamiento con broncodilatador oral en la casa.
- Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato (Ver D-4).
- Si no mejora hacer una consulta de seguimiento dos días después.
- Explíquele a la madre o acompañante la importancia de prevenir los factores desencadenantes de crisis (humo de cigarrillo, perfumes, polvos, peluches, olor a pintura fresca, pelos de animales, entre otros).
- Asegúrese que la madre comprendió lo recomendado.
- Si hace más de 15 días que el niño/a tiene tos referir para investigar otra patología.

Enfermedad infecto-contagiosa que afecta con mayor frecuencia los pulmones, pero que puede afectar cualquier órgano. Es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite a través del aire, cuando una persona enferma con tuberculosis pulmonar tose, habla, canta, escupe o estornuda y expulsa micróticas que contienen bacilos tuberculosos y que son inhaladas por personas en contacto con el enfermo.

SÍGNOS Y SÍNTOMAS

- Tos con o sin expectoración por más de 15 días.
- Pérdida de peso (o dificultad para aumentar el peso en los niños/as).
- Anorexia.
- Debilidad general.
- Fiebre persistente sin una causa aparente, vespertina.
- Sudores nocturnos.
- A veces esputos sanguinolentos (hemoptisis).

SÍGNOS Y SÍNTOMAS RELEVANTES EN LOS QUE SE DEBE SOSPECHAR DE TUBERCULOSIS:

Además de los signos y síntomas antes mencionados en los niños, niñas y adolescentes <15 años presenta: Signos de irritación meníngea (cefalea y vómitos persistentes, cambio de conducta y somnolencia), adenopatías, distensión abdominal, diarreas inexplicables, hematuria y deformidades en la columna vertebral, historia de contacto con un caso de tuberculosis.

En el adulto >15 años presenta:

Decaimiento, sin ganas para trabajar, estudiar o jugar (en los niños/as), disnea (sensación de falta de aire), hemoptisis (expectoración con sangre), dificultad respiratoria, historia de contacto con un caso de tuberculosis.

QUÉ HACER

1.- Tan pronto sospeche de tuberculosis registre al paciente en el Libro de Sintomático Respiratorio del Programa de Control de la Tuberculosis y entregue 1 frasco para la toma de la primera muestra de esputo, e inmediatamente proporcione otro frasco para la segunda muestra que debe ser tomada en el hogar por el mismo paciente. (Ver flujoGRAMA de seguimiento diagnóstico de la tuberculosis. Anexo 3A y 3B.)

Tener en cuenta que además de BK, se debe indicar cultivo y prueba de sensibilidad a los siguientes casos: Personas con VIH, privados de libertad, personal de salud, contactos de casos de tuberculosis drogorresistente, casos antes tratados de tuberculosis.

- 2.- En paciente con diagnóstico de tuberculosis inicie tratamiento inmediatamente, clasifique el caso y seleccione el esquema recomendado por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. (Ver esquemas de tratamiento estandarizados. Anexo 3C y 3E)
- 3.- Oferte y realice la prueba de VIH a todos los casos de tuberculosis. Tener en cuenta que los casos de coinfección TB/VIH, además del tratamiento antituberculosis, el paciente debe iniciar tratamiento con ARV y Terapia Preventiva con Cotrimoxazol.
- 4.- Identifique el perfil de adherencia y necesidad de apoyo social (Ver flujograma anexo 3A).
- 5.- Notifique a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.
- 6.- Inicie estudio de los contactos tanto intra como extradomiciliarios. (Ver flujograma anexo G, y H)

Oriente al paciente de la siguiente manera:

- Recuerde al paciente que debe tomar sus medicamentos TODOS LOS DIAS, bajo supervisión de un miembro del equipo de salud.
- Realizar sus actividades de manera normal, evitando fatigarse.
- Cubrirse la boca al toser.
- Aconseje alimentos nutritivos ricos en proteínas y vitaminas (carne, pescado, huevo, leche, vegetales y frutas).

PREVENCION:

Vacunar todo recién nacido con BCG (dosis única, al momento del nacimiento). (Ver esquema de vacunación, anexo 2).

Detectar todos los casos de tuberculosis en la población general asignada al centro.

Realizar estudio de contactos de todos los casos de tuberculosis, buscando sospechosos de TB, para diagnóstico y tratamiento.

Administrar Terapia Preventiva con Isoniacida por 6 meses (Dosis 10 mg/kg/día, sin exceder los 300mg diarios) a:

Menores de 5 años contactos de casos de TB, en los que se haya descartado tuberculosis.

Personas Viviendo con VIH en los que se haya descartado tuberculosis.

Educación e información al paciente y sus familiares sobre la tuberculosis.

IMPORTANTE:

- Todo Paciente TB REFIERA para CONSEJERIA PRE Y POST Prueba de VIH y de seguimiento.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digepisalud.gob.do

Enfermedad sistémica contagiosa causada por una espiroqueta, caracterizada por cursar con estadios clínicos sucesivos y con un período de latencia asintomático de varios años de duración.

SÍGNOS Y SINTOMAS

Sífilis Primaria

De 2 a 5 semanas después del contagio aparece un chancre firme y duro usualmente en los genitales, pero puede ser también en el ano o en la boca.

Usualmente se sana después de 2 a 6 semanas, aun sin tratamiento. El chancre es sin dolor, firme y duro con bordes acentuados.

Las glándulas linfáticas inguinales se crecen, duras, no tiernas.

Compare con los síntomas de chancroides (úlcera blanda). Ver. T30

Sífilis Secundaria

Usualmente aparece como a las 6 semanas después que sana el chancre primario.

Erupción en la piel maculopapular, de color rojo y que luego se descama a nivel palmar o plantar, bilateral e inflamaciones sin prurito y que pueden convertirse en vesículas o en pústulas, linfadenopatia generalizada, rinorrea, gran irritabilidad.

Erupción en la piel, llamada "condiloma lata", en áreas húmedas como el perineo, vulva, escroto, parte interna de los muslos, debajo de los senos, entre otros.

Se desprende la piel superficial para producir unas áreas grises, grandes, húmedas, levantadas y sin dolor. Crecimiento sin dolor de todos los nódulos linfáticos del cuerpo, síntomas generales de infección: malestar, fiebre, pérdida de apetito, pérdida de peso

Un paciente con sífilis primaria y secundaria es siempre MUY CONTAGIOSO.

TRATAMIENTO CAUSAL

• Penicilina Benzatínica: 50,000 UI x kg. Vial de 2.4 millones UI. intramuscular como dosis única. Explique al paciente que después de la inyección, la úlcera puede empeorar y puede aparecer fiebre. Esto es debido al tratamiento, como parte del proceso de curación.

En caso de alergia a la Penicilina: Doxiciclina, Cápsula de 100 mg. una cápsula dos veces al día por 2 semanas.

Nota: Recomiende ingerir las TETRACICLINAS antes o dos horas después de las comidas, para garantizar una mejor absorción.

En caso de embarazo o de sífilis terciaria, síntomas por más de 1 año. (Ver T28 y T29)

PREVENCION: Aconseje como evitar una infección: Trate todas las parejas sexuales

IMPORTANTE: Ante sospecha de SIDA, REFIERA para CONSEJERIA PRE Y POST- Prueba de VIH y de otras ITS.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Más de 1 año después de los primeros síntomas.
- 2-3 años después del chancro.
- Hinchazones subcutáneas firmes y sin dolor (GOMA). Enfermedad del corazón.
- Síntomas neurológicos y psiquiátricos: Parálisis, demencia.

TRATAMIENTO

- 1.- REFIERA para tratamiento apropiado.
- 2.- Hacer búsqueda activa de los contactos y tratarlos.

IMPORTANTE:

Ante sospecha de SIDA, REFIERA para consejería PRE y POST prueba de VIH y de seguimiento.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

SINTOMAS: Una embarazada presenta los mismos síntomas que las pacientes no embarazadas de sífilis. Pero, ella puede transmitir la enfermedad al feto que lleva. Desde el quinto mes de embarazo en adelante, la criatura puede desarrollar lesiones de sífilis. La criatura puede nacer muerta o desarrollar cualquiera de las siguientes señales.

Señales de Sífilis Congénita

Sífilis Prematura Congénita

(Menor de 2 años)

Retraso en el Crecimiento.

Anemia, ictericia, edema, marcada irritabilidad, rinorrea altamente contagiosa, neumonía.

Lesiones de la piel alrededor de la nariz, boca, ojos y ano. Llegando a ser fisuras ondas, nariz acuosa.

Hepatoesplenomegalia, neumonía, síndrome nefrótico.

Erupción de la piel en las palmas de las manos y en las plantas de los pies.

Sífilis Congénita Tardía

(Mayor de 2 años)

Anormalidades dentales.

Destrucción del cartílago nasal.

Cicatrices alrededor de la boca, dientes de hutchinsomn, nariz, ojos y ano.

TRATAMIENTO CAUSAL

La sífilis congénita debe evitarse examinando a la embarazada y dándole tratamiento apropiado (El rastreo se realiza a partir del 3er. mes de embarazo).

MUJER EMBARAZADA

1.- Trate una embarazada con sífilis lo más pronto posible, en cualquier mes del embarazo.

Penicilina Benzatínica: 1 vial de 2.4 millones UI, intramuscular como dosis única (1.2 millones en cada glúteo) y referir al segundo nivel de atención. Hacer búsqueda activa de los contactos y tratarlos.

2.- En los casos de alergia a las penicilinas referir al segundo nivel de atención. Hacer búsqueda activa de contactos y tratarlos.

3.- Trate a las parejas sexuales.

Si se sospecha sífilis congénita en un recién nacido o niño mayor, REFIERA, para el tratamiento adecuado.

ATENCION: El/la niño/a es muy contagioso. Un porcentaje importante de las úlceras genitales no son causadas por la sífilis (úlceras duras) sino por chancroide (úlceras blandas) causada por el bacilo *Haemophilus ducrey*.

IMPORTANTE: Ante sospecha de VIH/SIDA, REFIERA para CONSEJERIA PRE Y POST prueba de VIH y de seguimiento.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Enfermedad aguda contagiosa y localizada que cursa con úlceras genitales dolorosas y con supuración de los ganglios linfáticos inguinales, causada por el *Haemophilus ducreyi*.

SIGNOS Y SINTOMAS

La lesión aparece de 1-35 días después del contacto sexual.

Una sola o múltiples úlceras en los genitales (profunda, muy dolorosa con una base blanda e irregular).

Los nódulos linfáticos en la ingle en un lado o en ambos, hinchados, dolorosos y blandos. En una etapa posterior se llenan de fluido (fluctuante) y pueden fistularse.

Puede haber una infección mixta de chancroide y sífilis al mismo tiempo. Si hay sospecha de esto trate el caso como si también fuera sífilis. (Ver T27).

TRATAMIENTO

1.- Tratamiento de elección: Ciprofloxacina 500mg vía oral, 2 cápsulas al día por 3 días, o Eritromicina 500mg vía oral, cada 8 horas por 7 días. o Azitromicina 1 gramo vía oral, dosis única.

Tratamiento en embarazadas:

- Eritromicina 500mg vía oral, cada 8 horas por 7 días. o Azitromicina 1 gramo vía oral, dosis única.

Para paciente diagnosticados con VIH y Chancro blando:

- Ciprofloxacina 500mg vía oral, 2 cápsulas al día por 3 días. o Eritromicina 500mg vía oral, cada 8 horas por 7 días.
o Azitromicina 1 gramo vía oral, dosis única.

Nota: No administrar Ciprofloxacina a mujeres durante el embarazo, lactancia y niños menores 15 años

2.- En caso de NODULO LINFATICO FLUCTUANTE

No haga ninguna incisión. Aspire el pus a través de una aguja.

PREVENCION

Advierta a las parejas para evitar la reinfección:

- Limite el número de parejas sexuales.
- Uso del condón.
- Trate a toda pareja sexual.
- Hacer búsqueda activa de contactos y tratarlos.

IMPORTANTE:

- Ante sospecha de VIH/SIDA, REFIERA para consejería pre y post - prueba de VIH y de seguimiento.
- Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Es una enfermedad de transmisión sexual causada por *Chlamydia trachomatis*, una bacteria de crecimiento intracelular.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Ampolla indolora en el pene o la vagina llena de líquido que aparece de 3 a 12 días después de la infección.
- Ganglios linfáticos en la ingle, zona rojiza con temperatura más elevada.
- Falta de apetito.
- Fiebre.
- Malestar general.

TRATAMIENTO DE ELECCION

- Doxiciclina 100mg vía oral 1 cápsula 2 veces al día por 14 días, como alternativa, Eritromicina, 500mg por vía oral, 4 veces al día durante 21 días.
- 7 condones.
- Material educativo, que el médico/a debe analizar y discutir con el usuario.

No administrar Ciprofloxacina a mujeres durante el embarazo, lactancia y niños menores 15 años.

PREVENCION

Advierta a las parejas para evitar la reinfección:

- Limite el número de parejas sexuales.
- Uso del condón.
- Trate a toda pareja sexual.
- Hacer búsqueda activa de contactos y tratarlos.

IMPORTANTE:

- Ante sospecha de VIH/SIDA, REFIERA para consejería pre y post- prueba de VIH y de seguimiento.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Enfermedad infecciosa aguda del epitelio de la uretra, cuello del útero, recto, faringe u ocular, que puede producir bacteriemia y complicaciones metastásicas, causada por la *Neisseria gonorrhoeae*.

SIGNOS Y SINTOMAS

HOMBRE Disuria, Flujo uretral (purulento).
Complicaciones posteriores: retención constrictión urinaria de la uretra. Dificultad para orinar.

MUJER A menudo sin síntomas, a veces dolor abdominal bajo, otras veces sensación de ardor al orinar y en ocasiones flujo vaginal purulento.
Complicación: enfermedad inflamatoria pélvica y posteriormente infertilidad.

RECIEN NACIDO *Oftalmia neonatorum* (Ver T64).

1. TRATAMIENTO DE ELECCION

- Primera opción: Azitromicina 500 mg, 2 tabletas vía oral, dosis única.
- Segunda opción: Ciprofloxacina tableta 500mg, dosis única, vía oral.
- 7 condones.
- Material educativo, que el médico/a debe analizar y discutir con el usuario.
En los casos graves de gonorrea referir al segundo nivel de atención.

No administrar Ciprofloxacina a mujeres durante el embarazo, lactancia y niños menores 15 años.

2. SEGUIMIENTO

Si no hay mejoría después del tratamiento anterior, considérela como una infección gonococcica resistente al tratamiento mencionado arriba. REFIERA a un establecimiento de mayor complejidad.

3. TRATE LA PAREJA SEXUAL

PREVENCION

Advierta al paciente cómo evitar una reinfección y otras ITS.

- Use condón
- Hacer búsqueda activa de contactos y tratarlos.
- Investigue Sífilis, OTRAS ITS

IMPORTANTE: Ante sospecha de VIH/SIDA, REFIERA para CONSEJERIA PRE Y POST- prueba de VIH y de seguimiento.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Infección del tracto genitourinario de ambos sexos, causada por la *Trichomonas vaginalis*.

SIGNS Y SINTOMAS

- Flujo verde/amarillento abundante, espumoso de olor fétido.
- Comezón de la vulva y la vagina.
- Sensación de ardor, a veces, al orinar.
- Dolor, a veces durante las relaciones sexuales.

TRATAMIENTO

1. TRATAMIENTO DE ELECCION

- Primera opción Metronidazol 500mg, 4 tabletas vía oral en dosis única.
- Segunda opción Tinidazol tableta 500mg vía oral, cuando se sospecha de tricomoniasis se debe administrar 2g, junto con la comida.
- 7 condones.
- Material educativo, que el médico/a debe analizar y discutir con el usuario.
- Hacer búsqueda activa de contactos y tratarlos.

2. TRATE A LA PAREJA SEXUAL

Aplique igual tratamiento a la pareja sexual.

3. No administre Metronidazol ni Tinidazol durante los 3 primeros meses de embarazo.

4. SEGUIMIENTO

- Si no mejora después de los 7 días, reconsidera el diagnóstico (Ver D26).
- Si después del tratamiento con Metronidazol hay prurito, indique Nistatina Óvulos 1 a 2 por día durante 7 días.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Infección genital causada por la Cándida albicans, raras veces se produce por contacto sexual sino habitualmente es partir de la flora intestinal o de la piel sana del enfermo.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Flujo vaginal, blanco y espeso, grumoso amarillo verdoso, como leche cortada.
- Comezón de la vulva y de la vagina, ardor y molestia.
- Enrojecimiento de la piel afectada.
- En el hombre: Enrojecimiento, dolor y comezón en el pene.

TRATAMIENTO

1. TRATAMIENTO DE ELECCION:

- Primera elección: Fluconazol 150mg 1 Comprimido vía oral, en dosis única.
En caso de Cándida recurrente: Fluconazol 150mg vía oral, cada 3 días hasta completar 3 dosis.
- 7 condones.
- Material educativo, que el médico/a debe analizar y discutir con el usuario.

2. TRATAR A LA PAREJA

- Aplique igual tratamiento a la pareja sexual.
- En el hombre aplique en el glande una crema anti-fungoso (Clotrimazol 1%) dos veces al día por 14 días.
- Candidiasis anovaginal: aplicar clotrimazol 1% en crema vaginal, 2 a 3 veces al día en el área anogenital por 14 días.
- Candidiasis vulvovaginal: Clotrimazol cápsula o comprimido vaginal de 500mg dosis única.
 - (Alternativas: Clotrimazol comprimidos vaginales de 100mg., dosis 100 mg/noche por 6 noches o 200 mg/noche por 3 noches).
El tratamiento puede repetirse si en el curso inicial no se pudo controlar los síntomas o si los síntomas se repiten.
 - Candidiasis recurrente: un óvulo de Clotrimazol 100mg intravaginal por 10 días y luego un ovulo de 500mg intravaginal cada semana por 6 meses.

3. No ordene Clotrimazol óvulos durante los 3 primeros meses del embarazo.

4. SEGUIMIENTO

- Si no hay mejoría después de 7 días, reconsideré el diagnóstico (ver, D26).
- Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Infección bacteriana, la cual tiende a producir una secreción blanca, gris o de color amarrillo turbio con olor fétido.

SIGLOS Y SINTOMAS

- Flujo vaginal, blanco grisáceo, lechoso abundante, adherente, homogéneo con burbujas pequeñas, fétido (olor a pescado).
- Sin inflamación (es la base del diagnóstico de vaginosis) disuria y dispareunia son raros.
- 50-75% de los casos cursan asintomáticos.

TRATAMIENTO

1.- TRATAMIENTO DE ELECCION Terapia preempacada, de manejo sindrómico (Kit flujo vaginal vaginitis) que contiene:

- Metronidazol o Tinidazol 500mg, 4 tabletas vía oral, en dosis única (2 gramos).
- Clindamicina Ovulos 100mg, intravaginal por 3 días, para embarazada.
- 7 condones.
- Material educativo, que el médico/a debe analizar y discutir con el usuario.

No administrar Metronidazol ni Tinidazol durante el primer trimestre del Embarazo y en caso de lactancia suspender por 24 horas.

2.- TRATAR A LA PAREJA

Aplique igual tratamiento a la pareja sexual.

SEGUIMIENTO

Si no hay mejoría después de 7 días, reconsiderar diagnóstico o refiera.

Uretritis: Es una infección de las vías urinarias inferiores, la uretritis no gonocócica en los varones puede estar asociada a la infección del contenido escrotal.

SIGNOS Y SINTOMAS

HOMBRE

Disuria

Flujo por la uretra, especialmente en las mañanas (el flujo usualmente es menor y más agudo que la gonorrea).

MUJER

A menudo no tiene síntomas.

A veces disuria.

A veces orina con frecuencia. A veces flujo vaginal.

TRATAMIENTO

1.- TRATAMIENTO DE ELECCION: Terapia preempacada de manejo sindrómico (Kit secreción uretral, Kit flujo vaginal cervicitis) que contiene:

- Primera elección: Azitromicina 500mg, 2 cápsulas dosis única.
- Segunda elección: Doxiciclina 100mg, cada 12 horas por 7 días, vía oral.
- 7 condones.
- Material educativo, que al médico/a debe analizar y discutir con el usuario.

SEGUIMIENTO

- Si no hay mejoría después de 7 días: REFIERA.
- Trate la pareja sexual.

IMPORTANTE: Ante sospecha de VIH/SIDA. REFIERA para consejería pre y post prueba de VIH y de seguimiento.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Es una manifestación de la infección de las vías urinarias inferiores.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Disuria.
- Polaquiuria.
- Tenesmo vesical.
- Orina turbia (a veces con sangre).
- No hay fiebre.
- En uretritis secreción purulenta (gonococica) y blanquecina mucoide en la inespecífica.

TRATAMIENTO

1.-TRATAMIENTO CAUSAL

Cistitis

- Niños: Amoxicilina 250mg/5ml suspensión: 15mg/kg/vía oral cada 8 horas por 7 días.
- Adultos: El tratamiento Ciprofloxacina comprimido de 500 mg, 1 cada 12 horas vía oral de 5 a 10 días.
(No administrar a menores de 15 años).
Está contraindicada en mujeres embarazadas y lactando, en ese caso usar Amoxicilina.
Amoxicilina 500mg/tableta cada 8 horas vía oral por 7 días.

Si se sospecha de Gonorrea ver T32 para tratamiento

2. TRATAMIENTO SINTOMATICO

Aumente la toma de líquidos: de 3 a 4 litros por día, para limpiar la vejiga.

TRATAMIENTO CISTITIS

EDAD Y/O PESO	Amoxicilina (15 rng/kg/dosis vía oral) Dar cada 8 horas por 10 días		Acetaminofén
	Cápsula de 500mg vía oral	Suspensión de 250mg/5ml vía oral	Tableta de 500mg vía oral
2 a 3 meses (4- <6 kg)		1.5ml	
4 a 11 meses (5- <10 Kg)		2.5ml	
1 a 2 años (10 a -<14 kg)		3.75ml	
3 a 4 años (14 -16 kg)		5.0ml	
Mayores de 5 años	1 Cápsula		1 tableta
Más 35 Kg y Adultos		1 Cápsula	1 tableta

3. SEGUIMIENTO

Si no hay mejoría después de 5 días (debe evaluar los resultados y ver mejoría al tercer día), en caso contrario REFERIR al nivel superior, reconsidere el diagnóstico para desórdenes urinarios (Ver D-23) y para el hombre, secreción uretral (Ver D-27).

En caso de cistitis frecuente disuria, secreción, ardor al orinar, piedra en la vejiga o una tuberculosis renal, REFERIR al nivel superior.

Es una infección bacteriana de la glándula prostática, causada por reflujo urinario intraprostático, vía directa por la uretra, linfógena desde el recto y por vía hematógena.

Los organismos responsables son los de mayor frecuencia en el tracto urinario, siendo las más frecuentes, *Echerichia coli*.

Las siguientes son factores de riesgo:

- Reflujo ductal intraprostático.
- Fimosis y prepucio redundantes.
- Relaciones anales sin protección.
- Infecciones del tracto inferior de orina.
- Epididimitis aguda.
- Sondas uretrales.
- Cirugías transuretrales de próstata.
- Biopsia de próstata transrectal.

2.- SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los síntomas típicos son fiebre, escalofrío, malestar general, disuria y dolor perineal y en recto. La triada más frecuente es dolor, crecimiento o inflamación de la próstata, dificultad para orinar, y la mayoría acompañada con fiebre. En algunos pacientes puede haber retención aguda de orina y hematuria.

3.- HALLAZGOS AL EXAMEN CLÍNICO

En la mayoría de los casos hay dolor perineal, además puede aparecer retención urinaria con dolor suprapúbico, agrandamiento o sensibilidad en los ganglios linfáticos inguinales, secreción de líquido de la uretra, inflamación o sensibilidad en el escroto.

En la fase aguda el Tacto Rectal está contraindicado. Si se realiza el tacto rectal hay que ser muy cuidadoso, ya que puede ser muy doloroso y puede causar bacteriemia por diseminación hematogena.

La prostatitis puede afectar los resultados de la prueba del antígeno prostático específico (PSA), un examen de sangre utilizado para detectar el cáncer próstata.

4.- TRATAMIENTO DE ELECCIÓN

Antes de iniciar el tratamiento siempre que sea posible se debe tomar una muestra de orina para uroanálisis y cultivo. En la fase aguda se debe iniciar el tratamiento sin esperar resultado del cultivo.

La elección es una fluoquinolonas

Ciprofloxacina Tabletas de 500mg c/12 horas, vía oral por 4-6 semanas.

Referir de inmediato al servicio de Urología para evaluación y confirmación diagnóstica.

El tratamiento definitivo dependerá del cultivo de orina.

5.- RECOMIENDACIONES PARA EL PACIENTE:

- Tome mucho líquido.
- Orine con frecuencia y por completo.
- Tome baños asientos calientes para aliviar el dolor.
- Tome blandadores de heces para facilitar las deposiciones.
- Evite sustancias que irriten la vejiga, como el alcohol, los alimentos y bebidas con cafeína, los jugos cítricos y los alimentos calientes o condimentados.

Infección urinaria alta, riñón y de las vías de salida de la orina desde el riñón hacia la vejiga.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Fiebre alta, escalofríos, malestar general.
- Dolor en el flanco (puño percusión positiva).
- Náusea, vómitos.
- Orina turbia, a veces ensangrentada.
- A veces, disuria.

1. TRATAMIENTO CAUSAL

TRATAMIENTO PIELONEFRITIS

EDAD Y/O PESO	TRIMETOPRIM-SULFA (20mg/kg/dosis vía oral) Dar cada 12 horas por 10 días		Amoxicilina (15 rng/kg/dosis vía oral) Dar cada 8 horas por 10 días		Acetaminofén
	Tableta 80mg Trimetoprim 400mg Surametozaxol vía oral	Suspensión 40mg de Trimetoprim 200mg Sulfametozaxol por 5 ml vía oral	Cápsula de 500mg vía oral	Suspensión de 250mg/5ml vía oral	
2 a 3 meses (4- <6 kg)		2.5ml		1.5ml	
4 a 11 meses (5- <10 Kg)		5.0ml		2.5ml	
1 a 2 años (10 a -<14 kg)		7.5ml		3.75ml	
3 a 4 años (14 -16 kg)		7.5ml		5.0ml	
Mayores de 5 años	1 tableta		1 Cápsula		1 tableta
Más 35 Kg y Adultos				1 Cápsula	1 tableta

Los pacientes con enfermedad leve a moderada y que toleren la vía oral pueden ser tratados con Ciprofloxacina 500mg 1 tableta vía oral, durante 10-14 días (contraindicadas en embarazadas) (Ver T37).

Los pacientes con enfermedad más grave o que no toleren la vía oral deben ser referidos para tratamiento hospitalizado. Las embarazadas que padecan la enfermedad deben recibir tratamiento parenteral bajo hospitalización, por tanto, deben ser referidas.

2. TRATAMIENTO SINTOMATICO

Aumente la ingesta de líquido (3-4 litros/día), para facilitar la eliminación de la bacteria y evitar la deshidratación. Dé Acetaminofén 500mg, 1 comprimido vía oral para la fiebre o aplique medios físicos. (Ver T2)

SEGUIMIENTO: Vea nuevamente al paciente después de 3 días y si no hay mejoría: REFIERA. Si el paciente no se ha curado por completo después de los 14 días: REFIERA.

Enfermedad que se caracteriza por la aparición de cálculos (cuerpos sólidos) formado por la agregación de minerales que pueden aparecer a cualquier nivel del aparato excretor de las vías urinarias.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Cólico renal: dolor lumbar o pélvico intenso, el cual puede ser intermitente o constante.
- A veces, náusea, vómitos, dolor abdominal.
- A veces, sangre en la orina.
- A veces, arenilla en la orina o el paso de algún cálculo.

TRATAMIENTO

1.- TRATAMIENTO SINTOMATICO

- Estimule la ingesta de abundantes líquidos: por lo menos 3 a 4 litros por día.
- Moverse y caminar mucho.
- Primera elección: Diclofenac, ampolla de 75mg/3ml intramuscular cada 12 horas.
Segunda elección: N-Butil Bromuro de Hioscina, ampollas de 5ml con 20 mg/ml intravenosa lenta para el control del dolor y comprimidos de 10mg 1-2 cada 8 horas como medida de sostén.

2.- En caso de FIEBRE (>37.5°C) Sospeche pielonefritis (Ver T-39)

3.- SEGUIMIENTO

Diuresis y evaluación del dolor: REFIERA al UROLOGO.

Es una afección como su nombre lo indica que se manifiesta por la imposibilidad de la evacuación de la orina por su propia voluntad.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Imposibilidad de orinar, a pesar de tener la vejiga llena.
- Dolor del abdomen bajo, el paciente está a menudo ansioso y/o agitado.
- Al palpar: se siente una masa en el abdomen bajo (vejiga distendida).
- Al examinar vía rectal: puede tener próstata aumentada (a veces dolorosa).
- Más frecuente en hombres mayores.

CAUSAS

Constricción uretral causada por una infección gonorréica tratada de forma inadecuada, en el pasado.

Próstata aumentada (crecimiento debido a una hipertrofia, cáncer o inflamación). A veces debido a cálculos en el tracto urinario.

QUÉ HACER

- 1.- Si el paciente tiene retención aguda de orina, después de valorar, si se sospecha que es prostático, previa técnica de asepsia y antisepsia colocar sonda vesical Foley, siempre indicar antibiótico (VerT 39), en caso de sospecha de estrechez u obstrucción por litiasis, REFERIR al nivel especializado.
- 2.- Si el paciente puede orinar un poco estimúlelo a continuar. Pero, REFIERALO para un tratamiento adecuado.
- 3.- Si el paciente puede aún orinar y al examinar la próstata está muy dolorosa: Administre Amoxicilina 1 cápsula 500mg cada 8 horas vía oral por 5-7 días.
- 4.- SOLAMENTE si el paciente no puede orinar nada: trate de pasarse una sonda vesical, sin forzarlo.
Si no le es posible pasar la sonda: REFIERALO.

Cuando se manipula la uretra para colocar sonda vesical no debe administrarse Ácido Acetil Salicílico o los AINES (Diclofenac, Ibuprofeno, entre otros), utilice Acetaminofén (ver T2-1).

AGENTE ETIOLOGICO DISTRIBUCION

Wuchereria bancrofti. Trasmisión activa en el Suroeste del país, Santo Domingo, Puerto Plata, San Pedro de Macorís e Higüey.

FORMA DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD

Por la picadura de un mosquito que inocula larvas infectantes.

SIGLOS Y SINTOMAS

Hidroceles, elefantiasis de los miembros tanto inferiores como los superiores y mamas. Fiebre cuando existe una sobre infección en el área afectada.

COMPLICACIONES

Se asocian a disfunción de las áreas u órganos afectados.

TRATAMIENTO

Dietilcarbamacina 100mg comprimidos dosis única; Masculino 4 tabletas de 100mg; femenino 3 tabletas de 100mg + Albendazol 400mg (dosis única) vía oral combinados dosis única (ver tabla).

Ivermectina comprimido ranurado 3g o gotas orales 0.6%: 200mcg/kg/día por 2 días.

Referir al CENCET para tratamiento y seguimiento 809-536-9604 en Santo Domingo y 809-525-4749 en Barahona.

TABLA DE DOSIFICACION POR EDAD Y SEXO
Programa de Eliminación de Filariasis Linfática (PELF)

Edad en años	Albendazol Tabletas 400mg y Suspensión 400 mg/10ml vía oral	Dietilcarbamacina Tabletas de 50 y 100mg vía oral
2-3	1 tableta de 400mg o un frasco de suspensión de 10ml	1 tableta de 50mg dosis única
4-6	1 tableta de 400mg o un frasco de suspensión de 10ml	2 tabletas de 50mg dosis única
7-14	1 tableta de 400mg	4 tabletas de 50mg dosis única
15-17	1 tableta de 400mg	6 tabletas de 50mg dosis única
Mayor de 17	1 tableta de 400mg	Masculino 4 tabletas de 100mg Femenino 3 tabletas de 100mg

Medidas de educación a la población

- Educar a los habitantes de zonas endémicas de cómo se transmite la enfermedad.
- Control de la propagación del mosquito y eliminación de los criaderos de *Culex quinquefasciatus*.
- Saneamiento ambiental.
- Promover el uso de mosquiteros.

QUÉ HACER

En el caso de sospechar que hay infestación por parásitos intestinales:

1. Realice un coprológico y trate al paciente según los resultados:

- ** Esquistosomiasis intestinal (bilharzia) T44
- ** Amebiasis T45
- * Giardiasis T46
- * Ascariasis T47
- * Estrongiloidiasis T48
- * Trichuriasis T50
- * Oxiuriasis T49
- ** Anquilostomiasis-Uncinariasis T51
- * Teniasis Cisticercosis T52
- * Himenolepiasis T53
- ** Blastocystis hominis T54
- * En los casos que se sospeche de Giardiasis, Ascariasis, Estrongiloidiasis, Trichuriasis, Oxiuriasis, Teniasis /Cisticercosis, e Himenolepiasis, si el/la niño/a es mayor de 2 años y/o si el/la niño/a no recibió ninguna dosis de antiparasitario en los últimos 6 meses.
- ** En los casos que se sospeche de Esquistosomiasis intestinal (bilharzia), Amebiasis y Blastocystis hominis, ver tratamiento específico para cada acápite.

*** TRATAMIENTO**

Albendazol, para niños/as mayores de 2 años y menores de 5 años dar suspensión 400mg dosis única vía oral.

Para niños mayores de 5 años y adultos administre Albendazol tabletas de 400mg vía oral dosis única y como segunda opción Mebendazol 100mg vía oral en adulto y niños/as >2 años.

Nota: se debe descartar embarazo en mujeres con amenorrea, antes de iniciar el tratamiento debido a los potenciales efectos nocivos de los medicamentos antiparasitarios.

SEGUIMIENTO

Si después de una semana no hay mejoría o si los síntomas empeoran: Referir al centro de salud de mayor complejidad correspondiente.

3. PREVENCION

Eduque para aprender a evitar la reinfección.

QUE HACER EN EL CASO DE UNA EMBARAZADA

Normalmente, si la mujer lleva una dieta saludable, conteniendo proteínas, vitaminas y hierro, no tendrá problemas serios causados por parásitos intestinales. No es recomendable su uso durante el embarazo y la lactancia.

PERO HAY UNA EXCEPCION: ANQUILOSTOMIASIS

Anquilostomiasis causa anemia que puede ser muy peligroso para la embarazada. Por tanto debe ser tratada durante el embarazo. Trátela si ha sido confirmado mediante coprológico VALOR RIESGO-BENEFICIO. REFIERALA.

PREVENCION DE PARASITOS INTESTINALES

Los parásitos intestinales son transmitidos por la falta de higiene. Pueden prevenirse tomando medidas sanitarias y de higiene, siguiendo los consejos siguientes:

- Siempre use sanitario o letrina para defecar y orinar y luego lavarse las manos.
- Lavar bien los alimentos que se consumen crudos como frutas y hortalizas con agua clorada.
- No defecar cerca de casas, jardines, plantaciones o fuentes de agua.
- Siempre lavarse las manos con jabón después de defecar y antes de manipular la comida o antes de comer.
- Mantenga las uñas cortas y limpias (especialmente en los niños).
- Toda carne debe ser debidamente cocida.
- Si es posible, use agua limpia, sino hay agua limpia antes de usarla, agregue 5 gotas de cloro a 1 galón de agua, déjela reposar por 10 min.
- Lávese las manos cada vez que termine de trabajar con tierra.
- Usar siempre zapatos.

AGENTE ETIOLÓGICO

Schistosoma mansoni.

DISTRIBUCIÓN EN EL PAÍS

Región Este (Hato Mayor, El Seybo y La Altagracia).

FORMA DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD

Contacto directo con agua infectada con fase infectante (cercarias), la cual penetra por la piel. La historia clínica es fundamental para sospechar el diagnóstico.

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

Huevos de esquistosomas en materias fecales.

SIGLOS Y SINTOMAS

Inicialmente no hay síntomas (o una leve comezón en la piel después de bañarse en agua de río de poca corriente).

Después puede haber:

diarrea disenteriforme, hematuria, fiebre, artralgia, dolor abdominal, hepatoesplenomegalia, pérdida de peso.

COMPLICACIONES

Fibrosis hepática e hipertensión portal producto de infección crónica.

TRATAMIENTO

Praziquantel comprimido, presentación 600 mg. Dosis total: 600 mg/kg de peso dividido en 3 dosis de 20mg /kg de peso cada 4 horas vía oral.

DOSIS DE PRAZIQUANTEL, COMPRIMIDOS 150 MG Ó 600 MG

Peso Corporal (kg)	Dosificación (mg/kg)	Dosificación (Nº de comprimidos)
13-16	56.3-69.2	1.5
17-20	60.0-70.2	2.0
21-25	60.0-71.4	2.5
26-30	60.0-69.2	2.5
31-35	60.0-67.0	2.5
36-40	60.0-66.0	4.0

Nota: en niños/as menores de 4 años y en embarazadas no es recomendable el uso de Praziquantel. En estos casos se debe referir a un servicio de pediatría y/o obstetricia respectivamente.

SEGUIMIENTO

Si los síntomas continúan después de 7 días: REFIERA al nivel especializado. Si hay complicaciones: REFIERA al nivel especializado.

CONTROL Y PREVENCION DE LA SCHISTOSOMIASIS

1. EXPLIQUE A LA POBLACION:

- Esquistosomiasis (= bilharzia) es una enfermedad causada por parásitos.
- Esos parásitos tienen dos huéspedes: el hombre y un caracol.
- La enfermedad se transmite de la siguiente manera:
 1. Una persona infectada defeca en el agua.
 2. Las materias fecales contienen huevos de esquistosomas.
 3. Las larvas se desarrollaran en los caracoles.
 4. Las lombricillas dejarán el caracol (*Biomphalaria glabrata*) y penetrarán la piel de la persona que está nadando, lavando o trabajando en agua contaminada.
 5. Esta persona contrae la enfermedad.

2. MEDIDAS DE EDUCACION Y CONTROL

Eduque al paciente y a toda la población para que aprendan a evitar la infección:

- Nunca defogue dentro o cerca del agua, pues la gente usa esta agua para bañarse, nadar, lavar la ropa, pescar, entre otros.
- Construya letrinas por lo menos a 10 metros de distancia de la fuente de agua.
- Convenza a la gente a que usen la letrina o sanitario para orinar y defecar.
- Aplicación de medicamentos quimioterapéuticos.
- Tratar los criaderos de caracoles con molusquicidas.

PREVENCION: (Ver T43)

AGENTE ETIOLÓGICO: *Entamoeba histolytica*.

DISTRIBUCIÓN: A nivel nacional.

FORMA DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD: Con la ingesta de alimentos o agua contaminada.

SÍGNOS Y SÍNTOMAS

A menudo no hay síntomas, otras veces diarrea aguda seguida de estreñimiento.

Otras veces disentería: dolor abdominal, diarrea con sangre y moco.

Fiebre y escalofríos.

COMPLICACIONES

Abceso hepático y ameboma.

Manifestado con dolor en la parte superior y a la derecha del abdomen sin ictericia. A la palpación, el hígado está blando y aumentado de tamaño.

1. TRATAMIENTO CAUSAL: Metronidazol durante 10 días, presentación: Tabletas 250 y 500 mg, Suspensión 250 mg/5 ml

Indicaciones	Adultos Dosis media: 1.5 gr (3 tabletas de 500mg)/24 horas dividido en 3 dosis diaria durante 7 a 10 días. Dosis máxima: 2 a 2.5 gr (4-5 de 500mg)/24 horas durante 10 días.	Niños/as La dosis varía según la edad de 25-35mg/kg de peso en 24 horas dividido en tres dosis. La dosis media es de 500 a 750mg/ en 24 horas de 7-10 días La dosis máxima es de 1.5 gramos/24 horas dividido en tres dosis.	Observaciones No indique Metronidazol durante los 3 primeros meses del embarazo. Portador Asintomático: 2 gramos Metronidazol dosis única.
Abceso hepático amebiano	Dosis media 1.5 gr/24 horas durante 10 días.		

2. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

Si hay diarrea, dar Sales de Rehidratación Oral según el plan de tratamiento (A, BY C). (Ver T3-2,3,4,5,6).

3. SEGUIMIENTO

Si no hay mejoría después de una semana o si la condición empeora: REFIERA.

Si hay sospecha de abceso amebiano: REFIERA. Advertencia: Recomendar no ingerir alcohol durante el tratamiento.

4. PREVENCION: (Ver T43)

AGENTE ETIOLÓGICO: *Giardia lamblia*.

DISTRIBUCIÓN: A nivel Nacional.

FORMA DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD: Cuando ingerimos agua contaminada. Cuando ingerimos alimentos que han sido manipulados con las manos sucias.

SIGLOS Y SINTOMAS

Cuadro polimorfo en niños/as, adultos pueden ser asintomático.

- Diarreas acuosas, fétidas, a veces grasosas.
- Epigastralgie, astenia.
- Flatulencia - distensión abdominal.

FASE CRONICA

- Pérdida de peso, desnutrición.
(por falta de absorción de las vitaminas liposolubles A, D, E, K) y anemia megaloblástica.
- Heces pastosas.

1.- TRATAMIENTO

a) Metronidazol 250mg/5ml suspensión primera elección: Niños/as 30-40mg x kg x día, suspensión vía oral durante diez días. Adultos 500mg tab. vía oral 3 veces al día por 5 días.

b) Albendazol 400mg/10ml suspensión: segunda elección: Niños/as mayores de 2 años 400mg 1vez al día, vía oral durante 5 días.

c) Tinidazol 500 mg: Administre en adultos 2g, dosis única. Repetir examen coprológicos seriado dos semanas después del tratamiento.

2.- TRATAMIENTO SINTOMATICO

Si hay diarrea, administre SRO, según el plan de tratamiento (A, B y C). (Ver T3-2, 3, 4).

3.- SEGUIMIENTO

Si no hay mejoría después de una semana o si la condición empeora: REFIERA.

4.- PREVENCION: (Ver T43)

AGENTE ETIOLÓGICO: *Ascaris lumbricoides*.

DISTRIBUCIÓN EN EL PAÍS: Nacional.

FORMA DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD: Ingerir alimentos o agua contaminada con fase infectante. (Huevo fértil).

SÍNTOMAS Y SÍNTOMAS

Usualmente no hay síntomas. El primer signo de la infección es la expulsión del gusano vivo en las heces o a veces por la boca, el ano o la nariz. La sibilancia, tos y fiebre son manifestaciones pulmonares causadas por migración larvaria.

Dolor abdominal que no está relacionado con las comidas, hay diarrea y vómitos.

En ocasiones una lombriz adulta aparece en las materias fecales o es vomitada.

COMPLICACIONES: Neumonitis atípica. Un gran número de parásitos puede agravar la deficiencia nutricional.

TRATAMIENTO:

Obstrucción intestinal por cúmulo de gusanos, especialmente en los/las niños/as, o la obstrucción de una víscera hueca, como el conducto biliar, pancreático, apéndice por uno o más gusanos adultos pudiendo producir ictericia obstructiva y peritonitis.

ALBENDAZOL: Comprimido masticable de 200 y 400mg y Suspensión 400mg /10 ml vía oral de suspensión como dosis única, vía oral.

DOSIS DE ALBENDAZOL

Adultos	Niños/as mayores de 2 años
400mg vía oral dosis única	400mg/10ml de suspensión como dosis única vía oral

Repita tratamiento a los 15 días.

TRATAMIENTO DE SEGUNDA ELECCIÓN:

- En niños/as >2 años utilizar Mebendazol, comprimidos masticables 100mg dosis única.
- Indique coprológico control 14 a 21 días después del segundo tratamiento.
- En caso de complicaciones: REFIERA al nivel especializado.
- Durante el EMBARAZO Albendazol 400mg comp en dosis única, usar después del primer trimestre del embarazo.

PREVENCION: (Ver T43)

AGENTE ETIOLÓGICO: *Strongiloides stercoralis*.

DISTRIBUCIÓN EN EL PAÍS: A nivel nacional.

FORMA DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD: Las larvas infectantes (filariformes) penetran por la piel.

SIGLOS Y SÍNTOMAS

A menudo no hay síntomas, en ocasiones lesión de piel, dermatitis transitoria en el sitio de entrada.

Ataques agudos de dolor abdominal epigástrico, que no están relacionados con las comidas.

Diarrea alterna con estreñimiento, náuseas, pérdida de peso, debilidad.

A veces tos, esputos con estria de sangre, tos, neumonitis y estreñimiento.

Es el único parásito capaz de producir infección interna (autoinfestación).

Reproducéndose tanto en los pulmones como en los intestinos, aumentando así, la infección y la sintomatología.

COMPLICACIONES

Afección pulmonar, sepsis y muerte.

TRATAMIENTO

Albendazol, Mebendazol e Ivermectina.

ALBENDAZOL

Presentación: Tabletas de 200 y 400mg

Suspensión 400mg /10 ml

Indicaciones	Adultos	Niños/as > 2 años	Observaciones
Estrongiloidiasis	400mg diarios por 3 días consecutivos.	10 ml de Suspensión durante 3 días consecutivos.	Tanto en adultos como en niños/as debe repetirse la dosis a los 6 ó 12 meses

MEBENDAZOL
Presentación comprimidos masticable
suspensión 100mg y tableta de 100mg

Indicaciones	Adultos	Niños/as > 2 años
Estrongiloidiasis	Tableta 100mg vía oral, dosis única	Comprimidos masticables 100mg, vía oral

IVERMECTINA
Presentación: Tabletas 3mg

Indicaciones	Adultos	Niños/as		Observaciones
Estrongiloidiasis	150 mcg/kg dosis única	De 2 a 6 años	> de 6 años	Tanto en adultos como en niños/as debe repetirse la dosis a los 6 ó 12 meses (1.5 mcg/10 kg)
		150 mcg/kg dosis única.	150 mcg/kg dosis única.	

Medida de educación a la población

- Eliminar las heces en sanitarios.
- Hábitos de higiene.
- No andar descalzo.
- Hacer examen coprológico.

NOTA: Repetir Coprológico control 14 a 21 días después del tratamiento.

NO TRATE DURANTE EL EMBARAZO.

PREVENCION: (Ver T43)

AGENTE ETIOLÓGICO: *Enterobius vermicularis*.

DISTRIBUCIÓN: A nivel nacional.

FORMA DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD: Los huevos pueden ser transmitidos directamente por las manos (ano-boca). A través de prendas de vestir, ropa de cama, alimentos contaminados con huevos del parásito.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Puede ser asintomático, o ser muy variable. Se presenta en niños/as pequeños, prurito anal (comezón alrededor del ano) especialmente de noche, insomnio, irritabilidad, dolor abdominal, hiporexia bruxismo, diarrea y vómito, en ocasiones la expulsión de vermes vía rectal.

COMPLICACIONES

Vulvovaginitis, salpingitis y granulomas pelvianos y del hígado.

TRATAMIENTO

Albendazol

ALBENDAZOL

Presentación: Tabletas de 400 mg

Suspensión 400 mg/10 ml

Indicaciones	Adultos	Niños/as mayores de 2 años	Observaciones
<i>Enterobius vermicularis</i>	400mg tableta, dosis única, vía oral.	400mg suspensión, 10ml dosis única, vía oral.	Repetir tratamiento a las dos semanas vía oral

Segunda elección en niños/as: Mebendazol 100mg comprimidos masticables, vía oral, dosis única.

Medidas de educación a la población

Lavarse las manos después de defecar, antes de comer o preparar los alimentos.
Lavar bien frutas y verduras.

PREVENCION: (Ver T43)

Se recomienda tratar a todos los miembros de la familia conjuntamente.

NO TRATAR DURANTE EL EMBARAZO

AGENTE ETIOLÓGICO: *Trichuris trichiura*.

DISTRIBUCIÓN: A nivel nacional.

FORMA DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD: Ingiriendo verduras y otros alimentos contaminados con huevos fértiles.

SÍNTOMAS

Mayormente en niños/as preescolares y escolares.

Dolor abdominal.

Diarreas, anemia y retardo del crecimiento pondoestatural en niños/as.

Diarrea crónica, a veces con sangre y mucosidad (disentería).

COMPLICACIONES

En niños/as con muchos parásitos puede producir prolapsos rectales con los parásitos visibles en la mucosa.

TRATAMIENTO

1. TRATAMIENTO CAUSAL

Albendazol en dosis única.

ALBENDAZOL

Presentación: Tabletas de 400mg

Suspensión 400 / 10 ml

Indicaciones	Adultos	Niños/as mayores de 2 años	Observaciones
Trichuririasis o Tricocefalosis	400mg diarios por 3 días consecutivos	400mg suspensión, 10ml dosis única, vía oral.	Recomendar hacer coprológico una semana después del tratamiento y repetir tratamiento a las dos semanas

Segunda elección: Mebendazol 100 mg comprimidos masticables: adultos y niños > 2 años: 500 mg vía oral dosis única.

PREVENCION: (Ver T43)

NO TRATAR DURANTE EL EMBARAZO.

AGENTES ETIOLÓGICOS: *Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale*.

DISTRIBUCIÓN: A nivel nacional.

FORMA DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD: Cuando los huevos que hay en las heces son depositados en el suelo sale la larva, muda dos veces y luego penetra por la piel, especialmente por los pies descalzos.

SÍGNOS Y SINTOMAS

Usualmente no hay síntomas, lesión en el lugar de entrada, espacio interdigital, fuerte reacción inflamatoria (mazamorra).

Luego dolor abdominal, náusea, vómitos, neumonitis, fiebre, síndrome de Loeffler.

Más tarde anemia, palidez de la piel, de la membrana mucosa detrás del labio inferior, de la conjuntiva, cansancio y debilidad.

COMPLICACIONES

A veces falta de aire o edema de las piernas, cara y párpados.

Anemia microcitica-hipocrómica. Hipoproteinemia y retraso en el desarrollo mental y físico.

1. TRATAMIENTO CAUSAL

Albendazol en dosis única.

ALBENDAZOL
Presentación: Tabletas de 400 mg
Suspensión 400 / 10 ml

Indicaciones	Adultos	Niños/as mayores de 2 años	Observaciones
Uncinariasis	400mg vía oral diario por tres días consecutivos	400mg/10 ml vía oral de Suspensión como dosis única.	Repetir el examen de heces a las dos semanas

MEBENDAZOL 100mg / SUSPENSIÓN 100mg

Indicaciones	Adultos	Niños/as
Uncinariasis	Mebendazol 100mg comprimidos masticables, vía oral, dosis única	En niños mayor de 2 años: 1 comprimido masticables o 10ml en suspensión, dosis única

SULFATO FERROSO 300mg

Indicaciones	Adultos	Niños/as	Observaciones
Uncinariasis	Sulfato ferroso 300mg comprimidos 6-8 mg/kg/día, vía oral	3-5 mg/kg por día 2 ó 3 dosis, vía oral	300mg en ayunas 1 hora antes de las comidas 2-3 veces al día, mínimo 3 a 6 meses

Nota: En caso de embarazo el MEBENDAZOL está contraindicado, especialmente durante el primer trimestre.

SOLO USAR DESPUES DEL PRIMER TRIMESTRE DE EMBARAZO VALORANDO RIESGO-BENEFICIO.

QUÉ HACER:

Administre Sulfato Ferroso. (Ver cuadro anterior).

Aconseje ingerir una dieta rica en hierro (ver más abajo).

Si confirma uncinariasis mediante coprológico, refiera al nivel especializado para su tratamiento.

2. TRATAMIENTO PARA LA ANEMIA

SULFATO FERROSO durante por lo menos 3 meses.

Aconseje consumir alimentos que contengan mucho hierro:

- Carne, hígado, pescado, huevos, pollo.
- Frijoles, lentejas, arvejas, avena y vegetales verdes.

3. MUJERES EMBARAZADAS. (Ver T101).

4. PREVENCION: (Ver T43).

AGENTE ETIOLÓGICO: *Taenia solium*.

DISTRIBUCIÓN: A nivel nacional con mayor prevalencia en las áreas rurales.

FORMA DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD: Ingiriendo carne de cerdo cruda o mal cocida que contenga larvas *cysticercus cellulosae*. Por la ingestión de huevos de *Taenia solium* a través de verduras, frutas y agua contaminada.

SÍGNOS Y SÍNTOMAS

A menudo no hay síntomas.

Pequeñas porciones de la lombriz son visibles en las materias fecales, o expulsados por la boca: se pueden ver segmentos que se mueven.

A veces hay aumento de apetito, o por el contrario, falta de apetito y náusea.

La presencia del parásito adulto causa molestias abdominales o dolor, anemia perdida de peso, sensación de hambre.

COMPLICACIONES

Cefaleas, vómitos y convulsiones epileptiformes. Afecta el sistema nervioso central.

TRATAMIENTO

Praziquantel y Niclosamida

PRAZICUANTEL

Presentación: Comprimidos de 150mg y 600mg

Indicaciones	Adultos	Niño/a > 4 años
Infección por <i>T. saginata</i> y <i>sodium</i>	5–10 mg/kg/ vía oral, dosis única.	5–10 mg/kg/ vía oral, dosis única.

NICLOSAMIDA
Tableta masticable de 500mg

Indicaciones	Niño/a menor de 2 años	Niño/a 2-6 años	Mayor de 6 años
Taenia Solium	500mg vía oral dosis única. Dosis: puede tomarse después del desayuno, seguido 2 horas después de un laxante.	1g vía oral dosis única	2g vía oral dosis única

Medidas de educación a la población

- Cocer bien la carne de cerdo o res, antes de comerla.
- Eliminación correcta de excretas.
- Uso de agua potable.

AGENTE ETIOLÓGICO: *Hymenolepis nana*.

DISTRIBUCIÓN: A nivel Nacional.

FORMA DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD: Ingerir alimentos o agua contaminada con fase infectante (Huevo).

SÍGNOS Y SÍNTOMAS

Usualmente no hay síntomas, hiporexia, dolor abdominal epigástrico, o periumbilical, palidez, debilidad, evacuaciones pastosas diarréicas o entéricas.

Detención del desarrollo pondoestatural y la desnutrición, manifestaciones de atopía o urticaria, en ocasiones síndrome de mal absorción.

COMPLICACIONES

Enteritis con diarrea, pérdida de peso.

TRATAMIENTO

Primera elección: Praziquantel.

PRAZIQUANTEL

Presentación: Comprimido de 150mg y 600mg

Indicaciones	Adultos	Niños >4 años
Hymenolepis nana	15-25 mg/kg/ vía oral dosis única	15-25mg/kg vía oral dosis única

Segunda elección: Albendazol 400mg/10ml

ALBENDAZOL
Presentación: Tabletas de 400mg
Suspensión 400ml / 10ml

Indicaciones	Adultos	Niños >4 años
<i>Hymenolepis nana</i>	1 tableta de 400mg dosis única por 3 día consecutivos	10ml en suspensión por 3 días consecutivos, vía oral

Medidas de educación a la población

- Educar a la población con respecto a la higiene personal y la eliminación correcta de excretas.
- Usar agua potable.
- Eliminar los roedores del medio doméstico. PREVENCION (Ver T43).

AGENTE ETIOLÓGICO: *Blastoscytis hominis*

DISTRIBUCIÓN: A nivel Nacional

FORMA DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD: Al ingerir alimentos o agua contaminada con materia fecal procedente de un portador

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA: Quistes del parásito en la materia fecal. La cuantificación de los parásitos que aparecen por campos microscópicos, estarían relacionados con los síntomas.

SÍGNOS Y SÍNTOMAS

Diarrea acuosa, dolor abdominal, prurito perianal, flatulencia excesiva.

Otros síntomas inespecíficos son; náuseas, anorexia, síndrome de colon irritable.

COMPLICACIONES

Pacientes con diarrea acuosa profusa suelen sufrir deshidratación.

TRATAMIENTO

- **Metronidazol**

Adulto: 250-750mg vía oral 3 veces al día por 10 días o 1500mg vía oral por día por 10 días.

Restringir la ingesta del alcohol.

Dosis en niños/as: 40mg/kg de peso por día. Cada 8 horas vía oral por 10 días.

PREVENCIÓN

ver T43

Nota: no tratar durante el embarazo

Inflamación de la mucosa gástrica o duodenal como resultado de estímulos nocivos.

SIGLOS Y SINTOMAS

Dolor epigástrico, pirosis, relacionado con la ingesta de alimentos y bebidas. Al palpar el abdomen no hay resistencia ni señal de peritonitis.

COMPLICACIONES

Sangrado

Vómitos de sangre: roja o negra (en borra de café).

Sangre digerida o negra viscosa en las materias fecales. Anemia.

Perforación

Señales de Shock: presión sanguínea $<80 / 50$ mmHg, pulso rápido y débil, abdomen contraído y ausencia de la peristalsis.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Señales de peritonitis:

En inicio puede haber aumento de la peristalsis (de lucha), luego ausencia de la peristalsis.

Estenosis pilórica

Vómitos después de comer (tardío).

Desgaste.

TRATAMIENTO

Medidas Generales:

Evitar alcohol, café, fumar y zumos (cítricos solo al inicio del tratamiento).

Trate de reducir el Stress.

Restrinja el uso de Ácido Acetil Salicílico (Aspirina) y derivados de AINES como analgésicos y/o antiinflamatorios.

1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Inhibidores de la Bomba de Protones

- **Omeprazol:** 20-40mg en dosis única en la mañana, de 15-30 minutos antes del desayuno por 4 semanas, vía oral
En los casos de Ulcera Gástrica administrar 40mg por 4-8 semanas vía oral
En los casos de Ulcera Duodenal administrar 20mg por 4 semanas vía oral.
En el embarazo no debe administrarse Omeprazol, solo usar Antiácidos y luego del primer trimestre Ranitidina a dosis de 150mg cada 12 horas por una semana vía oral, en caso que se considere estrictamente necesario y valorando el riesgo beneficio.

SEGUIMIENTO

Si no hay mejoría después de 3 semanas o si se presentan las complicaciones deteriora la condición a pesar del tratamiento: REFIERA.

En caso de complicación: REFIERA URGENTE para evaluación y tratamiento, canalice con catéter #18 y coloque Solución Lactato en Ringer o Solución Salina al 0.9%.

Alteración inflamatoria e infecciosa que afecta los órganos genitales femeninos situados en la pelvis menor y que habitualmente se originan por vía ascendente desde el tracto genital inferior. Normalmente es causada por una ITS.

SIGLOS Y SINTOMAS

- Dolor ligero y difuso en abdomen bajo, el desarrollo de dolor durante la menstruación o poco después de finalizar, es sugestivo del diagnóstico.
- A menudo fiebre alta.
- Flujo fétido, sangrado uterino anormal, aproximadamente una de cada tres de las pacientes.
- Señales de peritonitis (reacción involuntaria).
- Examen vaginal: movimiento de la cervix o al palparse produce dolor severo sangrado uterino anormal.

1. TRATAMIENTO DE ELECCION

Terapia pre-empacada de manejo sindrómico (KIT dolor abdominal bajo) que contiene:

- Doxiciclina cápsula 100mg 1 cápsula 2 veces al día por 14 días, vía oral.
- Metronidazol tableta 500mg 1 tableta 2 veces al día por 14 días, vía oral.
- Azitromicina 500mg 1 tableta vía oral en dosis única.
- Ibuprofén 400mg 1 tabletas vía oral cada 8 horas por 3 días.
- 7 condones.
- Material educativo que el médico/a debe discutir y analizar con el usuario.

2. TRATAMIENTO SINTOMATICO

- Repose en cama hasta que la temperatura del paciente vuelva a normalizarse.
- Baño de esponja a temperatura templada para reducir la fiebre.
- Ibuprofén tableta 600mg cada 8 horas vía oral por 4 días.

3. SEGUIMIENTO

Vea nuevamente al paciente después de 2 días. Si no ha habido mejoría: REFIERA. Si hay señales de peritonitis: ESTABILICE Y REFIERA URGENTE.

Trate a la pareja sexual para gonorrea y clamidia (ver T32).

Dolor que aparece al comienzo de la menstruación, se asocia a calambres en las piernas y en ocasiones a cuadros vagales como mareos, náuseas y vómito, dependiendo de la intensidad del dolor.

SIGNS Y SINTOMAS

- Náusea, vómitos, diarrea, cefalea, mareos.
- Dolor del bajo vientre, empezando 1 día antes o con el periodo menstrual, recurrente en bajo vientre y continuo por uno o tres días.
- El dolor se puede reflejar en la espalda.
- En la mayoría de los casos, la dismenorrea no es una enfermedad.
- Sin embargo, hay que excluir otras causas de períodos menstruales dolorosos (como la endometriosis y la enfermedad pélvica inflamatoria).

TRATAMIENTO SINTOMATICO

- Analgésico: Ibuprofén tableta 400mg vía oral cada 6-8 horas por 3 días. Ideal dos días antes de la menstruación (sobre las comidas para prevenir malestar gástrico).
- Valorar uso de anticonceptivos orales, como preventivo.

SEGUIMIENTO

- Si no hay mejoría o si la condición empeora: reconsiderar el diagnóstico para dolor abdominal (ver D16).
- Si no es posible identificar algún diagnóstico: REFIERA.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Leve dolor en bajo abdomen.
- Útero más pequeño que no corresponde a la FUM y más blando que lo normal.
- Pérdida escasa de sangre vaginal, al examen cuello uterino normal.

TRATAMIENTO

1. TRATAMIENTO SINTOMATICO

Analgésicos, Acetaminofén 500mg-1gr c/8 horas por 3 días y REFERIR.

2. SEGUIMIENTO

Si al cuarto día casi ha parado de sangrar y el cérvix está cerrado: continúe su reposo en cama hasta que hayan cedido todos los síntomas. Si al cuarto día aún hay pérdida considerable de sangre y el cérvix está abierto, el aborto fue incompleto (Ver Cont. T58).

ABORTO COMPLETO

SINTOMAS

- Expulsión de producto.
- Contracción del útero hacia su tamaño normal.
- Luego: se disminuye la pérdida de sangre y cede el dolor.
- Examen vaginal: Cérvix cerrado.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO SINTOMATICO y referir:

1.- Aconseje a la paciente tomar algunos días de descanso.

2.- SEGUIMIENTO

Luego de la paciente haber sido tratada en el hospital, volver a ver la paciente después de una semana. Explíquele cuando debe regresar de inmediato. Consejería de salud sexual y reproductiva, apoyo psicológico. Verifique el diagnóstico siguiendo el árbol (Ver D25).

Es la expulsión parcial y más raramente total del producto de la concepción antes de la 20 semanas de gestación cuyo signo principal es sangrado abundante y constante.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Sangramiento severo de la vagina por más de tres días a pesar del descanso en cama.
- Sangramiento severo de la vagina, aún después de la expulsión del producto.
- Cuello uterino dilatado, útero más pequeño que el correspondiente a la FUM y más blando que lo normal.

TRATAMIENTO

REFIERA AL HOSPITAL

SINTOMAS

- Fiebre alta
- Pulso rápido y débil
- Útero sensible al tacto, blando y subinvolucionado con cuello abierto
- Malestar general
- Secreción vaginal fétida o purulenta sanguinolenta
- Dolor al movimiento del cuello uterino y anexo durante el tacto vaginal
- Retraso menstrual o amenorrea o antecedente de aborto reciente
- Puede haber signo de Shock (Ver T86)
- Después: señales de peritonitis (Ver D15)

MEDIDAS DE EMERGENCIA

- Evalúe el estado general de la paciente, signos de irritación peritoneal.
- Canalice una vena con cateter # 16 o #18.
- Administre solución endovenosa con Lactato en Ringer o Salina al 0.9% 1 litro a 40 gotas por minutos.
- Efectue especuloscopia para evaluar lesiones del cuello y vagina, verificar salida de secreciones y restos ovulares.
- Coloque sonda vesical y colector de orina.
- Administrar: Gentamicina vial160mg IV.
- Esquema alternativo: Penicilina Cristalina 10,000.000UI IV, Gentamicina 160mg IV dosis inicial.

Si hay fiebre por encima de 38°C dar Acetaminofén.

REFIERA URGENTE

Desarrollo de hipertensión, albuminuria o edema entre la 20 semana de gestación y el final de la 1ra semana después del parto.

SIGNS Y SINTOMAS

PRE-ECLAMPSIA

- Hipertensión (TA> 140/90 mm/Hg)
- Cefalea intensa
- Visión borrosa
- Sobrepeso excesivo (>500 gramos/semana)
- Edema de la cara y las manos
- Albuminuria.

TRATAMIENTO PRE-ECLAMPSIA

Acido acetilsalicílico, Aspirina; Comprimidos 81mg iniciar en embarazadas con factores de riesgo según los criterios de la OMS y se inicia entre las 8-16 semanas de gestación hasta la finalización del embarazo.

1. TRATAMIENTO ESPECIFICO

- REPOSO en cama. Estimule a la paciente a recostarse en su lado izquierdo.
- Aconseje una dieta normal con sal (la dieta baja en sales es de poco valor).
- Aconseje dieta rica en proteínas (leche, huevos, carne, pescado).
- Aumente la toma de agua.
- Medicamento Antihipertensivo específico: Hidralazina tableta 25-100mg vía oral por día; 2 veces al día.
- Referir para evaluación por especialista.

PREVENCIÓN DE LA PREECLAMPSIA:

1.5-2 g de calcio elemental a partir de las 20 semanas de gestación (3 tabletas de 600mg vía oral) y hasta el parto.
Administrar varias horas a parte de las sales de hierro para no interferir en su absorción.

En Pre-Eclampsia, moderada o severa, canalizar vena y TRASLADAR acompañado de un personal de salud.

Coma y/o crisis convulsivas entre la 20 semana de gestación y el final de la 1ra semana después del parto sin otra etiología.

SIGNOS Y SINTOMAS

ECLAMPSIA

- Hipertensión arterial (cifra mayor o igual a 140 mmHg de sistólica y 90mm Hg de diastólica) en embarazada mayores de 20 semanas.
- Convulsiones Tónico-clónica.
- Cefalea, epigastralgia, visión borrosa, acufenos, escotomas centellantes e hiperreflexia.
- Oliguria o anuria.
- Coma.

MEDIDAS DE EMERGENCIA

- Tome presión arterial.
- Coloque paciente de lado para evitar broncoaspiración.
- Si hay convulsión coloque un depresor de lengua, para evitar mordedura de lengua.
- Canalice vena con cateter #16 o #18.
- Administre Latacto en Ringer o Salino al 0.9% a 35 gotas por minuto.
- Mantener vías aéreas permeables.
- Aspire secreción de boca y faringe.
- Alfametildopa 500mg 1 tableta vía oral cada 8 horas y referir de inmediato.
- Sonda vesical fija.
- Hidralazina 20mg/ml ampolla: Dosis: 5mg de inicio lento, se repite cada 20 min hasta dosis maxima de 40mg.
- Sulfato de Magnesio en presentación de 500 mg/ml en ampollas. Administre 4grs diluido en 100 ml de Solución Salina Fisiológica en 10 a 20 minutos IV, luego durante el traslado se administra 1 gramo.
- TRASLADAR URGENTE, debe estar acompañada al trasladarse por un personal de salud y un familiar.

PREVENCION:

- Cuidados prenatales de calidad
- Dieta rica en proteínas
- Detección oportuna de la forma inicial de ECLAMPSIA.

Inflamación, generalmente por causa infecciosa, de las envolturas y membranas (meninges) que recubren al cerebro y la médula espinal.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Fiebre.
- En menores de 1 mes, hipotermia < 36.5°C.
- Dolor de cabeza severo.
- Rigidez de nuca, cambios en el estado mental, letárgico, obnubilado, o gran irritabilidad.
- **Infantes:** fontanelas abombadas, patrón del sueño alterado.
- Vómitos.
- Somnolencia.
- A veces: Convulsiones.
- En una fase posterior: pérdida de conocimiento, coma.

QUÉ HACER

REFIERA AL HOSPITAL URGENTE PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ESPECIFICO.

1. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA ANTES DE REFERIRLO.

ASEGURE UNA ADECUADA VENTILACION Y FUNCION CARDIACA.

Administre:

- Penicilina G cristalina 5,000,000 UI cada 6 horas intravenosa.
- Dexametasona 4mg-6mg /2ml Amp: 0.6mg/kg intravenosa cada 6 horas (antes o al mismo tiempo de los antibioticos).
- Acetaminofén 500mg-1gr cada 8 horas vía oral por 3 días.
- Difenilhidantoina intravenosa 250mg/5ml: Vial 250mg/ml diluido en 10cc de solución salina o agua destilada lento. y repetir cada 1 hora, hasta completar 1gr.
- Administre: 1 litro de solución salina 0.9% a 35 gotas por minutos.

**PENICILINA G SODICA O POTASICA
50,000UI por kg en polvo para inyección**

Edad	2-3 meses (4-<6kg)	4-8 meses (6-<10kg)	9-11meses (8-<10kg)	1-2 años (10-14 kg) kg	3-5 años (14-16kg)
Dosis	1.0ml vía endovenosa	1.5 ml vía endovenosa	2.0 ml vía endovenosa	2.5 ml vía endovenosa	3.0 ml vía endovenosa

ACETAMINOFEN JARABE 125 mg/5ml
dosis para administrar en gotas (100ml) vía oral y en supositorios 100mg vía rectal.

Edad	0-2 meses (4kg)	2-3 meses (4-<6kg)	4-11meses (6-<10kg)	1-2 años (10-<14 kg)	3-4 años (14 <15 kg)	5-15 años
Dosis	1.5ml o 8 gotas vía oral	2.5ml o 10 gotas vía oral	5ml o 20 gotas vía oral	5 ml o 25 gotas vía oral	7.5 ml o 30 gotas vía oral	½ comprimido vía oral

2. TRATAMIENTO SINTOMATICO

Acetaminofén 500 mg-1 gr cada 8 horas vía oral por 3 días en adultos

EVALUE al paciente para deshidratación (Ver T3-2, 3, 4)

- En caso de convulsiones:

• **Niños:** Administre DIAZEPAM a dosis de 0.3 mg/kg de peso intravenosa, diluyendo una ampolla que contiene 10 mg/2ml en 8cc de agua destilada e ir administrando la dosis calculada lentamente a dosis repuesta, o administrar sin diluir, por vía rectal, el doble de la dosis calculada para la vía parenteral.

• **Adultos:** Administrar intravenosa Diazepam diluyendo una ampolla que contiene 10 mg/2ml en 8cc de agua destilada e ir administrando lentamente a dosis repuesta, o Fenitoína Sódica vial de 250 mg/5ml diluido en 10 cc de Solución Salina o agua destilada lento y repetir cada una hora, hasta completar 1g.

DOSIS DE DIAZEPAM EN NIÑOS/AS
0.3 mg/kg

Edad	0- <1mes	1-<12 meses	1<5 años	5 - 6 años	Observaciones
Peso	4 Kg.	8 Kg.	15 Kg.	35Kg.	
Ampollas 10 mg/2 ml. Diluida en 8 ml de agua destilada Intravenoso lento	1.4ml.	2.5ml.	4.5ml.	10 ml.	Repita la dosis después de 15-30 minutos.
Ampollas 10 mg/2 ml. Vía rectal (Sin diluir)	1/2ml.	1 ml.	2ml.	4ml.	

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digepisalud.gob.do

Meningitis meningococica es una infección de las meninges, el tejido que rodea el cerebro y la medula espinal. La meningococcemia es una infección de la sangre que puede afectar otras partes del cuerpo.

SIGLOS Y SINTOMAS

- Fiebre
- Cefalea
- Vómitos
- Erupción petequial de piel y mucosas
- Afección de vías respiratorias superiores
- y pueden aparecer signos de meningitis como convulsiones.

En un 10% de los casos puede presentarse como shock endotóxico y coagulación intravascular diseminada con hemorragias cutáneas y suprarrenales (Síndrome de Waterhouse-Friderichsen) cuya mortalidad es de un 15%.

TRATAMIENTO DE ELECCION

- Penicilina Cristalina (vial de 5 millones diluida en 10 ml de agua destilada)
Niños/as 400,000 UI/ Kg/IV, en 4 dosis
Adultos 20 Millones UI/kg/día IV, en 4 dosis.

IMPORTANTE: En lo que se organiza el traslado del paciente canalizarle una vía y administrar de inmediato la 1ra dosis
Correspondiente de Penicilina Cristalina endovenoso lento y trasladar URGENTE al nivel especializado.

Notificar inmediatamente al Encargado de Epidemiología de la DPS/DAS e iniciar la investigación de los contactos.

PREVENCION

Todos los contactos directos con el paciente deben recibir quimioprofilaxis como sigue:

Primera elección: Rifampicina 300mg: en menores de un mes a dosis de 10 mgs/Kg/día vía oral 2 veces al día por 2 días.

Neonatos: mayores de 1 mes 20 mgs/kg/día vía oral por 2 días.

Adultos: Rifampicina 600mgs 2 veces al día vía oral durante 2 días.

Segunda elección: Ciprofloxacina 500mg dosis única en adultos

En caso de contacto en embarazada REFERIR URGENTE al servicio especializado

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digepisalud.gob.do

Inflamación de la membrana conjuntival.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Con frecuencia ambos ojos son afectados.
- Ojos enrojecidos y epifora.
- Los párpados cerrados y pegados con pus, por las mañanas.
- Molestias (sensación de ardor).

1. TRATAMIENTO

- Siempre trate ambos ojos aunque sólo sea uno el afectado.
- Remueva el pus con un algodón limpio y mojado con agua hervida o estéril.
- Tobramicina 0.3% gotas o ungüento oftálmicas 3 veces por día.
- Enseñe al paciente cómo poner ungüento antibiótico debajo de los párpados inferiores.
- Administre conjuntamente Eritromicina 250mg/5ml suspensión a dosis de 15mg/kg cada 12 horas vía oral.
Neonatos: 12.5mg/kg cada 6 horas vía oral.

NUNCA USE EL MISMO TUBO DE UNGÜENTO PARA OTRO PACIENTE

2. SEGUIMIENTO

Debe ver al paciente nuevamente a los 7 días.

Si los síntomas persisten o si se sospecha que hay una lesión córnea: REFIERA.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digepisalud.gob.do

Exudado ocular purulento durante el periodo neonatal.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Los síntomas aparecen 2-5 días después
- Ojos enrojecidos.
- Secreción purulenta.
- Los párpados pegados con pus.
- Párpados inflamados.

TRATAMIENTO:

Aseo de los ojos y aplicar ungüento con antibióticos, y antibióticos vía oral. Tobramicina 0.3%gotas o unguento oftálmicas 3 veces por día, Cloranfenicol 0.5% gotas oftálmicas 3 veces por día y Gentamicina 0.3% solución gotas oftálmicas 3 veces por día.

Todo neonato con infección se considera enfermedad muy grave, referir al segundo nivel de atención.

1. REFIERA AL HOSPITAL PARA EL TRATAMIENTO ADECUADO

2. PREVENCION:

Profilaxis de la conjuntivitis neonatal: RECIÉN NACIDOS después de limpiar los ojos con una gasa estéril 1 aplicación de Tetraciclina clorhidrato ungüento en cada ojo (se cierran los párpados y se hace un masaje suave para facilitar la extensión de la pomada).

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digepisalud.gob.do.

Toda agresión que reciban los ojos que puede ser ocasionada por alguna partícula que se incrusta, por piquetes o golpes, o por sustancias químicas e irritantes.

REFERIMIENTO DE EMERGENCIA

Si existe uno de los siguientes síntomas es necesario REFERIR DE EMERGENCIA AL OFTALMOLOGO.

- Lesiones (aunque sean muy pequeñas) de la córnea.
- Lesiones profundas del globo del ojo - sangre visible detrás de la córnea.

QUÉ HACER

1. NUNCA TRATE DE REMOVER UN CUERPO EXTRAÑO QUE PENETRE AL OJO.

2. Si existen los síntomas mencionados arriba o si el paciente no puede ver bien:

- Cubra el ojo con una gasa estéril.
- REFIERA URGENTE (el paciente corre el riesgo de perder la visión de ese ojo).

3. Si no hay presencia de ninguno de los síntomas mencionados y el paciente aún puede ver bien con el ojo lesionado:

- Primera opción: Aplique oxitetraciclina al 1% ungüento, debajo del párpado inferior en ambos ojos, 4 veces al día durante 7 días.
- Tetraciclina oftálmica: Infección ocular bacteriana superficial: Adultos y Niños/as >8 años, 1 aplicación 3–4 veces al día por 2 a 5 días. Enseñe al paciente cómo aplicar el ungüento.
- Segunda opción: Tobramicina 3.5 gr ungüento oftálmico 3 veces por día y REFERIR URGENTE A SERVICIO DE OFTALMOLOGIA.
- Cubra el ojo con una gasa estéril.

NUNCA USE EL MISMO TUBO DE UNGÜENTO PARA OTRO PACIENTE.

SEGUIMIENTO

Vuelva a ver al paciente después de 2 días. Si la condición ha empeorado: REFIERA.

En caso de quemaduras del ojo, hay que aplicarle al paciente un TRATAMIENTO DE EMERGENCIA rápidamente, antes de referirlo.

QUE HACER:

1. Separe ambos párpados con los dedos.
2. Lave el ojo inmediatamente con abundante agua, por lo menos durante 10 minutos.
3. Examine el ojo, administre analgésicos oral o parenteral según condición del paciente.
 - Acetaminofén, líquido oral: 125 mg/5 ml o solución para administrar en gotas: 100 mg/ml o supositorios 100mg o comprimidos 500 mg
 - Acetaminofén (niños/as: 10-15 mg/kg), adultos 500 mg, cada 6-8 horas vía oral por 3 días.
 - Valorar un antibiótico local como tetraciclina oftálmica u oral como Amoxicilina o Eritromicina según la severidad.
 - Tetraciclina clorhidrato, Pomada oftálmica: 1% o eritromicina como estearato, estolato o etilsuccinato, Tableta: 500mg o suspensión: 250 mg/5ml.
 - Amoxicilina Cápsula: 500mg cada 8 horas vía oral por 7 días. Si el paciente es alérgico a la penicilina administre: Eritromicina 250mg/5ml suspensión a dosis de 15mg/kg cada vía oral 12 horas.
Neonatos: 12.5mg/kg cada 6 horas vía oral.
4. Si el ojo está muy rojo o si hay lesión de córnea o conjuntiva: REFIERA URGENTE ANTES VENDER EL OJO.
5. Si no hay presencia de los signos anteriores lave con solución estéril y refiera de todas maneras para evaluación por oftalmólogo.

Es la inflamación de la parte anterior del cuerpo ciliar y del iris, que son las 2 capas anteriores de la uvea. Por la proximidad con otros tejidos del ojo denomina con esta entidad toda inflamación interna del ojo.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Dolor intenso,
- Pérdida de visión,
- Fotofobia y enrojecimiento del polo anterior del ojo.
- Durante la exploración pueden aparecer diferentes signos, como disminución del tamaño de la pupila (miosis), enrojecimiento del iris, enrojecimiento de la conjuntiva periquerática (situada alrededor de la córnea) y turbidez del humor acuoso.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de esta entidad debe realizarse con la apreciación por parte del médico de atención primaria evaluando:

- Agudeza visual, observación minuciosa de la parte anterior del ojo, la biomicroscopia debe dejarse para la atención de 2do orden con el oftalmólogo, así como la tonometría, gonioscopia y fondoscopía.
- Es importante la determinación o descartar la existencia de una enfermedad de base de origen infeccioso:
- se debe realizar biometría hemática, examen de orina, anticuerpos anti-toxoplasma, serología inmunología, proteína C reactiva, factor reumatoide, VDRL/FTA-ABS, anticuerpos antinucleares, PP, HIV, anticuerpos anti-citomegalovirus.
- otras pruebas a realizar incluyen: radiografía de tórax, tomografía computarizada.

TRATAMIENTO

En primer orden debe usarse esteroides tópicos como fosfato de prednisolona 0.1% (por esquema).

Ciclopléjicos y midriáticos como la atropina, ciclopentolato 0.5% y fenilefrina 5%.

En segundo orden si no se dispone del tratamiento de primer orden se pueden usar el acetato de prednisolona, dexametasona o flurometolona.

El esquema de la prednisolona es:

- 1 gota 4 veces al día la primera semana.
- 1 gota 3 veces al día la segunda semana
- 1 gota 2 veces al día la tercera.
- 1 gota 1 vez al día la cuarta.
- Si el cuadro no mejora debe ser referido inmediatamente al segundo nivel de atención (oftalmólogo).

Consiste en la entrada de cualquier tipo de material al ojo que provoca ardor, lagrimeo, enrojecimiento y dolor de mismo. Generalmente este material queda atrapado debajo de los párpados, incrustado superficialmente en la córnea o en la conjuntiva, otros casos más graves son aquellos que penetran al interior del globo ocular.

El manejo de esta situación debe ser de la manera siguiente:

- De primer orden debe realizarse un examen minucioso con buena iluminación.
- Luego lavado profuso con agua o soluciones isotópicas.

Si el cuerpo extraño se desprende deben usarse:

- Tobramicina unguento 3mg.
- El uso de antiinflamatorios no esteroides mejora considerablemente el cuadro sintomático, como también el uso de esteroides por espacio de 3 días.
- El diclofenac 0.1%, 1 gota 4 veces al día, vía ocular, flurometolona 0.1% 1-2 gotas cada 6-8 horas hasta que desaparezcan los síntomas.
- Si el médico sospecha o confirma que el cuerpo extraño penetra al globo acular debe referir inmediatamente al paciente para el segundo nivel de atención (oftalmólogo).

Trastorno nutricional que se asocia a trastorno de la visión y a un aumento de la susceptibilidad de las enfermedades infecciosas.

SIGLOS Y SINTOMAS

Inicialmente: El paciente no puede ver de noche (ceguera nocturna) reversible.

Sequedad de la conjuntiva y de la córnea (Xeroftalmia).

Después: La conjuntiva luce seca, áspera y arrugada (Xerosis).

En los casos más severos, aparece una mancha blanca en la córnea que se va agrandando.

Esta deficiencia debe ser tratada para evitar una ceguera total o irreversible

Si no se trata este caso o si se hace de manera deficiente, la córnea se ablanda y se abre sin ningún dolor (Keratomalacia).

ATENCION: Examine con cuidado.

GRUPOS QUE CORREN RIESGOS:

La deficiencia de la vitamina A es muy frecuente en niños/as de 2- 5 años de edad que están malnutridos.

Especialmente después de:

- Diarrea, sarampión, tosferina, malaria.
- Si no se amamanta al niño/a.
- Una dieta deficitaria de proteínas.
- Una dieta deficitaria de vegetales y frutas sobre todo las de color amarillo y verde oscuro.

TRATAMIENTO

A) Ceguera nocturna o Xeroftalmia:

1.- PROFILAXIS

- **Vitamina A (Retinol):** perlas 50,000 UI

Niños/as menores de 6 meses edad: 50,000 unidades dosis única;

Niños/as 6-12 meses: 1 dosis de 100,000 unidades cada 4 o 6 meses

Niños/as mayores de 12 meses: 1 dosis de 200,000 unidades cada 4 o 6 meses.

- Aconsejar a la madre cómo suministrar una dieta rica en Vitamina A: Vegetales con hojas verde oscuras, frutas y vegetales rojos y amarillos: zanahoria, mango, tomate, lechuga, brócoli, berro, yema de huevo, leche e hígado.

2.- SEGUIMIENTO:

Ver nuevamente al niño después de una semana, déle seguimiento a su estado nutricional. Si no han mejorado los ojos: REFIERA.

B) keratomalacia: REFIERA URGENTE

Las infecciones micóticas son enfermedades producidas por hongos. Según su localización se clasifican en superficiales y profundas. Las tiñas y la pitiriasis versicolor son micosis superficiales que afectan la capa más externa de la piel.

1. TIÑAS

Son las micosis superficiales más frecuentes del mundo, especialmente en climas tropicales. Llamadas popularmente “empeines”. Pueden afectar a cualquier edad, raza y sexo. Se adquieren a través del suelo, de los animales o de otras personas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- La tiña de la cabeza se presenta como placas aparentemente alopécicas, con pelos cortados al ras, con abundantes escamas, casi exclusiva de niños/as.
- La tiña del cuerpo se presenta como placas eritematoescamosas anulares, de bordes activos vesiculosos y bien delimitados. Las placas son de crecimiento centrífugo y tienden a sanar en el centro. Son muy pruriginosas.
- La tiña inguinal, similar a las lesiones del cuerpo, pero con más humedad.
- La tiña de los pies se presenta como áreas descamativas en las plantas, como vesículas o como humedad o maceración entre los dedos, en todos los casos muy pruriginosas.
- Las onicomicosis o tiña de las uñas, se presentan como engrosamiento, cambios de color, ahuecamiento y a veces destrucción de la uña.

TRATAMIENTO TIÑA CABEZA

El tratamiento de elección es la griseofulvina en presentación 125mg/5ml, de 10-20mg/kg de peso diarios durante 6 a 8 semanas vía oral, sin exceder 500mg diarios (Ejemplo: si el niño pesa 40 libras, se lleva a kg, que serían 18 kg, la dosis sería entre 180 a 360mg por día). La griseofulvina viene en tabletas de 500mg y suspensión de 125mg en 5 ml.

TRATAMIENTO DE TIÑA DEL CUERPO E INGUINAL

En las formas comunes no muy extendidas el tratamiento es tópico.

Clotrimazol 1% crema 2 veces por día, de 2 a 3 semanas.

Ketoconazol 2% crema 2 veces por día, de 2 a 3 semanas.

Para las formas clínicas diseminadas, las que no responden a terapia tópica y las recidivantes, deben ser referidas.

TRATAMIENTO DE TIÑA DE LOS PIES:

Similar al de las tiñas del cuerpo.

En las formas comunes no muy extendidas el tratamiento es tópico.

Clotrimazol 1% crema: aplicar 2 veces por día, de 2 a 3 semanas.

Ketoconazol 2% crema: aplicar 2 veces por día, de 2 a 3 semanas.

Para las formas clínicas diseminadas, las que no responden a terapia tópica y las recidivantes, deben ser referidas.

Medidas de higiene que incluyan: secarse cuidadosamente los pies, evitar el uso de zapatos de goma, o botas que producen mucho calor en los pies y favorecen la sudoración; usos de sandalias en el baño, sobretodo en baños de uso común, y uso de polvos secantes.

TRATAMIENTO DE TIÑA DE LAS UÑAS

Tratamiento tópico con clotrimazol solución tópica 2 veces al día y referir si no hay mejoría luego de 2 meses de tratamiento, referir al servicio de dermatología.

Medidas de higiene que incluyan: secarse cuidadosamente los pies, evitar el uso de zapatos de goma, o botas que producen mucho calor en los pies y favorecen la sudoración; usos de sandalias en el baño, sobretodo en baños de uso común, y uso de polvos secantes.

Son lesiones producidas por hongos, popularmente llamadas “paños”. Se presentan con más frecuencia en adultos jóvenes.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Se presentan como lesiones blanquecinas, levemente descamativas y en algunos casos, hiperpigmentadas, que pueden ser aisladas o confluir en placas de gran tamaño.
- Las lesiones se hacen más evidentes al raspar con la uña.
- Puede acompañarse de prurito leve.

TRATAMIENTO

- Antimicótico tópico: Ketoconazol 2% crema 2 veces por día, durante, por lo menos 1 mes.

PROFILAXIS:

- Evitar factores predisponentes como exceso de calor y humedad: no permanecer con ropa húmeda y sudada, mantener buena higiene.

SEGUIMIENTO

Si las lesiones persisten luego de un mes:

- Reconsidere el diagnóstico
- Confirme si hay pérdida de sensibilidad (ver capítulo lepra)

La pitiriasis versicolor debe ser diferenciada de lepra.

Las infecciones bacterianas de la piel son producidas en su mayoría por estreptococos y estafilococos. Pueden aparecer sobre la piel sana (primarias) o sobre afección preexistente, generalmente pruriginosa (secundarias), las cuales deben ser identificadas y tratadas oportunamente (Por ejemplo, si un paciente tiene una infección bacteriana en piel, puede ser debida al rascado que produce una escabiosis, en tal caso, ambas patologías deben ser tratadas).

Hay factores que aumentan la susceptibilidad a estos gérmenes tales como diabetes, desnutrición, alcoholismo, entre otros. El impétigo, los forúnculos, los abscesos y la erisipela son infecciones bacterianas frecuentes.

Impétigo

- Es la infección bacteriana más frecuente en niños. Comúnmente llamada “el quemaito”.

SIGNS Y SÍNTOMAS

- El Impétigo se caracteriza por la formación de vesículas, pústulas y costras de aspecto amarillento.
- En ocasiones predominan las ampollas.
- El impétigo predomina en cara, extremidades, alrededor de orificios naturales y pliegues.

COMPLICACIONES:

- Glomerulonefritis. Por la formación de complejos inmunes relacionadas con el estreptococo B hemolítico
- Diseminación y profundización de las lesiones.

TRATAMIENTO:

- Si las lesiones son pocas el tratamiento debe ser tópico: jabón de clorexidina 2 veces al día por 5 días y mupiroicina tópica, crema o pomada al 2%, 2 o 3 veces al día por 5 días. (la clorexidina es irritante, no debe dejarse en la piel ni usarse en áreas extensas).
- En lesiones diseminadas o resistentes al tratamiento tópico:
- En presencia de ampollas: Dicloxacilina cápsulas de 250mg cada 6 horas por 7 días. En niños suspensión de 250mg, en dosis de 25 a 50 mg/kg/día cada 6 horas por 7 días, vía oral.
- En ausencia de ampollas: Cefalexina: Adultos: cápsulas de 500mg, una cada 6 horas vía oral por 7 días. Niños/as: suspensión 250mg/5ml, de 25 a 50mg/kg/día vía oral cada 6 a 8 horas por 7 días.
- En caso de alergia a la Penicilina y sus derivados utilizar Eritromicina, vía oral, para adultos: 500mg cada 6 horas por 7 días. Niños suspensión de 125 y 250mg en 5 ml, en dosis 40mg/kg/d cada 6 a 8 horas, vía oral.

PREVENCIÓN:

- Medidas generales de higiene (no compartir objetos de uso personal, baño frecuente, entre otros) con fines de prevenir diseminación y contagios.

Los forúnculos son una infección aguda y profunda del folículo piloso, llamada comúnmente “nacíos ciegos” producida por el estafilococo. Los abscesos son acumulación de pus en el tejido, acompañado de calor, enrojecimiento y dolor.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Los forúnculos se caracterizan por pústulas o abscesos dolorosos, bien delimitados, rodeados de eritema; al abrirse dejan salir un pus espeso y amarillento que deja una cicatriz.
- Se localizan principalmente en cara, nalgas, axilas, región inguinal y muslos.
- Los furúnculos nasales y del conducto auditivo externo son muy dolorosos.
- Los del labio superior y mejilla pueden complicarse (raramente) con trombosis del seno cavernoso.

TRATAMIENTO

Local:

- Aplicación de compresas tibias.
- En caso de abscesos o forúnculos grandes se recomienda incisión y drenaje.
- Si es posible, se realizará cultivo bacteriológico y antibiograma del pus extraído, mientras llega el resultado, debe manejarse con tratamiento sistémico recomendado.
- Lavado con jabón de clorexidina. (La clorexidina es irritante, no debe dejarse en la piel ni usarse en áreas extensas).

Sistémico:

- Dicloxacilina cápsulas de 500mg vía oral cada 6 horas por 7 días.
En niños suspensión de 250mg, vía oral, en dosis de 25 a 50 mg/kg/día cada 6 horas por 7 días.
- Cefalexina: Adultos: cápsulas de 500mg, una cada 6 horas vía oral por 7 días.
Niños/as: suspensión 250mg/5ml, de 25 a 50mg/kg/día vía oral cada 6 a 8 horas por 7 días.
- En caso de alergia a la Penicilina y sus derivados utilizar Eritromicina, vía oral, para adultos: 500mg cada 6 horas por 7 días.
Niños suspensión de 125 y 250mg en 5ml, en dosis 40mg/kg/d cada 6 a 8 horas, vía oral.

Es la infección aguda y superficial de la piel producida por estreptococo beta hemolítico del grupo A y en ocasiones por el estafilococo aureus. Cuando la infección es más profunda se le llama celulitis. Afecta con mayor frecuencia miembros inferiores.

SIGNS Y SÍNTOMAS

- Aparece inflamación de la piel con enrojecimiento, edema, calor y dolor.
- Se asocia a inflamación de nódulos linfáticos regionales (adenopatía inguinal).
- Con frecuencia se acompaña de fiebre, cefalea y malestar general.

TRATAMIENTO

- Penicilina Procaínica 800,000 UI por 5 a 10 días IM, seguidas de Penicilina Benzatínica 1.2 millones de UI/ IM profundo, esta última puede repetirse semanal por 4 semanas.
- Antiinflamatorio no esteroideo, como Ibuprofén, 400 a 600mg c/8 horas vía oral por 3 días.
- En caso de ampollas, realizar cultivo y antibiograma, iniciando de manera empírica mientras llegan los resultados con Amoxicilina con Ácido Clavulánico, 500mg / 125mg, 1 comprimido cada 8 horas vía oral, por 7 días.
- En pacientes alérgicos a Penicilina: Eritromicina 500mg cada 6 horas vía oral por 10 días.
- En caso de recurrencias se utiliza Penicilina Benzatínica 1.2 millones de UI/ IM profundo, cada 3 a 4 semanas por tiempo indefinido.
- Medidas generales: reposo y elevación del miembro afectado, aplicación de compresas de solución salina, mantener buena higiene, tratar factores predisponentes como insuficiencia venosa, edema y otros.
- Siempre revisar espacios interdigitales de pies en busca de puerta de entrada, que comúnmente es una infección por hongos (mazamorra), con el fin de tratarla (véase tratamiento de tiña de los pies).

Llamado popularmente “culebrilla”, se produce por la reactivación del mismo virus que produce la varicela (virus varicela-zoster), por tanto puede afectar solo aquellas personas que ya han padecido varicela. Es desencadenado por inmunosupresión, traumatismos, neoplasias, entre otros.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Aparecen vesículas, ampollas y más tarde costras, sobre una base eritematosa, siguiendo un trayecto lineal en cualquier área, aunque con más frecuencia intercostal.
- Es precedido y acompañado de dolor punzante en el área afectada.
- Puede infectarse.

TRATAMIENTO

- Aciclovir 800mg 5 veces al día, vía oral por 7 días.
- Analgésicos, antiinflamatorios como Ibuprofeno 400 a 600mg cada 8 horas, vía oral de 2 a 3 días.
- Aplicación tópica de lociones con Oxido de Zinc.
- Recomendar reposo y evitar el contacto con personas que no hayan padecido varicela para evitar el contagio, ya que estos pueden desarrollar una varicela.
- Si las lesiones se infectan, tratar la infección. Ver infecciones bacterianas, T72

Infección viral aguda, contagiosa y de comienzo repentino, producida por el virus Varicela zoster. Se transmite fundamentalmente por vía aérea y contacto directo.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Aparece 10 a 21 días después del contagio.
- Antes del inicio de las lesiones en piel hay febrícula y malestar general que dura de 24 a 48 horas.
- Luego de este periodo en piel aparecen manchas y pápulas rojas, vesículas de contenido claro sobre base eritematosa (“gotas de rocío sobre el pétalo de una rosa”), pústulas, costras y en ocasiones cicatrices deprimidas.
- Las lesiones se encuentran en diferentes etapas evolutivas.
- La distribución de las lesiones es céfalo caudal, iniciando en cara y cuero cabelludo y diseminándose a tronco y extremidades.
- Puede afectar mucosa de los ojos, boca y genitales.
- El cuadro se acompaña de fiebre moderada y prurito intenso.
- Normalmente dura cuatro a siete días.

COMPLICACIONES

- En niños sanos son raras, pero son graves en desnutridos y pacientes con trastornos inmunitarios.
- Una complicación muy frecuente es la infección bacteriana secundaria.
- En el primer trimestre del embarazo puede ocasionar muerte neonatal o síndrome de varicela congénita, si la infección ocurre en el último trimestre del embarazo se produce varicela en el recién nacido.
- Otras complicaciones son neumonía, encefalitis y hepatitis.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES Y TRATAMIENTO SINTOMÁTICO:

- Los infectados deben permanecer en su casa hasta que todas las lesiones sean costrosas, evitando el contacto con personas que no hayan padecido la enfermedad.
- Evitar el rascado de las lesiones.
- No compartir objetos de uso personal.
- Mantener la higiene de la piel para evitar la infección bacteriana.
- Para la fiebre use Acetaminofén, vía oral, a dosis de 500mg cada 6 horas, mientras persistan los síntomas. En niños/as ver T2. Nunca use Aspirina.
- Para el prurito, aplique loción de Oxido de Zinc, tópica, 2 o 3 veces al día y difenhidramina, vía oral, 50 a 100mg 3 veces al día.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

- En adultos, Aciclovir, vía oral, 800mg 5 veces al día por 5 a 7 días.
- En niños/as, 200mg/5ml cinco veces al día por 5 días, vía oral (o más días si aparecen nuevas lesiones o si no se alcanza la cura completa).

PREVENCIÓN

Vacuna contra varicela.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Es una afección muy pruriginosa producida por un ácaro, el *Sarcoptes scabiei*, se transmite de persona a persona por contacto directo o indirecto (a través de ropa o cama). Suelen estar afectados varios miembros de la familia o personas cercanas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Prurito severo, constante, que empeora en las noches.
- Presencia de surcos, vesículas, pápulas, placas eccematosas, excoriaciones, costras, pústulas y nódulos.
- Las lesiones se localizan en espacios interdigitales, caras laterales de los dedos, áreas de flexión de las muñecas, codos, pared anterior de las axilas, región periumbilical, nalgas, palmas y plantas. En la mujer su localización predilecta es el pezón y región periumbilical; en el hombre en el escroto y pene; en los niños/as en pliegues glúteos; en lactantes: palmas y plantas.

COMPLICACIONES

- La más frecuente es la infección bacteriana.
- La dermatitis por contacto es frecuente en nuestro medio por la automedicación.

DIAGNÓSTICO

El cuadro clínico es muy sugestivo por la topografía de las lesiones, el prurito de predominio nocturno y la historia de otros miembros de la familia afectados.

TRATAMIENTO:

Medidas generales:

- Buena educación sanitaria al paciente.
- Indicación de productos escabicidas al paciente y a los familiares simultáneamente.
- El lavado diario de ropa y cambio de sábanas, especialmente después de la aplicación del escabicida.
- El paciente debe bañarse en la noche antes de la aplicación del producto escabicida y a la mañana siguiente para retirarlo.
- No debe ser aplicado en cara, cuello o mucosas.

- Junto al escabicida deben usarse sustancias refrescantes como el Oxido de Zinc 2 a 3 veces por día, vía tópica, en todo el cuerpo además de antihistamínicos orales para el prurito, de primera elección sería Difenhidramina, vía oral, capsulas o tabletas de 25 a 50mg cada 6 a 8 horas o Jarabe: 2.5 mg/ml en dosis en niños/as de 5 mg/kg/día dividida cada 6-8 hs. De segunda elección, Loratadina, tabletas de 10 mg, vía oral, una cada 24 horas o jarabe en presentación de 5mg en 5 ml, 0.3 ml (0.3 mg) por cada kilo de peso sin superar los 10mg al día, cada 24 horas.
- Si hay infección sobre agregada debe tratarse (ver página de tratamiento impétigo)

Tratamiento específico:

- Permetrina en crema al 5%. Se realiza una aplicación tópica en todo el cuerpo, del cuello hacia abajo, se deja por una noche, se retira en la mañana y se repite otra noche una semana después.
- Azufre al 9% en vaselina, se aplica por 3 noches consecutivas, se retira en las mañanas y se repite 3 noches más, una semana después. Es el tratamiento de elección en embarazadas y niños menores de 2 años.
- Ivermectina oral, en tabletas de 3mg en 2 tabletas y gotas orales 0.6% por cada 1 ml (30 gotas), para usar en dosis según peso del paciente. 15 a 25 kg ½ tableta; 26 a 44 kg 1 tableta; 45 a 64 kg/ 1 ½ tableta; > 65 kg 2 tabletas. En la presentación en gotas, una gota por kg de peso en dosis única.

En algunos casos es posible que sea necesario administrar un segundo tratamiento, 10 días después del primero.

Aparece con especial frecuencia en niños/as de edad escolar y ocasionalmente afecta adultos. Se transmite por contacto directo y al compartir gorras, cepillos y peines.

SIGNOS Y SINTOMAS

- El cabello pueden observarse los piojos, así como los huevos (liendres).
- A la exploración se observan pápulas eritematosas excoriadas, y placas eccematosas en la región occipital y región posterior del cuello.
- La afección es muy pruriginosa y por ello, puede haber infección bacteriana secundaria con linfadenopatía cervical y costras.

TRATAMIENTO

- Eliminación mecánica de liendres con peine de dientes separados untado de vinagre
- Permetrina 1% shampoo o loción: aplicar por 5 minutos y enjuagar.

Tratamiento de elección:

- Ivermectina comprimidos ranurados de 3mg vía oral para casos severos o refractarios: 200mcg/kg no usar en niños/as con un peso menor a 15kg.
- Benzoato de Bencilo uso tópica: loción al 25%. Niños/as mayores de 2 años aplicar en las áreas afectadas y lavarse 24 horas después. Nuevas aplicaciones pueden ser requeridas por 7 o 14 días.
- Mejorar condiciones de higiene.
- En casos resistentes al tratamiento tópico se usa la Ivermectina vía oral a 200 µg/kg en dosis única (ver Ivermectina en tratamiento de escabiosis).

También llamado eccema endógeno, es una enfermedad crónica y recidivante, muy pruriginosa, que puede afectar lactantes, niños y más raras veces adultos. Se relaciona a asma bronquial y rinitis alérgica.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- En los lactantes se presenta en mejillas como eritema, pápulas y costras, respetando el centro de la cara.
- En niños/as de 4 a 14 años afecta pliegues de flexión de los codos y huecos poplíteos, donde aparecen lesiones eccematosas, con eritema o hipopigmentación, piel engrosada, con aumento del cuadriculado y lesiones por rascado.
- En el adulto las lesiones eccematosas se manifiestan en brazos, piernas, cuello o en cualquier otra área del cuerpo.
- En todos los casos se acompaña de mucha comezón y con frecuencia tienen la piel seca.
- Producto del rascado las lesiones pueden infectarse.

TRATAMIENTO

- Difenhidramina 50 a 100mg 3 veces al día. Otras opciones serían Loratadina o Cetirizina 10mg en una dosis diaria.
- Aplicación tópica de una crema de Hidrocortisona al 1 o 2% por 1 a 2 semanas.
- Dar recomendaciones generales sobre el cuidado de la piel; realizar baños cortos, evitar el uso de jabones fuertes, usar humectantes en toda la piel después del baño, evitar cambios extremos de temperatura, en el lavado de la ropa evitar detergentes fuertes o con olores y no usar suavizantes de ropa.
- Si hay infección bacteriana, tratarla.

También llamado eccema por contacto, es una reacción inflamatoria de la piel por la aplicación de sustancias que pueden producir alergia o irritación, que pueden estar asociadas o no a exposición solar.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- La localización de las lesiones es variada, ya que aparecen en el área de contacto con la sustancia.
- En los casos agudos, la piel está llorosa, hay enrojecimiento, vesículas, edema, ampollas y costras.
- Cuando las lesiones tienen más tiempo, son crónicas, la piel está seca, gruesa, descamativa y con costras secas.
- Se acompaña de comezón o sensación de ardor.
- Cuando las lesiones aparecen relacionadas con el sol, presentan el mismo cuadro descrito, con predominio en áreas expuestas: cara, V del escote, dorso de manos, región externa de brazos y antebrazos. Estas pueden verse como manchas oscuras luego del contacto con sustancias cítricas (jugos de limón, colonias) y exposición solar, que se le llama Berloque.
- Pueden infectarse por el rascado.

TRATAMIENTO

- El primer paso es evitar la exposición al agente causal.
- En los casos agudos puede usarse lociones con Oxido de Zinc.
- En casos crónicos cremas o pomadas de Betametasona, 2 veces al día por 1 o 2 semanas.
- En casos relacionados con el sol, evitar exposición solar.
- En todos los casos puede usarse Difenhidramina 50 a 100mg 3 veces al día. Otras opciones Loratadina o Cetirizina 10mg en una dosis cada 24 horas.
- Si hay infección bacteriana tratarla.

Proceso alérgico caracterizado por ronchas de duración fugaz, muy pruriginosas, que puede acompañarse de grandes áreas edematosas que afectan principalmente ojos y boca llamado angioedema. Sus causas son numerosas, las más frecuentes son medicamentos y alimentos, en ocasiones infecciones, agentes físicos, entre otros.

SIGLOS Y SINTOMAS

- Ronchas
- Prurito
- Lesiones secundarias al rascado como excoriaciones.
- En ocasiones, al momento de la consulta el paciente puede no presentar las ronchas ya que estas duran pocas horas y el diagnóstico se hace en base a la historia clínica.

DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico es clínico (por observación directa de las ronchas o historia clínica) y debe acompañarse de un interrogatorio dirigido a determinar el agente causal, preguntando sobre ingesta de alimentos sospechosos y medicamentos, factores desencadenantes como emociones, ejercicio, calor, frío.
- Realizar analítica en busca de infecciones urinarias, parasitismo intestinal, entre otros.
- Buscar infecciones como: sinusitis, caries y abscesos dentales, infecciones ginecológicas.

COMPLICACIONES

Shock anafiláctico y broncoespasmos.

TRATAMIENTO**Medidas generales:**

- Evitar el contacto con el alimento, medicamento o desencadenante sospechoso
- Recomendar dieta eliminando alimentos que liberan histamina como son pescados y mariscos, huevos, colorantes, enlatados, embotellados, frutas cítricas, nueces, chocolate, fresas, estos alimentos no deben ser ingeridos.
- La dieta debe mantenerse hasta la remisión de los síntomas y basada en alimentos no condimentados, sin conservadores y cuya cocción se efectúe por hervido o asado.
- Evitar el uso de medicamentos a menos que sean imprescindibles para la salud del paciente, como antihipertensivos, a menos que estos sean sospechosos y en ese caso se hace la interconsulta con el médico correspondiente a fin de lograr sustituirlo por otro antes de retirarlos.

Tratamiento farmacológico:

- En crisis aguda se utiliza Difenhidramina en ampollas IM, en presentación de 10mg/ml, en viales de 1 y 5 ml. En adultos a dosis de 50mg IM profundo cada 4 a 6 horas, sin sobrepasar 400mg en 24 horas. Niños: 1-2 mg/kg/dosis IM profundo hasta un máximo de 6 dosis o 30 mg/24 horas.
- En tratamiento de sostén se usa Difenhidramina 50 a 100mg, 3 veces al día. Otras opciones Loratadina o Cetirizina jarabe 1mg/1ml o comprimido de 10mg en una dosis cada 24 horas por 7 días o hasta que reviertan los síntomas.

Las úlceras son lesiones cutáneas crónicas que se producen por pérdida de tejido, que afectan las capas profundas de la piel, pudiendo llegar hasta el hueso. Tienen diferentes causas, entre ellas, traumáticas y circulatorias.

SIGLOS Y SÍNTOMAS:

- Las úlceras se presentan como pérdidas de tejido de diferentes formas y tamaños.
- Su localización depende de la causa, si es por insuficiencia venosa predomina en piernas.
- La aparición de úlcera poco dolorosa, en maléolos, en pacientes jóvenes de raza negra, debe hacernos pensar en falcemia.
- Pueden o no ser dolorosas.
- Con frecuencia presentan infección bacteriana.

Medidas generales y tratamiento de úlceras:

- Mediante la historia clínica y el examen físico, identificar la causa.
- Tomar cultivo bacteriológico antes de lavar o tratar.
- Lavado y debridamiento del área.
- Lavar con jabón de Clorhexidina digluconato solución: 5%, aplicar tópicamente mupirocina en crema al 2%, cubrir con apósito, repetir el procedimiento diariamente. (la Clorexidina es irritante, no debe dejarse en la piel ni usarse en áreas extensas).
- **Primera elección:** Dicloxacilina 500mg cápsula: 1 cápsula c/8 horas por 10 días.
- **Segunda elección:** Cefalexina 500mg cápsula 1 c/6 horas por 7 días.
- El antibiótico a usar dependerá del resultado del cultivo bacteriológico a menos que la infección sea severa, en cuyo caso se utilizará un antibiótico de amplio espectro en tanto llega el resultado.
- Manejo de la enfermedad causal.

Es una enfermedad aguda, cuya causa, todavía no confirmada, podría ser viral.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Se presenta como lesiones eritematosas, descamativas en forma de placas ovaladas que predominan en el tronco, dando el aspecto en la espalda de un árbol de navidad.
- Clásicamente inicia una primera lesión de mayor tamaño seguida, unos días después, por otras lesiones parecidas pero más pequeñas.
- Puede acompañarse de prurito leve o incluso ser asintomática.

TRATAMIENTO

El tratamiento es sintomático: si hay prurito puede usarse Difenhidramina 50 a 100mg, vía oral 3 veces al día. Otras opciones serían Loratadina o Cetirizina 10mg, vía oral en una dosis diaria.

Puede aplicarse lociones con Oxido de Zinc en la piel 2 veces al día.

El cuadro se quita solo en 6 a 12 semanas.

Enfermedad infecciosa crónica producida por *Mycobacterium leprae*.

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Una o más manchas hipocrómicas mal delimitadas, acompañadas de anestesia, falta de vellos (alopecia) y falta de sudoración (anhidrosis).
- Placas anestésicas, infiltradas, bien delimitadas, de formas variables, con escama en su superficie, con un borde más activo.
- Máculas eritematosas, discretamente infiltradas, seguidas por la aparición de nódulos y tubérculos y posteriormente placas infiltradas. Estas pueden acompañarse de exageración de pliegues de la cara, alopecia de cola de cejas, enrojecimiento de los ojos, dando un aspecto de león (“facies leonina”).
- Engrosamiento de nervios periféricos.
- Pérdida de sensibilidad en manos y pies, por lo que presentaran quemaduras y heridas a este nivel.

EXAMEN

- Desvista al paciente y examine toda la piel.
- Pruebe la sensibilidad de las manchas hipopigmentadas.
- Pida al paciente cerrar los ojos. Pinche las áreas afectadas y la piel normal cerca de la lesión. El paciente debe decir cuando siente el pinchazo. Si no siente nada o hay disminución de la sensibilidad, puede ser lepra.

Ante una sospecha Lepra: que hacer:

1. Si se sospecha Lepra, REFIERA al paciente, para confirmar el diagnóstico y empezar tratamiento, al Instituto Dermatológico Dr. Huberto Bogaert.
2. Cuando el paciente vuelva con su tratamiento, el personal de la clínica o centro de salud debe dar seguimiento al paciente (el está bajo su cuidado).

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

Notificación inmediata: por disposición ministerial, se debe realizar notificación inmediata (en las primeras 24 horas de la atención) todo caso ya sea sospechoso, probable o confirmado notificar al SINAVE a través del formulario único de notificación individual de caso en la página web: www.digepisalud.gob.do

Erupción cutánea serpiginosa que se debe al avance de las larvas de uncinarias animales o diferentes especies de nematodos o parásitos que han penetrado a la piel.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Una pequeña larva moviéndose visiblemente debajo de la piel.
- En el punto de entrada, hay una pápula roja que produce comezón.
- La larva avanza cada día varios milímetros hasta algunos centímetros, dejando un túnel que se seca y se postilla. La huella que deja es lineal y hace surcos.
- Produce una intensa comezón, al rascarse, la piel puede infectarse, generalmente en miembros inferiores.
- Historia de jugar en arena y presencia de heces de gatos y perros.

TRATAMIENTO

- Ivermectina ranurados: 3mg o gotas orales 0.6%: 0.15- 0.20mg/kg dosis única vía oral.
Niños mayores de 5 años y más de 15 kg: 200 micrograms/kg diario por 1-2 días, en infecciones complicadas o diseminadas deben referirse al siguiente nivel de atención.
- Ivermectina en gotas orales 0.6%, 1 gota/kg de peso.
- Tratamiento no siempre es satisfactorio especialmente en inmunodeprimidos, se suele requerir repetir el tratamiento a intervalos mensuales o un tratamiento largo es requerido.
- Albendazol comprimidos masticables de 400mg o suspensión de 400mg/10ml

Si no hay mejoría después del tratamiento: REFIERA.

Es una reacción de hipersensibilidad general, por contacto con un alergeno, que pone la vida en peligro.

1. ANTECEDENTES

- Ingestión o administración de un fármaco (sobre todo los antibióticos).
- Ingestión de alimentos.
- Exposición a sustancia de medio diagnóstico.

2. SIGNOS Y SINTOMAS

El tiempo que tarda en aparecer los síntomas es variable, pero generalmente se observan en cuestión de segundos o minutos tras la exposición.

Respiratorios: Edema de mucosas, ronquera, estridor, sibilancias.

Circulatorios: Alteración de la frecuencia cardíaca (taquicardia o bradicardia), hipotensión.

Cutáneos: Prurito, urticaria, cianosis o palidez, sudoración.

Neurológicos: Cefalea y convulsión.

3. DIAGNOSTICO

Historia de exposición a una sustancia nociva seguida de la aparición del conjunto de signos y síntomas.

4. TRATAMIENTO

Medidas de urgencia mientras se organiza el traslado del paciente.

Si el paciente llega con las siguientes condiciones:

Presión sanguínea baja, o en shock:

- Mantenga la ventilación y administre Oxígeno al 100% a 3 litros/minuto.
- Adrenalina en ampolla 1mg/1ml (1:1000). Dosis: 0,3 a 0,5mg (0,3 ml a 0,5 ml de la ampolla) intravenosa o subcutáneo y repita cada 20 minutos si es necesario, previo chequeo de los signos vitales.
- Administrar rápidamente 500 a 1000ml de Solución Salina 0.9% seguido por una infusión ajustada según presión arterial y la diuresis inicial.
- Hidrocortisona Vial de 100mg a dosis de 500mg intravenosa dosis única.
- En caso de broncoespasmo: Ver T25.

5. PREVENCION

- Preguntar siempre acerca de posibles alergias cuando se elabore la historia del paciente.
- Aparte de citar los alérgenos responsables describa las características y la gravedad de las reacciones.
- Siempre que se deba administrar algún medicamento que pueda desencadenar anafilaxias, preguntar al paciente si ha presentado alguna reacción, permanezca con el paciente y observar si aparecen manifestaciones de rechazo.
- Tener cuidado con los medicamentos de la familia a los cuales el paciente es alérgico (antibióticos). Por ejemplo los pacientes con antecedentes de sensibilidad a las Penicilinas no deben ser tratados con Cefalosporinas.
- Todo paciente con riesgo a anafilaxia debe de ser advertido de la posible gravedad de este tipo de reacciones. Enseñarle las precauciones que debe de tomar.

La Hipertensión Arterial (HTA) es no solamente una enfermedad sino también un factor de riesgo de otras enfermedades, con mayor mortalidad. Haga una exhaustiva anamnesis y correcto examen físico. Utilice una técnica correcta de medida de la Presión Arterial, como la recomendada por Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure y la British Society (ver Anexo 5).

Clasifique al paciente por etiología: primaria en la que se desconoce la causa y representa entre el 90 y 95% de todos los casos; secundaria en la que conoce algún factor etiológico: Renal, Endócrina (Síndrome de Cushing, Hipertiroidismo, Aldosteronismo, entre otros). Sobre todo, si el paciente es menor de 20 años o mayor de 50 años.

Si no existe causa conocida investigue antecedentes familiares de HTA, gestacionales y perinatales, sobre peso y obesidad, alcoholismo, tabaquismo, factores nutricionales (alto consumo de sodio o bajo de potasio), síndrome de apnea durante el sueño, y de factores psicosociales desencadenantes. Individualice cada caso.

Tratamiento no farmacológico: modificación de los estilos de vida. Deben preceder y sustentar el inicio de cualquier acción farmacológica. Son útiles tanto para la prevención como para el tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA).

1. Aconseje: Supresión del hábito de fumar, reducción de peso en obesos, reposar, evitar vida sedentaria (ejercicio moderado y de forma regular), dieta baja de sal y grasa, moderación en el consumo de alcohol, entre otros.
2. Reevalúe el paciente y si presenta HTA agregue tratamiento farmacológico como sigue para los casos no complicados.

Tratamiento farmacológico: Para el/la médico/a de la UNAP, los diuréticos y los Bloqueadores son el primer arsenal terapéutico disponible para pacientes no complicados, que acudan espontáneamente a consulta externa o la consulta programada de personas sanas en establecimiento de salud o que se detecten en las visitas domiciliarias o en cualquiera de los diferentes escenarios de trabajo de la UNAP, a no ser que estén contraindicados o exista alguna indicación especial para utilizar otro fármaco.

1. **Hidroclorotiazida** tabletas de 25-50mg vía oral 1 vez al día en la mañana o en la tarde.
2. Reevalúe el paciente y si mantiene presión arterial elevada, incluya conjuntamente con las mediadas 1 o 2, uno de estos antihipertensivos según sea el caso:
3. **Atenolol**, tabletas de 50 a 100mgs. vía oral una o dos veces al día (evite este medicamento en asmáticos y en bradicardias sintomáticas).
4. **Enalapril** comprimido de 10 o 20mg. Inicie con 5mg. vía oral una vez por día, (Tratamiento de elección en caso de diabetes) contraindicado en hipersensibilidad a los IECA (se incluye angioedema), enfermedad vascular renal, gestación.

Si después de 2 semanas de seguimiento la presión arterial continúa elevada, refiera a cardiología para una evaluación del tratamiento, estratificación de riesgo, daño a órgano blanco (DOB) o enfermedad clínica cardiovascular (ECC).

El/la Médico/a de la UNAP hará contar en el referimiento de las drogas disponibles en el primer nivel de atención, con la finalidad de que el servicio de cardiología, si es posible, pueda hacer una elección terapéutica según su cuadro básico.

Una vez evaluado el paciente por el servicio de cardiología, éste debe regresar con instrucciones precisas a su UNAP para su seguimiento

Drogas disponibles en el Primer Nivel de Atención para HTA de acuerdo a su cuadro básico de medicamentos

Drogas	Presentación
Furosemida	Ampollas de 20 mg. /2 ml. Tabletas de 40mg.
Hidroclorotiazida	Tabletas de 25 y 50 mg.
Atenolol	Tabletas de 50 y 100mg.
Amilodipina maleato,mesilato o besilato	Comprimidos de 5mg y 10mg.
Enalapril	Comp. de 10 y 20 mg.
Captopril	Comprimidos 25 SL
Alfametildopa	Comprimidos de 250mg y 500mg
Dinitrato de Isosorbide	Tabletas de 5mg SL
Hidralicina clohidrato	Comprimido 25mg y 50mg

Fuente: Formulario Nacional de Medicamentos del Primer Nivel de Atención.

CRISIS HIPERTENSIVAS:

Es una emergencia médica. Evalúe antes de tratar si es una urgencia relativa o de una urgencia verdadera (el paciente refiere cefalea, náuseas, mareos, disnea y signos neurológicos). Usualmente la presión arterial sistólica es >130mmHg y una diastólica >90 mmHg; si no hay complicaciones agudas, el tratamiento parenteral no es necesario. Inicie el tratamiento y tan pronto obtenga estabilidad clínica refiera al paciente.

DROGAS USADAS EN CRISIS HIPERTENSIVAS

1. Furosemida ampollas de 20-40mg IV, o 40mg vía oral.
2. Captopril comprimido 12.5 a 25mg Sublingual, (utilizar en dosis menores si el paciente está tomando diuréticos).
3. Amlodipino comprimidos 5 y 10mg: administre 1 comprimido de 5mg/día una vez al día con una dosis máxima de 10mg/día.

El Síndrome Coronario Agudo (SCA) se refiere a las diferentes situaciones clínicas secundarias a la obstrucción brusca del flujo coronario, de gravedad y pronósticos variables.

El Infarto Agudo del Miocardio (IAM) es la más grave de esas situaciones y se produce por oclusión aguda de una o varias coronarias con la consiguiente necrosis miocárdica. Es la manifestación más importante de la cardiopatía isquémica que, junto al resto de enfermedades cardiovasculares, sigue siendo una de las primeras causas de muerte en la población.

FACTORES DE RIESGO:

La mayoría de los episodios de isquemia cardíaca están asociados con placas de ateroma que pueden ocasionar obstrucción aguda de los vasos coronarios. La placa de ateroma es más frecuente en ancianos, en quienes tienen enfermedad establecida de las arterias coronarias y en aquellos con factores de riesgo.

• No modificables

- Edad, antecedentes familiares de cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, presencia de enfermedad coronaria.

• Modificables

- Tabaquismo, hipercolesterolemia y/o hipertrigliceridemia, obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial no controlada.

Se define el infarto por la presencia de marcadores bioquímicos claros (troponina o CPK-MB) y uno de los siguientes criterios:

- Síntomas isquémicos
- Alteraciones ECG (ondas Q patológicas, cambios en el segmento ST)
- Intervención sobre arterias coronarias

SIGNS Y SINTOMAS

- Dolor precordial opresivo de más de 30 minutos de duración, sensación intensa de gravedad, con frecuencia irradiada a los brazos y acompañado de Síntomas vegetativos (sudoración, náuseas, palidez).
- La presentación puede ser atípica en un 20% de los casos, con más frecuencia en diabéticos, ancianos y pacientes sometidos a analgesia intensa.
- Hasta el 40% de los pacientes diabéticos pueden tener infartos silenciosos o mínimamente sintomáticos.
- En la exploración física suele encontrarse un paciente afectado, sudoroso, con un cuarto ruido y en ocasiones con arritmia cardíaca (extrasístoles ventriculares, bradicardia sinusal).

DIAGNOSTICO

El electrocardiograma es la prueba diagnóstica básica en el diagnóstico de los SCA, ya que se visualiza en las primeras horas elevación del segmento ST.

TRATAMIENTO DEL INFARTO

El diagnóstico temprano y el traslado urgente son claves para la supervivencia del paciente.

Medidas generales a tomar previo al traslado del paciente a un centro de mayor complejidad:

1. Suministrar oxígeno a 2- 4 litros por puntas nasales.
2. Canalizar una vía venosa periférica con un catéter de calibre grueso, monitorizar al paciente (TA, FC, pulso).
3. En caso de Bradicardia asociada a hipotensión o Bloqueo Aurículo Ventricular (BAV), 2do grado (mobitz tipo II) o BAV de 3er grado, valorar el uso de la Atropina a dosis de 0.5 a 1mg (máximo 2mg) IV. Presentación ampollas de 1mg en 1ml.
4. **Analgesia:** Debe tratarse el dolor lo antes posible.
 - Nalbufina: inyección de 10mg/1ml. Dolor: 10-20mg SC, IM o IV, cada 3-6 horas, dosis máxima de 160mg/día.
 - Nitratos (Dinitrato de Isosorbide de 5mg): Deben utilizarse a dosis 1 tableta 5mg vía sublingual repetirse 3 o 4 veces con intervalos de 15 minutos previa toma de la tensión arterial, contraindicado si existe hipotensión ($TAS < 90\text{mm Hg}$). En caso de hipotensión infundir 250 cc en Solución Salina 0.9% en 10 minutos y tomar nueva vez la tensión arterial, si aumenta la presión, la hipotensión es por falta de líquido descartando en ese momento el choque cardiogénico.
5. **Antiagregantes plaquetarios**
 - Ácido Acetil Salicílico en presentación 100 o 81mg masticada de forma inmediata (preferiblemente sin protección gástrica para rápida absorción) administrar 300mg antes de llegar al hospital, siempre que no exista historia de reacción alérgica previa, ulceras pépticas y hemorragia activa.

El Edema Pulmonar Cardiogénico Agudo (EPCA) es una emergencia clínica que requiere un diagnóstico y tratamiento inmediatos. Se origina al producirse la claudicación aguda del ventrículo izquierdo, que trae como consecuencia el aumento brusco de la presión en la microcirculación pulmonar y la acumulación de líquido (trasudado) en el intersticio pulmonar y los alvéolos.

SIGLOS Y SINTOMAS

En la fase inicial del EPCA suelen presentarse sibilantes (pseudo asma cardíaco), posteriormente pueden aparecer crepitantes en ambas bases pulmonares y a medida que avanza la insuficiencia cardíaca se extienden hasta los tercios medio y superior de ambos campos pulmonares (crepitantes en marea ascendente).

- Paciente angustiado, inquieto, polipneico, con hambre de aire, sudoroso.
- Tos con espuma espumoso y rosáceo.
- Dificultad para hablar, adoptando posición semisentado (ortopnea).
- Cianosis o palidez de la piel.
- Taquicardia variable, soplo cardíaco, tercer ruido cardíaco.
- Las cifras de Tensión Arterial (TA) pueden estar elevadas incluso en pacientes no conocidos como hipertensos, en ocasiones es difícil diferenciar si estamos frente a una crisis hipertensiva o ante una hipertensión reactiva (por la liberación de catecolaminas).

El diagnóstico de esta entidad se establece a partir de la anamnesis (interrogatorio), al examen físico, y exámenes complementarios. Anamnesis: El comienzo del cuadro suele ser abrupto, frecuentemente nocturno. El paciente presenta antecedentes de insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, y de otros factores de riesgo vascular, así como disnea de esfuerzo y paroxística nocturna, tos seca y nicturia.

Objetivos:

- Disminuir la presión venocapilar.
- Mejorar la ventilación pulmonar.
- Tratar la enfermedad causal.

Medidas generales:

- Siente al paciente preferiblemente con los pies colgando, esto disminuye el retorno venoso y mejora la mecánica ventilatoria.
- Inmediatamente administre oxígeno por catéter nasal o máscara a 3-5 l/min.
- Mida la presión arterial, así como la frecuencia respiratoria y cardíaca, evalúe además el estado de perfusión periférica diaforesis, frialdad y cianosis distal; repita esta evaluación cada 10 o 15 min, estas variables nos servirán de guía para valorar su evolución posterior.
- Canalice una vena periférica con catéter calibre 18G con Solución Dextrosa al 5% en agua, a un ritmo de 7 gotas por minuto (solo con la finalidad de mantener vía permeable), por la que no deben administrarse fluidos sin ser controlados celosamente.
- Siga de cerca la diuresis del paciente, coloque sonda vesical.
- Reposo absoluto, con esto tratamos de reducir al mínimo indispensable el consumo de oxígeno.
- Apoyo psicológico al enfermo, para intentar disminuir su ansiedad y trasmítirle confianza.

Medidas específicas

- Si TA normal:

Dinitrato de Isosorbide comprimido sublingual de 5mg, medicamento de elección en pacientes con EPCA e IAM. Comenzar con 1 comprimido de 5mg sublingual cada 10 minutos máximo 3 comprimidos con intervalos de 15 minutos previa toma de la tensión arterial, contraindicada si existe hipotensión (TAS < 90mm Hg). En caso de hipotensión infundir 250cc en Solución Salina 0.9% en 10 minutos y tomar nueva vez la tensión arterial, si aumenta la presión, la hipotensión es por falta de líquido descartando en ese momento el choque cardiogénico.

Es la primera droga a utilizar ya que la vía sublingual es más accesible que cualquier otra.

- Furosemida ampolla 10 mg/ml en ampollas de 2 ml: 1gr/kg/dosis intravenosa. Si después de 20-30 min no obtuvo efecto deseado, administre el doble de la dosis inicial. Produce vasodilatación pulmonar antes de su efecto diurético. Si después de 20 o 30 minutos no obtuvo el efecto deseado, administre el doble de la dosis inicial. A los pacientes que ya ingerían el medicamento se les administrará el doble de la dosis por vía intravenosa. Si la tensión arterial sistólica cae por debajo de 100 mmHg, no continuar con el medicamento.

Si con las medidas generales y estas dos medidas específicas el paciente se ha estabilizado, proceder a su traslado al centro de salud de mayor complejidad correspondiente.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ESTABILIDAD

Se considera una buena respuesta si a los 15 a 30 minutos del inicio del tratamiento, mejora la disnea, la frecuencia cardíaca, disminuyen los estertores pulmonares, aparece una coloración más oxigenada de la piel y se produce una buena diuresis.

Paciente estable refiera, con las siguientes medidas:

- Informar al paciente sobre la necesidad de traslado y tratamiento definitivo para un centro de mayor complejidad.
- El traslado debe ser asistido por un personal médico.
- El paciente debe guardar reposo absoluto en posición sentado.
- Continuar administrando oxígeno por catéter nasal.
- Vigilar signos vitales durante todo al traslado.
- Entregar referencia médica con toda la información del paciente desde su llegada a la UNAP (medicación, evolución, complicaciones, entre otros.) hasta su entrega en el hospital.

Importante:

Si el paciente ha usado previamente Digitalico, utilice con precaución la dosis de esta droga.

Si TA >160/100 mmHg o no cede con Dinitrato de Isosorbide y Furosemida, administre:

- Captopril 1 tableta de 25mg sublingual, la cuál puede ser administrada nuevamente 20 minutos más tarde.

Una vez tomadas estas medidas proceder al traslado al centro de salud de mayor complejidad, de inmediato.

Consecuencia de un aporte inadecuado o desequilibrio entre la ingesta y el energético, lo que resulta en un exceso (sobrepeso u obesidad), o en una deficiencia o mala asimilación de alimentos (desnutrición).

La Organización Mundial de la Salud recomienda utilizar el Índice de Masa Corporal (IMC) como indicador mas preciso para realizar el diagnóstico, y clasifica el peso corporal en adultos de la siguiente manera.

CLASIFICACION DEL PESO CORPORAL EN ADULTOS, SEGÚN EL IMC

Desnutrido	18.5-24.9
Desnutrición Leve	17.6-18.4
Desnutrición Moderada	16.5-17.5
Desnutrición Severa	< 16.5
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad tipo I	30-34.9
Obesidad Tipo II	35-39.9
Obesidad Tipo III (Mórbida)	40-44.9
Obesidad Tipo IV (Hipermorбida)	>45

SIGNOS Y SINTOMAS

- Déficit de peso y talla en relación a la edad (Pese y mida al niño/a y evalúe en relación a la tabla de percentiles Talla-Peso-Edad).
- Anemia, apatía y tristeza.
- Edema y lesiones en piel mucosas.
- Desaparición del panículo adiposo y atrofia muscular. (Emaciación visible grave).
- Hepatomegalia.

Alteraciones sistémicas:

- Riñón: capacidad limitada de la concentración renal.
- Hormonal: alteración de la función tiroidea, paratiroidea, córticosuprarrenal y hormona del crecimiento.
- Ocular: edema conjuntival, blefaritis, mancha de Bitot, úlcera corneal y ceguera nocturna.
- Desequilibrio hidroelectrolítico: diarrea, vómitos.
- Cerebro: puede llegar en los primeros meses de la vida al ocurrir atrofia cerebral, produciendo alteraciones neuronales.

En niños se recomienda también el IMC identificado a través del percentil correspondiente de la relación Talla-Peso-Edad. Se realiza el diagnóstico de sobrepeso en niños cuando la relación peso talla para la edad se encuentra por encima del 85 percentil, y obesidad cuando se encuentra por encima del 95 percentil.

Es la consecuencia de un aporte inadecuado o de una asimilación gastrointestinal anormal de las calorías de la dieta.

SÍGNOS Y SINTOMAS

- Déficit de peso y talla en relación a la edad (Pese y mida al niño/a y evalúe en relación a la tabla de desviación estandar, Talla-Peso-Edad).
- Anemia, apatía y tristeza.
- Edema y lesiones en piel mucosas.
- Desaparición del panículo adiposo y atrofia muscular. (Emaciación visible grave).
- Hepatomegalia.

Alteraciones sistémicas:

Antes debe indicarse coprológico, hemograma y otras pruebas de laboratorio.

- Riñón: capacidad limitada de la concentración renal.
- Hormonal: alteración de la función tiroidea, paratiroides, córticosuprarrenal y hormona del crecimiento.
- Ocular: edema conjuntival, blefaritis, mancha de Bitot, Úlcera corneal y ceguera nocturna.
- Desequilibrio hidroelectrolítico: diarrea, vómitos.
- Cerebro: puede llegar en los primeros meses de la vida al ocurrir atrofia cerebral, produciendo alteraciones neuronales.

TRATAMIENTO

- **Alimentación:** Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. Luego de alimentos ricos en proteínas y calorías, cada 3 horas entre 5 y 8 veces al día dependiendo de la edad del niño/a.

Cuáles Alimentos?:

- **Proteínas:** huevos, carnes, pescado, leche, yogurt y sus derivados, hojas tiernas de auyama, yuca, batata, espinaca, semillas tostadas, auyama, ajonjolí, maní, aceite de coco, consomé de huesos, avenas, maní molido con chocolate y avena.
- **Leguminosas:** habichuelas rojas, negras, guandules, lentejas y garbanzos.
- **Frutas y Vegetales:** zanahoria, auyama, lechuga, papas, berenjena, tomate, pepino, lechosa, mango, chinola, guineo, guayaba, cereza, piña, naranja, plátano verde y maduro y todos los tubérculos, entre otros.
- **Cereales:** arroz, maíz, trigo, avena; agregar una cucharadita de aceite de coco o vegetal y azúcar, lo cual ayuda a aumentar el valor energético.

Nota: Estos alimentos deben ser adecuados y clasificados, según condición del desnutrido.

Otras Medidas:

- Restablecer el equilibrio hidroelectrolítico (Ver T3-2-3-4).
- Caso de anemia severa: REFIERA para tratamiento.
- Administrar vitamina A (Ver T69).
- Estimulación física y emocional del/la niño/a, creando un ambiente psico-afectivo adecuado.

Infecciones:

- a) **Cefalexina:** Niños/as: 250mg/5ml, suspensión dosis de 25 a 50 mg/kg/día vía oral en 4 dosis por 7 días.
Adultos: cápsulas de 500 mg, vía oral una cada 6 hrs. por 7 días.
- b) **Amoxicilina:** Niños/as: suspensión 250mg/5ml, a dosis de 40mg/kg/día 3 veces al día por 10 días.
Adultos: cápsulas de 500mg vía oral 3 veces al día por 10 días.
- c) En caso de alergia a la Penicilina y sus derivados utilizar Claritromicina a 15 mg/kg/día, VO cada 12 hrs, en Niños/as y tabletas de 500mg cada 12 horas para adultos durante 5 a 7 días.
- d) **Albendazol 400mg:** dosis única si no se puede hacer examen de heces y se sospecha parasitosis.

PREVENCION:

- Lactancia materna exclusiva durante 6 meses.
- Incluir alimentos complementarios balanceados, después de los 6 meses, con frecuencia de 5 a 6 veces al día.
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo del/la niño/a, pesándolo mensualmente y registrándolo en su tarjeta de control de crecimiento.
- Orientar a la madre sobre los diferentes métodos para espaciar sus embarazos.
- Control de vacunación, según edad del/la niño/a, hasta completar su esquema de inmunización.
- Educación a la madre sobre alimentación e higiene de sus hijos.
- Atención médica pre y post natal adecuada de la madre.
- Educación a embarazadas sobre nutrición.

En niños se recomienda también el IMC identificado a través del percentil correspondiente de la relación Talla-Peso-Edad. Se realiza el diagnóstico de sobrepeso en niños cuando la relación peso talla para la edad se encuentra por encima del 85 percentil, y obesidad cuando se encuentra por encima del 95 percentil.

DIAGNOSTICO

- En adultos determine el IMC calculando la relación entre el peso en Kgs y la talla en metros cuadrados (Peso (Kgs)/Talla (Mt²) y clasifique según se describe más arriba.
- En niños diagnostique según el percentil correspondiente.
- Usar Cédula del/la niño/a.
- Identifique factores de riesgos asociados que incrementen la morbilidad y trate según corresponda.

Factores de riesgos asociados:

- Circunferencia de la cintura >88cm en la mujer y >102 en el hombre.
- Hipertensión Arterial Sistólica ≥140 MmHg, Diastólica ≥ a 90 MmHg o pacientes tratados con fármacos antihipertensivos.
- Aumento del Colesterol Total y Lipoproteínas de baja densidad (LDL) (Hipercolesterolemia).
- Disminución de las lipoproteínas de Alta Densidad (HDL).
- Aumento de los triglicéridos (Hipertrigliceridemia).
- Sedentarismo.
- Menopausia en la mujer.
- Diabetes (Intolerancia Oral a la Glucosa o Glucemia alterada en ayunas).
- Historia personal o familiar de enfermedad cardíaca.
- Acantosis Nigricans en cuello, axilas u otros sitios de flexión.
- Presencia de estrias.
- Hipertrofia de amígdalas y apnea del sueño.
- Alteración de la función tiroidea.
- Dolor abdominal frecuente (Hepatomegalia, Hígado graso, colecistitis, colelitiasis).
- Oligomenorrea o amenorrea (Síndrome de Ovario Poliquístico).
- Obesidad abdominal o troncal (riesgo de enfermedad cardiovascular).
- Pseudomicropene en niños (exceso de grasa en la región pélvica).
- Dolor de cadera, rodillas o tobillos (sobrecarga o lesiones articulares).

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Modificación o cambios en el estilo de vida que propicien mejores hábitos alimentarios
 - Incremento de la actividad física
 - Reducción de la ingesta calórica en sobrepeso y obesidad en adultos. Valorar reducir el tamaño de las porciones en niños.
 - Recomiende un consumo equilibrado de nutrientes (50 a 60 % de hidratos de carbono, 15 a 20% de lípidos)
 - Reducción de las grasas saturadas (trans), presentes en comidas chatarras como frituras, carnes procesadas como salchichón, salchichas, tocino), snacks, hamburguesas, entre otras.
 - Eliminar azúcares simples de la dieta (azúcar de mesa, bebidas o refrescos embotellados, té frío, jarabes, miel, entre otros).
 - Consumir con moderación las grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas.
 - Preferir alimentos que contengan OMEGA 3 y 6 (semillas secas como cajú, maní, pescado, tuna, sardina, salmón, aguacate, aceite de oliva extra virgen).
 - Aumentar el consumo de frutas y verduras. Recomendar el consumo de frutas al menos 5 veces al día y de verduras al menos tres veces al día.
 - Ingerir por lo menos tres comidas y dos meriendas.
 - Preferir los cereales integrales como el pan, arroz integral, avena, chía, quinoa, couscous, entre otras, por el aporte de fibras.
 - No omitir ninguna de las comidas, y mucho menos el desayuno.
- Consumir leche y sus derivados (queso, mantequilla, yogur) preferiblemente descremados.
- Recomendar el consumo de carne muy magra como pollo, pavo, pescado. El consumo de carne de res o cerdo debe ser limitado a una o dos veces por semana y elegir los cortes que no contengan grasa.
 - Recomendar el consumo de 2 a 3 litros de agua por día.

Son una serie de diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de los lípidos, con su consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre.

CLASIFICACIÓN

- Primarias, es decir, no asociada a otras enfermedades. Generalmente de origen genético y transmisión familiar (hereditarias), es la forma menos frecuente.
- Secundarias, es decir vinculadas a otras entidades patológicas, como por ejemplo: diabetes, hipotiroidismo, obesidad patológica y síndrome metabólico.

Diagnóstico clínico de la Dislipidemia: Para realizar el diagnóstico de una dislipidemia se deben seguir los siguientes pasos:

- 1) Identificar la población en riesgo.
- 2) Diagnóstico por laboratorio.
- 3) Clasificación de la dislipidemia.
- 4) Estratificación del riesgo coronario.

1) IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN EN RIESGO

Realizar perfil lipídico a toda persona mayor de 30 años.

Casos especiales en la medicina del perfil lipídico.

a. Medir el perfil antes de los 20 a 35 años cuando exista:

- Historia familiar de dislipidemias o de cardiopatía precoz.
- Enfermedades que cursen con dislipidemia, (Diabetes mellitus. Insuficiencia renal o hepática, Enfermedades metabólicas).
- Menores de 20 años con obesidad (índice de masa corporal mayor o igual a 30 Kg).

b. No se recomienda medir el perfil lipídico:

- Durante el embarazo, ya que este generalmente va a cursar alterado, excepto en pacientes con historia previa de hipertrigliceridemia.
- En pacientes con un infarto agudo al miocardio, el perfil lipídico se va a alterar después de las primeras 48 horas por reactantes de fase aguda, por lo que se recomienda medir en las primeras 48 horas del inicio del dolor o después del primer mes.
- Después de la medición del perfil lipídico en individuos sanos mayores de 30 años si este es normal (ver cuadro) se recomienda medirlo cada 5 años y siempre enfatizar en estilos de vida saludable.

En casos en que el paciente tenga enfermedades que se asocian a mayor riesgo cardiovascular como son la diabetes, la hipertensión u otros factores de riesgo como el fumar, se debe hacer un perfil lipídico una vez al año si este es normal, o cada 3-6 meses hasta que se normalice, de acuerdo al tratamiento que se le esté dando.

CLASIFICACION DEL COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL Y TRIGLICERIDOS (MG/DL)

LDL Colesterol (mg/dl)	<100 Optimo 100-129 Cercano a lo óptimo 130-159 Limítrofe alto 160-189 Alto >=190 Muy alto
Colesterol Total	<200 Deseable 200-239 Limítrofe alto >= 240 Alto
HDL-Colesterol	<40 Bajo >=60 Alto
Trigliceridos	<150 Normal 150-199 Limítrofe alto 200-499 Alto >500 Muy alto

2. DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO

Se debe realizar un perfil lipídico completo en el individuo identificado como de riesgo. Para esto el paciente debe estar en ayuno de 12 a 14 horas y no haber ingerido licor 24 horas antes.

El perfil lipídico les va a reportar:

1. Colesterol total
2. Triglicéridos
3. Nivel del HDL-colesterol
4. LDL-colesterol.

- **El colesterol total** nos da la suma del colesterol que llevan todas las lipoproteínas, es así como uno podría tener casos de un colesterol total alto en base de un colesterol-HDL muy alto, situación favorable para el individuo estudiado, o tener un colesterol total alto en base de un LDL-colesterol alto, situación desfavorable para el paciente estudiado. El nivel del colesterol total nos puede interesar para tamizajes de población, pero el blanco principal en el manejo de las dislipidemias es el LDL-colesterol.
- **El nivel de triglicéridos** normal es menor de 150 mg/dl, y se considera muy alto si es mayor de 500 mg/dl, ya que se asocia en estos niveles a riesgo de pancreatitis.
- En el caso de pacientes con hipertrigliceridemia el blanco secundario en el tratamiento es el nivel del colesterol no HDL. Basándose en la premisa de que el valor normal de las VLDL colesterol es de 30mg/dl, el nivel deseable del colesterol no HDL es de 30 mg/dl más que el nivel del LDL colesterol. Por ejemplo, en un paciente diabético el nivel deseable de LDL-colesterol es menor de 100mg/dl, por lo tanto el nivel deseable de colesterol HDL será 30mg más, o sea 130mg/dl.

El nivel deseable de HDL-C en ambos sexos es mayor de 40mg/dl.

- En niños mayores de 2 años y adolescentes los niveles deseables de colesterol total son menores de 170 mg/dl. LDL colesterol menor de 110mg/dl. HDL- colesterol mayor de 40 mg/dl y triglicéridos menor de 100mg/dl.

3. CLASIFICACIÓN DE LAS DISLIPIDEMIAS DE ACUERDO A RESULTADOS DE LABORATORIO:

- a) Hipercolesterolemia,
- b) Hipertrigliceridemia.
- c) Dislipidemia mixta: hipercolesterolemia más hipertrigliceridemia.
- d) Hipoalfalipoproteinemia,

Para sospechar una dislipidemia familiar, generalmente requerimos dos de los siguientes criterios:

- Historia familiar de dislipidemias en primera generación (padres, hermanos o hijos).
- Historia familiar y/o personal de cardiopatía precoz en primera generación. Línea masculina menor de 55 años o línea femenina menor de 65 años.
- Nivel de dislipidemia: generalmente duplica o triplica los valores normales.
- Signos físicos: los cuales no son patognomónicos pero debemos buscarlos. Arcus corneal, xantomas luberosos y eruptivos, xantelasmás, estriata palmaris .

- **Poca respuesta al tratamiento farmacológico.**

- En caso que se sospeche una dislipidemia familiar se debe referir al nivel de atención Secundaria.
- En caso que por historia clínica o al examen físico se encuentre la sospecha de insuficiencia renal, síndrome nefrótico o hepatopatía se debe referir al segundo nivel de atención.

TRATAMIENTO CON CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA.

La recomendación de un estilo de vida saludable es un componente esencial en las intervenciones por los servicios de salud, deben evolucionarse como problemas en las siguientes condiciones:

- a. **Población sin condiciones de riesgo de Dislipidemia.**

- En caso de presentar un estilo de vida saludable se debe reforzar.
- En el caso de llevar un estilo de vida inadecuado, por ejemplo, tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo o hábitos alimentarios no saludables, se debe establecer la etapa en que se encuentra e incorporar en un plan de cambio.

- b. **Población en condiciones de riesgo de Dislipidemia.**

- En caso de presentar un perfil lipídico normal, se debe proceder como en el punto a.

- c. **Población con Dislipidemia en riesgo bajo, moderado o alto de manejo con cambios en estilo de vida o con tratamiento medicamentoso.**

- Debe reforzarse los estilos de vida en ambas condiciones (cambio en estilo de vida y manejo con tratamiento farmacológico).

Actividad Física

Los cambios en el estilo de vida son el medio más efectivo de reducción del riesgo de enfermedad coronaria y enfermedad cerebro vascular y son la base del enfoque clínico de la prevención primaria, funcionando también en prevención secundaria. Toda persona con concentraciones elevadas de LDL colesterol debe cambiar su estilo de vida, estos cambios consisten en la reducción del consumo de grasas saturadas y colesterol, mayor actividad física y reducción de peso, teniendo claro que la actividad física y la alimentación saludable son intervenciones necesariamente interrelacionadas.

Tabaco

El consumo de tabaco es un factor de riesgo para sufrir un evento cardiovascular, toda persona portadora de dislipidemia debe iniciarse una intervención de cesación del hábito de fumar, a los fumadores se les debe ofrecer consejería estructurada en cada contacto con los servicios de salud, ésta consiste en la programación de una consulta de 10 a 15 minutos de duración, donde se negocian las estrategias para dejar de fumar y se establece un plan de seguimiento.

TRATAMIENTO DIETÉTICO

1. Modificar los aspectos relacionados con la alimentación y la actividad física que afectan el colesterol LDL. mediante la promoción de estilos de vida saludables para contribuir a mejorar los niveles de colesterol.

- Mantener el balance entre la ingesta de alimentos y el gasto de energía (actividad física), para lograr un peso corporal adecuado que permita normalizar el perfil lipídico.

2. Para alcanzar y mantener un perfil lipídico dentro de los límites normales se debe:

- Reducir o evitar las elevaciones del colesterol LDL.

El componente alimentario de mayor efecto para elevar el colesterol LDL, son los ácidos grasos saturados, los ácidos grasos trans-insaturados y el colesterol. Los elementos dietéticos que modifican el colesterol y los triglicéridos son los ácidos grasos poli-insaturados, los monoinsaturados y la fibra dietética soluble.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento hipolipemiante se inicia cuando, a pesar de la modificación de los factores nutricionales, la reducción del peso y la corrección de las causas secundarias, el paciente no alcanza las metas de LDL colesterol definido en esta guía. Este tratamiento será iniciado por el segundo nivel de atención.

En caso que sea necesario usar el tratamiento farmacológico, los cambios en el estilo de vida deben continuar recomendándose en los pacientes.

Se denomina síndrome metabólico (también conocido como síndrome X, síndrome plurimetabólico, síndrome de insulinorresistencia, a la conjunción de varias enfermedades o factores de riesgo en un mismo individuo que aumentan su probabilidad de padecer una Enfermedad Cardiovascular o Diabetes Mellitus).

Los más comunes son la obesidad abdominal, las alteraciones en el metabolismo de la glucosa, el aumento de los niveles de presión arterial y un perfil lipídico plasmático que se caracteriza por altos niveles de triglicéridos y disminuidos de colesterol HDL (1). Los individuos con síndrome metabólico presentan mayor riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

1. Obesidad abdominal definida en hombres por un perímetro de cintura igual o mayor a 90 cm y en mujeres igual o mayor a 80 cm.

Y más dos de los siguientes criterios:

2. Glucosa venosa en ayunas igual o mayor a 100mg/dL.
3. Presión arterial igual o mayor a 130/85mm Hg o estar ingiriendo medicamentos antihipertensivos.
4. Colesterol HDL igual o menor a 40mg/dL en hombres y a 50 mg/dL en mujeres o estar tomando medicamentos hipolipemiantes.
5. Triglicéridos iguales o mayores a 150mg/dL o en tratamiento con hipolipemiantes.

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME METABÓLICO

El tratamiento a implementar en sujetos con síndrome metabólico:

- Reducción del peso corporal a través de la indicación de una dieta baja en calorías y aumento del ejercicio físico. Una meta real es la reducción de 7% al 10% del peso en un período de seis a doce meses a través de una disminución modesta de la ingestión calórica (de 500 a 1.000 calorías/día), la cual usualmente es más efectiva que una dieta restrictiva más extrema.
- Baja ingestión de grasas saturadas, ácidos grasos trans, colesterol y carbohidratos simples procesados, y un aumento en el consumo de frutas, vegetales y granos enteros.
- El mantenimiento de la pérdida de peso a largo plazo, puede alcanzarse si se complementa con ejercicio regular (mínimo 30 minutos diarios). Esta pérdida de peso y el ejercicio regular, tienen un efecto preventivo en el desarrollo de diabetes.

- En pacientes con SM es preciso adicionar medicamentos antihipertensivos, antidiabéticos orales o fármacos hipolipemiantes cuando existe franca hipertensión, diabetes o dislipidemia.
- En vista de que el riesgo cardiovascular es alto en pacientes hipertensos con síndrome metabólico, se requiere un riguroso control de la presión arterial con el fin de mantener los niveles siempre por debajo de 130/85mm Hg.
- A menos que existan indicaciones específicas, en los pacientes con síndrome metabólico se debe evitar el uso de beta-bloqueadores, ya que se conocen muy bien sus efectos adversos en el aumento de peso y en la incidencia de nuevos casos de diabetes, resistencia a la insulina y perfil lipídico.
- Estos efectos parecen ser menos pronunciados o ausentes con los nuevos beta-bloqueadores vasodilatadores carvedilol, bisoprolol y nebivolol.
- Los diuréticos tiazídicos presentan efectos diabetogénicos y otras acciones dismetabólicas, especialmente a dosis altas, por lo que no se utilizan en estos pacientes.
- Los fármacos de primera opción en sujetos hipertensos con síndrome metabólico, son los antagonistas de los receptores de angiotensina (ARA II) o los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los cuales reducen la incidencia de nuevos casos de diabetes y poseen efectos favorables en daño de órgano blanco.
- Si no se consigue controlar la presión arterial con monoterapia, al IECA o al ARA II se adiciona un calcioantagonista. Esta combinación ha mostrado tener menor incidencia de nuevos casos de diabetes que la combinación con beta-bloqueadores o diuréticos tiazídicos.
- Ya que los individuos con síndrome metabólico tienen obesidad abdominal y presión arterial sensible, el diurético tiazídico a baja dosis puede representar una tercera opción, a pesar de que incluso a bajas dosis los diuréticos pueden tener efectos dismetabólicos al reducir las concentraciones de potasio sérico, lo cual se asocia a resistencia a la insulina y aparición de nuevos casos de diabetes.

Es una afección que se produce en las personas cuando las concentraciones de glucosa (azúcar) en sangre son anormalmente bajas.

ETIOLOGIA: La causa más frecuente es el tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus.

Sin embargo otros trastornos se acompañan de hipoglucemia como son:

- De ayuno y postprandial
- Intoxicación alcohólica

SIGLOS Y SINTOMAS

- Sudoración
- Nerviosismo
- Temblores
- Desfallecimiento
- Palpitaciones y a veces hambre.

Si la hipoglucemia es más grave, se reduce el suministro de glucosa al cerebro y aparecen vértigos, confusión, agotamiento, debilidad, cefalea, un comportamiento inadecuado que puede ser confundido con un estado de embriaguez, incapacidad para concentrarse, anomalías de la visión, convulsiones semejantes a la epilepsia y coma.

DIAGNOSTICO

La historia clínica del paciente, una exploración física y una simple prueba de laboratorio son por lo general, todo lo necesario para determinar la causa.

TRATAMIENTO

El tratamiento agudo requiere la administración de glucosa por vía oral, en forma de caramelos o tabletas de glucosa, zumo de frutas, agua con varios terrones de azúcar.

En caso de hipoglucemia grave pacientes con alteración del estado de alerta y restricción de la ingesta oral.

Canalizar con solución Dextrosa al 5%, mientras prepara un bolus Dextrosa hipertónica al 50%, en presentación ampollas de 20 ml.

Se debe canalizar al paciente con catéter calibre #18 y colocar Solución de Dextrosa, Solución inyectable: 5% (isotónica) de 500ml y 1 litro. No se especifica la cantidad que se administrara al paciente, mientras se prepara un bolus de Dextrosa al 50%.

Iniciar con un bolus de Dextrosa, Solución inyectable: 50% (hipertónica) 20ml, 500ml y 1L (para lo cual debe diluirse 10ml de Dextrosa al 50% en 10 ml de agua destilada), repetir la dosis una vez finalizada la administración de la primera.

Referir al paciente a un centro de mayor capacidad resolutiva.

PREVENCIÓN DE LA HIPOGLICEMIA EN NIÑOS/AS

En los niños/as menores de 2 meses.

- Si el/la niño/a puede tomar el seno:

Estimule a la madre que de el seno al niño/a más frecuentemente.

- Si el/la niño/a no puede tomar el seno pero puede tragar:

Darle la leche materna extraída o fórmula láctea.

Si eso no es posible, dar al niño/as 30-50 ml de sucedáneo o agua azucarada antes de que se traslade.

Para preparar el agua azucarada: disolver 4 cucharaditas de azúcar al ras (20gr) en una taza con 200ml de agua potable.

- Si el/la niño/a no puede tragar:

Darle 30 -50 ml de leche o agua azucarada por una sonda orogástrica.

Dextrosa 50% 20ml Amp: Bolus de dextrosa al 25%: Diluir 10ml de dextrosa al 50% en 10ml de agua destilada.

Repetir la dosis al finalizar la administración de la primera.

Referir URGENTE al hospital.

Se describe como un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.

CLASIFICACION

- Diabetes tipo I
- Diabetes tipo II
- Otros tipos específicos de diabetes
- Diabetes Gestacional

CRITERIO DIAGNÓSTICO

- **Glucemia plasmática en ayunas $\geq 126\text{mg/dl}$ ($\geq 7 \text{ mmol/l}$)** en dos ocasiones. Ayuno se define como un período sin ingesta calórica por lo menos de ocho horas y máximo de doce horas.
- **Glucemia dos horas posprandial $\geq 200\text{mg/dl}$ (11.1mmol/l)** durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral. La prueba deberá Practicarse según los criterios de la OMS, usando una carga de glucosa equivalente a 75gr ó 1.75gr/kg de peso para menores de 30 kg de peso de glucosa anhidra disuelta en 300cc agua.
- **Glucemia $\geq 200 \text{ mg/dl}$ (11.1mmol/l) a cualquier hora del día (casual)** con presencia de síntomas clásicos de la enfermedad como poliuria, polidipsia, pérdida de peso o polifagia. Se define como cualquier hora del día la glucemia realizada sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última comida.

TRATAMIENTO

No Farmacológico:

Medidas Generales.

- 1- Actividad física, para mejorar la tolerancia a la glucosa, vigilar la pérdida de peso, y disminuir la cantidad de medicación. También disminuye los factores de riesgo coronario y mejora la auto percepción de salud y bienestar.
- 2- Dieta igual que para la población general, balanceada en hidratos de carbono, grasas, proteínas y fibras, además se recomienda evitar los carbohidratos de rápida absorción como los dulces. Se deben fraccionar las comidas en 4 porciones, en la diabetes tipo II y para la del tipo I agregar dos meriendas. Recordar coma la mitad o servir en plato de postre.

3- El proceso educativo del paciente diabético y su familia implica una labor continuada que debe realizar no sólo el médico, sino todo el personal del equipo de salud. Este facilita alcanzar las metas del control metabólico para prevenir o retardar el desarrollo de las complicaciones crónicas; además permite que la persona con DM2 se comprometa con su tratamiento para alcanzar las metas. Actualmente el paciente diabético debe ser activo en la atención de su salud, apoyado en el equipo de salud, para alcanzar las metas del tratamiento y lograr frenar el desarrollo de las complicaciones

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- **IMPORTANTE:** Los pacientes diagnosticados con Diabetes Tipo 1, Otros tipos específicos de diabetes y Diabetes Gestacional deben ser referidos al Especialista.

Diabetes Tipo I:

Sulfonilureas (SU): Glibenclamida.

Indicaciones: Si luego de 3 meses de tratamiento con un plan de alimentación y de actividad física, no se consigue un control adecuado. Las SU son más apropiadas para los DBT tipo 2 leves de comienzo en la madurez, que no son obesos ni insulinopélicos (producen poca Insulina).

Las SU se indican 30 minutos antes de las comidas. Se debe recordar al paciente que coma después de tomar la pastilla para evitar la hipoglucemias. La duración del efecto alcanza las 24 horas, por lo que pueden darse en una sola dosis diaria cuando esta es pequeña (hasta 20mg para Glibenclamida).

Si se usa una sola dosis diaria, esta puede indicarse antes del almuerzo o antes de la cena (según cual sea la comida más importante).

Se comienza con una dosis baja (dosis inicial) una vez por día y se va aumentando cada 1 a 4 semanas, hasta que se alcanza la meta de glucemia, o hasta la dosis máxima del medicamento dividida en 2 a 3 tomas diarias.

- 1- Dieta igual que para la población general, balanceada en hidratos de carbono, grasas, proteínas y fibras, además se recomienda evitar los carbohidratos de rápida absorción como los dulces. Se deben fraccionar las comidas en 4 porciones, en la diabetes tipo II y para la del tipo I agregar dos meriendas. Recordar coma la mitad o servir en plato de postre.

2- El proceso educativo del paciente diabético y su familia implica una labor continuada que debe realizar no sólo el médico, sino todo el personal del equipo de salud. Este facilita alcanzar las metas del control metabólico para prevenir o retardar el desarrollo de las complicaciones crónicas; además permite que la persona con DM2 se comprometa con su tratamiento para alcanzar las metas. Actualmente el paciente diabético debe ser activo en la atención de su salud, apoyado en el equipo de salud, para alcanzar las metas del tratamiento y lograr frenar el desarrollo de las complicaciones.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- **IMPORTANTE:** Los pacientes diagnosticados con Diabetes Tipo 1, otros tipos específicos de diabetes y Diabetes Gestacional deben ser referidos al Especialista.

Diabetes Tipo II:

Sulfonilureas (SU): Glibenclamida.

Indicaciones: Si luego de 3 meses de tratamiento con un plan de alimentación y de actividad física, no se consigue un control adecuado. Las SU son más apropiadas para los DBT tipo 2 leves de comienzo en la madurez, que no son obesos ni insulinopénicos (producen poca Insulina).

Las SU se indican 30 minutos antes de las comidas. Se debe recordar al paciente que coma después de tomar la pastilla para evitar la hipoglucemias. La duración del efecto alcanza las 24 horas, por lo que pueden darse en una sola dosis diaria cuando esta es pequeña (hasta 20mg para Glibenclamida).

Si se usa una sola dosis diaria, esta puede indicarse antes del almuerzo o antes de la cena (según cual sea la comida más importante). Se comienza con una dosis baja (dosis inicial) una vez por día y se va aumentando cada 1 a 4 semanas, hasta que se alcanza la meta de glucemia, o hasta la dosis máxima del medicamento dividida en 2 a 3 tomas diarias.

Glibenclamida comprimido de 5mg:

Adultos: inicio 2.5-5mg 30 min vía oral antes de la comida principal; Ancianos: 5mg/día; Dosis promedio: 10mg/día; Dosis máxima: 20mg/día, 30 minutos antes de las comidas. Se debe recordar al paciente que debe comer después de tomar la pastilla para evitar la hipoglucemias. La duración del efecto alcanza las 24 horas, por lo que pueden darse en una sola dosis diaria cuando esta es pequeña (hasta 20mg para Glibenclamida).

Nota: Una vez aplicado el esquema anterior, realice interconsulta con el especialista para evaluación integral.

BIGUANIDAS: Metformina Indicaciones:

- 1) DBT Tipo 2 con obesidad y/o hiperlipemia que no responde a la dieta y a la actividad física luego de 3 meses de tratamiento,
- 2) Tratamiento adyuvante de las SU cuando el paciente no logró alcanzar las metas,
- 3) Tratamiento combinado con insulina,
- 4) Insulinorresistencia y
- 5) Hipersensibilidad o fracaso primario y secundario a las Sulfonilureas (SU).

En un paciente que no responde adecuadamente a la dieta y a la actividad física en un lapso de 3 meses, se puede comenzar tratamiento con Metformina o Glibenclamida. Si es obeso o hiperlipidémico conviene comenzar con Metformina. La asociación de Glibenclamida con Metformina tiene un efecto aditivo para alcanzar la meta sobre la glucemia y la hemoglobina glicosilada.

Metformina comprimido 500-850 mg: 1-2gr/ día vía oral con las comidas. Dosis máxima 2g.

La droga debe tomarse con las comidas. En la práctica, suele comenzarse con un comprimido de 500mg con el desayuno hasta llegar a almuerzo y con la cena y luego puede aumentarse de a 500mg cada dos semanas hasta la meta deseada.

La dosis de insulina de acción intermedia, Inyección: 40 UI/ml en viales de 10ml; 100 UI/ml en viales de 10ml (como suspensión compuesta de insulina zinc o insulina isofánica). La prescripción debe ser por un especialista.

Infección del tejido mamario por bacterias que han penetrado al mismo a través de una fisura y/o conducto del pezón.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Fiebre
- Rubor
- Dolor, calor e inflamación

Si está lactando no dejar de amamantar porque empeora y demora su recuperación.

RECOMENDACIONES A LA MADRE

- Permanecer con su bebe en cama las 24 horas, el reposo es esencial.
- Aplicar compresas tibias en el seno afectado, de 3 a 5 minutos antes de alimentar al bebé.
- Amamantar más frecuentemente, cambiar la posición del bebé cada vez que amamante para que los ductos se vacíen adecuadamente.

TRATAMIENTO

Primera elección: Dicloxacilina

En niños/as: 25 mg/kg/día vía oral dividido en 3 dosis. Dosis máxima 1.5-2g por día

En adultos: 500mg 1 cápsula, vía oral 3 veces por día por 10 días,

Segunda elección: Clindamicina: 150-450mg cada 6 horas vía oral por 7 días

- Acetaminofén tabletas 500-1g vía oral cada 8 horas por 3 días para el dolor y la fiebre.
- Extractor de leche.

Si persisten los síntomas, la inflamación se torna dura, sospechar absceso. (Ver T73).

Enfermedad bacteriana producida por bacterias residentes y transeúntes del medio bucal, adheridas (formando placas) a la superficie de los dientes, la que se instaura tempranamente alterando las encías; en su etapa avanzada compromete los tejidos de soporte. Inicia en la pubertad. Ocurre en cualquier etapa de la vida.

SIGNOS Y SINTOMAS

Inicial: Encía, enrojecidas, sangrantes.

Avanzada: Encías dolorosas, con pus y dientes móviles.

TRATAMIENTO

- Fisioterapia correcta (cepillado, hilo dental, enjuague).
- Indique analgésicos (Acetaminofén) y antibiótico (amoxicilina). Ver T2 y T19.
- Recomiende el uso de Bicarbonato de Sodio 2.5mg en 8 onzas de agua para la higiene bucal.
- Enjuague bucal con sal y agua tibia.
- Si sospecha de enfermedad sistémica, refiera para evaluación.

Toda paciente embarazada con gingivitis debe ser referida al odontólogo de la red de servicios, para prevenir el parto prematuro.

La anemia por déficit de hierro aparece como resultado de un balance negativo de este metal en el organismo y trae como consecuencia la disminución de las cifras de Hb y Hcto por debajo de los límites de referencia para cada grupo etáreo y con ello las manifestaciones clínicas propias de esta entidad, las cuales pueden obedecer a múltiples etiologías.

Causas de deficiencia de hierro:

1.- Balance negativo de hierro.

- Disminución de la ingestión de hierro.

Dietas vegetarianas estrictas

- **Absorción deficiente.**

- Aclorhidria

- Cirugía gástrica

- Enfermedad celíaca

2.- Pérdidas sanguíneas.

- **Hemorragia gastrointestinal**

- Úlcera péptica

- Várices esofágicas

- Diverticulosis

- Neoplasias Parasitosis

- Colitis ulcerativa

- **Uterinas**

- Menometrorragias

- Parto

- **Urinarias**

- Hemoglobinuria

- Hemoglobinuria paroxística nocturna

- Hemoglobinuria por lesión renal o vesical

Otras

- Enfermedades de la hemostasis
- Hemodialisis

3.- Requerimientos elevados de hierro.

- Infancia
- Embarazo
- Lactancia

SÍGNOS Y SÍNTOMAS

(aparecen en dependencia del grado de anemia)

- Palidez cutáneo mucosa
- Fatiga
- Irritabilidad
- Palpitaciones
- Mareos
- Polipnea
- Cefalea
- Debilidad muscular
- Uñas frágiles y quebradizas
- Caída del cabello
- Pica [ingestión de sustancias tales como hielo (pagofagia), tierra (geofagia) y otras].
- Si la anemia es aguda y severa pueden aparecer manifestaciones de insuficiencia cardíaca y shock.

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

1. Hemograma:

- Cifras de Hb: disminuida
- Valores de Hematócrito: disminuido
- Conteo de plaquetas: normales o ligera trombocitosis. Si están elevadas, investigar pérdida por hemograma.

- Recuento de leucocitos: normales.

2.- Índice hematimétricos:

Anemia Microcítica e Hipocrómica

- Volumen Corpuscular Medio (VCM): Disminuido
- Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media (CHCM): Disminuida

3.- Reticulocitos:

Generalmente normales.

Si están aumentados, investigar pérdidas por hemorragia o posibilidad de otro diagnóstico.

Ante esta eventualidad realizar interrogatorio exhaustivo y exámen físico adecuado para precisar la causa y **REFERIR** a un centro más especializado para confirmar diagnóstico.

TRATAMIENTO

Normas Generales

- Tratamiento etiológico siempre que sea posible.
- Evitar antiácidos y antagonistas H₂ u Omeprazol durante la toma de hierro.
- Corrección de hábitos dietéticos, incorporar alimentos ricos en hierro tales como carnes rojas, legumbres y vegetales.
- Evitar leche entera de vaca antes del año de vida, promover uso de lactancia materna.
- Evitar alimentos ricos en ácido fitico, harinas de trigo procesadas, por su acción quelante sobre el hierro, soya, fibras, taninos, té, yema de huevo.
- Antiácidos.
- Mejorar las condiciones socio-económicas y hábitos alimentarios (parasitosis, desnutrición) y medidas de higiene.

Terapia Hierro oral

Sales Ferrosas: Sulfato Ferroso (Tabletas de 300mg) vía oral, para adultos y niños/as mayores.

Gotas Pediátricas 125mg/ml.

Dosis: Niños/as 3 a 5mg/kg/día en 2 a 3 dosis.

Adultos 6 a 8mg /Kg/día.

La dosis habituales en el Adulto es 300 mgs de Sulfato Ferroso en ayunas (1 hora antes de las comidas) 2-3 veces al día, mínimo 3 a 6 meses (300mg de Sulfato Ferroso equivalen a 60mg de Fe elemental).

Se puede mejorar la absorción de Fe oral añadiendo vitamina C.

REACCIONES ADVERSAS.

El Fe por vía oral puede producir en el 10 al 20% de los enfermos:

- Pirosis
- Náuseas
- Estreñimiento
- Diarrea
- Heces de color negro

Los efectos gastrointestinales adversos se pueden disminuir:

- Tomando el fármaco con el estómago lleno
- Tomando menos dosis durante más tiempo
- Aumentando la dosis de forma gradual
- Con otras sales ferrosas:
 - Gluconato Ferroso
 - Fumarato Ferroso

Si la Hemoglobina es menor de 7grs o el Hematócrito menor de 20% y no hay respuesta al Hierro oral refiera al servicio de mayor complejidad.

IMPORTANTE

Cuando se considere necesaria la terapia parenteral porque exista anemia aguda y severa, no respuesta a la terapia oral, intolerancia gástrica o mal absorción y debido a los afectos colaterales que presenta tales como:

- Anafilaxia
- Dolor
- Pigmentación cutánea
- Sarcomas en el lugar de la inyección
- Adenopatías regionales
- Artralgias

Se debe REFERIR nivel especializado.

Controles periódicos

1. A la semana del tratamiento se debe realizar conteo de reticulocitos para ver si existe respuesta. Una respuesta positiva al tratamiento sustitutivo con Hierro se indica por un aumento en los mismos.
2. La anemia debe quedar corregida por un término medio de 2 o 3 meses.
3. Se debe hacer un control a los 3 y 6 meses de Hb, Fe y Ferritina.

Debe emplearse por norma dar Fe por lo menos 3 meses después de haberse normalizado las cifras de Hemoglobina y el resto de parámetros hemáticos para llenar los depósitos en médula ósea y evitar las recaídas una vez eliminada la causa.

La Falcemia es una enfermedad hereditaria caracterizada por anemia hemolítica crónica y glóbulos rojos con forma de hoz (medialuna). Esta característica de los hematíes facilita alteraciones a nivel de la microcirculación por lo que hace posible que se obstruyan y dañen los vasos más pequeños que se encuentran en el bazo, los riñones, el cerebro, los huesos y otros órganos, reduciendo el suministro de oxígeno a dichos tejidos. Estas células deformadas, al ser frágiles, se rompen a medida que pasan por los vasos sanguíneos, causando anemia grave, obstrucción del flujo sanguíneo, lesión en distintos órganos y a veces, la muerte.

SÍGNOS Y SINTOMAS

- Fatiga
- Disnea
- Coloración amarilla de escleróticas
- Cuadros dolorosos óseos y articulares
- Síndrome torácico agudo
- Fiebre si hay infecciones
- Úlceras maleolares
- Dolor abdominal
- Hematuria
- Priapismo

Examen Físico

- Palidez cutáneo mucosa
- Ictericia
- Dolor abdominal a la palpación
- Hepatomegalia
- Esplenomegalia (Autoesplenectomía, se observa en pacientes adultos que han sufrido múltiples infartos esplénicos)
- Deformidades Óseas (cráneo en torre, tibia en sable).

Crisis de la Falcemia:

- Crisis vasocclusiva
- Crisis aplástica
- Crisis de secuestro
- Crisis Hemolítica

DIAGNÓSTICO

- Anamnesis APF (Precistar presencia de hemoglobina S en los padres)
- Examen físico (Datos positivos de acuerdo al tipo de crisis)
- Hemograma (Hemoglobina (Hb) y hematocrito disminuidos) realizar
- Prueba de Falcemia. Si es positiva REFERIR a un centro de Atención Especializado al Hematólogo para confirmar DIAGNOSTICO a través de la Electroforesis de Hb (Presencia de hemoglobina S)

TRATAMIENTO

Educativo:

Orientar al paciente sobre factores que predisponen a las crisis en el paciente falcémico, tales como:

- Ejercicio activo
- El alpinismo
- Los vuelos a gran altitud sin suficiente oxígeno
- Infecciones
- Deshidrataciones
- Consejo genético en pacientes heterocigóticos o portadores de la enfermedad para evitar la multiparidad y el nacimiento de pacientes homocigóticos SS.

General y Sintomático

- Reposo
- Hidratación Oral
- Ácido Fólico comprimidos (5 mg) por día vía oral durante toda su vida.

En crisis dolorosa ligera

- Hidratación oral.
- Mantener dosis de Ácido Fólico.
- Analgésicos vía oral: cualquiera de los enumerados más abajo.

Adultos:

- Acetaminofén, Administre 500mg - 1 gr cada 8 horas por tres días, vía oral.
- AINES (Antiinflamatorio no Esteroide) última opción: Diclofenac 50mg tabletas 1 comprimidos, vía oral c/8 horas.
Ibuprofeno 400mg tabletas: 1 comprimido vía oral c/8-12 horas.

Niños/as

- Acetaminofén jarabe125mg /5ml dosis, 10-15mg/kg dosis, cada 6-8 horas por 3 días.

SI NO SE OBTIENE MEJORIA CLINICA Y SI EXISTEN SIGNOS DE ALARMA TALES COMO:

- Caída brusca de Hb y Hcto.
- Intensificación de la coloración icterica.
- Aumento de la visceromegalia.
- Caída de otros parámetros hematológicos en periferia (leucocitos y plaquetas).
- Crisis dolorosas de huesos y articulaciones que no resuelven con la terapéutica analgésica habitual.
- Cefalea persistente y/o convulsiones sin causa aparente.
- Dolor torácico intenso y refractario acompañado de disnea, cianosis y manifestaciones de insuficiencia cardiopulmonar.

REFERIR al centro de Atención Especializado o al Hematólogo para confirmar y **TRATAMIENTO**.

La anemia por déficit de hierro que aparece como resultado de un balance negativo de este metal en el organismo durante el embarazo y trae como consecuencia la disminución de las cifras de Hb y Hcto por debajo de los límites de referencia.

SIGLOS Y SINTOMAS:

- Membranas y mucosas pálidas, evalúe comparando las palmas de las manos de la paciente con la del examinador.
- Niveles de hemoglobina menores de 11gr.
- Disnea, edema, hepatomegalia.
- Taquicardia.
- Zumbidos de oídos (tinnitus).
- Soplos sistólicos cardíacos.
- Astenia.
- Anorexia.
- Cefalea.
- Historia de malnutrición.

SI LA Hb ES MENOR DE 7 GRS O HCTO MENOR DE 20% REFIERA AL SERVICIO DE MAYOR COMPLEJIDAD.

Tratamiento: Va a depender del grado de anemia.

Tratamiento:

Va a depender del grado de anemia.

Sulfato ferroso en presentacion de Tabletas 300mg, 0.4mg de ácido fólico y 40mg de vitamina C.

Anemia	Hb (gr)	Sulfato Ferroso
Leve	10 a<11	600mg vía oral (300mg 2 veces al día)
Moderada	8 a<10	900mg vía oral (300mg 3 veces al día)
Severa	<8	1,200mg vía oral (300mg 4 veces al día)

Nota: En las Anemias Severas, si la paciente está en el último trimestre del embarazo es recomendable el uso de hierro parenteral, de manera que debe REFERIR al especialista.

Vía Parenteral: Las dosis se calcula 250 mg. por cada gr. de Hb por debajo de los niveles normales y 300mg en el último trimestre. Nunca debe administrarse más de 2,000mg como dosis total.

Solo se administra Hierro parenteral si hay:

- Intolerancia gástrica.
- Falta de respuesta al tratamiento vía oral.
- Anemia severa después de 34 semanas de gestación.

PROFILAXIS

- Debe iniciarse 300mg de Sulfato Ferroso vía oral al día.
- Se complementa con la administración de 400 microgramos de Ácido Fólico por 3 meses vía oral. Dar consejería sobre nutrición.

Nota: En las Anemias Severas, si la paciente está en el último trimestre del embarazo es recomendable el uso de hierro parenteral, de manera que debe REFERIR al especialista.

Vía Parenteral

Las dosis se calcula 250 mg. por cada gr. de Hb por debajo de los niveles normales y 300mg en el último trimestre. Nunca debe administrarse más de 2,000mg como dosis total. Solo se administra Hierro parenteral si hay:

- Intolerancia gástrica.
- Falla de respuesta al tratamiento vía oral.

SINTOMAS GRAVES

- Deshidratación
- Confusión mental
- Coma

Si la paciente presenta estos síntomas graves debe REFERIR URGENTE

Es el trastorno ocasionado por la disminución del volumen sanguíneo con hipoperfusión a órganos vitales, que pueden dejar graves secuelas o la muerte.

SIGLOS Y SINTOMAS

- Pulso rápido y débil (110 latidos por minutos o más)
- Hipotensión arterial (presión arterial sistólica menos de 90mm Hg)
- Respiración rápida y jadeante
- Piel pálida, sudorosa y fría
- Alteraciones del estado de conciencia: ansiedad, confusión o inconciencia
- Oliguria
- Evidencia de sangrado externo o interno

Medidas de Emergencia:

- Canalice dos venas con catéter #16 o #18, o la aguja de mayor calibre que exista en el establecimiento, administre Solución Lactato en Ringer, solución inyectable: 250 y 500 ml y 1L cloruro sódico, Solución inyectable: 0,9% isotónica (equivalente a Cl-154), un litro en 15 minutos, un litro en la siguiente media hora y mantenga la vía canalizada.
- Posición de Trendelenburg.
- Realice hemostasis si el área de sangrado lo permite, ya sea aplicando torniquetes intermitentes o compresión del vaso que sangra.
- Sonda Vesical y colector de orina.
- No administrar nada vía oral.
- Mantener vía aérea permeable.
- Haga nota de referimiento y traslade a un centro de mayor capacidad resolutiva acompañado de un miembro del personal de salud y de un familiar.

Es la separación total o parcial de la placenta insertada normalmente en la cavidad uterina, que ocurre después de las 20 semanas de gestación.

SIGNOS Y SINTOMAS

La severidad de los síntomas va a depender del grado de desprendimiento, entre lo que se encuentra:

- Sangrado transvaginal oscuro (puede no estar presente) y en ese caso se denomina DPPNI oculto.
- Dolor abdominal.
- Hipertensión uterina.
- Dificultad para palpar partes fetales.
- Aumento de la altura uterina.
- Estado general variable que puede llegar a Shock:
 - Pulso rápido y débil (110 latidos por minutos o más).
 - Hipotensión arterial (presión arterial sistólica menos de 90mmHg).
 - Respiración rápida y jadeante.
 - Piel pálida, sudorosa y fría.
 - Alteraciones del estado de conciencia: ansiedad, confusión o inconciencia.
 - Oliguria.
 - Evidencia de sangrado externo o interno.

MEDIDAS DE EMERGENCIA

- Canalice vena con catéter #16 o #18 o aguja de mayor calibre.
- Administre Solución parenteral de Lactato de Ringer o Salino isotónica al 0.9% a 40 gotas por minuto.
- Haga nota de referimiento y traslade a un centro de mayor capacidad resolutiva acompañado de un miembro del personal de salud y de un familiar.

Es la inserción de la placenta en el segmento uterino.

SIGNOS Y SINTOMAS

- Sangrado transvaginal indoloro después de las 20 semanas de gestación.
- Generalmente madre y feto se encuentra en buenas condiciones.
- Sangrado rojo rutilante.
- Frecuencia cardíaca fetal presente.
- Útero blando, feto palpable, puede haber contracciones uterina.

Medidas de Emergencia

- Identifique signos de Shock:
 - Pulso rápido y débil (110 latidos por minutos o más)
 - Hipotensión arterial (presión arterial sistólica menos de 90mm Hg)
 - Respiración rápida y jadeante
 - Piel pálida, sudorosa y fria
 - Alteraciones del estado de conciencia: ansiedad, confusión o inconciencia
 - Oliguria
 - Evidencia de sangrado externo o interno
- No realice tacto vaginal.
- Coloque la paciente en posición de trendelenburg.
- Canalice vena con catéter #16 o #18 o aguja de mayor calibre.
- Administre solución parenteral de Lactato de Ringer o Salino isotónica al 0.9% a 40 gotas por minuto.
- Haga nota de referimiento y traslade a un centro de mayor capacidad resolutiva acompañado de un miembro del personal de salud y de un familiar.

Es la implantación del embrión fuera de la cavidad endometrial uterina.

SIGNOS Y SINTOMAS

a) Ectópico no Roto

- Amenorrea de corta duración
- Náuseas y Vómitos
- Cuello reblandecido
- Puede haber sangrado persistente y escaso
- Dolor abdominal
- Masa anexial redondeada o alargada en forma de salchicha

b) Ectópico Roto

- Historia de amenorrea
- Signos de Shock:
 - Pulso rápido y débil (110 latidos por minutos o más)
 - Hipotensión arterial (presión arterial sistólica menos de 90 mm Hg)
 - Respiración rápida y jadeante
 - Piel pálida, sudorosa y fría
 - Alteraciones del estado de conciencia: ansiedad, confusión o inconciencia
 - Oliguria
 - Evidencia de sangrado externo o interno
- Dolor abdominal y pélvico de inicio brusco
- Distensión abdominal
- Signos de rebote positivo
- Palidez marcada
- Dolor a la movilización del cérvix, abombamiento del fondo de saco posterior

Medidas de Emergencia

- Oriente a la paciente y familiares sobre el diagnóstico.
- Canalice vena con catéter #16 o #18 o aguja de mayor calibre.
- Administre solución parenteral de Lactato de Ringer o Salino isotónica al 0.9% a 40 gotas por minuto. Realice evaluación cuidadosa.
- Evalúe si la paciente presenta signos de choque.
- Haga nota de referimiento y traslade a un centro de mayor capacidad resolutiva acompañado de un miembro del personal de salud y de un familiar.

Es el ingreso al organismo por inhalación de vapores, o rocíos, o polvos, por absorción gastrointestinal y aún por penetración a través de la piel y las mucosas expuestas. Los órganos fosforados son plaguicidas que actúan inhibiendo la acetil colinesterasa.

Historia clínica de exposición laboral. El paciente se intoxica con su trabajo aplicando plaguicidas, fungicidas, envasando, distribuyendo y manipulando la sustancia o antecedentes de contacto con el producto, ya sea de forma accidental o con fines suicida.

Es importante determinar la vía de absorción, el tiempo de la ingestión del producto y la cantidad de tóxico en el caso de la ingestión. La mortalidad en las intoxicaciones graves está en proporción a la dosis ingerida pese al tratamiento.

VÍAS DE ABSORCIÓN

Piel, pulmón, digestiva y conjuntival.

SÍGNOS Y SÍNTOMAS

La clínica se presenta independientemente de la vía de entrada en tres grandes síndromes que se superponen.

Síndrome muscarínico:

- Aumento del peristaltismo digestivo con dolor abdominal, vómitos, diarrea e incontinencia fecal.
- Aumento del tono y peristaltismo de músculos bronquiales y urinarios con broncoconstricción y micciones involuntarias.
- Constricción del esfínter del iris y músculo ciliar con miosis y parálisis de la acomodación.
- Aumento de todas las secreciones, sudor, lagrimeo, sialorrea, hipersalivación, hipersecreción bronquial, gástrica, intestinal y pancreática.
- Vasodilatación periférica con rubor e hipotensión arterial.
- Bradicardia sinusal y alteraciones de la conducción aurículo-ventricular.

Síndrome nicotínico:

- Unión neuromuscular: astenia intensa, fasciculaciones, sacudidas musculares, paresias y parálisis.
- Ganglios simpáticos y suprarrenales: taquicardia, vasoconstricción periférica, hipertensión arterial, hiperexcitabilidad miocárdica.
- La hipersecreción adrenal produce hiperkalemia, hiperlactacidemia e hiperglucemias.

Síndrome Central:

- Cefaleas, confusión, coma, convulsiones, depresión respiratoria y alteraciones hemodinámicas.

COMPLICACIONES

Insuficiencia respiratoria, parálisis respiratoria periférica o central, alteraciones cardiovasculares, habiéndose descrito arritmias, bloqueo y parada cardíaca, lesión anóxica cerebral irreversible. También puede producirse la muerte por la evolución a un síndrome de distrés respiratorio o en fracaso multiorgánico.

TRATAMIENTO

1. Medidas generales

Canalizar una vía con catéter #18 y colocar Solución de Dextrosa, Solución inyectable: 5% (isotónica) de 500 ml y 1 litro.

En caso de ingestión

- Colocar sonda nasogástrica.
- Hacer aspiración lavado gástrico con especial cuidado, seguido de administración de Carbón activado en presentación polvo en frasco 50 g a dosis de 1g/kg de peso, disuelto en 300-800ml de agua; en niños/as 0.5g/kg de peso disuelto en 100-300ml de agua.

En caso de contaminación cutánea

Hay que desnudar al paciente y proceder a un lavado en bañera o bajo ducha sin frotar durante por lo menos 10 minutos.

Precaución: Evite la contaminación accidental del personal de salud.

2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Atropina ampolla de 1-2 mg/ml

Adultos. Se utiliza con el fin de antagonizar los efectos muscarínicos de la Acetil-Colina. Se administra por vía intravenosa a dosis de 1-2mg cada 5-10 minutos hasta conseguir disminución del síndrome muscarínico.

Niños/as: Atropina a dosis de 0.01-0.05mg/kilo de peso vía intravenosa cada 15-60 minutos.

No administrar Aminofilina.

IMPORTANTE

Una vez realizadas las medidas generales e iniciadas la administración de Atropina, se debe organizar el traslado del paciente por un personal entrenado que vaya dando seguimiento a los signos vitales y los signos y síntomas propios de la intoxicación e ir administrando la Atropina durante el trayecto.

Enfermedad de notificación obligatoria a la DPS/DAS en el formulario EPI-1.

ANEXOS

Atención Primaria de Salud

Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las UNAP

Anexo 1: Antibioterapia para pacientes alérgicos a la Penicilina y Derivados

Grupo Terapéutico	Medicamento	Presentación	Dosificación
TETRACICLINAS	Doxiciclina	Cápsulas de 50, 100 y 300mg	<p>Adultos: Dosis habitual en adultos 200mg en el primer día de tratamiento, (administrados como dosis única a 100mg c/12 horas) seguida por una dosis de mantenimiento de 100mg por día administrados como dosis única o 50mg c/12 horas.</p> <p>Niños/as: Mayores de 8 años con un peso de 50 kg o menos es de 4mg/kg de peso, administrados como dosis única o divididos en dos tomas; en el primer día de tratamiento, seguidos por 2mg/kg de peso administrados como dosis única o divididos en dos tomas en los días subsiguientes.</p> <p>En infecciones severas, pueden utilizarse hasta 4mg / kg de peso. En Niños/as con más de 50 kg de peso, deben emplearse las dosis recomendadas para adultos.</p>
MACRÓLIDOS	Azitromicina	<ul style="list-style-type: none"> * Cápsulas de 500mg * Suspensión * Vial para infusión 500mg 	<p>Adultos: Para todas las indicaciones, a excepción de las enfermedades de transmisión sexual, 500mg como dosis única durante 3 días.</p> <p>Niños/as: Dosis única diaria de 10mg / kg durante 3 días.</p>
	Clarithromicina	<ul style="list-style-type: none"> * Tabletas 250 y 50 mg * Suspensión * Pediátrica 125 y 250mg/5ml * Gotas Pediátricas 25mg / 1ml * Vial 500mg + ampolla solvente 10ml 	<p>Adultos: La dosis recomendada es de 1 tableta de 250mg dos veces al día. En infecciones severas la dosis puede aumentar a 500mg dos veces al día. La duración usual de la terapia es de 6 a 14 días.</p> <p>Niños/as: 15 mg/kg de Suspensión por día, repartidos en dos tomas (cada 12 horas). La duración usual del tratamiento es de 5 a 10 días, dependiendo del patógeno de la severidad de la infección. Para Niños/as mayores de 12 años la dosis es la misma del adulto.</p>

Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las UNAP

Anexo 1: Antibioterapia para pacientes alérgicos a la Penicilina y derivados

Grupo Terapéutico	Medicamento	Presentación	Dosificación
TETRACICLINAS	Eritromicina	<ul style="list-style-type: none"> * Tabletas 500 mg * Suspensión 125 mg/5 ml 250 mg/5 ml * Gel 4 gr. * Solución Tópica 2% 	<p>Adultos: 1 Tableta cada 6-8 horas. Esta dosis puede ser aumentada según la gravedad de la infección. Suspensión: La dosis habitual es de 30-50mg / kg de peso por día.</p> <p>Niños/as de 1 año: Media cucharadita cada 6-8 horas.</p> <p>Niños/as de 1-3 años: 1 cucharada cada 6-8 horas.</p> <p>Niños/as de 3-6 años: 2 cucharadas cada 6-8 horas.</p>
QUINOLONAS	Ciprofloxacina	<ul style="list-style-type: none"> * Tabletas Recubiertas 250, 500 y 750 mg * Suspensión 250 mg/5ml * Solución para Infusión 0.1/50 ml, 0.2/100 ml, 0.4/200 ml * Solución Oftálmica 0.3 % * Solución Oticá 3mg/10ml 	<p>Adultos: La dosis y el tiempo de duración del tratamiento se determinan por la gravedad, tipo de infección, estado del paciente y el resultado del cultivo bacteriano, oscila entre 250-750mg (vía oral) y 200-400mg (vía intravenosa) administrados cada 12 horas.</p> <p>Niños/as: 5-10mg administrados cada 12 horas (vía oral). I.V. 10mg / kg dos veces al día, no debe superarse un máximo de 400mg I.V. (dosis máxima diaria de 800 mg).</p>
SULFONAMIDAS	Trimetoprim-Sulfametoxazol	<ul style="list-style-type: none"> * Comprimidos 80mg de Trimetoprim y 200mg de Sulfametoxazol /5 ml 	<p>Adultos y Niños/as mayores de 12 años: 1 comprimido cada 12 horas.</p> <p>Niños/as de 6-12 años: medio comprimido cada 12 horas.</p> <p>Suspensión:</p> <p>Niños/as de 6 semanas a 5 meses: 2.5 ml dos veces al día.</p> <p>Niños/as de 6 meses a 5 años: 5 ml dos veces al día.</p> <p>Niños/as de 6 a 12 años: 10 ml dos veces al día.</p> <p>Para mayores de 12 años con dificultad de ingestión del comprimido 20 ml dos veces al día.</p>

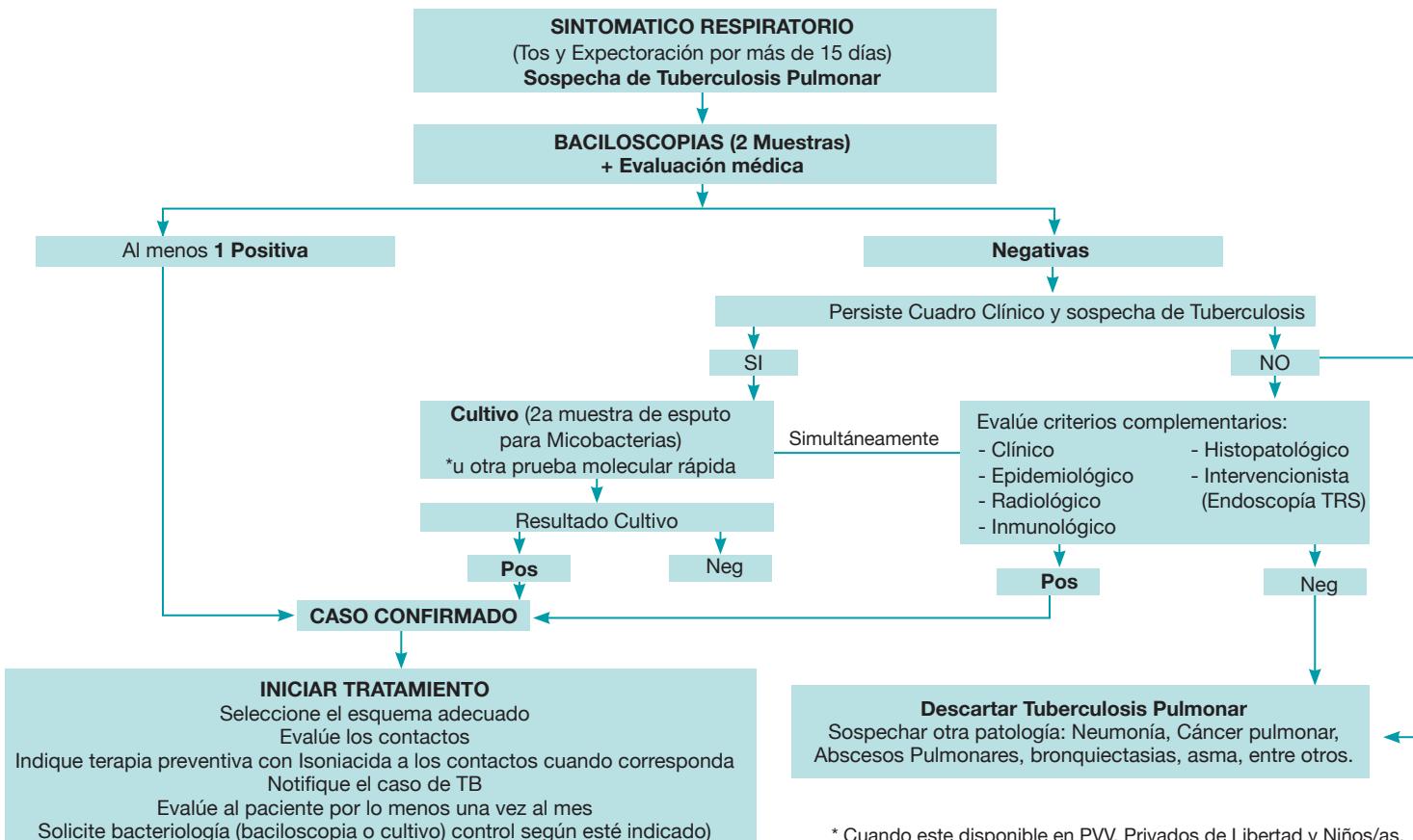
Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las UNAP

Anexo 2: Esquema Básico de Inmunización en República Dominicana

Esquema Básico de Inmunización			
Edades de vacunación	Nombre de la vacuna	Enfermedades que previene	Dosis
Al Nacer	 BCG HEPATITIS B	Formas graves de la Tuberculosis Infección por Hepatitis B en el recién nacido	Dosis única
2 meses	 ROTAVIRUS IPV NEUMOCOCO PENTAVALENTE	Diarreas graves producidas por Rotavirus Poliomielitis Enfermedades graves producidas por el neumococo en menores de 5 años Difteria, Tétanos, Tos Ferina, Hepatitis B y enfermedades graves producidas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	1 era. dosis
4 meses	 ROTAVIRUS OPV NEUMOCOCO PENTAVALENTE	Diarreas graves producidas por Rotavirus Poliomielitis Enfermedades graves producidas por el neumococo en menores de 5 años Difteria, Tétanos, Tos Ferina, Hepatitis B y enfermedades graves producidas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	2 da. dosis
6 meses	 OPV PENTAVALENTE	Poliomielitis Difteria, Tétanos, Tos Ferina, Hepatitis B y enfermedades graves producidas por <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	3 era. dosis
12 meses	 SRP NEUMOCOCO	Sarampión, Rubéola y Papera Enfermedades graves producidas por el neumococo en menores de 5 años	Dosis única Refuerzo
18 meses	 OPV DPT	Poliomielitis Difteria, Tétanos, Tos Ferina	1er refuerzo
4 años	 OPV DPT	Poliomielitis Difteria, Tétanos, Tos Ferina	2 do. refuerzo

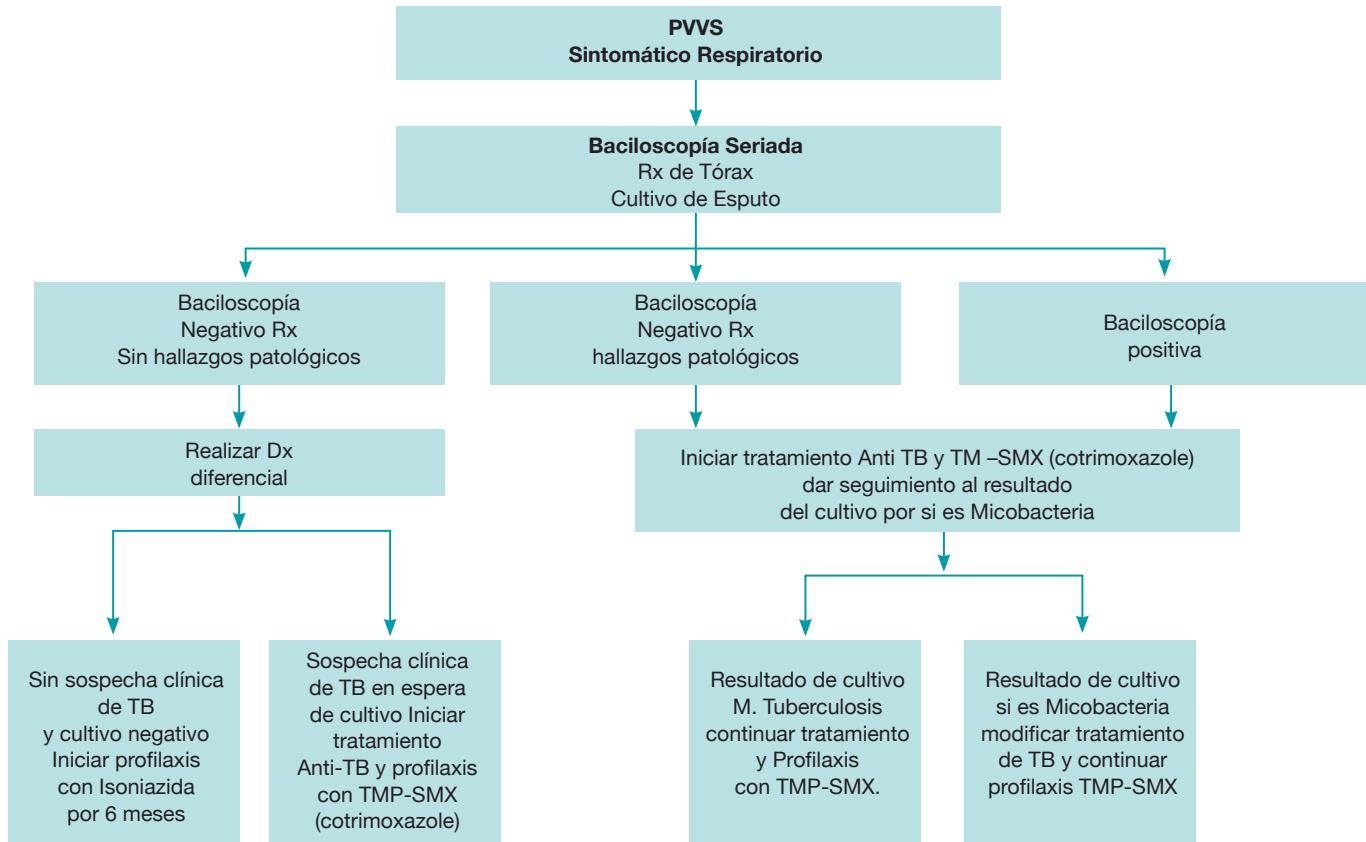
Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las UNAP

Anexo 3A: Flujograma Procedimiento para el Seguimiento Diagnóstico en Tuberculosis Pulmonar



Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las UNAP

Anexo 3B: Flujograma de Seguimiento para Detección de Tuberculosis en Personas Viviendo con VIH (PVV)



Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las UNAP

Anexo 3C: Esquemas de Tratamiento Antituberculosis en Pacientes Mayores de 15 años o más.

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO PARA TUBERCULOSIS CON COMBINACIONES A DOSIS FIJAS



VICEMINISTERIO DE SALUD COLECTIVA



Pacientes de mayores de 15 años o más:

Casos nuevos de Tuberculosis pulmonar (TBP) y extrapulmonar (TBEP): 2HRZE/4(HRE)	Peso (Kg)	Fase Intensiva (50 dosis-de lunes a viernes)			Fase Sostén (50 dosis-3 veces por semana)		
		1	RHZE 150/75/400/275	4	RH 150/150	5	E 400
					2 1/2		3
	35-40	1	3	4	3	5	3 1/2
	41-50				4		4
	>50				4		4

Casos nuevos de Tuberculosis con Coinfección TB-VIH, Abandonos Recuperados y a Recaídas: 2HRZE/4HRE	Peso (Kg)	Fase Intensiva (50 dosis-de lunes a viernes)			Fase Sostén (80 dosis -3 veces por semana)		
		1	RHZE 150/75/400/275	2	RH 150/75	5	E 400
					2 1/2		1 1/2
	35-40	1	3	4	3	5	2
	41-50				4		3
	>50				4		3

Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las UNAP

Anexo 3D: Esquemas de Tratamiento Antituberculosis en Pacientes Menores de 15 años

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO PARA TUBERCULOSIS CON COMBINACIONES A DOSIS FIJAS



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

VICEMINISTERIO DE SALUD COLECTIVA



Pacientes de menores 15 años:

Casos nuevos Tuberculosis pulmonar con bacteriología positiva y casos antes tratados: 2HRZE/4HRE	Peso (Kg)	Fase Intensiva (50 dosis-de lunes a viernes)					Fase Sostén (80 dosis-diario de lunes a viernes)			
		4	3	5	RH 150/150	Z 400	E 400	RH 150/150	E 400	
					1/2	1/2	1/4	1/2	1/4	
					1	1	1/2	1	1/2	
					1 1/2	1 1/2	1	1 1/2	1	
					2	2	1	2	1	
					2 1/2	2 1/2	1 1/2	2 1/2	1 1/2	

Casos nuevos Tuberculosis pulmonar con bacteriología negativa o sin confirmación bacteriológica y casos nuevos de Tuberculosis extrapulmonar: 2HRZE/4HR	Peso (Kg)	Fase Intensiva (50 dosis-de lunes a viernes)					Fase Sostén (80 dosis-diario de lunes a viernes)			
		4	3	5	RH 150/150	Z 400	E 400	RH 150/150		
					1/2	1/2	1/4	1/2		
					1	1	1/2	1		
					1 1/2	1 1/2	1	1 1/2		
					2	2	1	2		
					2 1/2	2 1/2	1 1/2	2 1/2		

Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las UNAP

Anexo 3E: Presentación y Dosis de Medicamentos de TB

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO PARA TUBERCULOSIS CON COMBINACIONES A DOSIS FIJAS



VICEMINISTERIO DE SALUD COLECTIVA



Pacientes de menores 15 años:

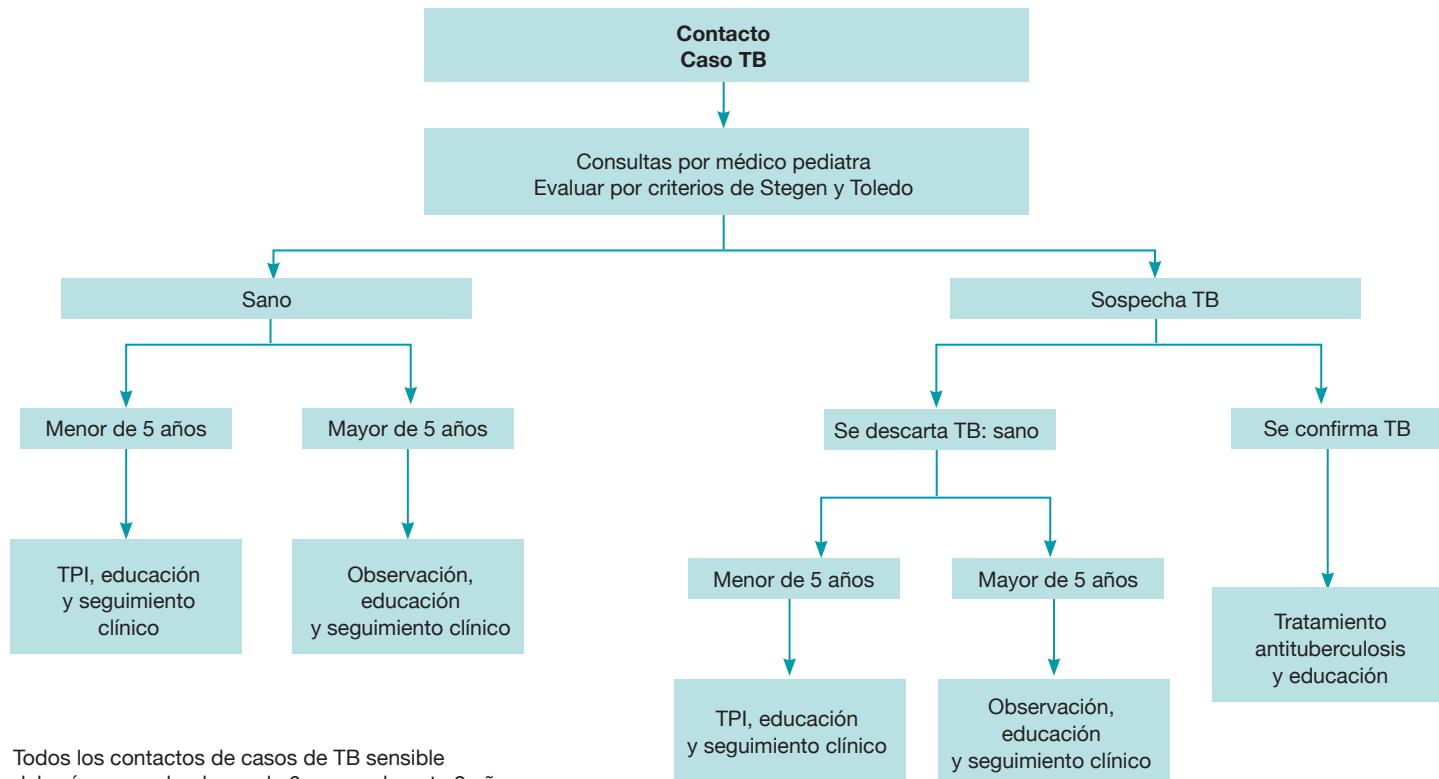
PRESENTACIONES Y DOSIS DE LOS MEDICAMENTOS										
Significado de Sbreviatura	1	RHZE 150/75/400/275 Rifampicina 150mg Isoniacida 75 mg Pirazinamida 400mg Etambutol 275mg	2	RH 150/75 Rifampicina 150mg Isoniacida 75mg	3	Z 400 Pirazinamida 400mg	4	RH 150/150 Rifampicina 150mg Isoniacida 150mg	5	E 400 Etambutol 400mg

Otras presentaciones disponibles	R 300 Rifampicina 300mg	H 100 Isoniacida 100mg
	H 300 Isoniacida 300mg	Z 500 Pirazinamida 500mg

Medicamentos	DOSIS				
	15 años o más			Menores de 15 años	
	Diaria	Interdiaria	Máxima diaria	Diaria	Máxima diaria
ISONIACIDA (H)	4-6mg/kg	8-12 mg/kg	300mg	10-15 mg/kg	300mg
RIFAMPICINA (R)	8-12 mg/kg	8-12 mg/kg	600mg	10-20mg/kg	600mg
ETAMBUTOL (E)	15-20mg/kg	25-35 mg/kg	2000mg	15-25 mg/kg	1500 mg
PIRAZINAMIDA (Z)	20-30 mg/kg	30-40 mg/kg	2500mg	30-40 mg/kg	1200mg

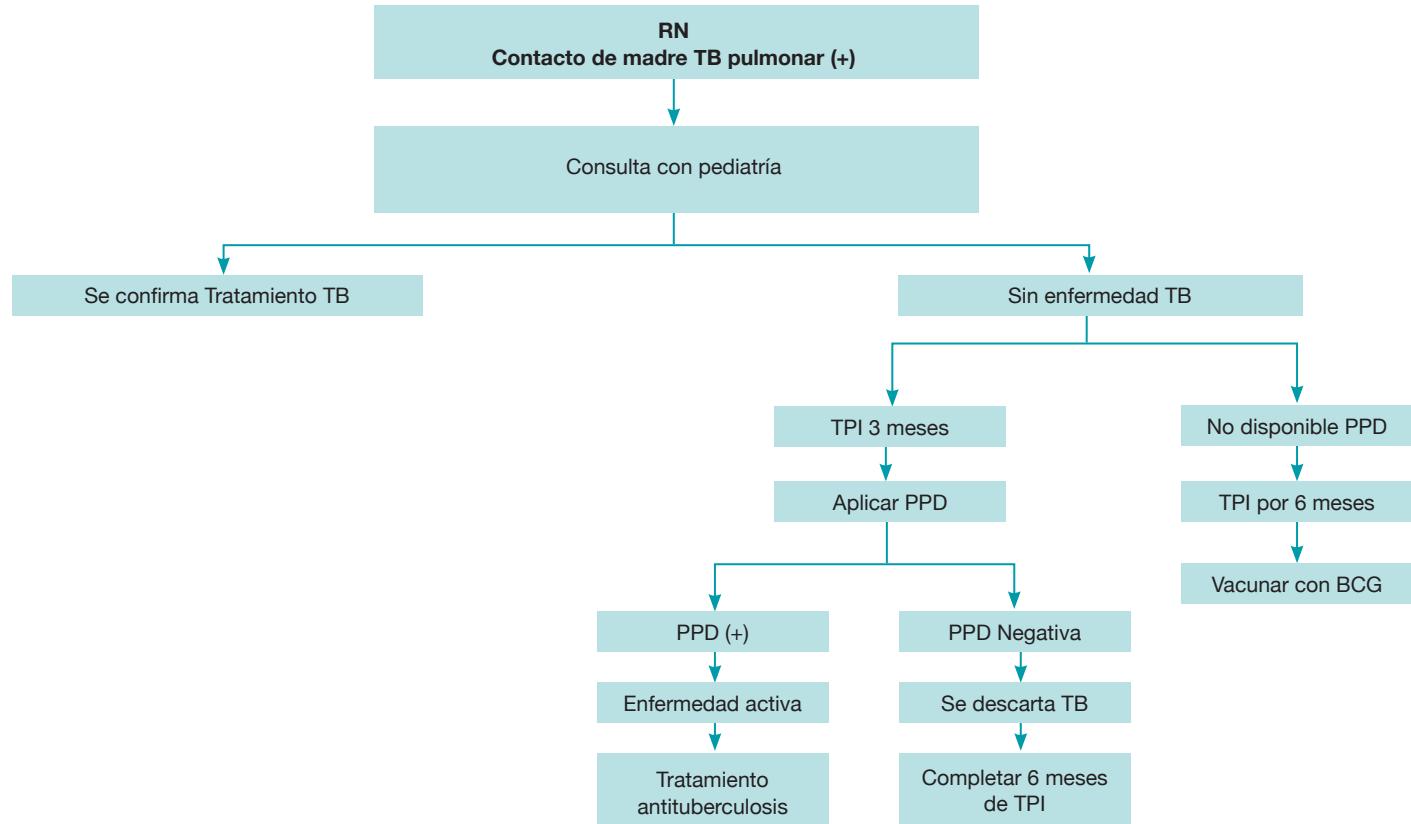
Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las UNAP

ANEXO No. 3G: Flujograma Estudio de Contactos en Niños, Niñas y Adolescentes



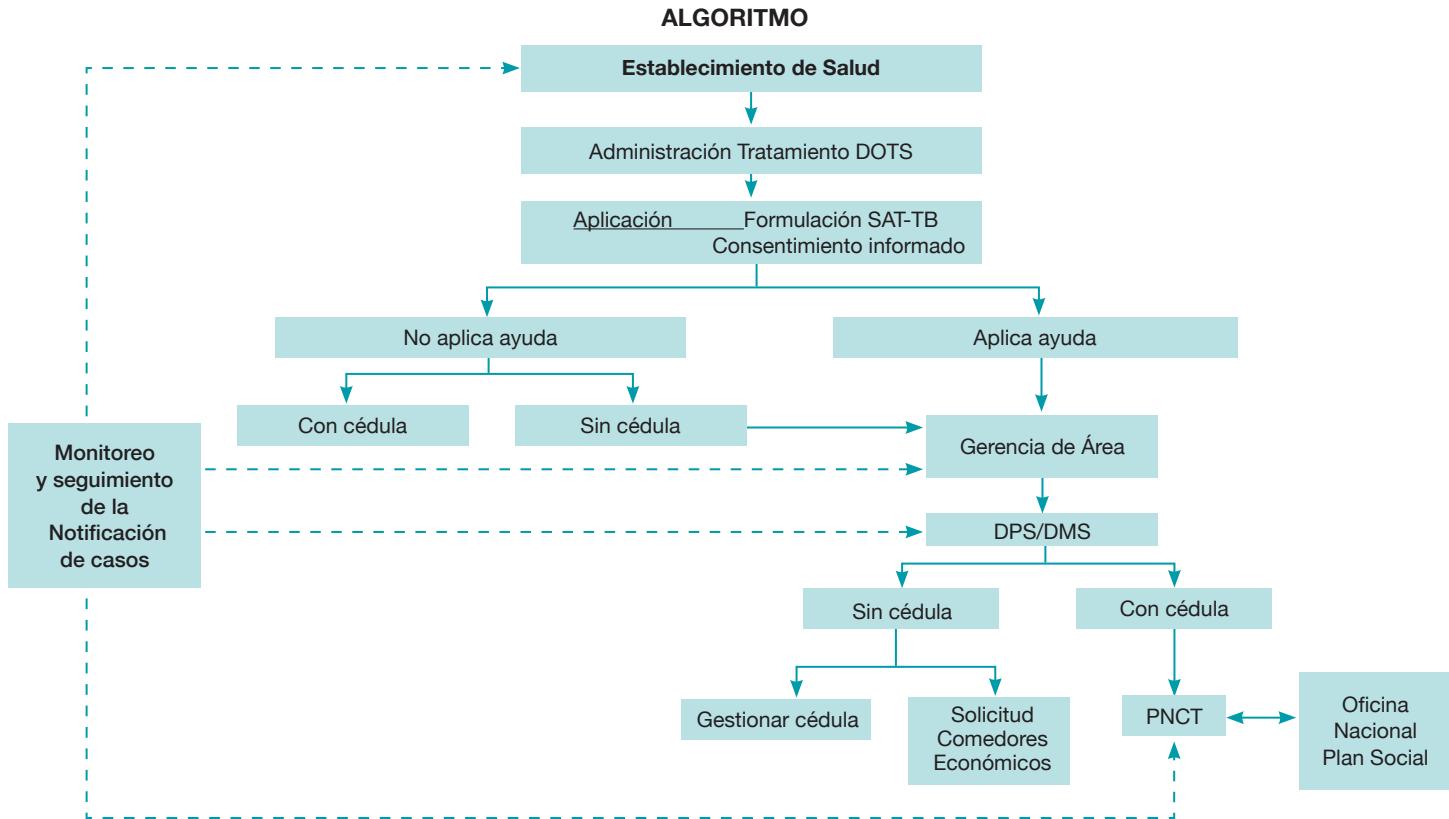
Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las UNAP

ANEXO No. 3H: Flujograma de Estudio de Contacto de Recién Nacido Hijo de Madre con TB Pulmonar



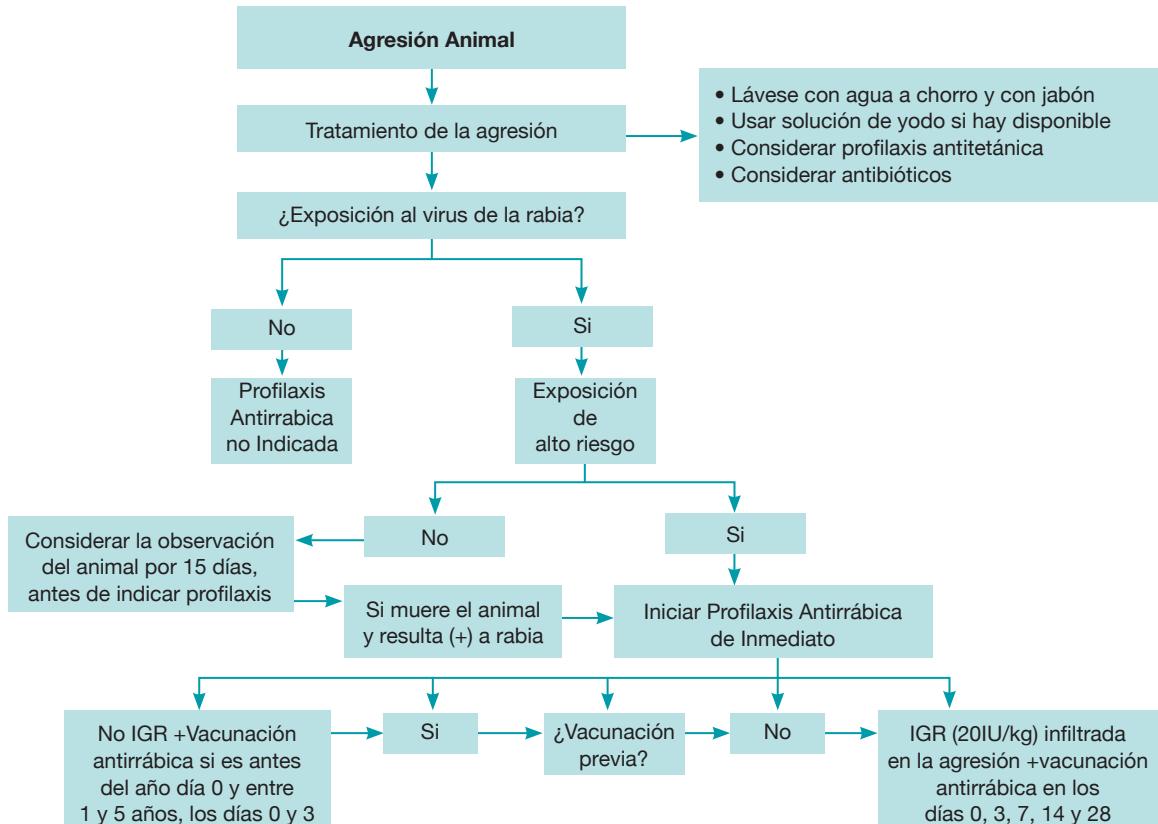
Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las UNAP

ANEXO No. 3I: Protocolo para Inclusión de Pacientes Afectados por Tuberculosis, en Planes Sociales de la Presidencia



Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las UNAP

ANEXO No. 4A: Algoritmo de Pacientes Agredidos por Animales



Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las UNAP

ANEXO No. 4B: Profilaxis Post-Exposición-Pacientes Agredidos por Animales

ESTADO DE VACUNACIÓN	TRATAMIENTO	ESQUEMA*
No historia de Vacunación	Tratamiento de la agresiones	En todos los casos, lavar la herida con agua y jabón, y si está disponible con una solución de yodo
	Inmunoglobulina antirrábica humana (IGR)	Administrar 20 IU/kg de peso. Si es posible administrar la mitad de la dosis alrededor de la herida y el resto intramuscular en un sitio fuera de la administración de la vacuna antirrábica. No debe utilizarse la misma jeringa, debido a que la inmunoglobulina antirrábica puede suprimir la producción activa de anticuerpos, no debe administrarse más de la dosis recomendada. La inmunoglobulina antirrábica y la vacuna deben administrarse en dos sitios distintos del cuerpo.
	Vacuna antirrábica de cultivo celular	0.5ml aplicado intramuscular en la región deltoides, una dosis en los días 0, 3, 7, 14 y 28.
Historia de Vacunación Previa	Tratamiento de las heridas	En todos los casos lavar la herida con agua y jabón, y si está disponible con una solución de yodo
	Inmunoglobulina antirrábica (IGR)	No administrarse
	Nuevas exposiciones antes del año de haber sido vacunado. Antirrábica de cultivo celular	Aplicar 1 dosis de 0.5 ml intramuscular en la región deltoides, el día 0.
	Nuevas exposiciones entre 1 y 5 año de haber sido vacunado. Antirrábica de cultivo celular.	Aplicar 2 dosis de 0.5 ml intramuscular en la región deltoides, los días 0 y 3.

ANEXO 5: Técnicas correctas de medida de la PA

La forma correcta de medir la PA se basa en las recomendaciones del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure y de la British Hypertension Society.

En general, se utilizarán esfigmomanómetros de mercurio.

1. **Cuando se utilicen aparatos adosados a la pared** de la columna de mercurio deberá situarse a la altura de los ojos del observador en posición sentado. Este se colocará a una distancia < a 1m de la columna.
2. **Posición del paciente.** La PA puede medirse tanto sentado como en decúbito supino sin que las cifras varíen sustancialmente. En aquellos pacientes sensibles a las variaciones posturales de la PA (especialmente ancianos y diabéticos) es recomendable medir la presión después de permanecer 2 min en bipedestación. Si en estas condiciones la PAS decide más de 20 mmHg y la PAD más de 10mmHg, respecto a las cifras en decúbito, se considera que el paciente presenta hipotensión ortostática.
3. **En condiciones ideales,** el brazo ha de permanecer apoyado y a la altura del corazón, situación factible tanto en decúbito como sentado y apoyado en una mesa.
4. **Tiempo de espera antes de tomar la presión.** Se recomienda esperar unos 3 min. en posición sentada y 1 min. para la posición de pie. En caso de realizar varias tomas en el mismo brazo es conveniente esperar como mínimo 1 min. entre ellas.
5. **Colocación del manguito.** El brazo debe quedar libre de ropas apretadas y es preferible que el paciente acuda con manga corta. Los tubos han de situarse de forma que no interfieran con la fosa antecubital. Cuando solo se dispone de manguitos estrechos, el centro de la cámara ha de situarse por encima de la arteria.

- 6. Brazo control.** Cuando se detectan cifras elevadas, la presión ha de medirse en ambos brazos, eligiendo para la confirmación del diagnóstico y el seguimiento aquel que demuestre los valores superiores y que, por tanto, será siempre el brazo control.
- 7. Medidas de la PA en las extremidades inferiores.** Deberá realizarse cuando se sospeche la existencia de una coartación de aorta y evidentemente, en casos de apuntaciones de las extremidades superiores.
- 8. El paciente acudirá sin haber ingerido alimentos,** café o té, ni haber fumado en los 30 min. previos a la visitas de diagnóstico y seguimiento. Además, es conveniente que haya orinado antes de la consulta.
- 9. Estimación de la PAS.** Si se utiliza el estetoscopio, colocado suavemente sobre el punto de máxima pulsación de la arteria braquial, se inflara el manguito hasta 30 mmHg por encima del punto de desaparición del pulso. A continuación se descenderá lentamente a una velocidad de unos 2 mmHg por segundo. La aparición de los primeros ruidos auscultatorios (fase 1 d Korotkoff) establece la PAS.
- 10. Estimación de la PAD.** El punto en que los ruidos auscultatorios desaparecen totalmente (fase 5 de Korotkoff) determina la PAD. Tanto para la PAS como la PAD, al estar calibrada la columna de mercurio cada 2 mmHg, las cifras deberán redondearse en la división de 2 mmHg más próxima. En las siguientes situaciones pueden auscultarse los ruidos incluso hasta el nivel 0 mmHg; estados hipersinéticos, fiebre, embarazo, insuficiencia aórtica. Para la estimación de la PAD se utilizará la fase 4 del Korotkoff, que coincide con la atenuación de los ruidos auscultatorios.
- 11. La presión de pulso:** Se obtiene restando la PAD de la PAS. Existen evidencias que una presión de pulso elevada se asocia a un mayor riesgo cardiovascular.
- 12. La presión arterial media.** Consiste en la suma de la diastólica y un tercio de la presión de pulso.

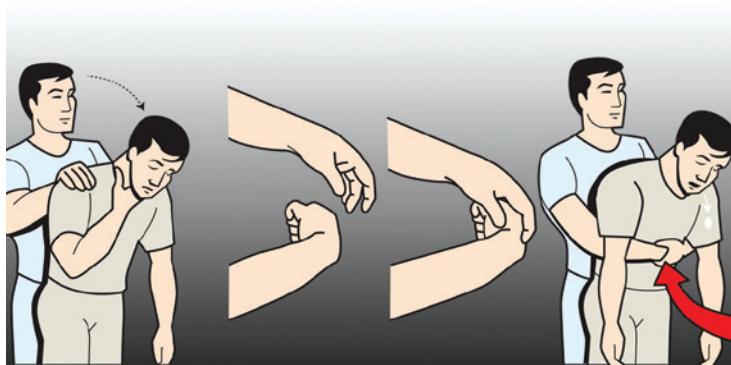
- 13. Número de medidas del PA.** En las visitas de diagnóstico y seguimiento es preciso medir la presión, como mínimo, en dos ocasiones y promediarlas. Cuando las dos primeras lecturas difieren en más de 5 mmHg, se recomienda realizar medidas adicionales. En caso de HTA sistólica aislada se recomienda realizar un mayor número de determinaciones debido a sus mayores variedades en relación con la PAD.
- 14. La maniobra de Osler.** Se ha de realizar cuando se sospeche una “seudohipertensión”, Algunas peculiaridades del paciente, como la edad avanzada, tener arterias endurecidas o una HTA sistólica pueden ponernos en la pista de esa situación. La maniobra de Osler se considera positiva cuando al hinchar el manguito por encima de la PAS, estimada por la auscultación del primer ruido de Korotkoff, la arteria braquial sigue siendo claramente palpable.
- 15. Es conveniente llevar a cabo ejercicios prácticos periódicos** sobre la medida correcta de la PA con el fin de disminuir los signos atribuibles al observador.

ANEXO 6: Maniobra de Heimlich para la Expulsión de Cuerpo Extraño en Vía Respiratoria

Iniciaremos la presión abdominal o maniobra de Heimlich inmediatamente: (sólo aplicaremos esta maniobra si la víctima está en verdadero peligro de muerte y los otros métodos han fallado).

- Rodearemos a la víctima por detrás, con los brazos.
- Colocamos un puño entre el ombligo y las costillas. (justo debajo del esternón).
- Agarramos el puño con la otra mano y apretamos fuerte contra el cuerpo de la víctima, hacia dentro y hacia arriba.

Durante la maniobra de Heimlich, se consigue que el aire residual de los pulmones, suba por la tráquea y empuje al cuerpo extraño hacia fuera, actuando como el corcho de una botella.



Repetiremos si es necesario e iremos comprobando su boca para valorar la salida del cuerpo extraño.

**Maniobra de Expulsión
de Cuerpo Extraño en Lactante**



(Golpes en esternón)



(Golpes interescapulares)

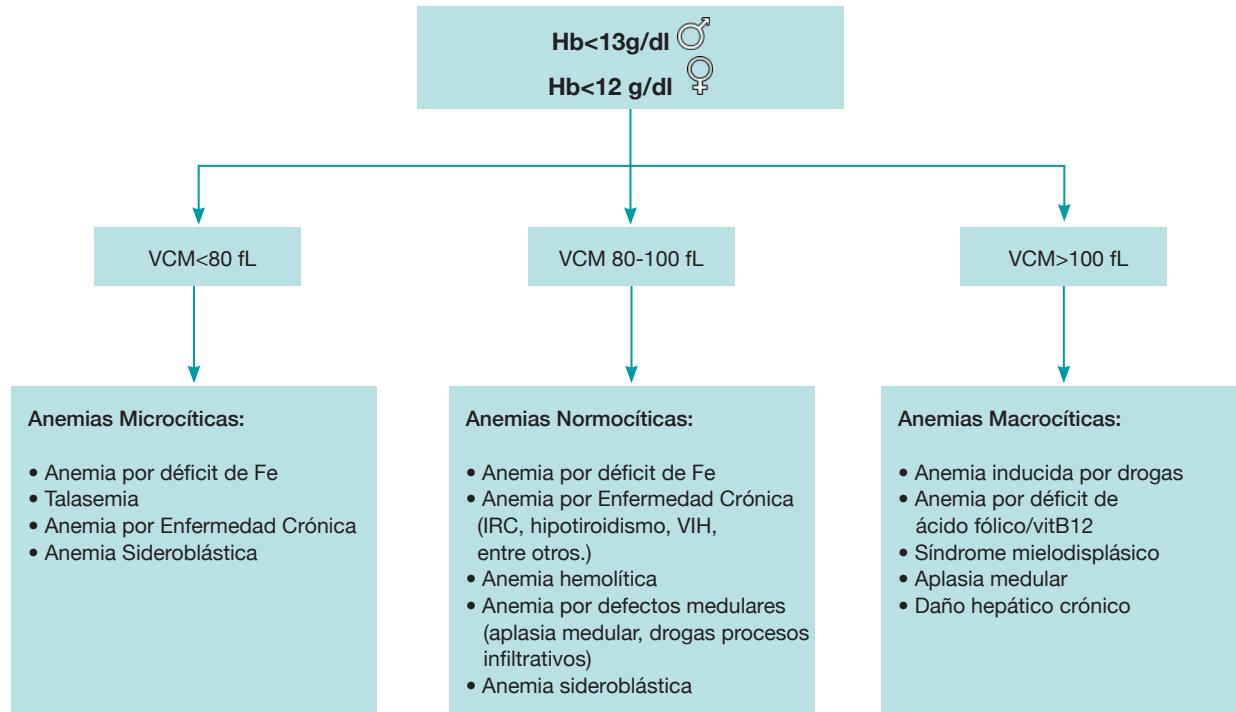
**Maniobras de Expulsión
de Cuerpo Extraño en Niños/as**



(Maniobra de Heimlich)

Guía Diagnóstica y de Tratamiento de las UNAP

Anexo 7: Algoritmo para Clasificación de Anemia según Volumen Corpuscular Medio



Bibliografía

Bibliografía revisada para la norma de atención primaria de República Dominicana.

1. WHO recommendations for Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. 2011.
2. Lelia Duley. Pre-eclampsia, eclampsia, and hypertension. Clinical Evidence 2011;02:1402.
3. Des Spence. Candidiasis (vulvovaginal)Clinical Evidence 2010;01:815.
4. Andrew D Morris. Cellulitis and erysipelas. Clinical Evidence 2008;01:1708.
5. Paddy Horner. Chlamydia (uncomplicated, genital). Clinical Evidence 2010;04:1607.
6. Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1594).
7. Paul Johnstone and Mark Strong. Scabies. Clinical Evidence 2008;08:1707.
8. WHO, UNICEF. Prevención y control de la esquistosomiasis y las helmintiasis transmitidas por el suelo. WHO/CDS/CPE/PVC/2004.9
9. WHO. Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2010, 85, 365–372.
10. Sarah Creighton. Gonorrhoea. Clinical Evidence 2014;02:1604.
11. Guía de intervenciones basada en evidencias que reducen morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal. MINSA, Nicaragua. Noviembre 2014.
12. OPS. Eliminación del Sarampión. Guía Práctica. Segunda edición. 2007.
13. WHO. Guidelines for the treatment of malaria -- 2nd edition. 2010.
14. OMS. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. 2005.
15. Ian Burgess. Head lice. Clinical Evidence 2011;05:1703.
16. WHO. Preventive chemotherapy in human helminthiasis : coordinated use of anthelminthic drugs in control interventions : a manual for health professionals and programme managers. 2006.
17. Lisa M Hollier and Heather Straub. Genital herpes. Clinical Evidence 2011;04:1603.
18. Graham Worrall. Herpes labialis. Clinical Evidence 2009;09:1704.
19. Jill Ferrari. Fungal toenail infections. Clinical Evidence 2014;03:1715.
20. Salud materna y neonatal: atención preconcepcional, prenatal y posnatal inmediata. Bogotá: OPS, 2013.
21. OMS. Tratamiento del paludismo grave. Manual práctico, tercera edición. 2013.
22. Fay Crawford. Athlete's foot. Clinical Evidence 2009;07:1712.
23. Guía para el tratamiento de las enfermedades infecciosas Washington, D.C.: OPS, 2013.
24. CDC guidelines. Recommended Antimicrobial Agents for Treatment and Postexposure Prophylaxis of Pertussis. 2005.
25. Human leptospirosis : guidance for diagnosis, surveillance and control. 2003.
26. Guía clínica sobre las infecciones urológicas. European Association of Urology 2010. ACTUALIZACIÓN EN ABRIL DE 2010.

27. Ministerio de Salud Pública. Guía Nacional de Atención de las Infecciones de Transmisión Sexual. Santo Domingo, D. N. 2014.
28. OPS. AIEPI Neonatal Intervenciones basadas en evidencia". Segunda edición. 2010.
29. MINSA. Formulario Nacional de Medicamentos. 7ma edición. Managua, Nicaragua. 2014.
30. Keiser J, Utzinger J. Efficacy of current drugs against soil-transmitted helminth infections: systematic review and metaanalysis. *JAMA* 2008; 299(16): 1937-1949.
31. WHO Model Formulary. 2008.
32. British National Formulary, con acceso en marzo 2015.
33. Martindale. The Complete Drug Reference, Metronidazole, acceso en mayo 2013.
34. AHFS DI Monographs.Ivermectin, acceso en dic. 2012.
35. Matthaiou DK et al, Albendazole versus praziquantel in the treatment of neurocysticercosis: a meta-analysis of comparative trials. *PLoS Neglected Tropical Diseases* 2008; 2(3): e194
36. Advisory committee on immunization Practices (ACIP) United States, 2012. Disponible en UptoDate.com
37. Zalmanovici Trestiorenau A, Fraser A, Gafter-Gvili A, et al. Antibiotics for preventing meningococcal infection. Cochrane database 2013.
38. Martindale: The Complete Drug Reference 2013, macrolides, acceso en abril 2013.
39. GINA, Global strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2012
40. British National Formulary 2013, Antihistamines, acceso en junio 2013. NICE-CKS, Allergic rhinitis, 2012 acceso en junio 2013
41. British National Formulary. 2013. Adrenalin. acceso en mayo 2013.
42. British National Formulary, Corticosteroids, 2008, acceso en enero 2013.
43. National Library of Guidelines (UK), Guideline for the Management of Acute Allergic Reaction, 2009, acceso en julio 2013.
44. British National Formulary, Hypertension and heart failure, acceso en feb. 2013.
45. NICE-CKS. Stable angina. Updated 2012 acceso en marzo 2013. British National Formulary. 2013. Nitrates, acceso en marzo 2013.
46. Standard treatment regimens for nongonococcal urethritis have similar but declining cure rates: a randomized controlled trial. Publicacion: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23223595>. Otra Evidencia: Guia clínica sobre las infecciones Urológicas. pag. 1372
47. Tratamiento anticonvulsivo para la eclampsia. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/medical/hypertension/aaguide/es/
48. Ayala DE,Ucieda R, Hermida RC. Chronotherapy With Low-Dose Aspirin for Prevention of Complications in Pregnancy. *Chronobiology International* 2013; 30(1-2): 260-279. [acceso el 20 de enero de 2014]. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/07420528.2012.717455>.
49. Roberge S, Nicolaides KH et al. Prevention of perinatal death and adverse perinatal outcome using low-dose aspirin: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013;41:491-499. [acceso el 20 de enero de 2014]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.12421/abstract>.

50. Duley L, Henderson-Smart DJ, Meher S, King JF. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 2. Art. No.: CD004659. DOI: 10.1002/14651858.CD004659.pub2. Cochrane Library 2010. [acceso el 20 de enero de 2014]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004659.pub2/abstract>.
51. Hypertension in Pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol. NOV 2013;122, (No 5):1122-1131. [acceso el 20 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.acog.org/Resources_And_Publications/Task_Force_and_Work_Group_Reports/Hypertension_in_Pregnancy.
52. Johns Hopkins ABX Guide 2013 acceso en agosto 2003
53. The sanford guide to antimicrobial therapy, 40th edition 2010
54. WHO Model Formulary, Analgesics, antipyretics, non-steroidal anti-inflammatory Medicines, 2008.
55. WHO Model Formulary for children. 2010.
56. Matthaiou DK et al, Albendazole versus praziquantel in the treatment of neurocysticercosis: a meta-analysis of comparative trials. PLoS Neglected Tropical Diseases 2008; 2(3): e194
57. AHFS DI Monographs.Ivermectin, acceso en dic. 2012.
58. Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3, acceso en dic. 2012.
59. HTA Database.CRD - Lindane and other treatments for lice and scabies: a review of clinical effectiveness and safety 2010, acceso en dic. 2012.
60. Martindale .The Complete Drug Reference Pharmaceutical Press, Ivermectin, 2011. Scabies, Clinical Evidence 2008;08:1707.
61. British National Formulary 2012, Antibacterial preparation, acceso en línea nov. 2012. 4.
62. WHO. Model formulary for Children. Antinefectives medicines. 2010.
63. Guías de Práctica para el Diagnóstico y Manejo de las Infecciones de piel y tejidos blandos: 2014 Actualización de la Infectious Diseases Society of America.
64. Dermatología. Atlas, Diagnóstico y Tratamiento - Roberto Arenas, 5ta edición, 2012.
65. Guías de tratamiento de infecciones de piel y tejidos blandos, 2014.
66. Martindale: The Complete Drug Reference 2013, macrolides, acceso en abril 2013.
67. British National Formulary, parasitoidal preparations, acceso en marzo 2013. NPC.nhs. Management of infestations in primary care MeReC bulletin Vol.18 No.4 March 2008, acceso en dic. 2012.
68. NICE-CKS Head Lice 2010, acceso en dic 2012. Head lice, Clinical Evidence 2011;05:1703.
69. Micosis superficiales, subcutáneas y pseudomicosis. Autores: Dr. Rafael Isa y Dr. Roberto Arenas.
70. Wills Manual de urgencias oftálmicas.
71. Gaceta medica mexicana, volumen 141, Sep-Oct. 2005.
72. Secretaría del estado de salud pública y asistencia social. Guía de diagnóstico y tratamiento del dengue. Santo Domingo RD, 2010.
73. Secretaría del estado de salud pública y asistencia social. Guía de diagnóstico y tratamiento del cólera. Santo Domingo RD, Primera edición, 2010.

74. Ministerio de Salud Pública. Guía de manejo clínico para la infección por el virus chikungunya (CHIKV). Santo Domingo, República Dominicana, 2014.
75. OMS. Planificación Familiar. Un manual mundial para proveedores. 2011.
76. OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4ta edición, 2009.
77. David M Haas. Preterm birth. Clinical Evidence 2011;04:1404.
78. David Chelmow. Postpartum haemorrhage: prevention. Clinical Evidence 2011;04:1410.
79. OMS. Tratamiento de la malnutrición grave : manual para médicos y otros profesionales sanitarios superiores. 1999.
80. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), Unión Europa (UE).Guía Fármaco Terapéutica de Medicamentos Esenciales de la República Dominicana. Santo Domingo, (Rep Dom) Editora Corripio C.porA., 1998.
81. Berkow R, Fletcher A., Manual de diagnóstico terapéutico. 9^a Edición Española, Barcelona (España): El Manual Modemo, 2005.
82. Benenson AS. Manual para el control de las enfermedades transmisibles.16^a Ed. Barcelona (España): El Manual Moderna, 2003.
83. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Tratamiento del paludismo grave y complicado: Guía práctica. Génova (Suiza),1993.
84. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Atención a las enfermedades prevalentes de la Infancia. Cuadros de procedimientos. Santo Domingo (Rep. Dom.),1999.
85. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Normas nacionales para la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles y otros eventos. Santo Domingo (Rep. Dom.), Normas Nacionales nº.1, 1998.
86. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tratamiento de la Malaria no complicada y uso de medicamentos antimaláricos para protección de los viajeros. Ginebra, Informe de reunión de consulta oficiala, Ginebra (Suiza), septiembre 1995.
87. Goig A, Chamorro G, Ray H. Semiología Médica. 2^a Ed. Santiago (Chile): Editora Panamericana,1999.
88. Goodman L, Gilman A. Las bases farmacológicas de la terapéutica. México (DF): Magraw-Hill, 1996.
89. Behrman RE, Kliegman RM, Nelson WE, Vaughan VC. Tratado de Pediatría de Nelson, 13^a Ed, Philadelphia (USA): W.B. Saunders Company, 2005.
90. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Sistema de vigilancia centinela de casos febris. Manual de normas y procedimientos, Santo Domingo (Rep. Dom.), 1995
91. Centro Nacional de Investigación de la Salud Materno Infantil (CENISMI). Actualización e implementación de los esquemas de vacunación en la República Dominicana, Santo Domingo (Rep. Dom.), 1997,
92. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Normas nacionales para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad infantil. Santo Domingo (Rep. Dom.),1998
93. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Normas nacionales para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, Santo Domingo (Rep. Dom.), 1998
94. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Situación actual de la enfermedad meningocócica en la República Dominicana. Actualización. Abril, 1999,
95. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Centro Antirrábico Nacional (CAN). Manual de procedimiento para la inserción, control y vigilancia epidemiológica de la Rabia. Santo Domingo (Rep. Dom.): Impresos Vargas, 2005.

96. Organización Mundial de la Salud. Introducción al Programa de prevención y control de las ITS y el VIH (OPS/HCA/00/99). Washington, DC, Organización Mundial de la Salud,1998.
97. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Normas nacionales para la vigilancia epidemiológica de la mortalidad infantil. Santo Domingo (Rep. Dom.), 1998.
98. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Protocolos de atención en hospitales 2do y 3er nivel. Santo Domingo (Rep. Dom.), 2004
99. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes graves de la infancia. Serie Paltex 2005.
100. Castaneda E [Editor]. Guía clínica y formulario para el tratamiento de las enfermedades infecciosas. OPS/OMS, 2005.
101. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP) / Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Dengue y dengue hemorrágico: Diagnóstico y tratamiento. 6^a edición, Santo Domingo (Rep. Dom.), 2006
102. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Formulario modelo de la OMS, 2004, basado en la tercera lista modelo de medicamentos esenciales 2003. Barcelona (España): Editorial Pharma, 2003.
103. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño. Evidencia de las intervenciones, Serie OPS/FCH/CA/05-05.E,2005.
104. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con salud.10^a revisión. Publicación científica n°.554, 1997
105. Alvarez C, Mota E, Hernández E, Martínes I. Gastroenteritis aguda en pediatría. México (DF): Grupo Ferrer, Editora EDICAMED, 2005.
106. Manual de Otorrinolaringología pediátrica de la IAPO.
107. Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS). Reglamento sobre el seguro familiar de salud y el plan básico de salud. Serie: Reglamentos y normas no 2. Santo Domingo (Rep Dom).
108. Fleisher GR, Ludwig S, Silverman BK [Editors]. Synopsis of pediatric emergency medicine. 4th. Edition, Boston, Massachusetts, (USA): Editora de la universidad de Harvard, 2004.
109. González-Saldaña P, Saltigeral-Simental M., Antimicrobianos, antivirales, antimicóticos e inmunomoduladores. 5^a edición, México (DF): McGraw Hill, 2005.
110. González-Saldaña N,Torales-Torales AN, Gómez-Barreto D., Insectología clínica pediátrica. México (DF): McGraw Hill, 2005.
111. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Guías técnicas para la vigilancia del VIH entre los pacientes con tuberculosis, 2^a edición. Ginebra (Suiza), 2004.
112. Severino F, Castillo Varga J., Emergencias médico quirúrgicas. 1^a edición, Santo Domingo (Rep.Dom.) Impreso Mayobanex, 2003
113. Ahya S, Flood K, Paranjothi S., El manual Washington de terapéutica médica. 30ma edición, México, McGraw Hill, 2001
114. Braunwald E, Fauci A, Kasper D., Harrison manual de medicina 15^a y 16^a edición, Madrid (España) McGraw Hill, 2003
115. Ruiz Arguelles 6, J., Fundamentos de Hematología 3^a edición, Revista de investigación clínica, México. Editorial Médica Panamericana 1998
116. B. Colombo, E. G. Suarch, G. Martínez Antuña, Genética y Clínica de las Hemoglobinas Humanas 6^a edición, Habana (Cuba) Pueblo y Educación 1997

117. Revista Cubana de Hematología Clínica e Inmunoterapia. Habana (Cuba) Editorial Médica (IHI) 1999
118. William Hematology, Ernest Beuther. Hematology Clinical. 3^a edición, New York (USA) McGraw Hill, 2000
119. Suárez J. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enfoque en salud familiar. 2^a edición, Bogotá (Colombia): editorial Médica Panamericana, 2004.
120. Wagner P. La anemia. Consideraciones Fisiopatológicas, clínicas y terapéuticas. Lima (Perú): Working Group Latinoamerican, 2004.
121. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Normas nacionales para el manejo de las principales urgencias obstétricas. 4^a edición, Santo Domingo (Rep. Dom.): Serie normas nacionales nº 7, 2001.
122. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). Normas de atención pediátrica. Santo Domingo (Rep. Dom.): Serie normas nacionales nº 15, 2003.
123. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Normas Nacionales para la prevención, diagnóstico y tratamiento temprano del cáncer cervicouterino. Santo Domingo (Rep. Dom.): Serie normas nacionales nº 9, 1998.
124. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Normas nacionales de Salud bucal. 2^a edición, Santo Domingo (Rep. Dom.): Serie normas nacionales no. 19, 2001.
125. Batista del Villar G [Editor]. La hipertensión Arterial en los albores del tercer Milenio. II Congreso Nacional -V Jomada Caribeña de Hipertensión Arterial. Santo Domingo (Rep. Dom.), abril del 2002.
126. Zurro AM, Cano-Pérez JF. Compendio de Atención Primaria. Madrid (España): Harcourt, 2000.
127. Academia Americana de Pediatría. Guía completa de un equipo de expertos. El cuidado de su hijo pequeño. Barcelona (España), 2001.
128. Gunn VL, Nechyba C. [Editores]. Manual Harriet Lane de Pediatría The Johns Hopkins Hospital. 16th Madrid (España): 2005.
129. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP) / COMISION EJECUTIVA PARA Reforma del Sector Salud (CERSS). Guía farmacoterapéutica para el primer nivel de atención. Santo Domingo (Rep Dom), 2006. [En visión para impresión].
130. Otero Cruz H., Urgencias Quirúrgicas Abdominales en Pediatría. Santo Domingo (Rep Dom.): Intermedio, SA, 2000.
131. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Curso especial de post grado en Gestión Local de Salud. San José (Costa Rica), 2004
132. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Curso especial de post grado en atención integral para médicos generales. San José (Costa Rica), 2004.
133. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). Ley General de Salud (No.42-01, 2^a edición., Santo Domingo, (Rep. Dom.), Serie publicaciones reforma en salud, 2002.
134. Ministerio de Trabajo (SET), Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS). Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, Santo Domingo (Rep. Dom.): Editora Centenario, S.A., Serie publicaciones reforma en salud No.1, 2001.
135. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). Reglamento de la Ley General de Salud (42-01), Volumen I, Santo Domingo (Rep Dom): Impresos Digitales, 2004.
136. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). Reglamento de la Ley General de Salud (42-01), Volumen II, Santo Domingo (Rep Dom): Editora Universal, 2005.

137. Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Reglamento sobre el Seguro Familiar de Salud y el Plan Básico de Salud., Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie: reglamentos y normas No.2, 2003.
138. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). Decretos, Resoluciones y Disposiciones para la Reorganización y Modernización Institucional del Ministerio de Salud
139. Pública y Asistencia Social (MSP), Santo Domingo (Rep. Dom.), 2006.
140. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS), Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSS). Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud: Guía para el Desarrollo de los Servicios de Salud para la Atención a las Personas, Santo Domingo (Rep Dom), 2006.
141. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Vicerrectoría de Atención a las Personas. Modelo de Contrato y Convenio de Gestión para la Atención a las Personas. [Borrador]. Santo Domingo (Rep. Dom.), 2005.
142. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Dirección Nacional de Atención Primaria (DNAP). El Nuevo Modelo de Atención de Salud para la República Dominicana: Primer Nivel de Atención, Santo Domingo (Rep Dom), Serie: Nuevo modelo de atención No.1, 2000.
143. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Dirección Nacional de Atención Primaria (DNAP). Manual de Zonificación y Sectorización, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie: Nuevo modelo de atención No.5, 2000.
144. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Dirección Nacional de Atención Primaria (DNAP). Manual de Elaboración de Croquis, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie: Nuevo modelo de atención No. 6, 2000.
145. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Dirección Nacional de Atención Primaria (DNAP). Base para el Análisis de Situación de Salud en el Nivel Local, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie: Nuevo modelo de atención No. 10, 2000.
146. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Dirección Nacional de Atención Primaria (DNAP). Guía de Diagnóstico y Tratamiento, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie: Nuevo modelo de atención No.18, 2000.
147. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Dirección Nacional de Atención Primaria (DNAP). Guía Farmacoterapéutica para el Primer Nivel de Atención, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie: Nuevo modelo de atención No.20, 2000.
148. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Dirección Nacional de Atención Primaria (DNAP). Reglamento Operativo para los Equipo de Salud Familiar (ESAF), Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie: Nuevo modelo de atención No.11, 2000.
149. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Dirección Nacional de Atención Primaria (DNAP). Manual de Organización del ESAF, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie: Nuevo modelo de atención No. 9, 2000.
150. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Dirección Nacional de Atención Primaria (DNAP).Acuerdo de Gestión, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie: Nuevo modelo de atención No.12, 2000.
151. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Dirección Nacional de Atención Primaria (DNAP). Manual de Gestión, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie: Nuevo modelo de atención No.19, 2000.
152. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Normas nacionales para la atención del menor de 5 años. Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie de normas nacionales No.1, 1998.

153. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Normas de atención a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, 4^a edición, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie de normas nacionales No.5, 2001.
154. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Normas nacionales de laboratorios clínicos y bancos de sangre para la atención materna perinatal, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie de normas nacionales No. 6, 1998.
155. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Normas nacionales para la prevención, diagnóstico y tratamiento temprano del cáncer cervico uterino, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie de normas nacionales No.9, 1998.
156. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Normas nacional de salud reproductiva de la República Dominicana: planificación familiar, 3^a edición, Serie de normas nacionales No. 14, 2001.
157. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Normas nacionales de atención pediátrica, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie de normas nacionales No.15, 2003.
158. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Normas nacionales para la atención y control de la tuberculosis, 2^a edición, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie de normas nacionales No.16, 2001.
159. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Normas nacionales de salud bucal, 2da edición, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie de normas nacionales No.19, 2001.
160. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Normas mínimas de atención en salud al uso, abuso y dependencia a sustancias, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie de normas nacionales No.26, 2002.
161. Rosario-Reyes GB, Manual de procedimiento para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de la rabia, Santo Domingo (Rep.Dom.), 2005.
162. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Norma particular de habilitación para la instalación y funcionamiento de consultorios, Santo Domingo (Rep. Dom.), 2005.
163. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Norma particular de habilitación para la instalación y funcionamiento de clínicas odontológicas, laboratorio de sangre y depósitos dentales, Santo Domingo (Rep. Dom.), 2005. 84. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Norma particular de habilitación para la instalación y funcionamiento de laboratorios clínicos y salud pública, Santo Domingo (Rep. Dom.), 2005.
164. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Norma particular de habilitación para la instalación y funcionamiento de bancos de sangre y servicios de transfusión, Santo Domingo (Rep. Dom.), 2005.
165. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Norma particular de habilitación para la instalación y funcionamiento de centros con internamiento, Santo Domingo (Rep. Dom.), 2005.
166. Consejo Nacional de Estancias Infantiles (CONDEI). Normas que regulan el proceso de habilitación de las estancias infantiles en el sistema dominicano de seguridad social, 2da edición, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie Regulaciones del CONDEI No. 1, 2005.
167. Consejo Nacional de Estancias Infantiles (CONDEI). Reglamento de Supervisión, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie Regulaciones del CONDEI No. 5, 2004.
168. Consejo Nacional de Estancias Infantiles (CONDEI). Manual de seguimiento y evaluación de los servicios de estancias infantiles en el sistema dominicano de seguridad social, Santo Domingo (Rep. Dom.), Serie Regulaciones del CONDEI No. 4, 2004.
169. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP). Cuadro básico de medicamentos esenciales de República Dominicana, 5ta edición, Santo Domingo (Rep. Dom.), 2005.

170. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP), Departamento de Enfermería. Normas generales y administrativas de enfermería, Santo Domingo (Rep. Dom.): Impresos Aníbal, C. Por A., 2000.
171. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSP).
172. Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud (CERSS). Máximo Domingo (Rep. Dom.): Editora Taller, c. Por A., 2006.
173. Corporación para Investigaciones Biomédicas. Blanco-Restrepo JH. «y» Maya-Mejía JM. [autores]. Fundamento de Salud Pública, 2da. edición, Medellín (Colombia): Quebercor Wold Bogotá SA, Administración de Servicios de Salud, Tomo II, 2005.
174. Zurro AM, «y» Cano-Pérez JF. Compendio de atención primaria, Madrid (España):Harcourt, 2000.
175. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Castillo-Martínez A. «y» Villegas-del Carpio O. [autores]. Análisis de la situación de salud con enfoque espacio-población para el nivel local, San José (Costa Rica): Curso especial de Post Grado en gestión local de salud, Módulo 6, 2004.
176. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS). Curso especial de post grado en atención integral para médicos generales, San José (Costa Rica), 2004.
177. Perú, Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología. Análisis de la situación de Salud (ASIS): Guía para el análisis de los factores condicionantes de la salud. Lima (Perú), 2002
178. Perú, Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología. Análisis de la situación de Salud: Guía para el análisis del proceso salud - enfermedad. Lima (Perú), 2002
179. Perú, Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología. Análisis de la situación de Salud: Guía para el análisis de la respuesta social, los problemas de salud. Lima (Perú), 2002
180. Perú, Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología. Análisis de la situación de Salud: Guía para la integración de los componentes del ASIS. Lima (Perú), 2002
181. American college of gastroenterology agude pancreatitis guideline, 2015
182. Normas y tratamientos. Se consigue en:<http://WNW.cdc.gov>
183. Normas y tratamientos. Se consigue en:<http://WNW.paho.org>
184. Normas y tratamientos. Se consigue en:<http://WNW.aap.org>
185. Normas y tratamientos. Se consigue en:<http://www.Fda.org>
186. Normas y tratamientos. Se consigue en:<http://www.Clap.org>
187. Normas y tratamientos. Se consigue en: <http://www.rima.org>
188. Normas y tratamientos. Se consigue en: <http://www.update.com>



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

SIAPS



Al servicio
de las personas
y las naciones



SERVICIO NACIONAL DE SALUD