



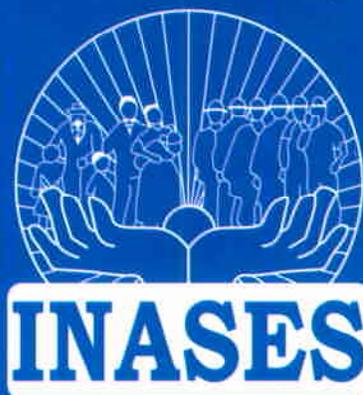
Ministerio de Salud  
y Deportes

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

# NORMAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO DE MEDICINA INTERNA



100  
5n



INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD INASES

**INSTITUTO NACIONAL  
DE SEGUROS DE SALUD**

---

**DOCUMENTO INSTITUCIONAL**

---

Mayo 2005

## Presentación

La población asegurada y beneficiaria de la Seguridad Social a Corto Plazo demanda que los servicios en los establecimientos de las Cajas de Salud se brinden de manera oportuna con calidad y eficiencia.

Las Normas de Diagnóstico y Tratamiento Médico, **en su segunda edición**, constituyen un valioso instrumento regulador y ordenador del accionar técnico médico al estar sistematizados los parámetros con los cuales se debe realizar el manejo de las patologías más prevalentes a nivel de Policonsultorios y Centros Hospitalarios del Sistema. Normas de gran importancia que coadyuvarán en las prestaciones médicas y en el respaldo del ejercicio profesional.

El Instituto Nacional de Seguros de Salud en uso de sus atribuciones que le confiere el Decreto Supremo N° 25798, se complace en presentar las Normas de Diagnóstico y Tratamiento Médico en **Medicina Interna**. Tenemos plena seguridad que este instrumento técnico será de gran utilidad para el personal médico de los Entes Gestores, el que permitirá estandarizar las prestaciones en el Seguro Social de Corto Plazo en beneficio de los usuarios del sistema para la consecución de una atención de calidad.

El INASES agradece y destaca el trabajo de los profesionales médicos de los diferentes Entes Gestores que participaron como autores en la elaboración de estas normas.

La Paz, mayo de 2005



Dr. Fernando Peña Gómez  
**DIRECTOR EJECUTIVO**

**COORDINACIÓN GENERAL**

Dra. Anita M. García Lara  
**RESPONSABLE DEL ÁREA DE REGLAMENTACIÓN  
EN SALUD  
INASES**

**AUTORES DE LAS NORMAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO  
DE MEDICINA INTERNA**

Dra. María Teresa Bilbao (C.P.S.)  
Dra. Roxana Miranda (C.B.E.S.)  
Dr. Ramiro Mayorga (S.S.U.)

La Paz, mayo 2005



# MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD

Av. 6 de Agosto, Edif. Las Dos Torres No. 2577, 5to. Piso • Telfs.: 2430040 - 2430050 - 2431872 - 2433029 • E-Mail: inases@ceibo.entelnet.bo • Fax: 2430070  
Casilla 7007 • La Paz - Bolivia  
Cochabamba • Calle Hamiraya N° 5-356 5to. Piso Telf.: 4581561 • Santa Cruz • Calle Santa Bárbara N° 201 Telf. 3340533

## RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA N° 054-2005

La Paz, **01 JUN. 2005**

### VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, el INASES como Entidad Pública Descentralizada tiene la competencia de Fiscalizar el Sistema Nacional de Seguros de Salud, con la atribución general de la evaluación y supervisión sobre los Entes Gestores, Seguros Delegados, Seguro Médico Gratuito de Vejez y Seguro Universal Materno Infantil, en el marco de la normativa vigente; para que se otorguen prestaciones de salud en los regímenes de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo de manera oportuna, eficiente y económica.

Que, la Unidad Técnica de Salud ha concluido con la elaboración de las **Normas de Diagnóstico y Tratamiento Médico de Medicina Interna.**

Que, los mencionados documentos se constituyen en instrumentos normativos para la practica médica, por tanto requieren la aprobación de Ley para su uso obligatorio en los servicios de Consulta Externa y Hospitalización dentro del Sistema Nacional de Seguros de Salud.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 0063 de fecha 1° de marzo de 2001 el Ministerio de Salud y Previsión Social dispone la aprobación y aplicación inmediata de las "Normas de Diagnóstico y Tratamiento" en todos los Entes Gestores de Salud, pertenecientes a la Seguridad Social; como documento oficial e idóneo en la materia.

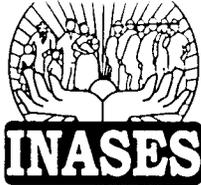
Que, la Unidad de Asuntos Jurídicos, mediante Informe N° UAJ-40-02-056/05 se pronuncia por la procedencia de la presente Resolución.

Que, el inciso u) del artículo 6° del Decreto Supremo N° 25798 de 2 de junio de 2000, faculta al Instituto Nacional de Seguros de Salud *definir los asuntos de su competencia mediante Resoluciones Administrativas.*

### POR TANTO

**El Director Ejecutivo del Instituto Nacional de Seguros de Salud, en ejercicio de sus legítimas atribuciones;**





**MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD**

Av. 6 de Agosto, Edif. Las Dos Torres No. 2577, 5to. Piso • Telfs.: 2430040 - 2430050 - 2431872 - 2433029 • E-Mail: inases@ceibo.entelnet.bo • Fax: 2430070  
Casilla 7007 • La Paz - Bolivia  
Cochabamba • Calle Hamiraya N° 5-356 5to. Piso Telf.: 4581561 • Santa Cruz • Calle Santa Bárbara N° 201 Telf. 3340533

**RESUELVE:**

**PRIMERO.-** Aprobar las Normas de Diagnóstico y Tratamiento Médico de Medicina Interna.

**SEGUNDO.-** Disponer su uso obligatorio en los servicios de Consulta Externa y Hospitalización de los Entes Gestores del Sistema Nacional de Seguros de Salud

**TERCERO.-** La Unidad Técnica de Salud queda encargada de la ejecución y cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.

Dr. Juan Carlos Lapra G.  
DIRECTOR EJECUTIVO  
INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD

Dr. Fernando Peña Gómez  
DIRECTOR EJECUTIVO  
INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD

## Aspectos Generales

### Antecedentes:

1. El INASES el año 2000 elaboró las Normas de Diagnóstico y Tratamiento Médico en las Especialidades de Medicina Interna, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría con la participación de profesionales de los entes gestores de la Seguridad Social, las mismas deberían ser actualizadas cada 2 años.
2. EL Ministro de Salud y Deportes, el 10 de febrero 2003 emite un instructivo para la armonización de las Normas de Diagnóstico en las especialidades de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia, las mismas deben ser de implementación en el Sistema Público y de la Seguridad Social. Se designó dos representantes por ambos sistemas en cada una de las especialidades como menciona las Resoluciones Ministeriales N° 0219, 0593, 0707, en el marco de estos instructivos se procede a la actualización con los profesionales declarados en comisión.
3. La Segunda Edición de las Normas de Diagnostico y Tratamiento Médico contó con la participación de los siguientes Entes Gestores:

#### En la especialidad de Medicina Interna

- Caja Petrolera de Salud
- Seguro Social Universitario
- Caja de Salud de la Banca Estatal

#### En la Especialidad de Cirugía

- Caja Nacional de Salud
- Caja Petrolera de Salud
- Caja de Salud de la Banca Privada
- Hospital La Paz
- Hospital La Paz
- Sociedad de Cirugía

#### En la Especialidad de Gineco- Obstetricia

- Caja Nacional de Salud
- Caja de Salud de la Baca Privada
- Hospital de la Mujer

4. Las Normas de Diagnóstico y Tratamiento Médico de las otras especialidades médicas se elaboraron con representantes de los Entes Gestores de Salud, sin participación del sector público y se sometieron a consideración de los especialistas en las regionales de Santa Cruz y Cochabamba.

5. Las Normas de Diagnóstico y Tratamiento Médico contiene una relación de las patologías más prevalentes que demandan la atención ambulatoria y hospitalaria de las entidades del Sistema, se utilizaron distintas fuentes reconocidas de información bibliográfica, experiencia profesional por razones de estandarización, sistematización y consensos de criterios no fueron desglosados en referencias bibliográficas.
6. El tratamiento médico se desarrolla para la mayoría de las patologías indicaciones específicas en cuanto a dosificación y vías de administración de diferentes esquemas terapéuticos, considerando a fármacos del Cuadro de Medicamentos Esenciales de los Seguros de Salud como lo establece la R. M. N° 0341 de 27 de Junio 2003.

## Reglamento General

### Norma de Diagnóstico y Tratamiento Médico

**Art. 1** Las Normas de Diagnóstico y Tratamiento Médico, constituyen un documento institucional que establece los parámetros técnico médico de las diferentes patologías de consulta externa y hospitalización en los servicios de salud de las Entidades Gestoras del Régimen de Corto Plazo.

**Art. 2** El ámbito de aplicación de las Normas de Diagnóstico y Tratamiento Médico, se circunscriben a los Puestos Médicos, Policonsultorios, Policlínicos, Clínicas y Hospitales, instancias técnico administrativas de los niveles Nacionales, Regionales y locales de las Cajas de Salud del Sistema de Corto Plazo.

**Art. 3** Las Normas de Diagnóstico y Tratamiento Médico, son de aplicación obligatoria en todo el Sistema de Seguros de Salud del Régimen de Corto Plazo, deben ser utilizadas como instrumentos técnicos en las auditorías médicas internas y las externas realizadas por INASES.

#### Aspectos Administrativos

**Art. 5** Las autoridades de los establecimientos de Salud, Policlínicos, Clínicas y Hospitales de las Cajas y Seguros de Salud, están obligados a difundir e implementar con todo el equipo médico el contenido y alcance de la presente norma.

**Art. 6** Las Normas de Diagnóstico y Tratamiento en la especialidad de **Medicina Interna** elaboradas para el Régimen de Corto Plazo de la Seguridad Social boliviana, son de aplicación y uso obligatorio en todas y cada una de las entidades gestoras, por lo tanto las autoridades deben realizar la entrega correspondiente en número suficiente en calidad de activo fijo a todos los puestos de salud, Policonsultorios, Policlínicos, Clínicas y Hospitales, para el uso e implementación en cada uno de los establecimientos de salud.

**Art. 7** Las Normas de Diagnóstico y Tratamiento Médico en las diferentes especialidades médicas no podrán ser modificadas bajo ninguna circunstancia, salvo decisión fundamentada del INASES a través de la conformación de un Comité de revisión de las Normas con participación de representantes de todos los Entes Gestores, cada 2 años.

**Art. 8** Los Policonsultorios y Hospitales de las Cajas y de los Seguros de Salud con base a éstas normas de Diagnóstico y Tratamiento Médico deben desarrollar los **Protocolos de atención** de manera obligatoria en las patologías prevalentes de su institución.

**Art. 9** Las autoridades ejecutivas de las Entidades Gestoras de manera obligatoria deberán proveer los requerimientos físicos, tecnológicos, farmacológicos y profesionales a todos sus establecimientos de salud, instruir su implementación y control interno.

**Art. 10** El INASES a través de la fiscalización y seguimiento externo evaluará el cumplimiento de la presente norma en cada uno de los establecimientos de salud de las entidades de la Seguridad de Corto Plazo.

**Dedicatoria:**

A la población protegida a la cual servimos, esperamos que la puesta en práctica de esta normativa, mejore sustancialmente las prestaciones que debemos brindarles.

Los autores

**INDICE**

**NORMAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO DE MEDICINA INTERNA**

**ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS**

Anemia por deficiencia de Hierro	1
Anemia de las enfermedades crónicas	3

**ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

Cólera	4
Fiebre Tifoidea	6
Otras Infecciones debidas a la Salmonella	8
Tétanos	10
Tuberculosis	13
Amebiasis	20
Giardiasis	23
Toxoplasmosis	24
Enfermedad de Chagas	27
Paludismo	30
Parasitosis Intestinal por Nematodes	33
Fascioliasis	37
Teniasis	39
Cisticercosis	41
Hidatidosis	43
Fiebre de Dengue clásico y Hemorrágico	45
Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia Humana	47

**ENFERMEDADES DEL APARATO CARDIOVASCULAR**

Hipertensión Arterial	52
Insuficiencia Cardíaca	57

**ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO**

Rinofaringitis aguda	60
Faringitis aguda	62
Laringitis aguda	63
Bronquitis aguda	65
Neumonía	66
Asma	70
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	72

**ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO**

Infección Urinaria	76
--------------------	----

**ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO**

Enfermedad de reflujo gastroesofágico	79
Hemorragia digestiva	81
Úlcera Péptica	83
Hepatitis Viral	85

## Normas de Diagnóstico y Tratamiento Médico

---

Enfermedad diarreica aguda	88
Síndrome de intestino irritable	90
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNITARIO Y APARATO LOCOMOTOR</b>	
Artritis reumática	94
Artrosis	97
Gota	99
Lupus Eritematoso Sistémico	101
Síndrome Antifosfolípídico	105
Lumbalgia aguda	107
<b>ENFERMEDADES ENDOCRINOLÓGICAS Y DEL METABOLISMO</b>	
Bocio no tóxico	110
Hipotiroidismo	112
Tirotoxicosis	114
Diabetes Mellitus	117
Síndrome metabólico	120
Dislipidemia	123
Obesidad	126
Desnutrición	128
Osteoporosis	130
<b>ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS</b>	
Cefalea	133
Trastorno de la función vestibular	135
<b>EMERGENCIAS EN MEDICINA INTERNA</b>	
Paro cardiorespiratorio	137
Sepsis	140
Dolor torácico	143
Tromboembolismo pulmonar	145
Edema agudo de pulmón de altura	147
Crisis asmática	149
Hemoptisis	152
Insuficiencia renal aguda	154
<b>TRASTORNOS DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS</b>	
Deshidratación	157
Hiponatremia	159
Hipernatremia	161
Hiperkalemia	163
Hipokalemia	164
Acidosis metabólica	166
Acidosis respiratoria	168
Alcalosis metabólica	170
Alcalosis respiratoria	171
Abdomen agudo médico	172
Anafilaxia	176
Cetoacidosis diabética	178

## Normas de Diagnóstico y Tratamiento Médico

---

Coma Hiperosmolar Hiperglucémico no Cetósico (CHHNC)	181
Hipoglucemia	184
Cirugía en paciente diabético	186
Crisis Tirotóxica	188
Insuficiencia Corticosuprarrenal aguda	192
Hipotermia sistémica accidental	194
Intoxicaciones agudas	197
Intoxicación por Acetaminofeno	199
Intoxicación por Antidepresivos Tricíclicos	201
Intoxicación por Benzodiazepinas	202
Intoxicación por Salicilatos	204
Intoxicación por Organofosforados	206
Evaluación del Riesgo Pre-Operatorio	208
Fiebre	210

## **ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS**

### **NORMA N° 1 ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO (CIE10 D50)**

#### **I Definición**

Es la disminución de hemoglobina a valores inferiores de los considerados normales de acuerdo a la edad, sexo y lugar de residencia, por falta o disminución de hierro en el organismo.

#### **II Etiología**

- Pérdidas sanguíneas
- Disminución en el aporte
- Incremento de las demandas
- Disminución de la absorción
- Alteraciones en el transporte del hierro

#### **III Manifestaciones clínicas**

- Adinamia
- Fatiga muscular
- Alteraciones tróficas de piel y mucosas (rágades, glositis)
- Molestias digestivas vagas
- Fragilidad y caída del cabello
- Encanecimiento precoz
- Irritabilidad
- Disminución del rendimiento intelectual
- Pica (geofagia, pagofagia)
- Disnea de esfuerzo
- Palpitaciones
- Síncope
- Anorexia
- Tinnitus
- Uñas quebradizas y coiloniquia
- Parestesias
- Angor

#### **IV. Exámenes complementarios**

- **Laboratorio**
  - Hemograma
  - Coproparasitoscópico seriado
  - Examen de orina
  - Recuento de reticulocitos
  - Ferremia
  - Capacidad total de fijación del hierro

- Índice de saturación de transferrina
- Ferritina sérica
- Sangre oculta en heces

- **Gabinete**

- Endoscopia digestiva
- Tránsito esófago gastro intestinal
- Enema baritado de colon
- Aspirado de medula ósea

**V. Diagnóstico diferencial**

Otras anemias microcíticas

**VI. Complicaciones**

- Corazón anémico
- Parto pretérmino
- Niños con bajo peso al nacer

**VII. Criterios de referencia**

- Los de hospitalización
- Intolerancia severa al hierro oral

**VIII. Criterios de hospitalización**

- Anemias severas
- Complicaciones
- Estudios especializados

**IX. Tratamiento**

- **Médico**
  - Sulfato ferroso 200 a 600 mg por vía oral por día, por 6 a 12 semanas
  - Transfusión de paquete globular de acuerdo a criterio de especialidad
- **Quirúrgico**
  - No tiene

**X. Control y seguimiento**

- Recuento de reticulocitos entre los 7 a 14 días
- Controles mensuales con hemograma hasta finalizar el tratamiento

**XI. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

## **XII. Prevención**

Educación nutricional

### **NORMA N° 2 ANEMIA DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS (CIE10 D63)**

#### **I. Definición**

Es la anemia debida a la respuesta inflamatoria del organismo, secundaria a:

- Procesos infecciosos crónicos: abscesos, tuberculosis, neumonías, infecciones urinarias, osteomielitis, micosis, etc.
- Procesos inflamatorios: lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoidea, etc.
- Neoplasias: carcinomas, linfomas, mieloma múltiple, leucemias, etc.

#### **II. Manifestaciones clínicas**

- Las manifestaciones de la enfermedad de base
- Sintomatología propia del síndrome anémico

#### **III. Exámenes complementarios**

- **Laboratorio**
  - Hemograma
  - Recuento de reticulocitos
  - Recuento de plaquetas
  - Ferremia
  - Capacidad total de fijación del hierro
  - Índice de saturación de transferrina
  - Ferritina sérica
  - Aspirado de medula ósea
  - Otros de acuerdo a la enfermedad de base
- **Gabinete**
  - De acuerdo a la enfermedad de base

#### **IV. Diagnóstico diferencial**

Otras anemias

#### **V. Complicaciones**

Las de la enfermedad de base

#### **VI. Criterios de referencia**

- Para tratamiento de especialidad
- Los de hospitalización

**VII. Criterios de hospitalización**

- Agravación de la anemia
- Compromiso importante de la enfermedad de base

**VIII. Tratamiento**

- **Médico**
  - El de la enfermedad de base
  - Transfusiones de sangre en caso de anemia sintomática
- **Quirúrgico**
  - No tiene

**IX. Control y seguimiento**

De acuerdo a criterio de especialidad

**X. Criterios de alta**

Controlada enfermedad de base

**XI. Prevención**

No tiene

**ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

**NORMA N° 3  
COLERA  
(CIE10 A09)**

**I. Definición**

Enfermedad diarreica aguda, mediada por enterotoxinas, producida por el *Vibrión cholerae*, que puede ser de grado leve a muy severo.

**II. Clasificación**

- Endémica
- Epidémica

**III. Manifestaciones clínicas**

- Periodo de incubación de 12 a 48 horas
- Inicio brusco
- Diarrea acuosa, voluminosa, sin dolor, ni olor, que puede tener aspecto de agua de arroz, sin sangre ni pus
- Vómitos violentos abundantes
- Fiebre ocasional
- Signos y síntomas según el grado de deshidratación

#### **IV. Exámenes complementarios**

- **Laboratorio**
  - Citología fecal
  - Coprocultivo
  - Hemograma
  - Nitrógeno ureico
  - Creatinina
  - Electrolitos séricos
  - Gasometría arterial
  
- **Gabinete**
  - No requiere

#### **V. Diagnóstico diferencial**

Otras gastroenteritis

#### **VI. Complicaciones**

Shock hipovolémico

#### **VII. Criterios de referencia**

Deshidratación severa

#### **VIII. Criterios de hospitalización**

Deshidratación moderada a severa

#### **IX. Tratamiento**

- **Médico**
  - Deshidratación leve
  - Sales de rehidratación oral 50 ml/kg de peso en 4 horas
  - Deshidratación moderada
  - Sales de rehidratación oral 100 ml/kg de peso en 4 horas
  - Deshidratación severa
    - Ringer lactato 80 a 100 ml/kg de peso, a pasar en 3 horas: 50% en la 1ª hora, el resto en 2 horas.
    - Si al concluir la hidratación intravenosa hay tolerancia oral continuar con sales de rehidratación oral 50 a 100 ml/kg de peso, en caso contrario repetir el plan
    - Mantener alimentación habitual con mayor aporte de líquidos, según tolerancia
  
- **Medicamentos**
  - Doxiciclina 300 mg, por vía oral dosis única
  - Tetraciclina 500 mg, por vía oral, cada 6 horas por 3 a 5 días
  - Sulfametoxazol- trimetoprim 800/160 mg, por vía oral cada 12 horas por 3 días
  - Ciprofloxacina 1 g, por vía oral, dosis única

No usar antiespasmódicos, antidiarreicos ni antieméticos

- **Quirúrgico**  
No tiene

**X. Control y seguimiento**

No tiene

**XI. Criterios de alta**

Resuelta la enfermedad

**XII. Prevención**

- Medidas generales
  - Higiene personal y colectiva
  - Saneamiento básico
  - Control sanitario de los alimentos
- Medidas de bioseguridad
  - Aislamiento del paciente
  - Desinfección de la habitación, vestimenta y artículos utilizados por el paciente
  - Control de eliminación de excretas
  - Vigilancia y manejo de contactos
  - A los contactos: Doxiciclina 300 mg por vía oral, dosis única

**NORMA Nº 4**  
**FIEBRE TIFOIDEA**  
**Fiebre entérica**  
**(CIE10 A010)**

**I. Definición**

Enfermedad infecciosa aguda, sistémica, endemoepidémica, de origen entérico producida por *Salmonella typhi*

- **Vías de transmisión**
  - De persona a persona, por contacto directo o indirecto desde el enfermo o portador al contaminar el agua o los alimentos con las excretas

**II. Manifestaciones clínicas**

Período de incubación de 8 a 14 días:

- Comienzo insidioso, con manifestaciones inespecíficas:
  - Fiebre elevada
  - Cefalea y dolor retrocular
  - Diarrea frecuente
  - Vómitos
  - Anorexia, astenia, adinamia
  - Artromialgias
  - Tos

- Fase de estado
  - Estreñimiento o diarrea de características sanguinolentas
  - Escalofríos
  - Lengua saburral o tostada
  - Manifestaciones neuropsiquiátricas (delirio, estupor y coma)
  - Bradicardia relativa y pulso dicoto
  - Roncus y sibilancias
  - Hepatoesplenomegalia
  - Gorgoteo y borborigmos en fosa iliaca derecha
  - Roseola tífica
- Fase de convalecencia
  - Generalmente esta signo sintomatología es abortada por inicio precoz de antibióticos
  - Puede presentar recaída

### **III. Exámenes complementarios**

- **Laboratorio**
  - Hemograma
  - Hemocultivo
  - Coprocultivo
  - Urocultivo
  - Mielocultivo
  - Cultivo de líquido cefalorraquídeo (en casos especiales)
- **Gabinete**
  - No requiere

### **IV. Diagnóstico diferencial**

- Gastroenteritis por otras salmonellas
- Apendicitis
- Hepatitis
- Paludismo
- Tuberculosis
- Otros cuadros febriles

### **V. Complicaciones**

- Hemorragia intestinal
- Perforación intestinal
- Shock endotoxínico
- Meningitis, hepatitis, miocarditis, artritis, colecistitis
- Abscesos óseos y pulmonares
- Portador crónico

### **VI. Criterios de referencia**

Los de hospitalización

## **VII. Criterios de hospitalización**

- Estado tóxico-infeccioso moderado a severo
- Complicaciones

## **VIII. Tratamiento**

### **• Médico**

#### **Medicamentos** (por 14 días)

- Cloranfenicol 500 mg por vía oral cada 6 horas
- Amoxicilina 1g por vía oral cada 6 horas
- Sulfametoxazol/Trimetoprim 800/160 mg por vía oral cada 12 horas
- Ciprofloxacina 500 mg por vía oral cada 12 horas
- Ceftriaxona 3 a 4 g vía endovenosa por uno a tres días, seguido de 1 a 2 g por vía endovenosa por día durante 5 a 7 días

En casos muy graves asociar:

- Dexametasona 3 mg/kg de peso vía endovenosa como dosis inicial, seguida de 1mg/kg vía endovenosa cada 6 horas por 24 a 48 horas

Tratamiento de los portadores asintomáticos:

- Ciprofloxacina 500 mg por vía oral cada 12 horas por 4 semanas
- Amoxicilina 1 g por vía oral cada 8 horas por 4 semanas

### **• Quirúrgico**

- En grupos de riesgo: colecistectomía y de las complicaciones

## **IX. Control y seguimiento**

Coprocultivo una vez por semana por tres semanas al concluir el tratamiento

## **X. Criterios de alta**

Resuelta la enfermedad

## **XI. Prevención**

- Educación sanitaria
- Saneamiento básico

# **NORMA N° 5 OTRAS INFECCIONES DEBIDAS A LA SALMONELLA (CIE10 A02)**

## **I. Definición**

Infecciones causadas por Salmonella no typhi, endemo epidémicas, de origen entérico, generalmente autolimitadas.

## **II. Clasificación**

- Enterocolitis
- Bacteriemia
- Infecciones focales no digestivas

## **III. Manifestaciones clínicas**

- Enterocolitis
- Incubación de 6 a 48 horas
- Fiebre
- Náuseas
- Vómitos
- Dolor abdominal de tipo cólico
- Diarrea de diferente intensidad, en ocasiones disentéricas
- Bacteriemia
- Fiebre prolongada o recurrente
- Compromiso del estado general
- Infecciones focales
- Infección en hueso, articulaciones, pleura, pericardio, pulmones u otros sitios, en casos de pacientes con inmunodepresión

## **IV. Exámenes complementarios**

- **Laboratorio**
  - Hemograma
  - Citología fecal
  - Cultivos de acuerdo a criterio médico y evolución de la enfermedad
- **Gabinete**
  - De acuerdo al sitio de localización extraintestinal
  - Radiografía
  - Ecografía

## **V. Diagnóstico diferencial**

- Gastroenteritis de otra etiología
- Intoxicación alimentaria
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Trastornos abdominales quirúrgicos agudos
- Aneurismas micóticos abdominales (en bacteriemia)

## **VI. Complicaciones**

- Colecistitis
- Infección urinaria
- Neumonía
- Meningitis
- Artritis séptica
- Osteomielitis
- Portador asintomático

## **VII. Criterios de referencia**

Los de hospitalización

## **VIII. Criterios de hospitalización**

- Estado tóxico-infeccioso severo
- En caso de complicaciones

## **IX. Tratamiento**

### **• Médico**

Medidas generales

- Reposición de líquidos por vía oral
- Medidas dietéticas
- No administrar antidiarreicos ni antiespasmódicos

Medicamentos

- Solo en casos de inmunosupresión:
- Ciprofloxacina 500 mg, por vía oral cada 12 horas por 10 días

### **• Quirúrgico**

De las complicaciones

## **X. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución del cuadro

## **XI. Criterios de alta**

Resuelta la enfermedad

## **XII. Prevención**

- Realizar tratamiento en portadores crónicos
- Control de manipuladores de alimentos y trabajadores sanitarios
- Educación sanitaria
- Saneamiento básico

## **NORMA N° 6 TETANOS (CIE10 A34)**

### **I. Definición**

Enfermedad infecciosa aguda, potencialmente letal, no contagiosa, de distribución universal, causada por la tetanospasmina, neurotoxina producida por el *clostridium tetani*

## **II. Clasificación**

- Generalizado
- Puerperal
- Neonatal
- Quirúrgico
- Localizado

Según la gravedad

- Leve
- Moderado
- Severo

## **III. Factores de riesgo**

- No vacunados
- Ancianos y recién nacidos
- Heridas contaminadas
- Heridas quirúrgicas
- Uso de drogas inyectables
- Posparto o posaborto
- Perforaciones y tatuajes

## **IV. Manifestaciones clínicas**

Periodo de incubación de 2 a 50 días (promedio 5 a 10 días)

- Dolor y hormigueo en el sitio de inoculación
- Espasticidad de los músculos cercanos
- Rigidez de la mandíbula y del cuello (trismus)
- Disfagia
- Irritabilidad e inquietud
- Rigidez y espasmo de los músculos del cuello, abdomen y espalda (opistótonos)
- Convulsiones tónicas dolorosas, desencadenadas por estímulos menores
- Espasmo de glotis y de los músculos respiratorios que pueden ocasionar cianosis o asfixia aguda mortal
- Retención urinaria o estreñimiento
- Hiperreflexia osteotendinosa
- Disfunción autonómica (Taquicardia, palidez, sudoración profusa)
- El paciente permanece despierto y alerta, con sensorio normal
- Temperatura normal o ligeramente elevada

## **V. Exámenes complementarios**

No requiere

## **VI. Diagnóstico diferencial**

- Infecciones agudas del sistema nervioso central
- Absceso periamigdalino o retrofaríngeo y otras causas locales (flemones dentarios)
- Fármacos (fenotiacinas, intoxicación por estricnina)

- Tetania por hipocalcemia
- Disfunción de articulación temporomandibular
- Parotiditis
- Rabia

#### **VII. Complicaciones**

- Infecciones intercurrentes y sepsis nosocomial
- Úlceras de decúbito
- Lesiones músculoesqueléticas residuales (retracciones o calcificaciones paraarticulares)

#### **VIII. Criterios de referencia**

Los de hospitalización

#### **IX. Criterios de hospitalización**

Todos los casos

#### **X. Tratamiento**

##### **• Médico**

Medidas generales

- Aislar de estímulos sensoriales
- Control estricto de funciones vitales
- Ventilación mecánica y/o traqueostomía (en espasmo laríngeo o de músculos respiratorios)
- Inmunoglobulina antitetánica 3.000 U (límite entre 1.500 a 10.000 U según la gravedad de la herida) por vía intramuscular

Medicamentos

Medicación antibiótica intravenosa por 10 días:

- Bencil penicilina sódica 2 000 000 UI cada 4 horas
- Metronidazol 30 mg/kg cada 6 horas
- Tetraciclina 500 mg cada 6 horas

Otros medicamentos

- Diazepam 1 a 8 mg/ kg por día por vía intravenosa
- Morfina, Fentanilo a dosis variable
- Sulfato de magnesio a carga de 5 g seguido de infusión de 2 a 3 g/hora o más hasta que desaparezca el reflejo rotuliano
- Toxina botulínica tipo A (en las heridas locales)

##### **• Quirúrgico**

Debridamiento precoz de la herida y resección amplia de tejidos necrosados

**XI Control y seguimiento**

- De acuerdo a evolución de la enfermedad
- En caso de heridas abiertas

**XII Criterios de alta**

Resuelta la enfermedad

**XIII Prevención**

Vacunación antitetánica primaria con toxoide a:

- Toda la población, de acuerdo al esquema del Programa ampliado de inmunizaciones
- Mayores de 7 años no vacunados nunca, segunda dosis a las 4 a 6 semanas, la tercera a los 6 a 12 meses de la segunda, revacunar a los 10 años
- Embarazadas al 6º mes de gestación

**Guía para la profilaxis del tétanos en el tratamiento de heridas\***

Antecedente de toxoide tetánico absorbido	Heridas menores limpias		Todas las otras heridas+	
	Td**	TIG***	Td**	TIG***
Desconocida o Menos de 3 dosis	SI	NO	SI	NO
3 o más dosis	NO∇	NO	NO⊗	NO

De los Centros de Control y Prevención de Enfermedades

+ Como tales sin limitarse a ellas, heridas contaminadas por mugre, heces tierra, saliva, etc.; las heridas por punción; las avulsiones; y las heridas resultantes de proyectiles, aplastamiento, quemaduras, congelación.

∇

⊗

\*\* Toxoide tetánico y toxoide diftérico, presentación para adulto. Usar esta preparación únicamente (Td-adulto) en niños mayores de seis años

\*\*\* Globulina inmune para tétanos:

Si, si han pasado más de 10 años desde la última dosis

Si, si han pasado más de 5 años desde la última dosis. (No se requieren dosis de refuerzo más frecuentes; pueden aumentar los efectos adversos)

**NORMA N° 7  
TUBERCULOSIS  
(CIE10 A15-A19)**

**I Definición**

Enfermedad infecciosa crónica producida por el *Mycobacterium tuberculosis*. Contagiosa, controlable, curable y de carácter social

## II. Clasificación

Por la localización de la enfermedad

- Tuberculosis pulmonar:
  - Primaria o primoinfección
  - Post primaria o de reactivación
  - Pleural
  - Miliar
  
- Tuberculosis extra pulmonar
  - Meningea
  - Ganglionar
  - Osteoarticular
  - Genitourinaria
  - Suprarrenal
  - Intestinal
  - Peritoneal
  - Pericárdica
  - Otras

**Por el resultado del examen directo de esputo:**

- Tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva (BAAR +)
  - Tuberculosis con 2 baciloscopías de esputo positivas
  - Tuberculosis con 1 baciloscopia de esputo positiva con cultivo positivo
  - Tuberculosis con 1 baciloscopia de esputo positiva con radiografía de tórax compatible con tuberculosis activa
  
- Tuberculosis pulmonar con baciloscopia negativa (BAAR -)
  - Tuberculosis con 3 a 6 baciloscopías negativas, con cultivo positivo
  - Tuberculosis con 3 a 6 baciloscopías negativas, con radiografía de tórax compatible con tuberculosis activa

**Por los antecedentes de tratamiento:**

Caso nuevo:

- Paciente que nunca recibió tratamiento
- Paciente que recibió tratamiento antituberculoso por un periodo menor a un mes

Caso previamente tratado:

- Recaída:
  - Paciente que habiendo sido declarado curado luego de un tratamiento completo, presenta nuevamente esputo positivo
  
- Fracaso terapéutico:
  - Paciente que luego de 5 meses de tratamiento, vuelve a presentar baciloscopia positiva

Abandono:

- Paciente que abandona el tratamiento por más de un mes, retorna y presenta esputo positivo

### **Factores predisponentes**

- Desnutrición
- Lesiones fibróticas pulmonares
- Diabetes mellitus
- Neoplasias
- Tratamiento con glucocorticoides e inmunosupresores
- Consumo de alcohol, tabaco y/o drogas ilícitas
- Infección por VIH y SIDA
- Otras enfermedades sistémicas severas y condiciones que producen inmunosupresión

### **III. Manifestaciones clínicas**

#### Primoinfección

- Asintomática
- Sintomática:
  - Tos seca o escasamente productiva
  - Febrícula
  - Síntomas y signos de neumonía aguda
  - Derrame pleural
  - Obstrucción bronquial
  - Cavitación pulmonar
  - Diseminación hematógena

#### Post primaria o de reactivación

- Síntomas generales (síndrome de impregnación tóxica infecciosa crónica)
  - Fiebre y sudoración nocturna
  - Astenia
  - Adinamia
  - Anorexia
  - Pérdida de peso
  - Cefalea
- Sintomático respiratorio:
  - Tos de más de 2 semanas de evolución
  - Expectorcación mucosa, purulenta y/o hemoptoica
  - Hemoptisis
  - Disnea
  - Dolor torácico
  - Derrame pleural
- Manifestaciones extrapulmonares:  
Dependen del órgano afectado

### **IV. Exámenes complementarios**

- **Laboratorio**
  - Hemograma
  - Baciloscopia seriada de esputo
  - Cultivo de esputo
  - Baciloscopia y cultivo para BK de otros líquidos orgánicos
  - Prueba de la tuberculina (PPD)

- Prueba de prendimiento precoz de la BCG
  - ELISA anti BK
  - Reacción en cadena de la polimerasa para BK (pausibacilares y extrapulmonares)
  - Estudio histopatológico
  - Estudio citoquímico de líquidos
  - Pruebas de función hepática
- **Gabinete**
    - Radiografía de tórax
    - Radiografías de otros segmentos de acuerdo a la localización
    - Ecografía de acuerdo a la localización

## **V. Diagnóstico diferencial**

- Enfermedades tóxico-infecciosas: SIDA, salmonelosis, paludismo, brucelosis, sífilis, etc.
- Enfermedades granulomatosas
- Neoplasias
- Laringitis
- Enfermedades del colágeno
- Síndrome ascítico
- Pericarditis
- Derrame pleural
- Osteoartritis degenerativa
- Artritis piógenas
- Meningitis

## **VI. Complicaciones**

- Reacciones adversas a los medicamentos antituberculosos
- Bronquiectasias
- Hemoptisis
- Neumotórax secundario
- Fibrosis pulmonar
- Fístula broncopleurales
- Insuficiencia respiratoria
- Corazón pulmonar crónico
- Otras de acuerdo a compromiso extrapulmonar

## **VII. Criterios de referencia**

Los de hospitalización

## **VIII. Criterios de hospitalización**

- Cumplimiento de la primera fase del tratamiento, en casos de imposibilidad de toma estrictamente supervisada
- Complicaciones
- Efectos tóxicos de los medicamentos antituberculosos
- Procedencia rural

- Fracasos terapéuticos
- Pacientes con antecedentes de tratamientos irregulares
- Pacientes con multirresistencia
- Indicación quirúrgica

## IX. Tratamiento

### • Médico

- Esquemas terapéuticos del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

#### **ESQUEMA 1: 2RHZE/6HE**

- Primera fase: 60 dosis, administración diaria de Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida y Etambutol estrictamente supervisada por la institución
- Segunda fase: 180 dosis, administración diaria de Isoniacida y Etambutol, en lo posible supervisada o bajo control indirecto de la institución

#### **INDICACIONES:**

Casos nuevos:

- TB pulmonar BAAR (+)
- TB pulmonar BAAR (-)
- TB extrapulmonar

Peso antes del tratamiento	Primera fase de 60 dosis de administración diaria, supervisada (2 meses)*			Segunda fase de 6 meses, 80 dosis de administración diaria*	
	Rifampicina 300 mg + Isoniacida 150mg	Etambutol 400 mg	Pirazinamida 500 mg	Isoniacida 100 mg	Etambutol 400 mg
> 55 kg	2	3	1/2	3	2 1/2
40-55 kg	2	2	3	3	2
< 40 kg	1 1/2	2	2	2	1/2

#### **\*Expresado en número de tabletas**

#### **ESQUEMA II O DE RETRATAMIENTO: 2RHZES/1RHZE/5 R3 H3 E3**

- Primera fase: 60 dosis de administración diaria de Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida, Etambutol y Estreptomicina, estrictamente supervisada por la institución
- Segunda fase: 30 dosis de administración diaria de Rifampicina, Isoniacida, Pirazinamida y Etambutol, estrictamente supervisada por la institución
- Tercera fase: 65 dosis de administración tres veces por semana: lunes, miércoles y viernes de Rifampicina, Isoniacida y Etambutol, estrictamente supervisada por la institución

**INDICACIONES:**

- Casos previamente tratados: recaídas, fracasos terapéuticos al esquema I, abandonos (antecedente de dos abandonos como máximo)

**Primera fase de 60 dosis de administración diaria supervisada**

Peso antes del tratamiento	Estreptomina	Rifampicina 300 mg + Isoniacida 150 mg	Etambutol 400 mg	Pirazinamida 500 mg
> 55 kg	0.75 g	2	3	3 1/2
40-55 kg	0.75 g	2	2	3
< 40 kg	0.75 g	1/2	2	2

**Segunda fase de 80 dosis de administración diaria supervisada**

Rifampicina 300 mg + Isoniacida 100 mg	Estambutol 400 mg
2	3
2	3
1 1/2	2

**Tercera fase**

Peso antes de la tercera fase de tratamiento	Tercera fase de 65 dosis, 3 veces por semana supervisada (5 meses)		
	Rifampicina 300 mg + Isoniacida 150mg	Isoniacida 100 mg	Etambutol 400 mg
> 55 kg	2	3	4 1/2
40-55 kg	2	2	4
< 40 kg	1 1/2	2	3

**Medicación Antituberculosa Alternativa**

Otros medicamentos que se utilizan para el tratamiento, en caso de fracaso terapéutico al esquema II o de retratamiento, de acuerdo a normas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis

- PAS (Ácido Para-amino salicílico)
- Etionamida
- Cicloserina
- Capreomicina
- Kanamicina
- Tiacetazona

- Amikacina
  - Ciprofloxacina – ofloxacina
  - Rifabutina
  - Clofazimina
  - Amoxicilina + Ácido clavulánico
  - Nuevos macrólidos
- Quirúrgico  
En caso de:
    - Caverna abierta que se acompaña de esputo positivo de tres a seis meses después del inicio del tratamiento
    - Cultivos persistentemente positivos luego de haber agotado todo recurso terapéutico supervisado
    - Hemoptisis masivas que comprometan la vida del paciente, con foco sangrante localizado
    - Bronquiectasias sangrantes
    - Paquipleura
    - Otras de acuerdo a compromiso extrapulmonar

## **X. Control y seguimiento**

En los casos en que se emplea el esquema I

- Baciloscopia de esputo mensual, no obstante se recomienda que las siguientes baciloscopías no deben faltar:
  - Al final de la primera fase (final del segundo mes de tratamiento)
  - Al final del quinto mes
  - Al final del tratamiento (final del octavo mes de tratamiento)

Para pasar de la primera a la segunda fase del tratamiento, la baciloscopia debe ser negativa

Si la baciloscopia al final del segundo mes continúa positiva:

- Continuar la primera fase de tratamiento un mes más
- Nueva baciloscopia al final del tercer mes

Si la baciloscopia al final del tercer mes:

- Es negativa, pasar a la segunda fase
- Si persiste positiva, muestra para cultivo y test de sensibilidad - resistencia y continuar con la segunda fase
- Si al final del quinto mes persiste positiva, se considera fracaso terapéutico
- En caso de no contar con resultados de cultivo, volver a solicitar el mismo

En los casos de utilizar el esquema II, en control se realiza:

- Baciloscopia mensual, no debiendo faltar las siguientes baciloscopías:
  - Al final de la primera fase (final del tercer mes de tratamiento)
  - Al final del quinto mes
  - Al final del tratamiento (final del octavo mes de tratamiento)
  - Para pasar de la segunda a la tercera fase del tratamiento, la baciloscopia debe ser negativa

Si la baciloscopia al final del tercer mes continúa positiva:

- Tomar muestra para cultivo y test de sensibilidad y resistencia
- Continuar con la segunda fase en forma diaria con exámenes mensuales de baciloscopia
- Si la baciloscopia es positiva al cuarto o quinto mes, se considera fracaso terapéutico

#### **XI. Criterios de alta**

Paciente que ha terminado tratamiento y que presenta baciloscopia negativa al 5º mes y al final del tratamiento

#### **XII. Prevención**

- Búsqueda de las fuentes de infección y tratamiento de casos (en caso de baciloscopia (+) se examina a todos los contactos más cercanos)
- Educación sanitaria de la población
- Vacunación con BCG

#### **Quimioprofilaxis**

Con INH 5 mg/kg, por vía oral por día, durante 6 a 12 meses

- Quimioprofilaxis primaria: para prevenir la infección a personas expuestas al contagio. Indicado en individuos de cualquier edad, PPD negativos, contacto con enfermos cercanos, imperativa en la infancia
- Quimioprofilaxis secundaria: para evitar la enfermedad de los infectados. Indicado en personas PPD positivos con riesgo de contraer la enfermedad, con factores predisponentes

### **NORMA N° 8 AMEBIASIS (CIE10 A06)**

#### **I. Definición**

Enfermedad parasitaria, causada por *Entamoeba histolytica*

#### **II. Clasificación**

- Intestinal
- Extraintestinal

#### **III. Diagnóstico**

##### **Cuadro clínico**

Amebiasis intestinal

- Portador asintomático
- Sintomático agudo:
  - Diarrea de inicio gradual
  - Rectocolitis o disentería
  - Pujo y tenesmo rectal
  - Compromiso del estado general
  - Fiebre ocasional
  - Dolor abdominal y/o lumbar reflejo

- Sintomático crónico:
  - Diarrea intermitente
  - Meteorismo post-prandial
  - Dolor abdominal difuso
  - Dispepsia

Amebiasis extraintestinal

- Absceso hepático:
  - Dolor en cuadrante superior derecho del abdomen con irradiación al hombro homolateral
  - Fiebre
  - Hepatomegalia dolorosa
  - Ictericia (infrecuente)
  - Síntomas respiratorios

Otras localizaciones:

- Pleuropulmonar
- Genitourinaria
- Cardíaca
- Pared abdominal
- Cerebral

#### **IV. Exámenes complementarios**

- **Laboratorio**
  - Coproparasitológico seriado en tres muestras frescas
  - Pruebas serológicas sólo en amebiasis invasiva:
    - Contrainmunodifusión
    - Difusión en agar gel
    - ELISA
- **Gabinete**
  - No se requiere en amebiasis intestinal
  - En absceso hepático:
    - Radiografía simple de abdomen de pie
    - Ecografía hepática
    - Otros de acuerdo al órgano afectado

#### **V. Diagnóstico diferencial**

- Diarreas infecciosas
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Neumopatías
- Colecistopatías
- Fiebre de origen desconocido
- Absceso piógeno hepático
- Quistes y tumores hepáticos
- Otros de acuerdo a otras localizaciones

## **VI. Complicaciones**

De amebiasis intestinal

- Ameboma
- Ulceración
- Perforación
- Necrosis
- Megacolon tóxico
- Shock hipovolémico
- Colitis fulminante
- Tifoepididitis amebiana

De absceso hepático amebiano

- Afectación pleuropulmonar
- Derrame inflamatorio pleural
- Fístula hepatobronquial
- Ruptura del absceso
- Diseminación hematógena

## **VII. Tratamiento**

### **• Médico**

- Amebiasis intestinal
  - Metronidazol 500 a 750 mg por vía oral, tres veces al día por 10 días. En caso de intolerancia oral iniciar con vía parenteral
- Absceso hepático y amebiasis extraintestinal
  - Metronidazol 750 mg por vía oral, tres veces al día por 10 días, en caso de intolerancia oral iniciar con vía parenteral

### **• Quirúrgico**

- Complicaciones de amebiasis intestinal
- Absceso amebiano, de acuerdo a criterio médico

## **VIII. Criterios de referencia**

- Amebiasis extraintestinal
- Complicaciones

## **IX. Criterios de hospitalización**

- Complicaciones
- Localizaciones extraintestinales

## **X. Control y seguimiento**

- Coproparasitoscópico al mes y a los 6 meses después del tratamiento
- Control con obtención de imágenes de absceso amebiano hepático tratado, sólo a partir de los 6 a 12 meses

## **XI. Criterios de alta**

Resuelta la enfermedad

## **XII. Prevención**

- Medidas higiénico dietéticas
- Saneamiento ambiental
- Tratamiento de portadores asintomáticos con el mismo esquema de tratamiento

## **NORMA N° 9 GIARDIASIS Lambliasis (CIE10 A071)**

### **I. Definición**

Infección del intestino delgado, producida por *Giardia lamblia*

### **II. Manifestaciones clínicas**

- Portador asintomático
- Sintomático:  
Fase aguda:
  - Náuseas
  - Vómitos
  - Diarrea
  - Dolor abdominal
  - Meteorismo
  - Anorexia

- Fase crónica:
  - Dispepsia
  - Pérdida de peso
  - Mala absorción
  - Urticaria

### **III. Exámenes complementarios**

- **Laboratorio**
  - Coproparasitoscópico seriado
  - Detección de anticuerpos por ELISA
  - Inmunofluorescencia indirecta en deposiciones
  - Investigación de parásitos en bilis
- **Gabinete**
  - Biopsia de intestino delgado

**IV. Diagnóstico diferencial**

- Diarrea de otra etiología
- Síndrome de malabsorción
- Enfermedad ácido péptica
- Trastornos funcionales digestivos

**V. Complicaciones**

- Deshidratación
- Malabsorción
- Pérdida de peso
- Retardo del crecimiento

**VI. Criterios de referencia**

- Los de hospitalización
- Complicaciones

**VII. Criterios de hospitalización**

Diarrea fulminante

**VIII. Tratamiento**

- **Médico**
  - Metronidazol 250 a 500 mg por vía oral cada 8 horas por 5 a 7 días
  - En casos refractarios: Metronidazol 750 mg por vía oral cada 8 horas por 21 días
- **Quirúrgico**
  - No tiene

**IX. Control y seguimiento**

- Coproparasitoscópico seriado al terminar el tratamiento y a los 30 días
- En casos refractarios, examen coproparasitoscópico a toda la familia

**X. Prevención**

- Medidas higiénico dietéticas
- Saneamiento ambiental
- Tratamiento de portadores asintomáticos con el mismo esquema de tratamiento

**NORMA N° 10  
TOXOPLASMOSIS  
(CIE10 B58)**

**I. Definición**

Infección producida por un parásito intracelular, *Toxoplasma gondii*, ampliamente distribuido en la naturaleza, que causa enfermedad al hombre y animales domésticos

## **II. Clasificación**

- Adquirida en huésped inmunocompetente
- Ocular o coriorretinitis
- Congénita
- Adquirida en huésped inmunodeprimido

Vías de transmisión:

- Ingestión de carne cruda o mal cocida (cordero, cerdo, vaca), o alimentos contaminados
- Transplacentaria en la gestación
- Transfusión de sangre
- Transplante de órganos

## **III. Manifestaciones clínicas**

Toxoplasmosis adquirida en huésped inmunocompetente

- Sólo 10 a 20% dan síntomas
- Adenopatía cervical o supraclavicular, indolora, sin signos de inflamación ni supuración
- Astenia
- Febrícula
- Cefalea
- Mioartralgias
- Erupciones cutáneas
- Compromiso del estado general
- Se autolimita en un mes
- Es rara la progresión a otros órganos

Toxoplasmosis ocular o coriorretinitis

- Visión borrosa
- Escotomas
- Fotofobia
- Dolor ocular
- Coriorretinitis
- Hemorragia vítrea
- Desprendimiento de retina
- Glaucoma
- Ceguera

Toxoplasmosis congénita

- Microcefalia
- Hidrocefalia
- Convulsiones
- Ceguera
- Retraso mental

Toxoplasmosis en huésped inmunocomprometido

- Encefalitis focal
- Coriorretinitis

#### **IV. Exámenes complementarios**

- **Laboratorio**

- Aislamiento del parásito en sangre y otros líquidos comprometidos
- Pruebas serológicas
- Inmunofluorescencia indirecta
- Test de ELISA
- Hemaglutinación indirecta
- Reacción en cadena de la polimerasa
- Examen de líquido cefalorraquídeo
- Biopsia

- **Gabinete**

- Radiografía simple de cráneo
- Tomografía computarizada

#### **V. Diagnóstico diferencial**

- Mononucleosis infecciosa por Epstein-Barr y Citomegalovirus
- Infección por virus de inmunodeficiencia adquirida
- Retinitis por citomegalovirus
- Miocarditis, encefalitis, neumonitis de otras causas

#### **VI. Complicaciones**

- Abortos a repetición
- Toxoplasmosis congénita

#### **VII. Criterios de referencia**

- Para diagnóstico y tratamiento en pacientes inmunocomprometidos
- Sospecha diagnóstica en mujeres en edad fértil y en embarazo

#### **VIII. Criterios de hospitalización**

- Toxoplasmosis congénita
- Pacientes inmunocomprometidos

#### **IX. Tratamiento**

- **Médico**

Medicamentos

Pacientes inmunocompetentes no requieren tratamiento, excepto en caso de infección inicial, durante el embarazo, coriorretinitis, miocarditis o afección de otros órganos

- Sulfadoxina + Pirimetamina 500/25 mg por vía oral, cada 6 horas por 3 a 4 semanas asociado a:
- Ácido fólico 10 mg por vía oral por día
- Claritromicina 2 g por vía oral por día por 10 días

- **Quirúrgico**  
De las complicaciones

#### **X. Control y seguimiento**

- Hemograma y recuento de plaquetas una vez por semana durante el tratamiento
- Radiografía de acuerdo al órgano afectado al concluir con el tratamiento

#### **XI. Criterios de alta**

Resuelta la enfermedad

#### **XII. Prevención**

- Medidas higiénicas
- Cocción adecuada de alimentos
- Evitar transfusiones de sangre y donantes de órganos de pacientes seropositivos
- Detección sistemática en mujeres embarazadas
- Quimioprofilaxis en pacientes con VIH y serología positiva

### **NORMA N° 11 ENFERMEDAD DE CHAGAS (CIE10 B57)**

#### **I. Definición**

Enfermedad parasitaria endémica producida por el *Tripanosoma Cruzi* que puede transmitirse por inoculación por vectores (triatomas), por transfusión sanguínea o por vía transplacentaria

#### **II. Clasificación**

- Aguda
- Crónica

#### **III. Manifestaciones clínicas**

- Periodo agudo
  - Incubación de 4 a 20 días
  - Signo de Romaña
  - Chagoma de inoculación
  - Fiebre continua
  - Malestar general
  - Cefalea
  - Linfadenopatía generalizada
  - Hepato-esplenomegalia
  - Miocarditis aguda
  - Meningoencefalitis

- Periodo de latencia
  - Dura de 10 a 30 años, es asintomático
- Periodo crónico
  - Cardiopatía chagásica:
  - Trastornos de la conducción
  - Insuficiencia cardíaca
  - Embolización sistémica o pulmonar
  - Síndrome de bajo débito cerebral
  - Megacolon
  - Megaesófago

#### **IV. Exámenes complementarios**

- **Laboratorio**
  - En fase aguda
    - Frotis sanguíneo
    - Gota gruesa
    - Biopsia de ganglio linfático
    - Xenodiagnóstico
  - En fase crónica
    - Hemaglutinación
    - Fijación de complemento
    - Inmunofluorescencia
    - Test de Elisa
    - Xenodiagnóstico
    - Reacción en cadena de la polimerasa
- **Gabinete**
  - Fase crónica
    - Electrocardiograma
    - Radiografía de tórax
    - Ecocardiograma
    - Esófagograma
    - Colon por enema

#### **V. Diagnóstico diferencial**

- Fase aguda
  - Síndrome febril
  - Miocarditis aguda
  - Meningoencefalitis
  - Linfadenopatía generalizada
- Fase crónica
  - Otras cardiopatías
  - Dólicomegacolon de altura
  - Trastornos del ritmo cardíaco

## **VI. Complicaciones**

- Muerte súbita
- Vólvulo de sigmoide
- Tromboembolia pulmonar

## **VII. Criterios de referencia**

- Para diagnóstico y tratamiento
- Para confirmación de diagnóstico en caso crónico
- Tratamiento quirúrgico
- Complicaciones

## **VIII. Criterios de hospitalización**

- Fase aguda
  - Compromiso cardíaco y/o neurológico
- Fase crónica
  - Tratamiento quirúrgico
  - Complicaciones

## **IX. Tratamiento**

- **Médico**  
**Medicamentos**
  - Benznidazol 5 mg/kg por vía oral, en dos dosis hasta completar 60 días
  - Nifurtimox 8 a 10 mg/kg por vía oral por día en 3 dosis por 90 días
- **Quirúrgico**  
De acuerdo a criterio de especialidad

## **X. Control y seguimiento**

- Al finalizar el tratamiento, control serológico
- Controles de acuerdo a evolución de la enfermedad

## **XI. Criterios de alta**

- En chagas agudo, resuelta la enfermedad
- En chagas crónico, no tiene

## **XII. Prevención**

- Erradicación de vectores
- Medidas de saneamiento ambiental
- Transfusión de sangre segura

**NORMA N° 12**  
**PALUDISMO**  
**Malaria, terciana, cuartana**  
**(CIE10 B50-B54)**

**I Definición**

Enfermedad parasitaria, de zonas tropicales y subtropicales, transmitida por el mosquito *Anopheles* y causada por *Plasmodium falciparum*, *vivax*, *malariae* y/u *ovale*)

**II Clasificación**

De acuerdo a la presencia de fiebre:

- Terciana benigna (P. ovale y vivax)
- Terciana maligna (P. falciparum)
- Cuartana (P. malariae)

Vías de transmisión

- Vectorial
- Congénita
- Transfusión sanguínea
- Accidental (manipulación)

**III Manifestaciones clínicas**

Periodo de incubación de 1 a 3 semanas, variable según el tipo de plasmodium

- Pródromos
  - Malestar general
  - Náuseas, vómitos y diarrea
  - Cefalea
  - Decaimiento marcado
- Periodo de estado
  - Acceso malárico o síndrome palustre, ( tiene cronología horaria, según el tipo de Plasmodium):
    - Periodo frío: escalofríos con intensa sensación de frío de 15 a 60 minutos
    - Periodo caliente o fértil: con rubefacción y alzas térmicas que llegan a los 41° C, dura 2 a 6 horas
    - Periodo de lisis: sudoración profusa, descenso de la temperatura con abatimiento y somnolencia, dura 2 a 4 horas
  - Palidez muco cutánea
  - Ictericia
  - Deshidratación
  - Hepatoesplenomegalia
  - Trastornos de conducta

#### **IV. Exámenes complementarios**

- **Laboratorio**

- Frotis sanguíneo y prueba de gota gruesa en pico febril, (en caso de negatividad, repetir cada 4 horas durante 2 días)
- Hemograma
- Glucemia
- Transaminasas y bilirrubinas
- Gasometría arterial

En caso de duda diagnóstica

- Hemaglutinación indirecta
- Inmunofluorescencia directa
- ELISA
- Reacción en cadena de la polimerasa
- Hemocultivo
- Xenodiagnóstico
- Biopsia de médula, hígado y bazo

- **Gabinete**

- Ecografía hepatoesplénica

#### **V. Diagnóstico diferencial**

- Salmonelosis
- Brucelosis
- Pielonefritis
- Tuberculosis
- Leishmaniasis visceral
- Abscesos hepáticos y renales
- Fiebre amarilla
- Dengue

#### **VI. Complicaciones**

Por *Plasmodium falciparum*

- Meningoencefalitis
- Anemia hemolítica
- Coagulación intravascular diseminada
- Hipoglucemia
- Síndrome de distress respiratorio del adulto
- Fiebre intermitente biliohemoglobinúrica
- Síndrome de esplenomegalia tropical
- Edema pulmonar
- Insuficiencia renal aguda
- Cronicidad

## **VII. Criterios de referencia**

Los de hospitalización

## **VIII. Criterios de hospitalización**

En todos los casos

## **IX. Tratamiento**

### **• Médico**

Medidas generales

- Reposición hidroelectrolítica
- Transfusión sanguínea o paquete globular en caso necesario

Medicamentos

De acuerdo a esquema del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria:

*Plasmodium vivax, malariae y ovale*

- Por vía oral
  - Primer día: Cloroquina 4 comprimidos y Primaquina 1 comprimido
  - Segundo y tercer día: Cloroquina 3 comprimidos y Primaquina 1 comprimido
  - Cuarto al decimocuarto días: Primaquina 1 comprimido
- Alternativa:
  - Primer día: Cloroquina 4 comprimidos o 10 mg/kg primera dosis, seguido de 2 comprimidos o 5 mg/kg por vía oral cada 6 a 8 horas
  - Segundo y tercer día: Cloroquina 2 comprimidos o 5 mg/kg
  - Cuarto a decimocuarto días: Primaquina 2 comprimidos

*Plasmodium falciparum*

- En malaria no complicada
  - Sulfato de quinina 10 mg/kg cada 8 horas durante 7 a 10 días asociado a Tetraciclina 250 mg por vía oral cada 6 horas
- Alternativa:
  - Mefloquina 15 a 25 mg/kg por vía oral, en dos tomas cada 6 horas o 1 000 mg (4 comprimidos) divididos en 2 tomas en un día
- En malaria complicada o casos graves
  - Dihidrocloroquina 20 mg/kg vía intravenosa, diluida en dextrosa 500 ml al 5%, a goteo lento, mínimo en 4 horas, seguida de 10 mg/kg vía intravenosa, cada 8 horas, asociada a:
    - Doxiciclina 200 mg por vía oral por día, o Tetraciclina 1 g por vía oral por día dividida en 4 dosis

### **• Quirúrgico**

No tiene

**X. Control y seguimiento**

Gota gruesa al concluir el tratamiento

**XI. Criterios de alta**

Erradicado el parásito

**XII. Prevención**

- Control sanitario de vectores
- Uso de repelentes y mosquiteros

Quimioprofilaxis:

- Cloroquina (250 mg), 2 comprimidos por vía oral por semana, antes del viaje a zona endémica, durante la exposición y cuatro semanas después del viaje
- Doxiciclina 100 mg por vía oral por día, 1 a 2 días antes de viajar a zona endémica, durante la exposición y por 4 semanas después de abandonar el área
- Mefloquine 250 mg por vía oral por semana
- Iniciar una semana antes del viaje a zona endémica, durante la exposición y cuatro semanas después del viaje.

**NORMA N° 13**  
**PARASITOSIS INTestinal POR NEMATODES**  
**(CIE10 B77, B80, B78, B79, B76)**

**I. Definición**

Enfermedades de curso generalmente crónico, producidas por:

- *Ascaris lumbricoides*
- *Enterobius vermicularis*
- *Strongyloides stercoralis*
- *Trichuris trichuria* (tricocéfalos)
- Uncinarias (*Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale*)

Generalmente la infestación es por más de un parásito

Vías de transmisión:

- Geohelminthiasis
- Fecal - oral

**II. Manifestaciones clínicas**

Comunes a todos los nematodos

- Portador asintomático
- Sintomático
  - Dolor abdominal difuso
  - Diarrea ocasional

- Meteorismo
- Náuseas y vómitos ocasionales
- Bruxismo
- Alteraciones del sueño
- Astenia
- Anorexia
- Irritabilidad
- Pérdida de peso

En infestación masiva:

- Compromiso del estado general
- Desnutrición
- Anemia

De acuerdo al ciclo vital

Por paso pulmonar: (Ascaris, Strongyloides, Uncinarias)

- Rinitis
- Prurito
- Urticaria
- Reacción anafiláctica
- Síndrome de Loeffler:
  - Tos
  - Expectoración abundante, mucosa o hemoptoica
  - Estertores pulmonares
  - Síndrome de condensación pulmonar
  - Fiebre generalmente prolongada
  - Broncoespasmo
  - Dolor retroesternal de tipo anginoso

Manifestaciones cutáneas: (Uncinarias, Strongyloides )

- Dermatitis pruriginosa en el sitio de penetración de las larvas

**Otras específicas del parásito:**

Ascaris lumbricoides:

- Prurito nasal o anal ocasional
- Convulsiones
- Cuadros obstructivos digestivos

Enterobius vermicularis:

- Prurito perianal nocturno
- Prurito nasal y vulvar

Strongyloides stercoralis:

- Diarrea acuosa, severa
- Pérdida de peso
- Esteatorrea
- Mala absorción intestinal

Trichuris trichuria:

- Diarrea muco-sanguinolenta
- Anemia
- Proctitis

Uncinarias:

- Anemia
- Geofagia

### **III. Exámenes complementarios**

- **Laboratorio**

- Hemograma
- Coproparasitoscópico seriado en tres muestras frescas

Para enterobiasis:

- Prueba de Graham seriada

Para estrogiloidiasis:

- ELISA en deposiciones
- Sondaje duodenal

- **Gabinete**

- Duodenoyunoscopía (en ascaridiasis, strongyloidiasis, uncinariasis)
- Rectosigmoidoscopia (en tricocefalosis)
- Tránsito intestinal
- Colon por enema
- Otras de acuerdo a las complicaciones

### **IV. Diagnóstico diferencial**

- Trastornos digestivos de otra etiología
- Anemia de otra causa
- Asma bronquial

Según el parásito:

- **Ascaris lumbricoides:**

- Enfermedad bronquial
- Obstrucción vías biliares y obstrucción intestinal
- Síndrome convulsivo
- Rash alérgico

- **Enterobius vermicularis:**

- Hemorroides externas
- Prurito anal
- Proctitis

- Strongyloides stercoralis:
  - Enfermedad ácido-péptica
  - Hemorragia digestiva
  - Síndrome de mala absorción
- Trichuris trichuria:
  - Hemorroides
  - Enfermedades anales que cursan con prolapso rectal

## **V. Complicaciones**

Según el parásito:

- Ascaris lumbricoides:
  - Colecistitis
  - Colangitis
  - Pancreatitis
  - Apendicitis
  - Cuadros obstructivos digestivos
- Enterobius vermicularis:
  - Vulvovaginitis
  - Granulomas pélvicos o peritoneales
  - Dermatitis perianal
  - Absceso isquiorectal
- Strongyloides stercoralis:
  - Desnutrición severa
  - Hemorragia digestiva
  - Enteritis ulcerativa
- Trichuris trichuria:
  - Prolapso rectal
  - Anemia hipocrómica
  - Déficit pondero-estatural
- Uncinarias:
  - Anemia severa, hipocrómica y microcítica
  - Cor anémico
  - Déficit pondero-estatural

## **VI. Criterios de referencia**

Complicaciones

## **VII. Criterios de hospitalización**

- En caso de complicaciones
- Localizaciones extraintestinales

## VIII. Tratamiento

### • Médico

- Mebendazol 100 mg por vía oral cada 12 horas por 3 días o
- Albendazol 400 mg por vía oral, dosis única

En parasitismo intenso por tricocéfalos y uncinarias:

- Albendazol 400 mg por vía oral por tres días

En *Strongyloides stercoralis*:

- Tiabendazol 25-50mg/kg por vía oral cada 12 horas (máximo 3 g), de 3 a 10 días o
- Albendazol 400mg por vía oral una vez al día por 3 a 6 días
- Mebendazol 200mg por vía oral cada 12 horas por 3 días

Repetir el tratamiento elegido, a las dos semanas

### • Quirúrgico

- En complicaciones

## IX. Control y seguimiento

Control de heces fecales al mes y a los 6 meses después del tratamiento

## X. Criterios de alta

- Erradicación del parásito
- Resolución de complicaciones

## XI. Prevención

- Educación sanitaria
- Saneamiento ambiental
- Tratamiento de portadores asintomáticos con el mismo esquema de tratamiento
- En *enterobius vermicularis*, se recomienda tratamiento a la familia

## **NORMA N° 14** **FASCIOLIASIS** **Fasciolasis, distomatosis** **(CIE10 B663)**

### I. Definición

Infección parasitaria del hígado, producida por la *Fasciola hepática*

### II. Manifestaciones clínicas

Fase aguda:

- Dolor abdominal
- Hepatomegalia

- Fiebre
- Cefalea
- Anorexia
- Ictericia y postración
- Urticaria

Fase latente crónica

- Asintomática
- Trastornos digestivos
- Hepatomegalia

Fase obstructiva crónica

- Datos clínicos compatibles con síndrome icterico obstructivo

### **III. Exámenes complementarios**

- **Laboratorio**

- Coproparasitoscópico seriado
- Hemograma
- Transaminasas, fosfatasa alcalina, bilirrubinas
- Investigación de parásitos en bilis
- ELISA, inmunolectroforesis, conrainmunolectroforesis

- **Gabinete**

- Ecografía hepatobiliar
- Tomografía computarizada

### **IV. Diagnóstico diferencial**

- Otras parasitosis
- Síndrome icterico
- Abscesos
- Quistes

### **V. Complicaciones**

- Colecistitis aguda
- Empiema vesicular
- Obstrucción coledociana

### **VI. Criterios de referencia**

- Para realizar exámenes complementarios al diagnóstico
- En caso de complicaciones

### **VII. Criterios de hospitalización**

En caso de complicaciones

## **VIII. Tratamiento**

### **Médico**

#### **Medicamentos**

- Prazicuantel 25 mg/kg por vía oral cada ocho horas durante 2 días
- Triclabendazol 10 mg/kg por vía oral dosis única

#### Quirúrgico

- De las complicaciones

## **IX. Control y seguimiento**

- Coproparasitoscópico al terminar el tratamiento y a los 30 días
- Hemograma al término del tratamiento
- Sondaje duodenal de acuerdo a criterio médico

## **X. Criterios de alta**

Erradicación del parásito

## **XI. Prevención**

- Educación sanitaria
- Adecuada higiene de los alimentos

## **NORMA N° 15 TENIASIS (CIE10 B68)**

## **I. Definición**

Enfermedad intestinal, producida por:

- Taenia solium
- Taenia saginata
- Hymenolepis nana
- Diphylobothrium latum

## **II. Manifestaciones clínicas**

- Portador asintomático
- Sintomático
  - Síntomas digestivos inespecíficos:
    - Dolor abdominal epigástrico con sensación de hambre dolorosa
    - Náuseas y vómitos
    - Anorexia - hiperfagia
    - Diarrea o constipación
    - Eliminación de proglótides junto con las heces o de forma espontánea
    - Prurito anal

- Urticaria
- Asma
- Pérdida de peso

**T. Solium:**

- Convulsiones
- Manifestaciones neurológicas

**III. Exámenes complementarios**

- **Laboratorio**
  - Coproparasitoscópico seriado
  - Técnica del celofán adhesivo o de Graham
  - Hemograma

**IV. Diagnóstico diferencial**

- Otras parasitosis
- Otras causas de diarrea

**V. Complicaciones**

- Pérdida de peso
- Obstrucción intestinal
- Reacción alérgica
- Anemia megaloblástica (por *D. latum*)

**VI. Criterios de referencia**

Complicaciones

**VII. Criterios de hospitalización**

Complicaciones

**VIII. Tratamiento**

**Médico**

- Mebendazol 200 mg, por vía oral cada 12 horas por 3 días
- Niclosamida 2 g (4 tabletas) por vía oral dosis única, masticadas
- En H. Nana, dosis inicial de Niclosamida, 2g por día por vía oral, seguida de 1g por 6 días más Sulfato de magnesio 1 sobre por vía oral, 3 horas después de la última dosis de Niclosamida

Repetir el tratamiento elegido a las 2 semanas

**Quirúrgico**

No tiene

**IX. Control y seguimiento**

Coproparasitoscópico al terminar el tratamiento y a los 30 días

**X. Criterios de alta**

- Erradicación del parásito
- Resolución de complicaciones

**XI. Prevención**

- Medidas higiénico dietéticas
- Saneamiento ambiental
- Tratamiento de portadores asintomáticos con el mismo esquema de tratamiento
- Cocción adecuada de carne y pescado o congelación a  $-10^{\circ}\text{C}$

**NORMA N° 16  
CISTICERCOSIS  
(CIE10 B69)**

**I. Definición**

Infección tisular causada por larvas de *Taenia Solium*

**II. Clasificación**

Según la localización:

- Neurocisticercosis
- Oftalmocisticercosis
- Cisticercosis diseminada, generalizada o sistémica

**III. Manifestaciones clínicas**

- Neurocisticercosis
  - Cefalea
  - Crisis convulsivas
  - Déficit neurológico focal
  - Síndrome de hipertensión endocraneal
  - Alteraciones visuales, auditivas
  - Mareos
  - Ataxia
  - Confusión mental
  - Meningitis
  - Trastornos medulares
  - Síndrome psicótico
- Oftalmocisticercosis
  - Dolor periorbitario
  - Escotomas
  - Deterioro progresivo de la función visual

- Cisticercosis subcutánea del músculo estriado
  - Asintomático
  - Nódulos subcutáneos que pueden calcificarse

#### **IV. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Coproparasitoscópico seriado por 5 muestras
- ELISA para cisticercos líquido cefalorraquídeo
- Biopsia de nódulos subcutáneos

##### **Gabinete**

- Radiografía simple de cráneo y/o músculo
- Electroencefalograma
- Tomografía computarizada

#### **V. Diagnóstico diferencial**

- Tuberculoma
- Tumores cerebrales
- Vasculitis
- Toxoplasmosis
- Infecciones micóticas

#### **VI. Complicaciones**

De acuerdo al órgano afectado

#### **VII. Criterios de referencia**

Referir para diagnóstico y tratamiento

#### **VIII. Criterios de hospitalización**

Para tratamiento médico y/o quirúrgico

#### **IX. Tratamiento**

##### **Médico**

- Praziquantel 50 – 75 mg/kg día por vía oral, en tres dosis, por 15 días, o
- Albendazol 15 mg/kg por vía oral, por día, en tres dosis por 8 a 15 días
- Uso de corticoides y anticonvulsivantes de acuerdo a criterio de especialidad

##### **Quirúrgico**

De acuerdo a criterio de especialidad

#### **X. Control y seguimiento**

Control por especialidad

**XI Criterios de alta**

No tiene

**XII Prevención**

- Coproparasitoscópico seriado en el paciente y su familia
- Educación sanitaria
- Saneamiento básico

**NORMA N° 17  
HIDATIDOSIS  
Equinococosis  
(CIE10 B67)**

**I Definición**

Es una zoonosis, producida por la etapa larvaria (quistes) de la tenia *Echinococcus*

**II Clasificación**

- Unilocular o quística
- Multilocular o alveolar
- Poliquística

**III Manifestaciones clínicas**

De acuerdo a la localización del quiste:

- Hepático
  - Asintomático
  - Sintomático:
    - Dolor abdominal
    - Masa palpable en hipocondrio derecho
    - Obstrucción biliar
- Pulmonar
  - Asintomático
  - Sintomático:
    - Tos productiva
    - Disnea
    - Vómica
    - Hemoptisis
- Otras localizaciones
  - Síntomas de acuerdo al órgano afectado

#### **IV. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Hemograma
- Test de Arco 5
- Inmunoblot

##### **Gabinete**

- Ecografía
- Radiografía de tórax
- Tomografía computarizada
- Laparoscopia diagnóstica

Nunca debe practicarse una punción exploradora debido al peligro de rotura, extensión y anafilaxia

#### **V. Diagnóstico diferencial**

- Abscesos (piógeno, amebiano)
- Tuberculosis cavitaria
- Quistes congénitos
- Neoplasias

#### **VI. Complicaciones**

- Ruptura del quiste
- Shock anafiláctico
- Diseminación multifocal
- Infección sobreagregada

#### **VII. Criterios referencia**

- En todos los casos en los que se sospecha la enfermedad
- Complicaciones

#### **VIII. Criterios de hospitalización**

- Para definir conducta terapéutica
- Complicaciones

#### **IX. Tratamiento**

##### **Médico**

- Albendazol 400 mg por vía oral cada 12 horas por 28 días en 3 a 4 ciclos con periodos de descanso de 2 semanas

##### **Quirúrgico**

- De acuerdo a criterio de especialidad

**X. Control y seguimiento**

- Ecografía y/o radiografía de tórax al concluir cada ciclo de tratamiento y a los 6 meses de finalizado el mismo

**XI. Criterios de alta**

Erradicado el parásito y resuelta la enfermedad

**XII. Prevención**

- Saneamiento básico
- Educación sanitaria
- Desparasitación de canes domésticos
- Control de población canina vagabunda

**NORMA N° 18**  
**FIEBRE DEL DENGUE CLASICO Y HEMORRAGICO**  
**Fiebre quebrantahuesos**  
**(CIE10 A90-A91)**

**I. Definición**

Enfermedad infecciosa aguda, producida por arbovirus, de carácter endémico - epidémico, de regiones tropicales y subtropicales, transmitida por mosquitos del género Aedes, cuyo único reservorio es el hombre

**II. Clasificación**

- Dengue clásico
- Dengue hemorrágico

**III. Manifestaciones clínicas**

**Dengue clásico**

- Periodo de incubación 3 a 14 días
- Inicio súbito
- Fiebre bifásica
- Artromialgias
- Cefalea intensa
- Conjuntivitis
- Linfadenopatía generalizada
- Exantema
- Fenómenos hemorrágicos leves ocasionalmente

**Dengue hemorrágico**

- Se presenta en el curso de epidemias de dengue clásico
- Importante compromiso del estado general
- Erupción petequial o hemorrágica

- Epistaxis
- Menometrorragia
- Hemorragia digestiva
- Hepatomegalia
- Linfadenopatía generalizada

**Síndrome de shock del dengue**

- Hemorragias gastrointestinales masivas
- Shock hipovolémico

**IV. Exámenes complementarios**

**Laboratorio**

- Hemograma con recuento de plaquetas
- Transaminasas
- Aislamiento del virus en sangre
- Inhibición de hemaglutinación
- Fijación del complemento

**Gabinete**

No requiere

**V. Diagnóstico diferencial**

- Fiebres víricas transmitidas por artrópodos
- Fiebre amarilla
- Sarampión
- Rubéola
- Malaria
- Leptospirosis
- Otras enfermedades febriles eruptivas

**VI. Complicaciones**

- Shock
- Necrosis hepática
- Coagulación intravascular diseminada
- Trastorno depresivo
- Depresión de médula ósea
- Muerte

**VII. Criterios de referencia**

Los de hospitalización

**VIII. Criterios de hospitalización**

- Dengue hemorrágico
- Síndrome de shock del dengue hemorrágico

## **IX. Tratamiento**

### **Médico**

- Paracetamol 500 a 1.000 mg por vía oral a requerimiento
- Soluciones cristaloides de acuerdo a necesidad
- Expansores plasmáticos en caso de shock
- Transfusión de sangre si se requiere en caso de necesidad

### **Quirúrgico**

No tiene

## **X. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución

## **XI. Criterios de alta**

Resuelta la enfermedad

## **XII. Prevención**

- Saneamiento ambiental
- Erradicación de vectores
- Notificación obligatoria inmediata

## **NORMA N° 19**

### **ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (CIE10 B23-24)**

## **I. Definición**

Es un espectro de entidades clínicas producidas por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH-1 y VIH-2, que van desde la forma asintomática hasta un cuadro que compromete la vida, caracterizado por inmunodepresión severa y progresiva, infecciones oportunistas y cáncer, en individuos que no reciben drogas inmunosupresoras y que no tienen otra enfermedad inmunosupresiva

Formas de transmisión

- Sexual
- Sanguínea
- Natal y perinatal
- Lactancia materna

## **II. Clasificación**

Según evolución clínica

- Infección aguda
- Fase asintomática
- Fase sintomática inicial o precoz
- SIDA

### **Factores de riesgo**

- Conductas de alto riesgo:
  - Relaciones sexuales sin protección
  - Promiscuidad sexual
  - Homosexualidad – bisexualidad
  - Pareja infectada
  - Uso de drogas intravenosas ilícitas
- Inseminación artificial
- Personas que recibieron transfusiones sanguíneas antes de 1985
- Hemodiálisis
- Personal de salud

### **III. Manifestaciones clínicas**

Periodo de incubación 2 a 6 semanas

- Síndrome agudo (1 a 2 semanas)
  - Anorexia
  - Fiebre
  - Escalofríos
  - Artromialgias
  - Linfadenopatía múltiple
  - Exantema máculopapular pruriginoso
  - Ulceras orales
  - Diarrea
  - Dolor abdominal
  - Meningitis aséptica

#### **Infección asintomática**

- Dura de 3 a 10 años

#### **Fase sintomática**

- Fiebre
- Diaforesis
- Pérdida de peso
- Procesos oportunistas
- Síndrome anémico
- Dermatitis seborreica

#### **SIDA**

- Enfermedades oportunistas severas por virus, hongos, bacterias y protozoarios
- Neoplasias
- Colangiopatía
- Queratitis ulcerativa
- Ojo seco
- Afección suprarrenal y tiroidea
- Hipogonadismo
- Amenorrea, desordenes menstruales
- Insuficiencia renal

- Alteraciones neurológicas
  - Meningoencefalitis
  - Hemorragia craneal, infarto cerebral, vasculitis
  - Neuropatía periférica
  - Poliradiculoneuropatía inflamatoria desmielinizante
  - Mononeuropatía múltiple
  - Polirradiculopatía progresiva
- Alteraciones psiquiátricas
  - Demencia
- Caquexia
- Muerte

#### **IV. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Evaluación inicial:
  - Test de ELISA para VIH
  - Western Blot
  - Carga viral
  - Recuento de células CD-4
  - Serología para Hepatitis B (anti core, antígeno de superficie)
  - Hemograma
  - Recuento de plaquetas
  - VDRL
  - PPD (en Pacientes con VIH se considera positivo cuando es > 5 mm)
  - Pruebas de función renal y hepática
  - Proteínas totales
  - Examen de orina
  - Coproparasitoscópico seriado
  - Coprocultivo
  - Serología para hepatitis C, toxoplasmosis y Clamidas
  - Papanicolau
- La seroconversión usualmente ocurre entre las 9 a 12 semanas de exposición al VIH
- Otros exámenes de acuerdo al órgano afectado

##### **Gabinete**

- Radiografía de tórax
- Otros de acuerdo al órgano afectado

#### **V. Criterios diagnósticos**

- ELISA para VIH positivo, asociado a tests específicos suplementarios (Western Blot, inmunofluorescencia)
- Identificación del virus en tejidos
- Demostración de RNA viral en sangre
- Carga viral

## **VI. Diagnóstico diferencial**

Todo los cuadros de inmunodeficiencia NO adquirida

## **VII. Complicaciones**

- Infecciosas
- No infecciosas

## **VIII. Criterios de referencia**

Todos los casos

## **IX. Criterios de hospitalización**

- Sospecha diagnóstica
- Síndrome agudo
- SIDA
- Inicio de tratamiento
- Complicaciones

## **X. Tratamiento**

### **Médico**

#### **Medidas generales**

- En pacientes asintomáticos
  - Inmunización: Hepatitis B, Tétanos, influenza y Neumonía
  - No administrar vacunas con virus vivos atenuados
  - Soporte nutricional, con aporte calórico entre 30 - 35 kcal/kg más 400 calorías extras
  - Apoyo psicosocial

#### **Medicamentos**

Se recomienda iniciar tratamiento antirretrovírico, en las siguientes situaciones:

- Carga viral superior a 5000 copias /ml
- Recuento de CD4 menor a 500/ul
- Infección por VIH sintomática
- En sujetos que presentan recuentos de CD4 mayores de 500 y Carga vírica menor de 5000, reevaluar cada 3 a 6 meses para determinar inicio de tratamiento

Tratamiento por vía oral de por vida, de acuerdo a esquemas aprobados por el Ministerio de Salud y Deportes

- Inhibidores de la transcriptasa reversa análogo de nucleótido (ITRN):
  - Zidovudina (AZT): 200mg tres veces al día
  - Didanosina (DDI): > 60 kg: 200mg dos veces al día, <60kg: 125mg dos veces al día
  - Estavudina (D4T): > 60 kg: 40mg una vez al día, <60kg: 30mg una vez al día
  - Lamivudina (3TC): > 50 kg: 300mg una vez al día, < 50kg: 2mg/kg dos veces al día
  - Abacavir (ABC): 300mg dos veces al día

- Inhibidores de la transcriptasa reversa no-análogo de nucleótido (ITRNN):
  - Efavirenz (EFV): 600mg una vez al día
  - Nevirapina (NVP): 200mg dos veces al día
- Inhibidor de la proteasa (IP):
  - Ritonavir (RTV): 600mg dos veces al día
  - Indinavir (IDV): 800mg dos veces al día
  - Nelfinavir (NFV): 1250g dos veces al día
  - Saquinavir (SQV): 400mg dos veces al día

	2 ITRN más 1 ITRNN/IP	
<b>Asintomático con CD4 Entre 200 - 350</b>	AZT + 3TC	EFV o NVP
	D4T + 3TC	EFV o NVP
<b>Asintomático con CD4 &lt; 200</b>	AZT + DDI	EFV o NVP
	D4T + DDI	IDV + RTV
	DDI + 3TC	SQV + RTV
<b>Sintomático</b>	AZT + 3TC	EFV o NVP
	D4T + 3TC	EFV o NVP

- Otros fármacos:
  - Antidepresivos tricíclicos
  - Anticonvulsivantes
  - Corticoides
  - Complejo B
  - Ácido fólico

## **XI Control y seguimiento**

- Si el recuento de CD4 > 600, controlar cada 6 meses, con hemograma y CD 4
- CD4 > 500 < 600. controlar cada 3 meses con hemograma y CD4
- CD4 < 500 o presencia de infecciones oportunistas, CD4 e inicio de drogas antivirales
- CD4 < 200, el paciente es susceptible de infecciones oportunistas, iniciar profilaxis

En pacientes con tratamiento antiretroviral:

- Control inicial y a las 2 y 4 semanas
- Control cada 3 a 4 meses,
- Control del RNA viral (carga viral) a las 3 a 4 semanas antes de considerar cambios en la terapia
- Si el RNA viral baja a 0.5 log, pero luego se eleva nuevamente, considerar falla terapéutica

## **XII Criterios de alta**

No tiene

### **XIII. Prevención**

- Notificación obligatoria
- Normas de bioseguridad
- Educación sanitaria

En pacientes con serología positiva, evitar exposición a patógenos oportunistas:

- Manipulación de alimentos
- Animales de compañía
- Viajes
- Profesiones y actividades de riesgo

#### **Quimioprofilaxis**

- Para infecciones oportunistas de acuerdo al nivel de CD4:
  - CD4+ < 200: *Pneumocystis carinii* : sulfametoxazol/trimetoprim 800/160mg por vía oral cada 12 horas
  - CD4+ < 100: *Toxoplasma gondii* : sulfametoxazol/trimetoprim 800/160mg por vía oral cada 12 horas
  - CD4+ < 75: *Micobacterium avium complex* : Claritromicina 500mg por vía oral cada 12 horas mas ciprofloxacina 500 mg por vía oral dos veces al día o etambutol 15mg/Kg por vía oral por día
  - CD4+ < 50: *Citomegalovirus*, Ganciclovir 1 g por vía oral tres veces al día o 5-6mg/Kg por vía intravenosa 5 a 7 días a la semana
- En infecciones recurrentes por Cándidas: fluconazol 100-200mg por vía oral o ketoconazol 200mg por vía oral/día
- Para micobacterium tuberculosis: en reacción de Mantoux (PPD) igual o superior a 5 mm de induración o Combe (+++): INH 300mg por vía oral por día
- En contacto con VIH positivo: Zidovudina, lamivudina y nelfinavir o zidovudina, lamivudina e indinavir, a dosis convencionales

## **ENFERMEDADES DEL APARATO CARDIOVASCULAR**

### **NORMA N° 20 HIPERTENSIÓN ARTERIAL (CIE10 I10-I15)**

#### **I Definición**

Es la elevación sostenida de la presión sistólica mayor o igual a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg y/o el uso de medicamentos antihipertensivos

#### **II Etiología**

- Esencial o primaria
- Secundaria:
  - Apnea del sueño
  - Enfermedad parenquimatosa renal
  - Inducida o relacionada a medicamentos

- Enfermedad renal crónica
- Aldosteronismo primario
- Enfermedad renovascular
- Síndrome de Cushing o tratamiento con corticoides
- Feocromocitoma
- Coartación de aorta
- Enfermedad de tiroides o paratiroides
- Inducida por el embarazo

### III. Clasificación

( 7º consenso)

Clasificación	Sistólica	Diastólica
Normal	< 120	< 80
Prehipertensión	120 - 139	80 -89
Estadio 1	140 - 159	90 - 99
Estadio 2	> = 160	> = 100

#### Factores de riesgo cardiovascular

- Hipertensión arterial
- Obesidad (IMC > 30)
- Hábito tabáquico
- Dislipidemia
- Diabetes mellitus
- Sedentarismo
- Microalbuminuria
- Filtración glomerular < 60 ml/minuto
- Edad > 55 años en varones y > 65 años en mujeres
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura (mujer < 65 años, varón < 55 años)

#### Daño a órgano blanco

- Corazón
  - Hipertrofia ventricular izquierda
  - Angina y/o infarto de miocardio previo
  - Revascularización coronaria previa
  - Insuficiencia cardíaca
- Cerebro
  - Enfermedad vascular
  - Accidente isquémico transitorio
- Riñón
  - Insuficiencia renal crónica

- Vascular
  - Enfermedad arterial periférica
- Ojo
  - Retinopatía

#### **IV. Manifestaciones clínicas**

- Asintomático
- Sintomático:
  - Cefalea
  - Mareos
  - Epistaxis
  - Soplos arteriales y cardíacos
  - Masas abdominales
  - Pulsos aórticos y periféricos anormales
  - Edema en miembros inferiores
  - Alteraciones en el examen de fondo de ojo
  - Alteración en el índice de masa corporal

#### **V. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Hemograma
- Creatinina
- Potasio sérico
- Glucemia
- Calcemia
- Colesterol, triglicéridos, HDL, LDL
- Examen de orina
- Opcional: relación albúmina/creatinina en orina

##### **Gabinete**

- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax

#### **VI. Diagnóstico diferencial**

No tiene

#### **VII. Complicaciones**

- Hipertensivas
  - Hipertensión maligna
  - Enfermedad vascular cerebral hemorrágica
  - Insuficiencia cardíaca congestiva
  - Nefrosclerosis
  - Disección aórtica

- Ateroescleróticas
  - Cardiopatía coronaria
  - Arritmias cardíacas
  - Enfermedad vascular periférica
  - Muerte súbita

#### **VIII. Criterios de referencia**

- Sospecha de hipertensión secundaria no farmacológica
- Hipertensión refractaria
- Hipertensión asociada a insuficiencia renal crónica (creatinina > 2 mg/dl) y/o anomalías de función renal (hematuria, proteinuria > 0.5 g/día)
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Tratamiento de crisis hipertensiva

#### **IX. Criterios de hospitalización**

- Crisis hipertensiva
- Hipertensión maligna
- Paciente con hipertensión estadio 2 con daño en órgano blanco
- Hipertensión refractaria
- Hipertensión secundaria, con fines de investigación etiológica

#### **X. Tratamiento**

##### **Médico**

##### **Medidas generales**

##### **Modificación del estilo de vida:**

- Disminución de peso corporal
- Dieta rica en fibras y con bajo contenido de grasa saturada o total
- Actividad física aeróbica casi todos los días de la semana durante 30 minutos por día
- Reducción del consumo de sal a menos de 6 gramos al día
- Disminución del consumo del alcohol
- Supresión de hábito de fumar

##### **Medicamentos**

- Diuréticos (TIAZ)
  - Hidroclorotiazida 12.5 a 50 mg por vía oral por día en 1 a 2 dosis
- Antagonistas de la aldosterona (ANT ALDO)
  - Espironolactona 100 a 200 mg por vía oral por día
  - Amilorida 5 a 20 mg por vía oral por día en 1 a 2 dosis
- Betabloqueadores (BB)
  - Atenolol 25 a 100 mg por vía oral por día en 1 a 2 dosis
  - Propranolol 40 a 160 mg por vía oral por día en 1 a 2 dosis
- Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA)
  - Enalapril 2.5 a 40 mg por vía oral por día en 1 a 2 dosis

- Calcio Antagonistas (BCC)
  - Nifedipino 20 a 100 mg por vía oral por día en 1 a 3 dosis
- Bloqueador de receptores de angiotensina 1 (BRA)
  - Losartan 25 a 100 mg por vía oral por día en 1 a 2 dosis
- Agonista central Alfa:
  - Metildopa 500 a 3000 mg por vía oral en 2 a 3 dosis

#### **Estadio 1**

- TIAZ
- IECA
- BB
- BCC
- Tratamiento combinado

#### **Estadio 2**

2 medicamentos combinados:

- TIAZ + IECA o BRA o BCC o BB

#### **Indicaciones especiales**

- Insuficiencia cardíaca: TIAZ, BB, IECA, BRA, ANT ALDO
- Post infarto de miocardio: BB, IECA, ANT ALDO
- Alto riesgo cardiovascular: TIAZ, BB, IECA, BCC
- Diabetes mellitus: TIAZ, BB, IECA, BRA, BCC
- Enfermedad renal crónica: IECA, BRA
- Prevención de accidente vascular cerebral recurrente: TIAZ, IECA

#### **Quirúrgico**

De acuerdo a la etiología

### **XI. Control y seguimiento**

- En paciente estable control mensual siempre que no se presenten problemas intercurrentes

La frecuencia de control debe incrementarse individualmente en las siguientes situaciones:

- Mal control reiterado de la presión arterial
- Sospecha o evidencia de mala adherencia al tratamiento
- Aparición de efectos secundarios intolerables
- Tratamiento complejo o cambios en las pautas farmacológicas
- Asociación de otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedad concomitante
- Presencia de daño en órgano blanco

### **XII. Criterios de alta**

No tiene

### **XIII. Prevención**

Modificación del estilo de vida

## **NORMA N° 21 INSUFICIENCIA CARDÍACA (CIE10 150)**

### **I. Definición**

Síndrome clínico en que el corazón es incapaz de suplir las demandas metabólicas del organismo, producido por alteración de la función ventricular, de las válvulas cardíacas o de la sobrecarga de los ventrículos

### **II. Clasificación**

- Según rapidez de instauración
  - Aguda
  - Crónica
- Según ventrículo insuficiente
  - Derecha
  - Izquierda
  - Global
- Según el grado funcional (NYHA)
  - Clase I: No hay limitaciones. Ausencia de síntomas al realizar la actividad física habitual
  - Clase II: Limitación ligera a la actividad física. Síntomas desencadenados por actividad física habitual, pero ausentes en reposo
  - Clase III: Limitación notable de la actividad física. Síntomas desencadenados por actividad física más ligera de la habitual
  - Clase IV: Incapacidad de realizar actividad física. Síntomas en reposo

#### **Factores de riesgo**

- Hipertensión arterial
- Edad avanzada
- Intolerancia a la glucosa
- Obesidad
- Taquicardia
- Hipertrofia ventricular izquierda
- Infarto de miocardio
- Historia de cardiopatía, sobre todo isquémica
- Consumo de tabaco

#### **Factores desencadenantes**

- Arritmias cardíacas
- Infecciones
- Hipertensión arterial sistémica

- Tromboembolia pulmonar
- Miocardiopatía infecciosa
- Endocarditis bacteriana
- Anemia
- Estados circulatorios hiperquinéticos
- Sobrecarga circulatoria
- Miocarditis y fiebre reumática
- Valvulopatía reumática
- Infarto de miocardio

**Factores precipitantes**

- Nueva cardiopatía en paciente cardiópata previo
- Arritmias cardíacas
- Taquicardia supraventricular
- Fibrilación atrial
- Empleo de fármacos inotrópicos negativos y otros
- Abandono del tratamiento
- Aumento de la actividad física
- Comidas muy copiosas
- Aumento de sodio en la dieta
- Estrés emocional o físico

**III. Manifestaciones clínicas**

Criterios clínicos (Estudio de Framingham)

Criterios Mayores	Criterios Menores
Disnea paroxística nocturna	Edema maleolar
Ingurgitación yugular	Tos nocturna
Estertores	Disnea de esfuerzo
Cardiomegalia	Hepatomegalia
Edema agudo de pulmón	Aumento de la presión venosa
Galope por 3° ruido	Derrame pleural
Reflujo hepatoyugular	Taquicardia (> 120 latidos/minuto)
Pérdida de peso superior 4,5 kg con tratamiento	

Para el diagnóstico, es necesaria la presencia de al menos dos criterios mayores y uno menor. Ninguna de las alteraciones mencionadas es patognomónica y los criterios menores sólo son válidos si se excluyen otras causas

**IV. Exámenes complementarios**

**Laboratorio**

- Hemograma
- Creatinina
- Nitrogeno ureico
- Bilirrubinas
- Transaminasas
- Electrolitos plasmáticos

- Examen de orina
- Digoxinemia
- Proteínas totales y albúmina sérica

**Gabinete**

- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma
- Ecocardiograma

**V. Diagnóstico diferencial**

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Asma bronquial
- Síndromes anémicos severos
- Síndrome nefrótico
- Enfermedad venosa periférica
- Cirrosis hepática
- Trastornos nutricionales
- Trastorno ansioso-depresivo
- Hipo o hipertiroidismo

**VI. Complicaciones**

- Edema agudo de pulmón
- Arritmias cardíacas
- Intoxicación digitálica
- Trastornos electrolíticos por terapia diurética
- Cirrosis cardíaca

**VII. Criterios de referencia**

- Para investigación de etiología
- Los de hospitalización

**VIII. Criterios de hospitalización**

- Primer episodio de insuficiencia cardíaca sin etiología evidente
- De acuerdo a la severidad de la enfermedad
- Insuficiencia cardíaca refractaria
- Complicaciones

**IX. Tratamiento**

**Médico**

**Medidas generales**

- Reposo en semifowler
- Control diario de peso
- Dieta hiposódica
- Oxígeno húmedo

### **Medicamentos**

- Enalapril 2,5 - 20 mg por vía oral por día
- Hidroclorotiazida 12,5 a 50 mg por vía oral por día
- Furosemida 20 a 80 mg por vía oral o intravenosa por día
- Espironolactona 25 a 100 mg por vía oral por día
- Digoxina, dosis de inicio 0.50 mg por vía oral 1 a 3 días, continuar con 0,125 a 0,25 mg por día (Dosis terapéutica: Digoxinemia 0.8 a 1 ng/ml)
- Cloruro de potasio de acuerdo a diurético elegido

### **Quirúrgico**

De acuerdo a criterio de especialidad

## **X. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución de la enfermedad

## **XI. Criterios de alta**

No tiene

## **XII. Prevención**

- Educación al paciente y a la familia
- Evitar factores de riesgo, precipitantes y desencadenantes

## **ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO**

### **NORMA N° 22 RINOFARINGITIS AGUDA (Resfriado común) (CIE10 J00)**

## **I. Definición**

Infección viral aguda, autolimitada que afecta las fosas nasales y vías respiratorias superiores producidas principalmente por Rinovirus

## **II. Manifestaciones clínicas**

- Periodo de incubación 1 a 3 días
- Rinorrea acuosa y a veces mucopurulenta
- Estornudos
- Congestión nasal
- Odinofagia
- Tos irritativa
- Afectación moderada del estado general
- Fiebre de baja intensidad
- Eritema nasal y oro faríngeo

**III. Exámenes complementarios**

No requiere

**IV. Diagnóstico diferencial**

- Rinitis alérgica
- Infecciones bacterianas de vías respiratorias altas

**V. Complicaciones**

- Faringitis
- Sinusitis
- Otitis
- Bronquitis
- Neumonía bacteriana

**VI. Criterios de referencia**

No tiene

**VII. Criterios de hospitalización**

No tiene

**VIII. Tratamiento**

**Médico**

- Antigripal 1 comprimido por vía oral tres veces por día
- Paracetamol 1 comprimido por vía oral 4 veces por día
- Dextrometorfano 10 ml por vía oral 3 veces por día
- Codeína 10 ml por vía oral 4 veces por día

No esta indicado el uso de antibióticos

**Quirúrgico**

No tiene

**IX. Control y seguimiento**

En caso de complicaciones

**X. Criterios de alta**

Resuelta la enfermedad

**XI. Prevención**

Lavado de manos

**NORMA N° 23**  
**FARINGITIS AGUDA**  
**(CIE10 J02)**

**I Definición**

Infección aguda de la faringe, producida por virus y bacterias

**II Manifestaciones clínicas**

- Fiebre
- Odinofagia y disfagia
- Halitosis
- Edema e hiperemia de faringe
- Exudado purulento ocasional

**III Exámenes complementarios**

**Laboratorio**

- Cultivo faríngeo en sospecha bacteriana

**Gabinete**

- No requiere

**IV Diagnóstico diferencial**

No tiene

**V Complicaciones (en faringitis bacteriana)**

Supurativas

- Otitis media
- Sinusitis
- Mastoiditis
- Absceso periamigdalino

No supurativas

- Fiebre reumática
- Glomerulonefritis aguda

**VI Criterios de referencia**

Complicaciones

**VII Criterios de hospitalización**

De acuerdo a la gravedad de las complicaciones

## **VIII. Tratamiento**

### **Médico**

- Paracetamol 500 mg por vía oral tres veces por día

En infecciones bacterianas:

- Bencil penicilina benzatínica 1.200.000 UI vía intramuscular, dosis única
- Amoxicilina 500 mg por vía oral cada 8 horas por 7 a 10 días
- Eritromicina 500 mg por vía oral cada 6 horas por 7 a 10 días

### **Quirúrgico**

No tiene

## **IX. Control y seguimiento**

De acuerdo a la evolución de la enfermedad

## **X. Criterios de alta**

Resuelta la enfermedad

## **XI. Prevención**

No tiene

## **NORMA N° 24 LARINGITIS AGUDA (CIE10 J04)**

## **I. Definición**

Proceso infeccioso agudo, localizado en la laringe, producido por virus y bacterias

## **II. Manifestaciones clínicas**

- Tos seca
- Disfonía

En casos severos:

- Fiebre
- Disnea
- Taquipnea
- Obstrucción subglótica
- Estridor inspiratorio
- Retracción del hueso supraesternal y áreas supraclaviculares

### **III. Exámenes complementarios**

#### **Laboratorio**

Sólo en ausencia de respuesta al tratamiento:

- Cultivo de hisopado faríngeo

#### **Gabinete**

No requiere

### **IV. Diagnóstico diferencial**

- Difteria
- Granuloma tuberculoso
- Hipertrofia de adenoides
- Disfunción de las cuerdas vocales

### **V. Complicaciones**

Distress respiratorio

### **VI. Criterios de referencia**

- Ausencia de respuesta al tratamiento
- Complicaciones

### **VII. Criterios de hospitalización**

Insuficiencia respiratoria severa

### **VIII. Tratamiento**

#### **Médico**

- Diclofenaco 50 mg por vía oral tres veces al día
- Ibuprofeno 400 mg por vía oral tres veces al día

En infección bacteriana

- Eritromicina 500 mg por vía oral cada 6 horas por 7 a 10 días
- Sulfametoxazol / Trimetoprim 800/160 mg por vía oral cada 12 horas por 7 a 10 días

#### **Quirúrgico**

No tiene

### **IX. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución de la enfermedad

### **X. Criterios de alta**

Resuelta la enfermedad

**XI Prevención**

No tiene

**NORMA N° 25  
BRONQUITIS AGUDA  
(CIE10 J20)**

**I Definición**

Inflamación del árbol bronquial que resulta de la infección ocasionada por virus y ocasionalmente bacterias

**II Manifestaciones clínicas**

- Generalmente precedida por proceso infeccioso de vías respiratorias altas
- Tos persistente
- Expectोरación mucosa o mucopurulenta
- Fiebre
- Roncus y sibilancias frecuentes
- Dificultad respiratoria

**III Exámenes complementarios**

No requiere

**IV Diagnóstico diferencial**

- Asma bronquial
- Tuberculosis
- Neumonía
- Bronquiectasias
- Sinusitis
- Insuficiencia cardíaca
- Enfermedad de reflujo gastroesofágico

**V Complicaciones**

Neumonía

**VI Criterios de referencia**

Complicaciones

**VII Criterios de hospitalización**

Complicaciones

## **VIII. Tratamiento**

### **Médico**

- Paracetamol 500 mg por vía oral cada 6 a 8 horas
- Salbutamol 4 mg por vía oral cada 8 horas
- Teofilina 300 mg por vía oral por día
- Codeína 15 ml por vía oral tres veces al día
- Dextrometorfano 10 ml por vía oral cuatro veces al día

Antibióticos **sólo** en caso de sobreinfección bacteriana:

- Eritromicina 500 mg por vía oral cada 6 horas por 7 días
- Sulfametoxazol/ Trimetoprim 800/160 mg por vía oral cada 12 horas por 7 días
- Doxiciclina 100 mg por vía oral cada 12 horas por 7 días

### **Quirúrgico**

No tiene

## **IX. Control y seguimiento**

De acuerdo a la evolución de la enfermedad

## **X. Criterios de alta**

Resuelta la enfermedad

## **XI. Prevención**

No tiene

## **NORMA N° 26 NEUMONÍA (CIE10 J15)**

### **I. Definición**

Infección aguda del parénquima pulmonar debida a bacterias, virus u hongos

### **II. Clasificación**

- Neumonía adquirida en la comunidad
- Neumonía nosocomial
- Neumonía en paciente inmunocomprometido

### **III. Manifestaciones clínicas**

Adquirida en la comunidad

- Típica:
  - Inicio súbito
    - Fiebre
    - Tos con expectoración mucopurulenta hemoptoica

- Dolor pleurítico
- Afectación del estado general
- Signos de insuficiencia respiratoria
- Signos de consolidación pulmonar

En el anciano:

- Ausencia de síntomas respiratorios
- Alteraciones mentales
- Taquicardia
- Taquipnea
  
- Atípica:
  - Inicio gradual
  - Compromiso sistémico
  - Disociación clínico radiológica
  - No responde al tratamiento convencional

Nosocomial

- Se presenta después de 48 a 72 horas de internación en centro hospitalario
- Generalmente con importante compromiso del estado general
- Frecuentemente cursa con otras infecciones o sepsis asociadas

#### **IV. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Neumonía adquirida en la comunidad
  - Hemograma
  - Creatinina en pacientes mayores de 60 años
  
- Neumonía nosocomial y en huésped inmunocomprometido
  - Hemograma
  - Estudio bacteriológico y cultivo de esputo
  - Creatinina
  - Citoquímico y cultivo de líquido pleural
  - Gasometría arterial
  - Tests específicos para otros gérmenes

Gabinete

- Neumonía adquirida en la comunidad
  - Radiografía de tórax
  
- Neumonía nosocomial y en huésped inmunocomprometido
  - Radiografía de tórax
  - Broncoscopia y lavado bronquial
  - Punción pulmonar percutánea transtorácica
  - Biopsia pulmonar a cielo abierto

#### **V. Diagnóstico diferencial**

- Cáncer de pulmón
- Tromboembolia pulmonar

- Insuficiencia cardíaca
- Vasculitis pulmonar
- Neumonía eosinofílica

#### **VI. Complicaciones**

- Derrame pleural
- Empiema
- Absceso pulmonar
- Siembra metastásica
- Sobre infección
- Atelectasia
- Coagulación intravascular diseminada (Gram negativos)
- Trombocitopenia (influenza)
- Sepsis

#### **VII. Criterios de referencia**

- Falta de respuesta al tratamiento
- Presencia de complicaciones
- Insuficiencia respiratoria aguda
- Presencia de enfermedad pulmonar previa

#### **VIII. Criterios de hospitalización**

- Ancianos > de 60 años
- Enfermedad concomitante significativa (renal, cardíaca, pulmonar; Diabetes mellitus, neoplasias, inmunosupresión)
- Leucopenia
- Sospecha etiológica de S. Aureus, bacilos Gram negativos o anaerobios
- Complicaciones
- Falla en el tratamiento ambulatorio
- Incapacidad de tomar medicación oral
- Insuficiencia respiratoria
- Alteración aguda del estado mental

#### **IX. Tratamiento**

##### **Médico**

##### **Neumonía adquirida en la comunidad**

Manejo del paciente ambulatorio

Pacientes con presentación típica, (duración del tratamiento 7 a 10 días):

- Amoxicilina 500 mg por vía oral cada 8 horas
- Eritromicina 500 mg por vía oral cada 6 horas

Pacientes ancianos o adultos con enfermedad respiratoria preexistente y presentación típica (duración del tratamiento 7 a 10 días):

- Amoxicilina/ácido clavulánico 500/250 mg por vía oral cada 8 horas
- Doxiciclina 100 mg por vía oral cada 12 horas
- Sulfametoxazol/Trimetoprim 800/160 mg por vía oral cada 12 horas asociado a Eritromicina 500 mg cada 6 horas

Adultos jóvenes con presentación atípica (duración del tratamiento 2 a 3 semanas):

- Doxiciclina 100 mg por vía oral cada 12 horas
- Eritromicina 500 mg por vía oral cada 6 horas
- Ciprofloxacina 500 mg por vía oral cada 12 horas

**Neumonía adquirida en la comunidad:**

**Manejo de paciente hospitalizado**

(Duración del tratamiento 10 a 14 días)

- Bencil penicilina sódica 100.000 U/kg por vía intravenosa cada 4 a 6 horas
- Cefradina 1 a 2 g por vía intravenosa cada 12 a 24 horas
- Cefotaxima 1 a 2 g por vía intravenosa cada 8 a 12 horas
- Ceftriaxona 1 a 2 g por vía intravenosa cada 24 horas
- Ciprofloxacina 200 mg por vía intravenosa cada 12 horas ó 750 mg por vía oral cada 12 horas
- Metronidazol 500 mg por vía intravenosa cada 8 horas
- Vancomicina 1 g por vía intravenosa cada 12 horas ( en *Stafilococcus* resistentes)

Cambiar a vía oral al presentar mejoría clínica

**Neumonía Nosocomial**

- Sospecha de estafilococo aureus: Dicloxacilina o Vancomicina
- Sospecha de Gram negativos entéricos o *Pseudomonas aeruginosa*: Ceftazidima o Quinolonas asociadas a aminoglucósidos
- Flora mixta: Ceftazidima y Metronidazol asociados a aminoglucósidos

**Quirúrgico**

En caso de complicaciones

**X. Control y seguimiento**

- En pacientes ambulatorios control clínico a las 48 horas de iniciado el tratamiento y a la conclusión del mismo
- En pacientes adultos mayores o con enfermedades concomitantes o con presentaciones atípicas control radiológico a los 7 días de concluido el tratamiento con seguimiento de hasta comprobar resolución completa del cuadro

**XI. Criterios de alta**

Resuelta la enfermedad

**XII. Prevención**

No tiene

**NORMA N° 27**  
**ASMA**  
**(CIE10 J45)**

**I Definición**

Enfermedad inflamatoria crónica de vías respiratorias caracterizada por incremento de la respuesta traqueo-bronquial a diversos estímulos, que provoca obstrucción bronquial reversible

**II Clasificación**

- Intermitente
- Persistente o crónica
  - Leve
  - Moderada
  - Severa
- Atípica

**Factores desencadenantes**

- Irritantes ambientales
- Estrés emocional
- Infecciones de vías respiratorias altas
- Reflujo gastroesofágico
- Ejercicio físico
- Exposición a alérgenos
- Cambios climatológicos
- Algunos fármacos

**Manifestaciones clínicas**

- Disnea
- Tos
- Expectorcación
- Opresión torácica
- Sibilancias
- Taquipnea
- Taquicardia
- Uso de musculatura respiratoria accesoria
- Pulso paradojal
- Sudoración
- Cianosis

**III Exámenes complementarios**

**Laboratorio**

- Hemograma
- Examen de esputo: tinción de Gram, cultivo y recuento de eosinófilos
- Medición del pico de flujo espiratorio (PEF)
- Dosificación de Inmunoglobulina E
- Gasometría arterial

### **Gabinete**

- Radiografía de tórax
- Pruebas de función respiratoria

### **IV. Diagnóstico diferencial**

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Bronquiectasias
- Tromboembolismo pulmonar
- Neumonitis tóxica
- Neumonitis por aspiración
- Obstrucción e infecciones de vías aéreas superiores
- Insuficiencia ventricular izquierda
- Anafilaxia
- Disnea psicógena
- Vasculitis sistémica

### **V. Complicaciones**

- Infecciones bronquiales
- Cor pulmonale
- Neumotórax
- Insuficiencia respiratoria aguda

### **VI. Criterios de referencia**

- Asma moderada y grave
- Estado asmático

### **VII. Criterios de hospitalización**

- Asma grave
- Estado asmático
- Sobreinfección con compromiso del estado general

### **VIII. Tratamiento**

#### **Médico**

En asma persistente leve

Alivio sintomático rápido:

- Salbutamol 90 ug dos inhalaciones a requerimiento

Medicación diaria:

- Beclometasona 2 inhalaciones 2 veces al día
- Cromoglicato de sodio 2 a 4 nebulizaciones por día
- Teofilina 300 mg por vía oral por día

En asma persistente moderada:

Alivio sintomático rápido:

- Salbutamol 90 ug dos inhalaciones a requerimiento

Medicación diaria:

- Beclometasona 50 ug por inhalación, dos inhalaciones 2 a 4 veces por día
- Teofilina 200-300 mg por vía oral por día
- Salbutamol 4 a 12 mg por vía oral por día

En asma persistente grave:

Alivio sintomático rápido:

- Beclometasona 50 ug por inhalación, dos inhalaciones 2 a 4 veces por día

Medicación diaria:

- Beclometasona 2 inhalaciones 2 veces al día, asociada a
- Salbutamol 90 ug dos inhalaciones a requerimiento y/o
- Teofilina 300 mg por vía oral por día
- Salbutamol 4 a 12 mg por vía oral por día
- Si persisten los síntomas: Prednisona 5 a 20 mg por vía oral por día o interdiaria

### **Quirúrgico**

No tiene

## **IX. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución de la enfermedad

## **X. Criterios de alta**

No tiene

## **XI. Prevención**

No tiene

# **NORMA N° 28 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) (CIE10 - J44.9)**

## **I Definición**

Enfermedad caracterizada por limitación permanente al flujo aéreo durante la espiración, causada por anormalidades de las vías aéreas y parénquima pulmonar

## **II Clasificación**

Según gravedad y espirometría

- **Estadio 0 o de riesgo de EPOC:**  
Presencia de tos y expectoración crónicas, con espirometría normal
- **Estadio 1 o EPOC leve:**  
Espirografía con \*VEF<sub>1</sub> entre 60 y 80% acompañado, pero no siempre de tos y expectoración crónica
- **Estadio 2 o EPOC moderado:**  
Espirografía con VEF<sub>1</sub> entre 40 y 59%, con progresión de síntomas y aparición de disnea de esfuerzo
- **Estadio 3 o EPOC grave:**  
Con VEF<sub>1</sub> < 40%, con frecuentes agudizaciones, insuficiencia respiratoria y cor pulmonale

\*VEF<sub>1</sub> = volumen espiratorio forzado en el 1º minuto

### III. Factores de riesgo

#### Intrínsecos

- Alteraciones genéticas
- Deficiencias inmunológicas
- Hiperreactividad bronquial y atopia
- Infecciones respiratorias en la infancia

#### Extrínsecos

- Tabaquismo
- Contaminación ambiental
- Exposición laboral
- Infecciones respiratorias recurrentes
- Nivel socio económico

#### Manifestaciones clínicas

	<b>EPOC Tipo A</b> Enfisema pulmonar	<b>EPOC Tipo B</b> Bronquitis crónica
Aspecto	Sopladores rosados	Abotargados azules
Complexión corporal	Asténica	Sobrepeso
Auscultación pulmonar	Espiración prolongada. murmullo vesicular disminuido	Roncus y sibilancias
Diseña	Intensa	Leve
Tos	Después de la disnea	Antes de la disnea
Expectoración	Escasa, mucosa	Abundante, purulenta
Infecciones bronquiales	Poco frecuentes	Más frecuentes

### IV. Exámenes complementarios

#### Laboratorio

- Hemograma
- Cultivo de esputo
- Gasometría arterial

**Gabinete**

- Espirometría
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma

**V. Diagnóstico diferencial**

- Asma bronquial
- Tromboembolia pulmonar recidivante
- Síndrome de apnea del sueño
- Insuficiencia cardíaca derecha
- Bronquiectasias
- Infecciones pulmonares crónicas
- Fibrosis quística

**VI. Complicaciones**

- Agudización o exacerbación
- Cor pulmonale crónico
- Insuficiencia respiratoria crónica
- Neumotórax
- Embolismo pulmonar

**VII. Criterios de referencia**

- Complicaciones
- Exámenes complementarios

**VIII. Criterios de hospitalización**

Complicaciones

**IX. Tratamiento**

**Médico**

En fase estable

- Supresión de tabaco
- Vacunación antigripal anual

**EPOC leve - moderada**

Enfermos poco sintomáticos

- Salbutamol 90 ug, inhalación a demanda

Pacientes sintomáticos

- Salbutamol 90 ug, dos inhalaciones cada 6-8 horas
- Teofilina 300 mg por día por vía oral
- Valorar la introducción de corticosteroides inhalados

**EPOC grave**

- Considerar la introducción de corticosteroides inhalados
- Realizar ensayo terapéutico con Prednisona a dosis bajas y si existe mejoría aumentar la dosis de corticosteroides inhalados o continuar con dosis bajas de corticosteroides orales
- Evaluar indicación de oxigenoterapia domiciliaria continuada

**Tratamiento de las exacerbaciones**

EPOC leve - moderada

- Optimizar el tratamiento broncodilatador por vía inhalatoria
- Antibióticos orales por 7 días cada mes:
  - Amoxicilina 500 mg por vía oral cada 8 horas
  - Sulfametoxazol/trimetoprim 800/160 mg por por vía oral cada 12 horas
  - Doxiciclina 100 mg por vía oral cada 12 horas
- Identificar y tratar posibles complicaciones asociadas

**EPOC grave**

- Administrar oxígeno si existe insuficiencia respiratoria
- Optimizar el tratamiento broncodilatador por vía inhalatoria
- Pautar antibióticos y/o corticosteroides orales
- Considerar la administración de metilxantinas
- Identificar y tratar las complicaciones asociadas
- Considerar la introducción de medidas de soporte ventilatorio

**Quirúrgico**

De acuerdo a criterio médico

**X. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución de la enfermedad

**XI. Criterios de alta**

No tiene

**XII. Prevención**

- Educación al paciente
- Evitar el consumo de tabaco
- Medidas de seguridad laboral

## **ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO**

### **NORMA N° 29 INECCION URINARIA (CIE10 N39.0)**

#### **I Definición**

Es la presencia de microorganismos patógenos en la orina y/o en los diferentes órganos o tejidos del aparato urinario

#### **II Clasificación**

- Infecciones de las vías urinarias inferiores o baja
  - Cistitis
  - Prostatitis
  - Uretritis
- Infecciones de las vías urinarias superiores o alta
  - Pielonefritis
- Bacteriuria asintomática

#### **III Manifestaciones clínicas**

Cistitis

- Disuria, polaquiuria, micción urgente
- Dolor suprapúbico
- Orinas fétidas
- A veces hematuria

Prostatitis

- Fiebre y escalofríos
- Afectación del estado general
- Síndrome miccional
- Dolor perineal
- Tacto rectal doloroso

Pielonefritis aguda

- Fiebre y escalofríos
- Dolor lumbar
- Náuseas y vómitos
- Diarrea

#### **IV. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

Cistitis

- Examen de orina

Pielonefritis

- Hemograma
- Creatinina y nitrógeno ureico
- Examen de orina
- Urocultivo
- Hemocultivo

**Gabinete**

Prostatitis

- Ecografía prostática

**Pielonefritis**

- Ecografía renal

**V. Diagnóstico diferencial**

Cistitis

- Cervicovaginitis
- Uretritis
- Prostatitis

Pielonefritis

- Neumonía
- Tromboembolia pulmonar
- Infarto de miocardio
- Colecistitis
- Apendicitis
- Pancreatitis
- Isquemia intestinal
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Herpes zoster
- Uropatía obstructiva

**VI. Complicaciones**

Cistitis

- Cronificación

Prostatitis

- Cronificación
- Shock séptico por manipulación

Pielonefritis

- Cronificación
- Shock séptico
- Pionefrosis
- Absceso renal o perinefrítico

## **VII. Criterios de referencia**

- Infecciones urinarias a repetición
- Complicaciones

## **VIII. Criterios de hospitalización**

- De acuerdo a la severidad del cuadro
- Complicaciones

## **IX. Tratamiento**

### **Médico**

#### **Cistitis**

Régimen de 3 días:

- Trimetoprim/Sulfametoxazol 800/320 mg por vía oral cada 12 horas
- Amoxicilina 500 mg por vía oral cada 8 horas
- Nitrofurantoina 50 a 100 mg por vía oral cada 6 horas
- Ciprofloxacina 250 a 500 mg por vía oral cada 12 horas
- Cefradina 500 mg por vía oral cada 6 horas

Régimen de 7 días en: diabéticos, embarazadas, ancianos, infecciones recurrentes

#### **Prostatitis**

Duración del tratamiento: 3 a 4 semanas

- Ciprofloxacina 500 mg por vía oral cada 12 horas
- Sulfametoxazol /Trimetoprim 800/160 por vía oral cada 12 horas

#### **Pielonefritis**

Manejo hospitalario por 48 a 72 horas, remisión e fiebre y/o mejoría del estado general

- Cefotaxima 1 g cada 6 a 8 horas por vía intravenosa asociada o no a Gentamicina 1,5 mg/kg/ peso cada 8 horas
- Ciprofloxacina 200 mg por vía intravenosa cada 12 horas
- Gentamicina 1,5 mg/kg/ peso por vía intravenosa cada 8 horas asociada a Ampicilina 1 gramo por la misma vía cada 6 horas

Pasar a por vía oral por 2 a 6 semanas más

Alternativa en pacientes menos críticos:

Por 10 días hasta 6 semanas

- Sulfametoxazol/Trimetoprim 800/160 mg por vía oral cada 12 horas
- Ciprofloxacina 500 mg por vía oral cada 12 horas
- Amoxicilina +ácido clavulánico (500/125 mg) por vía oral cada 8 horas

#### **Bacteriuria asintomática**

- Distinguir la contaminación de la vagina o uretra
- Tratar en base a cultivo y antibiograma
- Tratar a mujeres embarazadas
- Tratar después de procedimientos urológicos
- Tratar después de retiro de sonda
- Diabéticos
- Niños

**X. Control y seguimiento**

Examen de orina a los 10 días y al concluir tratamiento

**XI. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

**XII. Prevención**

Educación al paciente

**ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO**

**NORMA N° 30**

**ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFAGICO  
(CIE10 K21)**

**I. Definición**

Es el tránsito retrógrado de contenido gástrico (ácido) o intestinal (alcalino) en ausencia de vómito o eructo, de causa multifactorial

**II. Manifestaciones clínicas**

Manifestaciones digestivas

- Pirosis
- Regurgitación ácida
- Disfagia
- Odinofagia
- Dolor abdominal alto
- Náuseas
- Eructos
- Hemorragia digestiva alta

Manifestaciones extradigestivas

- Dolor torácico
- Tos crónica
- Espasmo bronquial
- Bronquitis crónica
- Laringitis
- Otitis
- Sinusitis
- Destrucción del esmalte dental
- Sialorrea
- Halitosis

### **III. Exámenes complementarios**

#### **Laboratorio**

No requiere

#### **Gabinete**

- Endoscopia digestiva alta (con biopsia cuando sea necesario)
- Serie esófago - gastroduodenal
- pHmetría de 24 horas y manometría esofágica para definir tratamiento quirúrgico

### **IV. Diagnóstico diferencial**

- Esofagitis infecciosa
- Dispepsia no ulcerosa
- Úlcera péptica
- Neoplasia de esófago
- Trastorno de la motilidad esofágica
- Enfermedad biliar
- Cardiopatía isquémica

### **V. Complicaciones**

- Estenosis esofágica
- Esófago de Barrett
- Hemorragia digestiva alta
- Aspiración broncopulmonar
- Neoplasia laríngea

### **VI. Criterios de referencia**

Para diagnóstico y complicaciones

### **VII. Criterios de hospitalización**

En caso de complicaciones

### **VIII. Tratamiento**

#### **Médico**

- Medidas higiénico dietéticas
- Hidróxido de aluminio y magnesio 30 a 60 ml por vía oral 3 a 4 veces por día por 1 mes
- Omeprazol 20 a 40 mg por vía oral por día por 3 meses
- Metoclopramida 5 a 10 mg por vía oral 3 veces por día
- Domperidona 10 mg oral por vía oral 3 veces por día

#### **Quirúrgico**

De acuerdo a criterio de especialidad

**IX. Control y seguimiento**

Endoscopia y biopsia anual

**X. Criterio de alta**

Resuelto el cuadro

**XI. Prevención**

No tiene

**NORMA N° 31  
HEMORRAGIA DIGESTIVA  
(CIE10 K25-K25)**

**I. Definición**

Sangrado agudo procedente del tubo digestivo

**II. Etiología**

- Hemorragia digestiva alta
  - Úlcera péptica
  - Erosiones gástricas y duodenales
  - Esofagitis
  - Varices esófago gástricas
  - Neoplasias
  - Síndrome de Mallory - Weiss
- Hemorragia digestiva baja
  - Divertículos colorrectales
  - Hemorroides
  - Fisura anal
  - Enfermedad inflamatoria intestinal
  - Disentería
  - Otros

**III. Manifestaciones clínicas**

- Hematemesis
- Melena
- Hematoquecia
- Signos de anemia aguda

Hemorragia digestiva sin repercusión hemodinámica

- Presión arterial sistólica >110 mmHg
- Frecuencia cardíaca <100 por minuto
- Ausencia de cambios con ortostatismo

### Hemorragia digestiva con repercusión hemodinámica

- Presión arterial sistólica < 100 mmHg
- Frecuencia cardíaca > 100 por minuto
- Cambios con el ortostatismo
- Evidencia de hipoperfusión periférica

#### **IV. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Hemograma con recuento plaquetario
- Grupo sanguíneo y factor Rh
- Tiempo de coagulación
- Tiempo de protrombina
- Tiempo de tromboplastina activada
- Creatinina
- Nitrógeno ureico

##### **Gabinete**

Endoscopia digestiva

#### **V. Diagnóstico diferencial**

- Hemorragia de origen respiratorio
- Discrasia sanguínea

#### **VI. Complicaciones**

- Shock hipovolémico
- Insuficiencia renal aguda
- Encefalopatía hepática en pacientes con cirrosis

#### **VII. Criterios de referencia**

Los de hospitalización

#### **VIII. Criterios de hospitalización**

En sospecha de hemorragia digestiva

#### **IX. Tratamiento**

##### **Médico**

Hemorragia digestiva alta

- Reponer volemia con soluciones cristaloides y/o coloides
- Transfusión de sangre de acuerdo a evaluación hemodinámica
- Endoscopia digestiva alta terapéutica

Hemorragia digestiva baja

- Reponer volemia con soluciones cristaloides y/o coloides
- Transfusión de sangre según evaluación hemodinámica
- Colonoscopia terapéutica

**Quirúrgico**

De acuerdo a criterio médico

**X. Control y seguimiento**

De acuerdo a la evolución del cuadro hipovolémico y la enfermedad de base

**XI. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

**XII. Prevención**

No tiene

**NORMA N° 32  
ULCERA PÉPTICA  
(CIE10 K27)**

**I. Definición**

Enfermedad con daño de la mucosa gástrica o duodenal, con pérdida de sustancia que llega hasta la muscularis mucosae, debido a la acción lesiva de la secreción ácido péptica del estómago.

**II. Etiología**

- Infección por *Helicobacter pylori*
- Consumo de antiinflamatorios no esteroideos
- Estrés
- Otros

**III. Clasificación**

- Gastritis
- Duodenitis
- Úlcera gástrica
- Úlcera duodenal

**IV. Manifestaciones clínicas**

- Dolor epigástrico urente relacionado a la ingestión de alimentos
- Náuseas
- Vómitos

- Dispepsia
- Pirosis
- Eructos
- Flatulencia
- Dolor torácico
- Anorexia
- Pérdida de peso

## **V. Exámenes complementarios**

### **Laboratorio**

- Hemograma
- Sangre oculta en heces

### **Gabinete**

- Endoscopia digestiva alta con Prueba de la Ureasa
- Biopsia de úlcera gástrica
- Serie gastroduodenal

## **VI. Diagnóstico diferencial**

- Dispepsia no ulcerosa
- Enfermedad de la vía biliar
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Síndrome de intestino irritable
- Enfermedad por reflujo gastro esofágico
- Carcinoma gástrico
- Parasitosis intestinal
- Isquemia miocárdica
- Pancreatitis
- Linfoma

## **VII. Complicaciones**

- Hemorragia
- Penetración
- Perforación
- Estenosis
- Resistencia al tratamiento

## **VIII. Criterios de referencia**

- Para estudio endoscópico
- Determinación de etiología
- Complicaciones

## **IX. Criterios de hospitalización**

En caso de complicaciones

## **X. Tratamiento**

### **Médico**

Terapia antisecretoria sin *Helicobacter pylori* (por 4 a 8 semanas)

- Hidróxido de aluminio y magnesio 15 ml por vía oral 1 hora antes y 3 horas después de los alimentos
- Ranitidina 150 mg por vía oral cada 12 horas u Omeprazol 20 mg por vía oral cada 24 horas

Terapia triasociada para infección por *Helicobacter pylori* (por 7- 14 días)

- Omeprazol 20 mg por vía oral cada 12 horas
- Amoxicilina 1 g por vía oral cada 12 horas
- Claritromicina 500 mg por vía oral cada 12 horas

Alternativa (por 7 a 14 días):

- Omeprazol 20 mg por vía oral cada 12 horas
- Claritromicina 500 mg por vía oral cada 12 horas
- Metronidazol 500 mg por vía oral cada 8 horas

En caso necesario continuar los siguientes 30 días con:

- Omeprazol 20 mg por vía oral por día o Ranitidina 150 mg por vía oral 2 veces por día

*Helicobacter pylori* positivo asociado a uso frecuente de AINES

- Erradicación de *Helicobacter pylori*
- Ranitidina 150 mg por vía oral por día durante 30 a 60 días

### **Quirúrgico**

En complicaciones

## **XI. Control y seguimiento**

En caso de úlcera gástrica, endoscopia y biopsia después de un mes de terminado el tratamiento y cada 6 meses

## **XII. Prevención**

No tiene

## **NORMA N° 33 HEPATITIS VIRAL (CIE B19)**

### **I. Definición**

Enfermedad infectocontagiosa inflamatoria del hígado producida por virus

### **II. Clasificación**

De acuerdo a la etiología

- Hepatitis "A", "B", "C", "D" y "E"
- Hepatitis por otros virus

De acuerdo a la evolución

- Aguda
- Crónica

Formas de transmisión

- Transmisión fecal-oral: virus A y E
- Transmisión parenteral, sexual y/o perinatal: virus B, C, y D

### **III. Manifestaciones clínicas**

Forma icterica de curso corriente

- Pródromos 3 a 4 días previos a la presencia de ictericia: fiebre, malestar general, náuseas y vómitos, cefalea, intolerancia a la grasas, ocasionalmente pérdida de la capacidad olfatoria, diarrea y hepato-esplenomegalia
- Anorexia
- Ictericia de 2 a 3 semanas de evolución que disminuye en la cuarta semana
- Coluria y a veces hipocolia (forma colestásica)
- Prurito
- Manifestaciones extrahepáticas ocasionales: artralgias, artritis, exantema cutáneo, anemia, poliserositis

Hepatitis aguda recidivante

- Formas bifásicas, con dos crisis de ictericia en un periodo de 3 meses
- Forma anictérica

Hepatitis fulminante y subfulminante:

- Encefalopatía (obnubilación, alucinaciones, incoherencia en el habla, coma) y que se presenta después de la 8ª semana en la forma subfulminante.
- Síndrome hemorrágico (epistaxis, gingivorragia, hemorragia digestiva)
- Arritmias cardíacas
- Falla orgánica múltiple

Hepatitis crónica:

- Hepatitis crónica activa: Ictericia separada por periodos asintomáticos, por más de 6 meses
- Hepatitis crónica persistente: Clínicamente asintomática con alteraciones de laboratorio persistentes

### **IV. Exámenes complementarios**

#### **Laboratorio**

- Hemograma
- Examen de orina
- Bilirrubinas
- Transaminasas
- Fosfatasa alcalina
- Albúmina
- Tiempo y actividad de protrombina
- Marcadores serológicos para virus de hepatitis A, B, C
- Reacción en cadena de la polimerasa para virus de la hepatitis C y E
- ELISA para otros virus en caso de negatividad

**Gabinete**

Biopsia hepática en duda diagnóstica

**V. Diagnóstico diferencial**

- Otras hepatitis
- Obstrucción aguda de la vía biliar extrahepática
- Colestasis

**VI. Complicaciones**

- Falla hepática
- Glomerulopatías
- Crioglobulinemia mixta
- Vasculitis necrotizante
- Síndrome de Guillain-Barré
- Meningoencefalitis
- Hepatitis crónica viral (virus B y C)
- Cirrosis hepática (virus B y C)
- Carcinoma hepatocelular (virus B y C)

**VII. Criterios de referencia**

- Los de hospitalización
- Hepatitis por virus B y C

**VIII. Criterios de hospitalización**

- Compromiso del estado general
- Complicaciones

**IX. Tratamiento**

**Médico**

- Dieta y reposo
- No existe ni es racional el uso de terapéutica específica en la hepatitis viral aguda
- Para la forma fulminante medidas de terapia intensiva
- El tratamiento con medicamentos antivirales está restringido a las formas crónicas de hepatitis por virus B y C

**Quirúrgico**

No tiene

**X. Control y seguimiento**

En las formas agudas control de función hepática cada 7 a 10 días hasta la normalización

**XI. Criterio de alta**

Resuelto el cuadro

## **XII. Prevención**

- Educación sanitaria
- Para hepatitis B vacuna 0,5 ml por vía intramuscular una dosis mensual por tres meses

### **NORMA N° 34 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (CIE10 A09)**

#### **I. Definición**

Incremento anormal de la frecuencia o disminución de la consistencia de las heces por menos de tres semanas, generalmente autolimitada

#### **II. Etiología**

- Infecciosa: Virus, bacterias, parásitos y hongos
- Alimentaria
- Por fármacos: Abuso de laxantes, antiácidos, colchicina, antibióticos y otros
- Tóxicas: Enterotoxinas y citotoxinas
- Metabólicas: Uremia, diabetes, hipertiroidismo, acidosis metabólica.
- Otras: Apendicitis, diverticulitis, impactación fecal, etc.

#### **III. Clasificación**

- Según la fisiopatología
  - Osmótica
  - Secretora
  - Motora
  - Exudativa
- Según la localización
  - De intestino delgado
  - De intestino grueso

Grupos de riesgo

- Niños menores de 5 años
- Lactantes de guardería
- Homosexuales
- Pacientes con SIDA
- Residentes en asilos, campamentos militares
- Viajeros

#### **IV. Manifestaciones clínicas**

- Diarrea de intestino delgado/ colon derecho:
  - Voluminosa
  - Con dolor periumbilical de tipo cólico y borborigmos
  - Con restos alimentarios no digeridos
  - Ausencia de síndrome rectal

- Diarrea de colon izquierdo
  - Volumen escaso
  - Sangre y pus frecuentes
  - Dolor en hipogastrio o región sacra
  - Tenesmo y urgencia rectal
- Síntomas asociados
  - Náuseas
  - Vómitos
  - Dolor abdominal
  - Fiebre
  - Meteorismo
  - Distensión abdominal
  - Signos de deshidratación

## **V. Exámenes complementarios**

### **Laboratorio**

En diarrea con duración > a 24 horas

- Citología fecal
- Coproparasitoscópico

Coprocultivo en:

- Más de ocho deposiciones por día o sospecha de cólera
- Duración de los síntomas más de siete días
- Signos de deshidratación marcada
- Heces sanguinolentas
- Leucocitos fecales positivos

### **Gabinete**

Rectosigmoidoscopia en pacientes con disentería

## **VI. Diagnóstico diferencial**

- Síndrome de intestino irritable
- Neoplasias intestinales
- Trombosis mesentérica
- Disbacteriosis

## **VII. Complicaciones**

- Shock hipovolémico
- Desequilibrio hidroelectrolítico
- Acidosis metabólica
- Sepsis

## **VIII. Criterios de referencia**

- Mala respuesta al tratamiento
- Complicaciones

**IX. Criterios de hospitalización**

En caso de complicaciones

**X. Tratamiento**

**Médico**

- Soluciones de rehidratación oral
- Hidratación parenteral de acuerdo al grado de deshidratación
- Antibióticos sólo en caso de pacientes inmunocomprometidos, edades extremas de la vida y en Diarrea infecciosa o bacteremia
- Loperamida 2 a 8 mg por vía oral por día, solo en casos de Diarrea funcional

**Quirúrgico**

No tiene

**XI. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución de la enfermedad

**XII. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

**XIII. Prevención**

- Saneamiento básico
- Educación sanitaria

**NORMA N° 35**  
**SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE**  
**(CIE10 K58)**

**I. Definición**

Trastorno funcional del tubo digestivo, de evolución crónica, recurrente, sin datos de lesión estructural, metabólica o infecciosa y de pronóstico favorable, generalmente exacerbado por factores psicológicos

**II. Manifestaciones clínicas**

Síntomas digestivos

- Dolor abdominal
- Alteración del habito intestinal
- Distensión abdominal
- Disfagia motora
- Dolor torácico
- Pirosis
- Saciedad precoz
- Náuseas y vómitos

- Cuerda colónica palpable
- Gorgoteo en fosa iliaca derecha

#### **Criterios de Roma**

Molestia o dolor abdominal durante 1 semana o más en los últimos doce meses, que reúne dos de las siguientes características:

- Alivia con la deposición
- Asociada con un cambio en la frecuencia deposicional
- Asociada con un cambio en la consistencia de las heces

Los siguientes síntomas no son esenciales, pero cuantos más estén presentes más fiables es el Diagnóstico:

- Frecuencia deposicional anormal (más de 3 por día, menos de 3 por semana)
- Forma de las heces anormal (bolas/duras o sueltas/líquidas) en más de 1 de 4 deposiciones
- Evacuación anormal (esfuerzo, urgencia o sensación de evacuación incompleta) en más de 1 de 4 deposiciones
- Evacuación de moco en más de 1 de 4 deposiciones
- Sensación de distensión abdominal en más de 1 de 4 de los días

#### **Criterios de Manning**

Dolor abdominal frecuente (> 6 episodios por año) asociados a 2 o más de los siguientes criterios:

- Mejoría del dolor con la defecación
- Aumento de la frecuencia defecatoria
- Distensión abdominal (subjetiva u objetiva)
- Eliminación de moco en heces
- Sensación de evacuación incompleta

#### **Síntomas extraintestinales**

- Dismenorrea
- Dispareunia
- Tenesmo vesical
- Nicturia
- Urgencia urinaria
- Jaqueca
- Astenia
- Anomalías del sueño
- Trastornos psicológicas

### **III. Exámenes complementarios**

Evaluación inicial:

Laboratorio

- Hemograma
- Glucemia
- Creatinina
- Examen de orina
- Coproparasitoscópico seriado

- Test de sangre oculta en heces
- Coprocultivo

Si los síntomas son más intensos o atípicos:

- Pruebas tiroideas
- Determinación de electrolitos, calcio, fósforo, amilasa, fosfatasa alcalina
- Determinación de grasa en heces
- Investigación de Giardia en aspirado duodenal

#### **Gabinete**

- Colonoscopia

Si los síntomas son más intensos o atípicos:

- Transito esófago gastroduodenal
- Colon por enema
- Ecografía abdominal
- Tomografía abdominal

#### **IV. Diagnóstico diferencial**

Cuando cursa con diarrea

- Diarrea infecciosa o parasitosis intestinal
- Abuso crónico de laxantes
- Hipertiroidismo
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- Amiloidosis
- Enteropatía diabética
- Otros

Cuando cursa con dolor abdominal y estreñimiento

- Diverticulitis colónica
- Apendicitis
- Colecistitis
- Cólico biliar
- Úlcera péptica
- Neoplasias abdominales
- Cardiopatía coronaria
- Enfermedades urogenitales
- Otras

#### **V. Complicaciones**

No tiene

#### **VI. Criterios de referencia**

- Sintomatología recidivante
- Interferencia en la actividad del paciente
- Conducta anormal de la enfermedad
- Trastornos psicológicos

**VII. Criterios de hospitalización**

No tiene

**VIII. Tratamiento**

**Médico**

Con dolor abdominal

- Dieta pobre en grasas y rica en proteínas
- Calor local
- Butil bromuro de hioscina 10 mg por vía oral cada 8 horas

Con diarrea

- Dieta astringente
- Loperamida 2 mg por vía oral, dosis de acuerdo a la respuesta terapéutica

Con estreñimiento

- Ejercicio físico
- Fibra natural e ingestión de abundante cantidad de líquidos
- Lactulosa 10 a 20 ml por vía oral por día, dosis de acuerdo a la respuesta terapéutica

En todos los casos

- Psicoterapia de apoyo
- Psicofármacos de acuerdo criterio médico

**Quirúrgico**

No tiene

**IX. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución de la enfermedad

**X. Criterios de alta**

No tiene

**XI. Prevención**

No tiene

## **ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNITARIO Y APARATO LOCOMOTOR**

### **NORMA N° 36 ARTRITIS REUMÁTICA (CIE10 M06.9)**

#### **I Definición**

Enfermedad inflamatoria crónica, multisistémica, con base autoinmune, que afecta principalmente a las articulaciones diartrodiales

#### **II Clasificación**

Según forma de inicio

- Típica
  - Insidiosa
  - Aguda
  - Intermedia
- Atípica
  - Enfermedad de Still del adulto
  - Reumatismo palindrómico
  - Artritis reumática del anciano

De acuerdo a la evolución

- Intermite
- Remisión clínica prolongada
- De curso progresivo

#### **III Manifestaciones clínicas**

Manifestaciones generales

- Fatiga
- Pérdida de peso
- Malestar general
- Mialgias
- Depresión
- Febrícula ocasional

Manifestaciones articulares

- Dolor
- Inflamación
- Rigidez matutina
- Debilidad muscular
- Limitación funcional
- Deformación

Manifestaciones extrarticulares

- Nódulos reumatoideos
- Vasculitis

- Queratoconjuntivitis seca y xerostomía
- Epiescleritis y escleritis
- Pleuropericarditis
- Neumonitis
- Fibrosis intersticial difusa
- Anemia crónica
- Leucopenia
- Trombocitopenia
- Neuropatías periféricas
- Bursitis
- Tenosinovitis

#### **Criterios Diagnósticos de la ARA para Artritis Reumática**

1. Rigidez matutina superior a una hora
2. Artritis de 3 o más articulaciones simultáneamente
3. Artritis de por lo menos 1 área en la muñeca, metacarpofalángicas o inferfalángicas proximales
4. Artritis simétrica
5. Nódulos reumatoides
6. Factor reumatoideo positivo
7. Cambios radiológicos

#### **IV. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Hemograma con recuento de plaquetas
- Factor reumatoideo
- Proteína C reactiva cuantitativa
- Análisis citoquímico de líquido sinovial

##### **Gabinete**

Radiografías de mano, muñeca y otras áreas afectadas

#### **V. Diagnóstico diferencial**

- Osteoartritis
- Fiebre reumática
- Artritis reactivas
- Artritis infecciosa
- Artritis gotosa
- Artritis psoriásica
- Lupus eritematoso sistémico

#### **VI. Complicaciones**

- Artritis séptica
- Amiloidosis

## **VII. Criterios de referencia**

- Para confirmación de diagnóstico
- Para inicio y control de uso de medicamentos modificadores de la enfermedad

## **VIII. Criterios de hospitalización**

De acuerdo a criterio médico

## **IX. Tratamiento**

### **Médico**

#### **Medidas generales**

- Educación al paciente y la familia
- Psicoterapia

#### **Medicamentos**

Tratamiento con antiinflamatorios

- Indometacina 25 a 100 mg por vía oral o rectal por día
- Ibuprofeno 400 a 1200 mg por vía oral por día
- Diclofenaco 75 a 150 mg por vía oral por día
- Prednisona 5 a 10 mg por vía oral por día solo en casos que no respondan a los anteriores medicamentos y cuya función articular se vea seriamente comprometida

Tratamiento con modificadores de la enfermedad

- Cloroquina 150 mg por vía oral por día
- Metotrexate 7,5 a 15 mg por vía oral por semana
- Azatioprina 50 a 150 mg por vía oral por día
- Ciclofosfamida 2 mg/kg por vía oral por día

#### **Quirúrgico**

De acuerdo a indicación de especialidad

## **X. Control y seguimiento**

- Control semanal hasta mejoría clínica
- Hemograma y proteína C reactiva cada 2 a 6 meses de acuerdo a evolución
- Otros exámenes de laboratorio de acuerdo al tratamiento
- En caso de uso de Cloroquina, realizar control oftalmológico cada 6 meses

## **XI. Criterios de alta**

No tiene

## **XII. Prevención**

No tiene

**NORMA N° 37**  
**ARTROSIS**  
**Osteoartritis**  
**(CIE10 M19)**

**I Definición**

Síndrome articular crónico caracterizado por pérdida focal del cartílago y reparación ósea simultánea en los márgenes articulares.

**II Etiología**

Multifactorial

**III Clasificación**

- Primaria o idiopática
- Localizada
- Generalizada
- Secundaria
- Postraumática
- Congénita
- Metabólica
- Endocrina
- Artropatías microcristalinas
- Neuropática
- Otras enfermedades articulares

**Factores de riesgo**

- Edad mayor de 40 años
- Sexo femenino
- Obesidad
- Factores genéticos
- Microtrauma repetitivo
- Traumatismo articular
- Sobrecarga articular
- Hiperlaxitud articular
- Incongruencias articulares

**IV. Manifestaciones clínicas**

- Dolor articular al inicio de los movimientos
- Impotencia funcional progresiva
- Rigidez matinal menor a 30 minutos
- Deformidad articular
- Aumento de volumen (osteofitos, nódulos de Heberden y de Bouchard en manos)
- Crepitación
- Derrame articular

**V. Exámenes complementarios**

**Laboratorio**

No requiere

**Gabinete**

Radiografía del área afectada

**VI. Diagnóstico diferencial**

- Otras mono u oligoartropatías
- Fibromialgia
- Hiperostosis idiopática
- Polimialgia reumática
- Condrocálcinosis

**VII. Complicaciones**

- Artritis séptica
- Insuficiencia vertebral
- Radiculopatía
- Lesión del nervio poplíteo
- Anquilosis
- Otras

**VIII. Criterios de referencia**

De acuerdo a criterio médico

**IX. Criterios de hospitalización**

De acuerdo a criterio médico

**X. Tratamiento**

**Médico**

**Medidas generales**

- Educación al paciente
- Fisioterapia

**Medicamentos**

- Paracetamol 500 a 2.000 mg por vía oral por día, si no hay respuesta:
- Diclofenaco 50 a 150 mg por vía oral por día
- Ibuprofeno 400 a 1.200 mg por vía oral por día
- Indometacina 25 a 100 mg por vía oral por día
- Diclofenaco gel aplicación local tres veces al día
- Diazepam 5 a 10 mg por vía oral por día
- Considerar antidepresivos tricíclicos como terapia coadyuvante de dolor crónico

**Quirúrgico**

De acuerdo a criterio de especialidad

**XI. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución de la enfermedad

**XII. Criterios de alta**

No tiene

**XIII. Prevención**

No tiene

**NORMA N° 38**  
**GOTA**  
**Artritis por depósito de microcristales**  
**(CIE10 M10)**

**I. Definición**

Enfermedad secundaria al incremento crónico de ácido úrico sérico, con depósito de microcristales de urato monosódico en localización articular y extraarticular

**II. Clasificación**

- Artritis aguda
- Gota crónica

**Factores predisponentes**

- Trasgresión alimentaria
- Ingesta de bebidas alcohólicas
- Uso de diuréticos, beta bloqueantes, bloqueadores de los canales del calcio, algunos citostáticos
- Infecciones
- Cirugía, traumas
- Factores genéticos

**III. Manifestaciones clínicas**

**Artritis aguda**

- Generalmente monoarticular, de predominio nocturno, con dolor e inflamación intensa, que compromete principalmente la articulación metatarsfalángica de 1º dedo.

**Gota crónica**

- Deformación articular
- Presencia de tofos en varias regiones

#### **IV. Diagnóstico diferencial**

- Celulitis
- Otras mono u oligoartritis
- Artrosis
- Higromas

#### **V. Complicaciones**

- Litiasis renal
- Insuficiencia renal crónica
- Anquilosis e invalidez

#### **VI. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Hemograma
- Ácido úrico
- Nitrógeno ureico
- Creatinina sérica

##### **Gabinete**

Radiografía en caso de tofos articulares

#### **VII. Criterios de referencia**

De acuerdo a criterio médico

#### **VIII. Criterios de hospitalización**

De acuerdo a criterio médico

#### **IX. Tratamiento**

##### **Ataque agudo**

- Indometacina 25 a 50mg por vía oral cada 8 horas
- Ibuprofeno 400 mg por vía oral cada 6 horas
- Diclofenaco 50 mg por vía oral cada 8 horas
- Colchicina 0.5 mg por vía oral cada hora hasta que desaparece el dolor o se presentan náuseas o diarrea (dosis total 4 a 6 mg)
- En casos severos o de alergia a antiinflamatorios no esteroideos, Prednisona 40-60 mg por día, con disminución progresiva de la dosis en 7 días

##### **Manejo intercrisis**

- A partir del segundo ataque de gota
- Colchicina en dosis de 0.5 mg por vía oral dos veces al día
- Allopurinol 100-300 mg por vía oral por día

##### **Quirúrgico**

En caso de tofos grandes

**X. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución de la enfermedad

**XI. Criterios de alta**

No tiene

**XII. Prevención**

- Dieta pobre en purinas
- Ingestión moderada de bebidas alcohólicas
- Evitar medicamentos hiperuricémicos

**NORMA N° 39  
LUPUS ERIEMATOSO SISTEMICO  
(CIE10 M32)**

**I. Definición**

Enfermedad crónica sistémica de carácter autoinmune que afecta a cualquier aparato o sistema del organismo, que afecta predominantemente al sexo femenino.

**II. Etiología**

Desconocida

- Factores etiológicos:
  - Infecciosa
  - Hormonal
  - Genética
  - Ambiental
  - Química

**III. Manifestaciones clínicas**

Manifestaciones generales:

- Astenia
- Fatigabilidad
- Anorexia
- Fiebre
- Pérdida de peso
- Malestar general

Manifestaciones específicas:

- Artralgias
- Artritis
- Laxitud ligamentaria
- Fibromialgia
- Eritema malar en alas de mariposa

- Exantema maculopapular
- Fotosensibilidad
- Telangiectasias
- Livedo reticularis
- Úlceras isquémicas de tipo crónico
- Urticaria
- Púrpura
- Vasculitis con infartos en la punta de los dedos
- Eritema periungueal
- Edema angioneurótico
- Nódulos subcutáneos
- Úlceras orales superficiales, dolorosas o no, también en las fosas nasales
- Derrame pleural moderado
- Neumonitis aguda lúpica
- Pericarditis
- Fenómeno de Raynaud
- Flebotrombosis de extremidades inferiores
- Accidente vascular cerebral
- Psicosis
- Depresión
- Ansiedad
- Cefalea
- Convulsiones
- Adenopatías
- Esplenomegalia
- Vómitos o Diarreas
- Peritonitis lúpica espontánea
- Infarto intestinal
- Pancreatitis aguda
- Enteropatía perdedora de proteínas
- Hepatitis crónica activa
- Conjuntivitis
- Episcleritis
- Uveítis
- Hemorragias subconjuntivales
- Arteritis retiniana
- Ceguera

#### **IV. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Anticuerpos antinucleares
- Anticuerpos anti-DNA nativo
- Anti-Sm
- Anti-RNP
- Anti-Ro (SS-A)/anti-La (SS-B)
- Complemento C3, C4, CH 50
- Factor reumatoide IgM anti-IgG
- VDRL

- Hemograma
- Recuento de plaquetas
- Examen de orina
- Otros de acuerdo al órgano afectado

### **Gabinete**

De acuerdo al órgano afectado

#### **Criterios del American College of Rheumatology (ACR 1997)**

1. Eritema facial
2. Lupus discoide
3. Fotosensibilidad
4. Ulceras orales
6. Serositis (Pleuritis o pericarditis)
7. Enfermedad renal (Proteinuria > a 0,5g/día, cilindruria celular o hemática)
8. Trastornos neurológicos (Convulsiones o psicosis)
9. Trastornos hematológicos (anemia hemolítica, leucopenia < de 400/mm o linfopenia < de 1500/mm o trombocitopenia)
10. Trastornos inmunológicos (Anticuerpos anti DNA, anti Sm, VDRL falsamente positivo)
11. Anticuerpo antinucleares positivos

Para diagnóstico se requiere la presencia simultanea o a lo largo del tiempo de 4 criterios o más

### **V. Diagnóstico diferencial**

- Fiebre reumática
- Artritis reumática
- Esclerodermia
- Vasculitis
- Polimiositis
- Tuberculosis
- SIDA
- Endocarditis bacteriana
- Leucemia
- Linfoma
- Anemia hemolítica
- Púrpuras
- Esclerosis múltiple
- Epilepsia
- Psicosis aguda
- Accidente cerebrovascular
- Miastenia grave
- Reacción alérgica medicamentosa
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Otras

## **VI. Complicaciones**

- Infecciones
- Catarata
- Insuficiencia renal
- Síndrome nefrotico
- Convulsiones
- Neuropatía periférica o de pares craneales
- Accidente cerebrovascular
- Infarto de miocardio
- Miocarditis

## **VII. Criterios de referencia**

En todos los casos

## **VIII. Criterios de hospitalización**

Para definición diagnóstica  
En complicaciones

## **IX. Tratamiento**

### **Médico**

#### **Medidas generales**

- Reposo
- Evitar el estrés
- Evitar la exposición a los rayos ultravioleta
- Evitar fármacos que puedan desencadenar nuevos brotes (anticonceptivos)
- Prestar una adecuada atención a las situaciones que pueden reactivar la enfermedad (embarazo, infecciones, aborto, intervenciones quirúrgicas).

#### **Medicamentos**

- Ibuprofeno 400 mg por vía oral cada 12 horas
- Hidroxicloroquina 200 mg/día por vía oral
- Prednisona 0,5-1 mg/kg por día por vía oral a dosis decrecientes semanales hasta alcanzar los 5-10 mg/día de mantenimiento y pasar posteriormente a una dosis única a días alternos.
- Ciclofosfamida en bolo intravenoso 0.75 g/m<sup>2</sup> mensual durante 6 meses y trimestral hasta completar dos años o 6 bolos quincenales de 500 mg/m<sup>2</sup> seguido de azatioprina 2 a 3 mg/kg/día y corticoides (1-2 mg/kg/día)
- Metotrexate por vía oral 7,5 mg (3 dosis de 2,5 mg separadas 12 horas) una vez a la semana

## **X. Control y seguimiento**

De acuerdo a la evolución de la enfermedad

## **XI. Criterios de alta**

No tiene

## **XII. Prevención**

No tiene

### **NORMA N° 40 SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO (CIE10 M35.9)**

#### **I. Definición**

Es un estado de hipercoagulabilidad adquirido, de origen autoinmune, que se manifiesta con la aparición de trombosis arteriales o venosas, pérdidas fetales recurrentes, trombocitopenia y la presencia en el suero de anticuerpos antifosfolipídicos.

#### **II. Clasificación**

- **Primario**
- **Secundario:**
  - Enfermedades autoinmunes (Lupus eritematoso sistémico, artritis reumática y otras)
  - Patologías malignas (tumores sólidos, hematológicas)
  - Inducida por drogas
  - Enfermedades infecciosas
- **Otras variantes:**
  - Síndrome antifosfolipídico catastrófico
  - Síndromes microangiopáticos
  - Síndromes hipoprotrombinémicos
  - Coagulación intravascular diseminada
- **Síndrome antifosfolipídico seronegativo**

Factores precipitantes

- Infecciones
- Procedimientos quirúrgicos
- Trauma
- Suspensión de anticoagulación (INR bajo)
- Fármacos (incluido anticonceptivos orales)
- Carcinomas
- Exacerbación del lupus eritematoso sistémico
- Síndrome de HELLP

#### **III. Manifestaciones clínicas**

- Tromboembolia pulmonar
- Trombosis venosa profunda
- Accidente isquémico transitorio
- Amaurosis fugaz
- Accidentes vasculares encefálicos
- Abortos y pérdidas fetales recurrentes
- Parto prematuro

- Preeclampsia severa de inicio precoz
- Anemia hemolítica
- Lesiones valvulares cardíacas
- Insuficiencia cardíaca
- Livedo reticularis
- Úlceras en miembros inferiores
- Migraña
- Mielitis transversa
- Epilepsia
- Corea
- Síndrome de Guillain-Barré

#### **IV. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Anticuerpo antifosfolípido
- Anticoagulante lúpico
- Anticuerpos anticardiolipina
- VDRL
- Recuento de plaquetas

##### **Criterios Diagnósticos**

###### **Según Harris et al**

###### **Criterios Clínicos:**

Trombosis arterial y/o venosa  
Abortos recurrentes  
Trombocitopenia

###### **Criterios de laboratorio:**

Anticardiolipina Ig G (título medio- alto)  
Anticardiolipina Ig M (título medio-alto)  
Anticoagulante lúpico.

Son necesarios un criterio clínico y otro analítico repetido al menos en dos ocasiones con un intervalo superior a 8 semanas

###### **Según Alarcón- Segovía et al**

###### **Criterios Clínicos:**

Trombosis arterial y/o venosa.  
Abortos recurrentes  
Anemia hemolítica  
Trombocitopenia.  
Livedo reticularis.  
Úlceras en miembros inferiores.

###### **Títulos de anticuerpos anticardiolipina:**

Altos (> 5 desviaciones estándar)  
Bajos (2-5 desviaciones estándar)

Definido: dos o más manifestaciones clínicas y anticuerpos a títulos altos

Probable: una manifestación clínica y anticuerpos a título alto

Dudoso: ninguna manifestación clínica pero anticuerpos a títulos altos. Una manifestación clínica con anticuerpos a título bajo; dos o más manifestaciones clínicas pero sin anticuerpos

**V. Diagnóstico diferencial**

- Púrpura trombocitopénica
- Trombosis de otras causas (Déficit de antitrombina III y proteína C y S)
- Otras causas de aborto a repetición
- Procesos neoplásicos

**VI. Complicaciones**

De acuerdo al órgano afectado

**VII. Criterios de referencia**

En todos los casos

**VIII. Criterios de hospitalización**

En casos de sospecha de gravedad

**IX. Tratamiento**

- Ácido acetil salicílico 75 - 125mg por día por vía oral
- Anticoagulación: terapia individualizada manteniendo un INR entre 2,5 - 3,5

**X. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución de la enfermedad

**XI. Criterios de alta**

No tiene

**XI. Prevención**

No tiene

**NORMA N° 41  
LUMBALGIA AGUDA  
(CIE10 M54)**

**I. Definición**

Dolor en la parte baja de la espalda que puede irradiar a los miembros inferiores y que limita la actividad diaria durante un período inferior a los tres meses.

## **II. Etiología**

- Afecciones neurológicas
  - Síndromes radiculares por hernia de disco (Compresión de raíces L4 - L5 - S1, hernia de disco medial)
- Afecciones reumatológicas
  - Osteoartritis
  - Espondilitis anquilosante
  - Artritis reumática
- Infecciones
  - Espondilitis tuberculosa
  - Sacroileitis
- Tumores
  - Benignos (osteoblastoma, meningioma, neurinoma, osteoma osteoide)
  - Malignos (tumores primarios del SNC, metástasis, mieloma múltiple, linfoma, etc.)
- Afecciones metabólicas
  - Osteoporosis
  - Enfermedad de Paget
- Traumatismos
  - Trauma lumbar
  - Fractura por compresión
  - Subluxación articular
- Otras causas
  - Lesiones pélvicas (tumor uterino, EIP, etc.)
  - Embarazo ectópico
  - Prostatitis
  - Aneurisma de aorta abdominal

## **III. Clasificación**

Según presentación clínica e intensidad:

- Dolor lumbar no radicular
- Dolor lumbar radicular (lumbociatalgia)
- Lumbalgia compleja

## **IV. Manifestaciones clínicas**

- Dolor de inicio gradual, ocasionalmente intermitente, que empeora con ejercicio y maniobras de Valsalva, mejora con el decúbito, puede irradiarse por la cara posterior de la pierna
- Escoliosis antálgica
- Parestesias
- Espasmo muscular
- Pérdida de fuerza

**V. Exámenes complementarios**

**Laboratorio**

No requiere

**Gabinete**

- Radiografía de columna lumbar
- Tomografía computarizada
- Resonancia magnética
- Mielografía
- Electromiografía

**VI. Diagnóstico diferencial**

Entre las diferentes causas

**VII. Complicaciones**

De acuerdo a la etiología

**VIII. Criterios de referencia**

- Dudas de diagnóstico
- Falta de respuesta al tratamiento
- Gravedad y extensión de las lesiones

**IX. Criterios de hospitalización**

De acuerdo a criterio médico

**X. Tratamiento**

**Médico**

**Medidas generales**

- Reposo en cama dura con rodillas y caderas flexionadas
- Movilización precoz
- Calor seco local
- Fisioterapia (ergonomía articular y ejercicios de potenciación de la musculatura abdominal y paravertebral, tras mejoría o cese del dolor)

**Medicamentos:**

- Diclofenaco sódico 50 mg por vía oral cada 8 horas o 75 mg por vía intramuscular
- Indometacina 50 mg por vía oral cada 8 horas o 100 mg por vía rectal
- Ibuprofeno 400 a 800 mg por vía oral cada 8 a 12 horas
- Paracetamol 500 mg cada 6 horas por vía oral
- Metamizol 500 mg a 1 g por vía intravenosa o intramuscular cada 8 a 12 horas
- Diazepam 5 a 10 mg por vía oral cada 8 a 12 horas

En casos severos

Dexametasona 4 mg por vía intramuscular cada 12 horas por tres días

**Quirúrgico**

De acuerdo a criterio de especialidad

**XI. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución del cuadro

**XII. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

**XIII. Prevención**

- Evitar esfuerzos o sobrecargas físicos
- Control del peso corporal
- Medidas de higiene de columna

**ENFERMEDADES ENDOCRINOLOGICAS Y DEL METABOLISMO**

**NORMA N° 42  
BOCIO NO TOXICO  
(CIE10 E04.9)**

**I. Definición**

Agrandamiento de la glándula tiroides por estimulación con TSH, no producido por procesos inflamatorios, autoinmunes, neoplásicos ni asociado a hiper o hipotiroidismo

**II. Clasificación**

**Bocio difuso no tóxico**

- Endémico
  - Deficiencia de yodo
  - Exceso de yodo
  - Alimentos bociógeno
- Esporádico
  - Defectos congénitos en la biosíntesis de hormona tiroidea
  - Algunos fármacos
  - Deficiencia de yodo
- Compensatorio post tiroidectomía subtotal

**Bocio nodular no tóxico**

- Uninodular o multinodular
- Funcional o no funcional

### Clasificación del bocio por la Organización Mundial de la Salud

Grado 0: Sin bocio palpable o palpable menor a la falange terminal del dedo pulgar del examinado

- Grado 0a: Glándula no palpable
- Grado 0b: Glándula palpable menor a la falange terminal del dedo pulgar del examinado, no visible con el cuello extendido

Grado I: Bocio palpable pero no visible con el cuello en posición normal

- Grado Ia: Bocio palpable pero no visible con el cuello extendido
- Grado Ib: Bocio palpable visible con el cuello en extensión

Grado II: Bocio fácilmente visible con el cuello en posición normal

Grado III: Bocio visible a distancia

### III. Manifestaciones clínicas

- Incremento progresivo del tamaño de la glándula tiroides
- El crecimiento masivo puede determinar:
  - Deformaciones del cuello
  - Dificultad en la respiración o estridor respiratorio
  - Dificultad en la deglución
  - Distensión de las venas cervicales
  - Mareos
  - Disfonía

### IV. Exámenes complementarios

#### Laboratorio

- TSH y T4 libre
- Biopsia por aspiración con aguja fina

#### Gabinete

- Ecografía tiroidea
- Radiografía de tórax

### V. Diagnóstico diferencial

- En formas difusas con tiroiditis de Hashimoto o enfermedad de Graves Basedow
- En formas nodulares con neoplasias

### VI. Complicaciones

- Progresión a bocio nodular tóxico
- Tirotoxicosis como efecto secundario del tratamiento
- Compresión de estructuras vecinas

### VII. Criterios de referencia

Todo paciente con bocio

## **VIII. Criterios de hospitalización**

Para tratamiento quirúrgico

## **IX. Tratamiento**

### **Médico**

Levotiroxina 50 a 100 ug por vía oral por día

### **Quirúrgico**

- Bocio grande que produce síntomas de compresión o que no responda a manejo médico
- Nódulos solitarios con sospecha de malignidad

## **X. Control y seguimiento**

TSH y T4 libre cada 6 a 12 meses

## **XI. Prevención**

- Educación sanitaria
- Consumo de sal yodada
- Reducir la ingesta de fármacos o alimentos bociógenos

## **NORMA N° 43 HIPOTIROIDISMO (CIE10 E00, E03)**

### **I. Definición**

Síndrome clínico y bioquímico caracterizado por la disminución de la concentración o acción de las hormonas tiroideas

Hipotiroidismo subclínico es la elevación de TSH con T3 total y T4 libre normales, con o sin presencia de síntomas compatibles con la enfermedad

### **II. Clasificación**

- Primario: dependiente de la glándula tiroides (deficiencia de yodo, tiroiditis crónica autoinmune, post tiroidectomía, terapia con yodo radiactivo, alteraciones en la biosíntesis de las hormonas tiroideas y otras)
- Secundario: por déficit de TSH
- Terciario: por déficit de TRH
- Resistencia generalizada a las hormonas tiroideas

### **III. Manifestaciones clínicas**

Síntomas tempranos

- Debilidad, letargia, fatiga crónica
- Intolerancia al frío, sudoración disminuida

- Piel seca, áspera, engrosada
- Artromialgias
- Cefalea
- Menorragia
- Estreñimiento crónico
- Bradicardia
- Uñas y cabello delgados, quebradizos
- Reflejo aquiliano con fase de relajación prolongada

Síntomas tardíos:

- Bradipsiquia, depresión, alteración de memoria
- Mixedema
- Voz ronca y áspera
- Hipoacusia, hiposmia, ageusia
- Calambres musculares
- Derrame pleural, pericárdico y/o ascitis
- Cambios de peso corporal
- Macroglosia
- Depresión y trastornos paranoides

#### **IV. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Hemograma
- TSH y T4 libre
- Colesterol y triglicéridos
- Anticuerpos antitiroideos
- Test de TRH en caso de duda diagnóstica

##### **Gabinete**

- Ecografía de tiroides
- Centellografía de tiroides
- Electrocardiograma

#### **V. Diagnóstico diferencial**

- Síndromes edematosos
- Trastornos depresivos
- Demencias
- Coma
- Otras tiroiditis

#### **VI. Complicaciones**

- Insuficiencia cardíaca
- Angina de pecho
- Coma mixedematoso
- Infecciones intercurrentes

**VII. Criterios de referencia**

- Duda diagnóstica
- Falta de respuesta al tratamiento
- Embarazo

**VIII. Criterios de hospitalización**

Complicaciones

**IX. Tratamiento**

**Médico**

Levotiroxina sódica, 50 a 100 ug por vía oral por día

En mayores de 50 años, en cardiópatas o hipotiroidismo muy severo iniciar con 25 ug y aumentar progresivamente la dosis cada 4 semanas

Dosis de mantenimiento 1,3 a 1,7 ug/kg de peso por día

**Quirúrgico**

De acuerdo a etiología

**X. Control y seguimiento**

- TSH al mes de iniciado el tratamiento
- Cada 6 meses para evaluar respuesta y cumplimiento de tratamiento
- Una vez obtenida TSH normal, evaluación de TSH en forma anual o en circunstancias que modifiquen el requerimiento hormonal (embarazo, uso de drogas que modifiquen el metabolismo de la levotiroxina, enfermedades graves)

**XI. Criterios de alta**

No tiene

**XII. Prevención**

Uso de sal yodada

**NORMA N° 44  
TIROTOXICOSIS  
(Hipertiroidismo)  
(CIE10 E05)**

**I. Definición**

Síndrome clínico, fisiológico y bioquímico resultante de la exposición y respuesta de los tejidos a excesivas concentraciones de hormonas tiroideas

## **II. Clasificación**

- Hipertiroidismo por sobreproducción de hormonas tiroideas
  - Enfermedad de Graves-Basedow
  - Adenoma tóxico
  - Bocio multinodular tóxico (enfermedad de Plummer)
  - Secreción inadecuada de TSH
  - Enfermedad trofoblástica
- Hipertiroidismo por destrucción de la tiroides
  - Tiroiditis (subaguda, silente, post-parto)
  - Tiroiditis de Hashimoto con tirotoxicosis transitoria
- Otras causas de hipertiroidismo
  - Tirotoxicosis facticia
  - Hipertiroidismo iatrogénico
  - Tirotoxicosis inducida por amiodarona
  - Tirotoxicosis inducida por yodo (Job-Basedow)

## **III. Manifestaciones clínicas**

- Intolerancia al calor
- Debilidad muscular, calambres y fatiga
- Palpitaciones
- Aumento de la sudoración
- Hiperdefecación
- Nerviosismo
- Irritabilidad, inquietud
- Atención dispersa y problemas de conducta
- Insomnio
- Cambios menstruales
- Disminución de tolerancia al ejercicio
- Pérdida de peso, con hiperfagia o apetito conservado
- Piel fina, caliente y roja
- Bocio
- Taquipnea, Taquicardia
- Temblor fino
- Atrofia de músculos tenares e hipotenares
- Pelo quebradizo, frágil, delgado
- Alopecia
- Mixedema pretibial
- Disnea
- Fibrilación auricular
- Oftalmopatía de Graves

#### **IV. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- TSH, T4 y T3 libres
- Determinación de anticuerpos antitiroideos (antitiroglobulina y antiperoxidasa) y antirreceptor de TSH
- Test de TRH

##### **Gabinete**

- Centellografía tiroidea
- Electrocardiograma
- Captación de yodo 131

#### **V. Diagnóstico diferencial**

- Trastornos del ritmo cardíaco (principalmente fibrilación auricular)
- Insuficiencia cardíaca
- Síndrome de fatiga crónica
- Trastorno por ansiedad
- Síndrome carcinoide
- Feocromocitoma y otros estados hiperadrenérgicos
- Hiperparatiroidismo
- Miopatías (Miastenia gravis, distrofia muscular)
- Tumores orbitarios

#### **VI. Complicaciones**

- Crisis tirotóxica
- Cardiopatía tirotóxica
- Exoftalmos maligno
- Osteoporosis
- Psicosis

#### **VII. Criterios de referencia**

Los de hospitalización

#### **VIII. Criterios de hospitalización**

- De acuerdo a criterio médico
- En caso de complicaciones
- Para tratamiento ablativo o quirúrgico

#### **IX. Tratamiento**

##### **Médico**

- Propranolol, 40 a 120 mg por vía oral por día
- Atenolol 50 a 100 mg por vía oral por día

- Propiltiouracilo 300 a 600 mg por vía oral por día dividido en 3 tomas hasta lograr estado eutiroideo, continuar con dosis de mantenimiento (100 a 300 mg) durante 12 a 24 meses
- Radioyodo: dosis de acuerdo a criterio de especialidad

### **Quirúrgico**

De acuerdo a criterio médico

## **X. Control y seguimiento**

- Control con T4 libre a las 6 semanas de iniciado el tratamiento, luego mensualmente hasta decidir tratamiento definitivo
- Leucograma cada mes
- Control de hormonas tiroideas al mes de realizado tratamiento ablativo
- Control anual de TSH una vez realizado tratamiento definitivo

## **XI. Criterios de alta**

No tiene

## **XII. Prevención**

- Educación sanitaria
- Evitar uso excesivo de preparados tiroideos

## **NORMA N° 45 DIABETES MELLITUS (CIE10 E14)**

### **I. Definición**

Enfermedad crónica causada por el déficit de insulina, que lleva a alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y lípidos, de causa genética, autoinmune o multigénica

### **II. Clasificación**

- Diabetes Mellitus Tipo 1
- Diabetes Mellitus Tipo 2
- Otros tipos específicos de diabetes:
  - Enfermedades exócrinas del páncreas
  - Endocrinopatías
  - Inducida por fármacos
  - Síndromes genéticos
- Diabetes Mellitus gestacional
- Alteraciones del metabolismo de la glucosa:
  - Intolerancia a la glucosa
  - Glucemia basal alterada

### III. Manifestaciones clínicas

- Asintomática
- Sintomática:
  - Poliuria
  - Polidipsia
  - Polifagia
  - Pérdida de peso
  - Visión borrosa
  - Infecciones mucocutáneas y/o genitourinarias
  - Alteraciones del fondo de ojo

#### Criterios Diagnósticos de la Diabetes Mellitus

1. Síntomas de diabetes más una glucemia al azar mayor o igual a 200 mg/dl
2. Glucemia en ayunas (sin ingesta alimenticia en las 8 horas previas) mayor o igual a 126 mg/dl
3. Prueba de tolerancia oral a la glucosa con glucemia mayor o igual a 200 mg/dl a las 2 horas

Cada uno de los criterios debe ser confirmado por cualquiera de las otras pruebas

### IV. Exámenes complementarios

#### Laboratorio

- Glucemia basal
- Hemograma
- Examen de orina
- Prueba de tolerancia oral a la glucosa
- Creatinina
- Perfil lipídico
- Ácido úrico
- Hemoglobina glucosilada
- Microalbuminuria
- Proteinuria de 24 horas

#### Gabinete

Electrocardiograma

### V. Diagnóstico diferencial

- Síndromes poliúricos
- Polidipsia psicógena
- Diabetes insípida

### VI. Complicaciones

- Agudas
  - Cetoacidosis diabética
  - Estado hiperosmolar hiperglucémico

- Hipoglucemia
- Coma hipoglucémico
- Acidosis láctica
  
- Crónicas
  - Microangiopatía
  - Macroangiopatía
  - Neuropatía
  - Catarata y glaucoma

## **VII. Criterios de referencia**

- Para confirmación diagnóstica
- Complicaciones

## **VIII. Criterios de hospitalización**

- Complicaciones agudas
- Mal control metabólico
- Hipoglucemia a repetición
- Infecciones intercurrentes
- Pie diabético
- Complicaciones crónicas de acuerdo a criterio médico

## **IX. Tratamiento**

### **Médico**

#### **Medidas generales**

- Dieta individualizada
- Ejercicio físico regular

#### **Medicamentos**

- Glibenclamida 5 a 20 mg por vía oral por día, 30 minutos antes de las comidas y/o
- Metformina 850 a 2 550 mg por vía oral por día, después de las comidas.

Dosis individualizada de:

- Insulina humana cristalina o regular
- Insulina humana NPH o intermedia

#### **Quirúrgico**

En complicaciones

## **X. Control y seguimiento**

El control debe ser de por vida

- Debe ser evaluado de inmediato ante cualquier causa de descompensación

Evaluación cada 3 meses

- Evaluación clínica completa, incluyendo intensidad de pulsos periféricos y presencia de lesiones cutáneas que predispongan a infección

- Glucemia
- Hemoglobina glucosilada
- Examen de orina
- Perfil lipídico si se hallaba alterado en la primera evaluación

Una vez por año:

- Perfil lipídico
- Creatinina
- Microalbuminuria o proteinuria de 24 horas
- Electrocardiograma
- Fondo de ojo
- Evaluación neurológica y cardiológica

#### **XI. Criterios de alta**

No tiene

#### **XII. Prevención**

Educación sobre la enfermedad a la población, al paciente y su familia

### **NORMA N° 46 SINDROME METABOLICO (CIE10 E88)**

#### **I. Definición**

Es la agrupación de factores de riesgo asociados a la resistencia a la insulina, que son responsables del incremento de la mortalidad coronaria y cardiovascular, además de la mortalidad total

#### **II. Etiología**

- Causas adquiridas
- Sobrepeso y obesidad
- Inactividad física y sedentarismo
- Dieta alta en carbohidratos (> 60% de la ingesta diaria de la dieta)
- Dieta alta en grasas
- Consumo excesivo de sal
- Aspectos psicológicos
- Causas genéticas

#### **Factores de riesgo**

- Edad mayor a 45 años
- Raza negra, méxico-americana
- Sedentarismo
- Tabaquismo
- Multiparidad
- Menopausia precoz

- Obesidad central
- Dislipidemia
- Intolerancia a la glucosa
- Historia personal o familiar de Diabetes Mellitus
- Hipertensión arterial
- Enfermedad cardiovascular
- Síndrome de ovario poliquístico
- Acantosis nigricans
- Hiperuricemia

### III. Manifestaciones clínicas

- Las del trastorno correspondiente:
  - Obesidad
  - Diabetes mellitus
  - Hipertensión arterial
  - Dislipidemia

### IV. Exámenes complementarios

#### Laboratorio

- Hemograma
- Glucemia
- Creatinina
- Ácido úrico
- Colesterol, HDL, LDL
- Triglicéridos
- Microalbuminuria
- Curva de tolerancia a la glucosa

#### Gabinete

- Electrocardiograma
- Radiografía de tórax
- Ecografía abdominal
- Ecografía ginecológica

#### Criterios Diagnósticos

Según el NCEP y las guías del ATPIII

Glucemia	> 110mg/dL
Triglicéridos	> 150 mg/dL
HDL	< o igual a 40mg/dL en varones < o igual a 50 mg/dL en mujeres
Presión arterial	> o igual 130/85 mmHg
Circunferencia central	> 102 cm en varones, > 88 cm en mujeres

Son necesarios tres de estos criterios para el Diagnóstico  
Según el grupo Europeo,

Glucemia	> 110mg/dL
Triglicéridos	> 177 mg/dL
HDL	< o igual a 39 mg/dL
Circunferencia central	> 94 cm en varones, > 80 cm en mujeres

Son necesarios 2 o más criterios para el Diagnóstico

Según la OMS (1998)

Hipertensión arterial	Presión arterial sistémica	> o igual a 140/90 mmHg
Dislipidemia	Triglicéridos	> o igual a 150 mg/dL
	Colesterol HDL en hombres en mujeres	< a 35 mg/dL < a 45 mg/dL
Obesidad	Índice de masa corporal Relación cintura cadera en hombre en mujeres	> o igual a 30 > o igual a 0.9 > o igual a 0.85
Microalbuminuria		> a 20 ug/min
Trastornos en la homeostasis de la glucosa	Glucemia en ayunas	Alterada: 111 a 125 mg/dL Diabetes Mellitus > o igual a 126 mg/dL
	Curva de tolerancia a la glucosa	Intolerancia a la glucosa: < 199 mg/dL a las dos horas Diabetes mellitus: > o igual a 200 mg/dL
Resistencia a la insulina		

La presencia de 3 componentes incrementa 2 veces el riesgo de enfermedad coronaria o cardiovascular, la presencia de 4 componentes, incrementa 4 veces el riesgo de enfermedad cerebro vascular o cardiovascular, y 24 veces el riesgo de Diabetes Mellitus

## V. Diagnóstico Diferencial

No tiene

## VI. Complicaciones

- Enfermedad vascular aterosclerótica
- Hígado graso
- Diabetes mellitus

## VII. Criterios de referencia

- En mal control metabólico
- Complicaciones

## **VIII. Criterios de hospitalización**

De acuerdo a criterio médico

## **IX. Tratamiento**

### **Médico**

#### **Medidas generales**

Cambios en el estilo de vida

#### **Medicamentos**

- Atorvastatina 10 – 80 mg por vía oral por día
- Metformina 850 mg por vía oral por día
- Ácido acetilsalicílico 100 mg por vía oral por día
- Tratamiento de hipertensión de acuerdo a Normas, iniciar preferentemente con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o Antagonistas de los receptores de angiotensina II
- Tratamiento de la Diabetes Mellitus de acuerdo a normas

#### **Quirúrgico**

No tiene

## **X. Control y seguimiento**

El seguimiento es de por vida, las metas a alcanzar son:

- Reducción de peso hasta obtener un índice de masa corporal < a 27
- Presión arterial diastólica < a 80 mmHg
- Colesterol LDL < 100 mg/dL
- HDL > 40 mg/dL

## **XI. Criterios de alta**

No tiene

## **XII. Prevención**

- Mantener peso adecuado
- Realizar ejercicio físico frecuente
- Dieta baja en carbohidratos y grasas
- Evitar el tabaco

## **NORMA N° 47 DISLIPIDEMIA (CIE10 E78.5)**

### **I. Definición**

Alteración de las concentraciones séricas de los lípidos con incremento del colesterol, LDL y/o triglicéridos y disminución del HDL

## II. Clasificación

- De acuerdo a etiología
  - Primaria
  - Secundaria
- De acuerdo al lípido involucrado
  - Hipercolesterolemia
  - Hipertrigliceridemia
  - Hiperlipidemia (mixta)

### Factores de riesgo cardiovascular

- Varones > de 45 años
- Mujeres > de 55 años o antes si tienen menopausia precoz no tratada
- Tabaquismo
- Hipertensión arterial
- HDL bajo (< 35 mg/dl)
- Diabetes mellitus
- Historia familiar en primer grado de cardiopatía isquémica (hombre < de 55 años, mujer < de 65 años)
- Historia de enfermedad vascular cerebral o periférica

### Interpretación del perfil lipídico

Lípidos en mg/dL	Valor deseable	Riesgo potencial	Riesgo alto
Colesterol	< 200	200 -239	> 240
LDL	< 130	130 - 159	> 160
HDL varón	> 35	25 - 35	< 25
HDL mujer	> 45	40 - 45	< 40
Triglicéridos	< 200	> 200	> 400

### Evaluación y tratamiento (Según AHA)

- **Basada en el colesterol total (evaluación inicial)**
  - Valor deseable menor a 200 mg/ dl
  - Borderline 200 a 239 mg/dl
  - Alto mayor a 240 mg/ dl
- Si el colesterol es < a 200 mg/dl repetir cada 5 años
- Si el colesterol es borderline y tiene menos de 2 factores de riesgo iniciar dieta
- Si el colesterol es borderline o > a 240 mg/dl y el paciente tiene cardiopatía isquémica o 2 factores de riesgo obtener perfil lipídico después de 12 a 14 horas de ayuno
- Cuando se evalúan los factores de riesgo, si el paciente tiene HDL > a 60 mg/dl, disminuir un factor de riesgo del total

### III. Tratamiento

#### Dieta 1

- Grasa total < a 30%
- Grasas saturadas < a 10%
- Colesterol total < a 300 mg/día

Control de colesterol a las 6 semanas y 3 meses de tratamiento  
Si no hay mejoría reevaluar la dieta o indicar:

#### Dieta 2

- Grasas saturadas < de 7%
- Colesterol < de 200 mg/día

Si no mejora a los 3 a 6 meses recién considerar terapia farmacológica  
Como parte del programa: ejercicio físico diario, disminución de peso, supresión del hábito tabáquico, incrementar consumo de fibra y disminuir ingesta de azúcares simples

- **Basada en el nivel de LDL**

$$\text{LDL} = \text{colesterol total} - (\text{triglicéridos}/5) - \text{HDL}$$

Si LDL es < a 130 mg/dl repetir cada 5 años

Paciente que tiene menos de 2 factores de riesgo y sin enfermedad cardiovascular:

- si el LDL > a 160 mg/dl: dieta 1
- si el LDL es > 190 mg/dl: dieta y medicación

La meta óptima para estos pacientes es llegar a un valor de LDL < a 160 mg/dl  
Repetir anualmente el perfil lipídico para monitorizar el nivel de LDL

Paciente que tiene más de 2 factores de riesgo y sin enfermedad cardiovascular:

- si el LDL > a 130 mg/dl: dieta 1
- si el LDL es > 160 mg/dl: dieta y medicación

La meta óptima para estos pacientes es llegar a un valor de LDL < a 130 mg/dl

Paciente que tiene enfermedad arterial coronaria:

- si el LDL > a 100 mg/dl: dieta 1
- si el LDL es > 130 mg/dl: dieta y medicación

La meta para estos pacientes es llegar a un valor de LDL < a 100 mg/dl

En pacientes que no mejoran los niveles de LDL se debe cambiar medicamentos o añadir un segundo fármaco al tratamiento

- **Basada en los triglicéridos**

Nivel deseable < a 200 mg/dl

- Si los niveles son > 200 mg/dl reducción de peso, dieta baja en grasas e hidratos de carbono, reducir el consumo de alcohol, ejercicio físico y evitar medicamentos que aumenten los triglicéridos (anticonceptivos orales, corticoides, beta bloqueantes y tiazidas)
- Si los niveles son > a 1000 mg/dl el riesgo de pancreatitis es alto

Tratamiento farmacológico

- Atorvastatina 10 - 80 mg por vía oral por día

**Otras recomendaciones  
(Según ACP)**

- No se recomienda el control de colesterol total y triglicéridos en hombres < de 35 o mujeres < de 45 años, salvo que exista sospecha clínica de dislipidemia o el paciente tenga por lo menos 2 factores de riesgo cardiovascular
- Para Prevención Primaria de enfermedad cardiovascular, se recomienda control de colesterol y triglicéridos en hombres entre los 35 a 65 años y mujeres entre los 45 a 65 años
- No se recomienda control de colesterol en mayores de 75 años
- Todos los pacientes con enfermedad coronaria, cerebrovascular o vascular periférica deben ser sometidos a evaluaciones periódicas

**NORMA N°48  
OBESIDAD  
(CIE10 E66)**

**I Definición**

Es el exceso de tejido adiposo, por desequilibrio en la homeostasis entre ingesta y el gasto energético, de causa multifactorial

**II Clasificación**

- Según el tamaño y número de adipocitos
  - Hipertrófica
  - Hiperplásica
- Según la distribución grasa
  - Difusa o armónica
  - Localizada (androide o ginecoide)
- Según el índice de masa corporal:
  - Sobrepeso 25 a 29.9
  - Obesidad clase I 30 a 34.9
  - Obesidad clase II 35 a 39.9
  - Obesidad clase III, extrema o mórbida => 40

Factores de riesgo

- Antecedentes familiares
- Hábitos dietéticos
- Edad de inicio
- Sedentarismo
- Uso de fármacos
- Enfermedades asociadas

### **III. Manifestaciones clínicas**

- Alteración del índice masa corporal
- Disminución de tolerancia al ejercicio físico

### **IV. Exámenes complementarios**

No requiere

### **V. Diagnóstico diferencial**

No tiene

### **VI. Complicaciones**

- Incremento de la morbi- mortalidad:

Riesgo muy aumentado de padecer:

- Diabetes mellitus tipo 2
- Enfermedades de la vesícula biliar
- Dislipidemias
- Resistencia a la insulina
- Síndrome de hipoventilación
- Síndrome de apnea de sueño

Riesgo moderadamente aumentado de padecer:

- Enfermedad coronaria
- Hipertensión arterial
- Osteoartritis
- Hiperuricemia
- Gota

Riesgo ligeramente aumentado de padecer:

- Cáncer (mama y colon)
- Anormalidades de las hormonas sexuales
- Síndrome de ovarios poliquísticos
- Fertilidad disminuida
- Aumento de anomalías fetales por obesidad materna
- Dolor lumbar
- Aumento del riesgo anestésico

- Trastornos psicológicos y de adaptación al medio
- Disminución de la calidad de vida

### **VII. Criterios de referencia**

Los de hospitalización

### **VIII. Criterios de hospitalización**

Para tratamiento quirúrgico

## **IX. Tratamiento**

### **Médico**

- Educación nutricional
- Incremento de la actividad física
- Régimen hipocalórico
- Psicoterapia

### **Quirúrgico**

En obesidad mórbida

## **X. Control y seguimiento**

- Control clínico mensual
- Control metabólico de acuerdo a las enfermedades asociadas

## **XI. Criterios de alta**

No tiene

## **XII. Prevención**

Educación nutricional

## **NORMA N° 49 DESNUTRICIÓN (CIE10 E43–E44)**

### **I. Definición**

Enfermedad resultado de una deficiencia relativa o absoluta de energía y proteínas, que puede ser primaria por consumo inadecuado o secundaria a otras enfermedades

### **II. Clasificación**

- Kwashiorkor (proteico –calórica)
- Marasmo (calórico – proteica)
- Mixta

### **III. Manifestaciones clínicas**

- Marasmo
  - Importante pérdida de peso
  - Atrofia de la grasa subcutánea y de los músculos
  - Retardo del crecimiento
- Kwashiorkor
  - Edema generalizado
  - Decoloración y enrojecimiento del cabello

- Apatía e irritabilidad
- Dermatitis descamativa
- Retardo del crecimiento

#### **IV. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Hemograma
- Glucemia
- Creatinina
- Nitrógeno ureico
- Proteínas totales y albúmina
- Electrolitos séricos
- Perfil lipídico
- Pruebas tiroideas
- Hierro sérico

##### **Gabinete**

Radiografía de tórax

#### **V. Diagnóstico diferencial**

- Insuficiencia cardíaca
- Síndrome nefrótico
- Insuficiencia renal crónica
- Pelagra

#### **VI. Complicaciones**

Predisposición a enfermedades infecciosas

#### **VII. Criterios de referencia**

Los de hospitalización

#### **VIII. Criterios de hospitalización**

Cuadros severos

#### **IX. Tratamiento**

##### **Médico**

- Realimentación progresiva de acuerdo a tolerancia, iniciar proteínas con 1 g/ kg/día, hasta llegar a 1.5 g/kg/día y con 30 kcal/kg/ día hasta llegar a 45 kcal/kg/ día de calorías
- Vitaminas y minerales
- Restricción moderada de sal
- No usar diuréticos
- En casos de intolerancia oral, nutrición enteral o parenteral

**X. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución de la enfermedad

**XI. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

**XII. Manejo preventivo**

Educación nutricional

**NORMA N° 50  
OSTEOPOROSIS  
(CIE10 M81)**

**I. Definición**

Enfermedad metabólica caracterizada por disminución de la masa ósea y alteración de la microestructura del hueso, que incrementa el riesgo de fracturas

Según la Organización Mundial de la Salud, osteoporosis es la densidad ósea inferior a 2,5 desviaciones estándar (DS) respecto a la de un adulto joven. Se considera osteopenia entre -1.0 a -2.5 DS, (valor normal hasta -1.0 DS)

**II. Clasificación**

- Tipo I o menopáusica
- Tipo II o senil

**Factores de riesgo**

- No modificables
  - Sexo
  - Edad
  - Raza
  - Genéticos
  - Historia familiar
- Modificables
  - Hipogonadismo: menopausia e hipoandrogenismo
  - Factores nutricionales: dieta pobre en calcio, mala absorción intestinal, dieta vegetariana
  - Estilos de vida: sedentarismo, alcohol, café, bebidas gaseosas
  - Fármacos: glucocorticoides, anticonvulsivantes, heparina, metotrexate, levotiroxina, litio y otros
  - Enfermedades endocrinas: hipertiroidismo, Diabetes mellitus tipo 1, hiperparatiroidismo
  - Insuficiencia renal crónica, insuficiencia hepática

### **III. Manifestaciones clínicas**

- Asintomática
- Sintomática:
  - Fracturas vertebrales
    - Cuadro agudo
    - Dolor dorsal de inicio súbito
    - Restricción de movimientos espinales especialmente de flexión
    - Intensificación del dolor con los movimientos
  
  - Aplastamiento vertebral
    - Cuadro crónico
    - Dolor
    - Xifosis dorsal
    - Disminución de la estatura
    - Espasmo de los músculos paravertebrales
    - Disminución de la tolerancia al ejercicio
    - Siedad temprana, protrusión abdominal y tendencia al estreñimiento
  
  - Fractura de cadera y muñeca
    - Síntomas y signos de las mismas

### **IV. Exámenes complementarios**

#### **Laboratorio**

De acuerdo a la etiología

#### **Gabinete**

Densitometría ósea

### **V. Diagnóstico diferencial**

- Osteomalacia
- Metástasis óseas
- Enfermedad de Paget
- Mieloma múltiple
- Linfomas

### **VI. Complicaciones**

- Fracturas patológicas
- Disminución de la autoestima
- Trastorno depresivo
- Invalidez

### **VII. Criterio de referencia**

De acuerdo a criterio médico

## **VIII. Criterios de hospitalización**

- Fracturas de acuerdo a criterio médico
- Dolor intratable

## **IX. Tratamiento**

### **Médico**

#### **Medidas generales**

- Dieta con alto contenido de calcio
- Ejercicio físico adecuado

#### **Medicamentos**

- Carbonato de calcio 1000 a 1200 mg con Vitamina D 400 a 1000 U por vía oral por día
- Colecalciferol (D3) 2.5 ug por vía oral por día en pacientes con osteoporosis por uso de corticoides o insuficiencia renal
- Alendronato 70 mg por vía oral una vez por semana, al alcanzar valores normales en densitometría ósea continuar con 35 mg por vía oral una vez por semana
- Terapia de reemplazo hormonal de acuerdo a criterio de especialidad

#### **Quirúrgico**

De acuerdo a criterio médico

## **X. Control y seguimiento**

Densitometría ósea cada 2 años

## **XI. Criterios de alta**

No tiene

## **XII. Prevención**

- Evitar dieta hiperprotéica o vegetariana
- Supresión de tabaco y alcohol
- Exposición solar suficiente
- Ejercicio físico regular
- Prevención de caídas
- Terapia de reemplazo hormonal
- Ingesta adecuada de calcio

## **ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS**

### **NORMA N° 51 CEFALEA (CIE10 R51)**

#### **I Definición**

Dolor de cabeza con o sin alteración estructural

#### **II Clasificación**

Primarias

- Migraña
- Cefalea tensional
- Cefalea en racimos
- Hemicránea paroxística crónica
- Cefalea por efecto rebote de analgésicos
- Neuralgia occipital

Secundarias

- Alteración de la presión intracraneal
- Tumor cerebral
- Arteritis temporal
- Meningitis y encefalitis herpética
- Intoxicación por monóxido de carbono
- Hemorragia subaracnoidea
- Otras

#### **Criterios de diagnóstico de migraña**

- Primer ataque entre los 5 a 30 años, más frecuente en mujeres, y con historia familiar de la enfermedad
- No menos de 5 crisis de dolor, con duración entre 4 y 72 horas, sin tratamiento o con tratamiento sin éxito
- Dolor que presenta al menos dos de las siguientes características:
- Hemicránea pulsátil
- Moderado a intenso
- Se agrava con la actividad física
- Se asocia a náuseas y/o vómitos
- Sonofobia, fotofobia
- Precedido o no de aura
- Escotomas centelleantes
- Parestesia o debilidad en un lado del cuerpo
- Afasia transitoria
- Diarrea, dolor abdominal, vértigo, temblores, diaforesis y escalofríos

#### **Factores precipitantes de la migraña:**

- Estrés emocional o físico
- Alteración del ritmo del sueño

- Ayuno
- Alimentos que contengan tiramina, nitritos y glutamato
- Bebidas alcohólicas
- Cambios hormonales: menstruación, anticoncepción oral, estrógenos
- Cambios climáticos

**Criterios diagnósticos de cefalea tensional:**

Al menos de 2 de los siguientes:

- Dolor opresivo: no pulsátil
- Dolor de intensidad leve a moderada
- Localización bilateral
- No empeora con la actividad física
- Ausencia de náuseas y vómitos
- Ausencia de fotofobia y sonofobia

**III. Exámenes complementarios**

**Laboratorio**

En cefalea secundaria

**Gabinete**

En cefalea secundaria

**IV. Diagnóstico diferencial**

Entre las diferentes causas de cefalea

**V. Complicaciones**

Accidente vascular isquémico (infarto migrañoso)

**VI. Criterios de referencia**

De acuerdo a criterio médico

**VII. Criterios de hospitalización**

De acuerdo a criterio médico

**VIII. Tratamiento**

**De la Migraña**

- Reposo en ambiente silencioso y oscuro

Terapia abortiva:

- Ácido acetil salicílico 1 g por vía oral dosis única
- Paracetamol 500 mg a 1 g por vía oral dosis única
- Ibuprofeno 400 a 800 mg por vía oral dosis única

- Tartrato de ergotamina/cafeína 1mg/100 mg por vía oral 1 ó 2 tabletas al inicio del cuadro, seguidos de 1 tableta cada 30 minutos hasta un máximo de 6 tabletas por ataque o 10 por semana
- Metoclopramida 10 mg por vía oral dosis única
- Diazepam 5 a 10 mg por vía oral dosis única

Cuando la migraña tiene más de 24 horas de evolución y no responde a la terapia convencional:

- Dexametasona 4 mg vía intramuscular dosis única
- Prednisona 40 a 60 mg por vía oral por día (curso corto)

#### **Prevención de la Migraña**

- Propranolol 20 a 40 mg por vía oral por día
- Atenolol 25 a 100 mg por vía oral por día
- Verapamilo 40 a 80 mg por vía oral por día
- Ácido valproico 500 a 1500 mg por vía oral por día
- Amitriptilina 12.5 a 50 mg por vía oral por día
- Fluoxetina 20 a 80 mg por vía oral por día

#### **De la cefalea tensional**

- Técnicas de relajación
- Masoterapia
- Ácido acetilsalicílico 500 a 2.000 mg por vía oral por día
- Paracetamol 500 a 3.000 mg por vía oral por día
- Amitriptilina 25 a 50 mg por vía oral por día

#### **Quirúrgico**

De acuerdo a la etiología

### **IX. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución de la enfermedad

### **X. Criterios de alta**

No tiene

### **XI. Prevención**

Evitar factores desencadenantes

## **NORMA N° 52 TRASTORNOS DE LA FUNCIÓN VESTIBULAR (CIE10 H81)**

### **I. Definición**

Sensación subjetiva de movimiento rotatorio de los objetos o del propio cuerpo en forma de lateralización o pulsión, de diferente etiología

**II. Manifestaciones clínicas**

- Instauración súbita del cuadro
- Vértigo rotatorio, influido por el movimiento y posición de la cabeza
- Náuseas
- Vómitos
- Inestabilidad manifiesta
- Nistagmus horizontal
- Acúfenos o sordera
- Se inhibe al fijar la vista

**III. Exámenes complementarios**

No requiere

**IV. Diagnóstico diferencial**

Vértigo de origen central

**V. Complicaciones**

Vértigo crónico o recurrente

**VI. Criterios de referencia**

Vértigo crónico o recurrente

**VII. Criterios de hospitalización**

De acuerdo a criterio médico

**VIII. Tratamiento**

**Médico**

- Diazepam 2,5 a 5 mg por vía intravenosa dosis única
- Dimenhidrinato 25-50 mg por vía oral o intravenosa cada 6 a 8 horas

**Quirúrgico**

De acuerdo a criterio del especialista

**IX. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución de la enfermedad

**X. Criterios de alta**

No tiene

**XI. Prevención**

No tiene

## **EMERGENCIAS EN MEDICINA INTERNA**

### **NORMA N° 53 PARO CARDIORESPIRATORIO (CIE10 I46)**

#### **I Definición**

Es la interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón, debido a la relación que existe entre el sistema respiratorio y circulatorio.

#### **II Etiología**

##### **Causas del paro respiratorio**

- Ahogamiento
- Cuerpos extraños en vías respiratorias (Trozos de alimentos, Vómitos, mucosidades, sangre etc.)
- Inhalación de vapores o gases irritantes
- Estrangulamiento
- Intoxicación por alcohol
- Dosis excesiva de medicamentos
- Choque eléctrico
- Traumatismos
- Shock
- Insolación o congelamiento
- Quemaduras
- Inflamación de garganta
- Obstrucción de la garganta por caída de la lengua
- Falta de oxígeno (minas, pozos, armarios)
- Ataque cardíaco

##### **Causas del paro cardio respiratorio**

- Ataque cardíaco
- Hipotermia profunda
- Shock
- Traumatismo craneo encefálico
- Electrocutión
- Hemorragias severas
- Deshidratación
- Paro respiratorio

#### **III Manifestaciones clínicas**

- Ausencia de pulso palpable y respiración
- Piel pálida, sudorosa y fría, a veces cianótica
- Pérdida de conocimiento
- Midriasis

#### **IV. Clasificación**

Según el ACLS del AHA. se consideran 10 tipos de paro cardiorespiratorio:

- Compromiso respiratorio: de disnea a paro respiratorio
- Fibrilación ventricular tratada con resucitación cardiopulmonar y desfibrilación externa automática
- Fibrilación ventricular / Taquicardia ventricular sin pulso: persistente, refractaria, recurrente, resistente a las descargas
- Actividad eléctrica sin pulso
- Asistolia: corazón silencioso
- Síndrome coronario agudo: dolor torácico isquémico agudo
- Bradicardias
- Taquicardia inestable
- Taquicardia estable
- Accidente cerebrovascular isquémico agudo

#### **V. Criterios de hospitalización**

En todos los casos, a Unidad de Terapia Intensiva

#### **VI. Tratamiento**

##### **Médico**

##### **Medidas generales**

- Soporte básico
  - A: Abrir vía aérea con técnicas no invasivas
  - B: Buena respiración con presión positiva (ambu, respiración boca a boca, boca – nariz) 2 respiraciones
  - C: Circulación (masaje cardíaco externo) 15 compresiones por 2 ventilaciones
  - D: Desfibrilación precoz: evaluar y administra hasta 3 descargas en caso de Fibrilación ventricular / Taquicardia ventricular sin pulso (200 J, 200-300 J, 360 J o bifásica equivalente) si es necesario
- Soporte avanzado
  - A: Vía aérea: intubación orotraqueal
  - B: Buena respiración: confirmar la posición del dispositivo, confirmar oxigenación y ventilación efectivas
  - C: Circulación: establecer acceso intravenoso
  - C: Identificar y controlar ritmo cardíaco
  - C: Administrar fármacos apropiados
  - D: Identificar causas reversibles y tratarlas.

##### **Medicamentos**

Compromiso respiratorio: de disnea a paro respiratorio

- No requiere medicación

Fibrilación ventricular tratada con resucitación cardiopulmonar y desfibrilación externa automática

- No requiere medicación

Fibrilación ventricular / Taquicardia ventricular sin pulso: persistente, refractaria, recurrente, resistente a las descargas

- Epinefrina 1 mg por vía intravenosa en bolo, repetir cada 3 a 5 minutos
- Reanudar intentos de desfibrilación
- Considerar antiarrítmicos
- Amiodarona 300 mg por vía intravenosa en bolo
- Lidocaína 1 a 1.5 mg/kg de peso por vía intravenosa
- Sulfato de magnesio 1 a 2 g por vía intravenosa
- Considerar el uso de bicarbonato de sodio
- Reanudar intentos de desfibrilación.

Actividad eléctrica sin pulso

- Epinefrina 1 mg por vía intravenosa en bolo, repetir cada 3 a 5 minutos
- Atropina 1 mg por vía intravenosa en bolo y repetir cada 3 a 5 minutos si es necesario (dosis total de 0.04 mg/kg)

Asistolia

- Epinefrina 1 mg por vía intravenosa en bolo, repetir cada 3 a 5 minutos
- Atropina 1 mg por vía intravenosa en bolo y repetir cada 3 a 5 minutos si es necesario (dosis total de 0.04 mg/kg)
- Marcapaso transcutáneo

Síndrome coronario agudo: dolor torácico isquémico agudo

- Oxígeno a 4 litros por minuto
- Ácido acetil salicílico 160 a 325 mg por vía oral
- Nitroglicerina 0.4 mg por vía sublingual y repetir cada 5 minutos si es necesario
- Morfina 2 a 4 mg por vía intravenosa repetir cada 5 minutos de acuerdo a necesidad

Bradycardias

- Atropina 0.5 – 1.0 mg
- Marcapaso transcutáneo
- Dopamina 5 – 20 mcg/kg/minuto
- Epinefrina 2 – 10 mcg/minuto

Taquicardia inestable

- Preparar para cardioversión inmediata

Taquicardia estable

- Manejo de especialidad

Accidente cerebrovascular isquémico agudo

- Manejo de especialidad

**Quirúrgico**

No tiene

## **VII. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución

## **VIII. Criterios de alta**

Controlada la causa desencadenante

## **IX. Prevención**

- Masticar bien la comida antes de deglutirla
- Evitar el tabaquismo
- Evitar el sedentarismo
- Evitar el estrés
- Mantener peso ideal, con dieta balanceada
- No hacer ejercicio después de comer abundantemente
- Someterse a control médico cada año luego de los 45 años
- Disminuir los factores de riesgo cardiovascular

## **NORMA N° 54 SEPSIS (CIE10 A41.9)**

### **I. Definición**

- Bacteriemia: presencia de bacterias en la sangre, detectadas mediante hemocultivos
- Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica: respuesta del organismo ante una injuria, infecciosa o no infecciosa, caracterizada por fiebre o hipotermia, taquipnea, polipnea y leucocitosis o leucopenia con neutrofilia y desvío izquierdo
- Sepsis: respuesta inflamatoria del organismo ante un proceso infeccioso
- Shock séptico: Presencia de sepsis con compromiso hemodinámico, que puede causar disfunción multiorgánica

### **II. Etiología**

- Bacterias Gram negativas: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus spp*, *Serratia spp*, *Neisseria meningitidis*
- Bacterias Gram positivas: *Staphylococcus aureus*, coagulasa-negativos, *Staphylococcus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, enterococos
- Otros: Micosis oportunistas, infecciones virales, rickettsiosis, infecciones por protozoarios

### **III. Clasificación**

- Sepsis
- Shock séptico

### **IV. Factores de riesgo**

- Diabetes mellitus
- Cirrosis hepática
- Alcoholismo
- Enfermedades linfoproliferativas
- Quemaduras
- Cáncer

- Inmunosupresión iatrogénica
- Nutrición parenteral
- Infecciones
- Edades extremas de la vida
- Catéteres y administración de drogas intravenosas
- Esplenectomía
- Uso prolongado de antibióticos que predispone a infección micótica

#### **V. Manifestaciones clínicas**

- Fiebre
- Sudoración
- Taquipnea
- Alteraciones en el estado mental
- Hipotermia
- Oliguria

#### **VI. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Hemograma
- Hemocultivo (por lo menos dos tomas, en dos diferentes sitios)
- Examen de orina
- Electrolitos séricos
- Glucemia
- Creatinina
- Nitrógeno ureico sérico
- Bilirrubinas
- Transaminasas
- Fosfatasa alcalina
- Tiempo y actividad de protrombina
- Gasometría arterial
- Otros cultivos de acuerdo a sospecha de origen

##### **Gabinete**

- Radiografía de tórax
- Ecografía abdominal

#### **VII. Diagnóstico diferencial**

- Infarto de miocardio
- Embolia pulmonar
- Intoxicaciones (especialmente salicilatos)
- Hemorragias
- Taponamiento cardíaco
- Ruptura de aneurisma de aorta

#### **VIII. Complicaciones**

- Falla multiorgánica
- Coagulación intravascular diseminada
- Muerte

**IX. Criterios de referencia**

En todos los casos

**X. Criterios de hospitalización**

En todos los casos

**XI. Tratamiento**

**Médico**

**Medidas generales**

Soporte hemodinámico y ventilatorio:

- Saturación de oxígeno mayor a 92%
- Considerar soporte ventilatorio en caso de hipoxia progresiva o falla de los músculos respiratorios
- Manejo de fluidos: solución salina 1 a 1,5 litros en la primera o dos primeras horas, manteniendo presión arterial diastólica no menor a 60 mmHg, o presión venosa central entre 10 a 12cm H2O
- Mantener aporte de fluidos controlando diuresis horaria entre 30 a 60ml/hora
- Si no se tiene respuesta adecuada, dopamina, norepinefrina y dobutamina, en la Unidad de Cuidados Intensivos

**Medicamentos**

- Antibióticos:  
Iniciar antibióticos en forma empírica, una vez obtenidas muestras para cultivos

Possible origen	Microorganismo implicado	Antibiótico de elección
Sepsis urinaria	Bacilos Gram negativos	Cefalosporinas de tercera generación + aminoglucósido Ticarcilina/clavulanico + aminoglucósido Piperacilina/tazobactam + aminoglucósido
Infección intraabdominal	Anaerobios	Ampicilina/sulbactam + aminoglucósido Cefoxitina + aminoglucósido Cefotetan + aminoglucósido Ticarcilina/clavulanico + aminoglucósido Piperacilina/tazobactam + aminoglucósido Imipenem + aminoglucósido
Neumonía nosocomial	Bacilos Gram. negativos resistentes	Aminoglucósido + antipseudomónico (ticarcilina, piperacilina, ceftizidima) Si hay resistencia a los aminoglucósidos, cefalosporinas de tercera generación, aztreonam, imipenem, meropenem
Neutropenia		Ceftazidime + aminoglucósido Imipenem + aminoglucósido Vancomicina
Catéter intravenoso	Staphylococcus aureus metilino resistente, Streptococo epidermitis	
Foco primario desconocida		Cefalosporinas de tercera o cuarta generación + aminoglucósido Ticarcilina/clavulanico + aminoglucósido Piperacilina/tazobactam + aminoglucósido Imipenem o meropenem + aminoglucósido

**Quirúrgico**

De acuerdo a foco de origen

**XII. Control, seguimiento**

De acuerdo a evolución del cuadro

**XIII. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

**XIV. Prevención**

- Tratamiento oportuno de las infecciones
- Uso adecuado de antibióticos

**NORMA N° 55  
DOLOR TORACICO  
(CIE10 I20.9)**

**I. Definición**

Molestia o sensación anómala presente en la región del tórax, situada por encima del diafragma

**II. Etiología**

De origen cardíaco:

- Isquemia miocárdica: angina de pecho, enfermedad coronaria, infarto de miocardio, tirotoxicosis, anemia grave
- Arritmias: taqui y bradiarritmias
- Valvulopatías: insuficiencia aórtica, estenosis aórtica, estenosis mitral

De origen vascular:

- Aorta: aneurisma disecante
- Arteria pulmonar: tromboembolismo pulmonar

De origen pleural y pulmonar:

- Pleurodinia, neumonía, neumotórax, infarto pulmonar

De origen gastrointestinal:

- Hernia hiatal, esofagitis, espasmo esofágico, úlcera péptica, pancreatitis

De origen músculo-esquelético:

- Costocondrodinia, herniación discal, cervical y torácica, espasmo muscular, fibrositis

De otro origen:

- Estados de ansiedad, tumor intratorácico, herpes zoster

### **III. Clasificación**

- Con alteración hemodinámica
- Sin alteración hemodinámica

### **IV. Manifestaciones clínicas**

- Dolor
- Otras manifestaciones de acuerdo a la etiología

### **V. Exámenes complementarios**

#### **Laboratorio**

- Hemograma
- Glucemia
- Creatinina
- Colesterol, Triglicéridos, HDL col., LDL col.
- Electrolitos séricos
- Gases en sangre en caso necesario

#### **Gabinete**

- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma

### **VI. Diagnóstico diferencial**

Entre las diferentes causas

### **VII. Complicaciones**

De acuerdo a la etiología

### **VIII. Criterios de referencia**

De acuerdo a sospecha etiológica

### **IX. Criterios de hospitalización**

- En alteración hemodinámica
- De acuerdo a valoración de especialidad

### **X. Tratamiento**

De acuerdo a la etiología

### **XI. Control y seguimiento**

De acuerdo a la evolución del cuadro

**XII. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

**XIII. Prevención**

De acuerdo a la etiología

**NORMA N° 56**  
**TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**  
**(CIE10 I26)**

**I. Definición**

Es el síndrome clínico y fisiopatológico que resulta de la oclusión de la circulación arterial pulmonar por uno ó más trombos sanguíneos

**II. Clasificación**

- Masivo
- Embolismo con infarto
- Embolismo sin infarto
- Embolismo pulmonar múltiple

**III. Etiología**

- Trauma
- Fracturas
- Cirugía
- Inmovilización
- Catéteres venosos centrales
- Insuficiencia cardíaca
- Edad avanzada
- Obesidad
- Insuficiencia venosa crónica
- Sepsis
- Hipercoagulabilidad

**IV. Manifestaciones clínicas**

Varían ampliamente desde leves a shock cardiogénico o cor pulmonale agudo

- Disnea
- Dolor torácico (pleurítico)
- Dolor torácico (sub-esternal)
- Estertores pulmonares
- Tos
- Hemoptisis (sospechar infarto pulmonar)
- Palpitaciones
- Síncope

- Taquipnea
- Taquicardia
- Presencia de R3 y R4
- R2 pulmonar reforzado
- Frote pleural
- Fiebre
- Cianosis
- Signos de trombosis venosa profunda

## V. Exámenes complementarios

- Hemograma
- Tiempo de protrombina y de coagulación
- Centellografía pulmonar de ventilación y perfusión
- Gases en sangre
- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma
- Eco-doppler miembros inferiores
- Arteriografía pulmonar

## VI. Tratamiento

### Médico

#### Medidas generales

- Reposo absoluto
- Oxígeno húmedo por bigotera a 5-8 L/min
- Monitorización continua de frecuencia cardíaca, ritmo respiratorio, medición horaria de presión arterial
- Cateterismo vesical
- Canalización de vía venosa periférica
- Medición horaria de presión venosa central

#### Medicamentos

##### • Heparina

- Iniciar con un bolo de 5000 a 10000 UI (100 UI/Kg peso) seguida por infusión continua de 800 1200 UI/hora (18 UI/kg/ horas), controlada con TTPa (1,5 a 2,5 del control), vigilar y modificar de acuerdo a resultados a las 4-6hrs de iniciada la perfusión
- Heparina Intermitente: 5000 UI cada 4 a 6 hrs, control de TTPa 30 minutos antes de la dosis siguiente
- Heparina de bajo peso molecular 2 mg/kg/día en una ó dos dosis diarias

##### • Anticoagulación oral

Se recomienda iniciar al primero ó segundo día de tratamiento con heparina con:

- Warfarina 5 mg por vía oral cada día, controlando con la prueba de Tiempo de protrombina e INR de 2 a 3. El rango terapéutico es alcanzado en 4 a 5 días, mantener heparina concomitantemente hasta alcanzar niveles terapéuticos.
- Mantener la anticoagulación de 3 a 6 meses, e incluso de por vida si el factor desencadenante no desaparece

- **Tratamiento trombolítico**

Por especialidad y de acuerdo a requerimiento

**Quirúrgico**

Por especialidad de acuerdo a requerimiento

**Medidas profilácticas en caso de factores de riesgo  
Generales post-operatorias o en internación**

- Medias y/o vendas elásticas y ambulación precoz
- Compresión neumática intermitente

**Farmacológicas post-operatorias o en internación**

- Heparina no fraccionada: 5.000 a 7.500 UI por vía subcutánea cada 12 horas iniciar 2 horas después de cirugía
- Heparina de bajo peso molecular 0,3 a 0,7 ml/ día por vía subcutánea

**VII. Criterios de referencia**

En todos los casos

**VIII. Criterios de hospitalización**

En todos los casos

**IX. Criterios de alta**

Hospitalaria: resuelto el cuadro agudo

Médica: después de 6 meses de anticoagulación

**NORMA N° 57  
EDEMA AGUDO DE PULMON DE ALTURA  
(CIE10 J81)**

**I. Definición**

Enfermedad aguda, producida por la falta de tiempo suficiente para la aclimatación o el incremento de la actividad física, que se presenta en algunos individuos en alturas superiores a los 3.000 metros sobre el nivel del mar, entre 6 a 36 horas después del arribo

**II. Etiología**

Desadaptación a la altura de causa no definida

**III. Clasificación**

No tiene

**IV. Manifestaciones clínicas**

- Tos seca e incesante
- Disnea
- Cefalea
- Fatiga
- Ortopnea
- Hemoptoicos
- Taquicardia
- Febrícula
- Taquipnea
- Cianosis
- Roncus
- Estertores

**V. Exámenes complementarios**

**Laboratorio**

Hemograma

**Gabinete**

Radiografía de tórax

**VI. Diagnóstico diferencial**

No tiene

**VII. Complicaciones**

Paro cardiorespiratorio

**VIII. Criterios de referencia**

Todos los casos deben ser internados

**IX. Criterios de hospitalización**

En todos los casos

**X. Tratamiento**

**Médico**

- Reposo en semifowler
- Oxígeno húmedo 4 litros por minuto por mascarilla

**XI. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución de la enfermedad

## **XII. Prevención**

- Ascenso gradual a la altura
- Reposo durante 24 a 48 horas al llegar a la altura
- Acetazolamida 125 a 250 mg por vía oral un día antes del ascenso a la altura

## **NORMA N° 58 CRISIS ASMÁTICA (CIE10 J45)**

### **I. Definición**

Crisis asmática o exacerbación asmática es un cuadro clínico de presentación aguda, de no más de 24 horas de evolución, de grado variable de severidad

### **II. Etiología**

La del asma bronquial

#### **Factores precipitantes**

- Contacto con alérgenos
- Contacto con sustancias irritantes
- Por esfuerzo físico
- Procesos infecciosos respiratorios
- Estrés
- Reflujo gastroesofágico

### **III. Clasificación**

Para clasificar la crisis asmática, se debe realizar:

- Evaluación inicial:
  - Frecuencia cardíaca
  - Frecuencia respiratoria
  - Débito espiratorio de punta
  - Auscultación
  - Uso de músculos accesorios
  - Pulso paradójico
  - Disnea
  - Estado de alerta
  - Coloración de piel y mucosas
  - Saturación de O<sub>2</sub>

Tratamiento inicial con:

- Oxígeno inhalado para mantener saturación de oxígeno mayor a 90%
- Salbutamol 5 mg nebulizado en flujo O<sub>2</sub> de 6 litros (1 ml de solución al 0.5%) cada 20 minutos durante una hora. Si el débito espiratorio de punta (DEP) es superior a 90% después de la dosis inicial, no son necesarias dosis adicionales

Luego de evaluación y tratamiento se clasifica a los pacientes en tres grupos:

Buena respuesta	Respuesta Intermedia	Mala respuesta
DEP > 70% de la línea de base Disminución de la FC, Disminución de la FR Ausencia de sibilancias a la auscultación Ausencia de uso de músculos accesorios Disnea mínima o ausente Pulso paradójico menor a 10 mmHg Saturación de Oxígeno > a 90%	DEP > a 40% pero inferior a 70% de la línea de base Aumento en la FC, aumento en la FR Sibilancias leves a la auscultación  Uso moderado de músculos accesorios Disnea moderada Pulso paradójico superior o igual a 10 - 15 mmHg Saturación de oxígeno entre 85 y 90%	DEP < a 40% de la línea de base  Aumento de la FC, aumento de la FR Sibilancias marcadas a la auscultación Uso severo de músculos accesorios Disnea severa Pulso paradójico superior a 15 mmHg Saturación de oxígeno < de 85%

#### IV. Exámenes complementarios

##### Laboratorio

- Hemograma
- En pacientes que hipoventilan, distress severo, o con DEP menos del 30% de lo predicho después del tratamiento inicial:
  - Gases en sangre arterial
  - Electrolitos séricos

##### Gabinete

- Radiografía de tórax
- Electrocardiograma

#### V. Diagnóstico diferencial

No tiene

#### VI. Complicaciones

No tiene

#### VII. Criterios de referencia

De acuerdo a severidad del cuadro

#### VIII. Criterios de hospitalización

Crisis asmática con buena respuesta o respuesta intermedia

- No requiere internación

Crisis asmática con mala respuesta

- Requiere internación Unidad de Cuidados Intensivos

## **IX. Tratamiento**

### **Médico**

#### **Medidas generales**

- Reposo absoluto en posición semifowler o fowler
- Vía venosa permeable
- Vía aérea permeable, aspirar secreciones en caso necesario
- Control de signos vitales y saturación de oxígeno horaria

#### **Medicamentos**

Crisis asmática con buena respuesta:

- Disminuir Salbutamol inhalado a una dosis cada 2 horas
- Observar por una hora
- En caso de paciente inestable DEP < 70% sin mejoría en otros parámetros, pasa a tratamiento de:

#### **Crisis asmática con respuesta incompleta:**

- Aumentar prednisona oral 1-2 mg/kg/ peso
- Continuar con salbutamol inhalado cada 20 minutos  
Reevaluar a la hora de tratamiento
- En caso de respuesta incompleta: DEP entre 40 y 70% de lo basal, saturación de oxígeno entre 85 y 90% y mejoría en otros parámetros, continuar tratamiento y considerar paso al otro grupo

#### **Crisis asmática con mala respuesta:**

Manejo Unidad de Cuidados Intensivos

### **Quirúrgico**

No tiene

## **X. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución de la enfermedad

## **XI. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

## **XII. Prevención**

No tiene

**NORMA N° 59**  
**HEMOPTISIS**  
**(CIE10 R04.2)**

**I Definición**

Es la expectoración de sangre que se origina por debajo de las cuerdas vocales

**II Etiología**

- Tuberculosis pulmonar
- Bronquitis
- Bronquiectasias
- Tromboembolia pulmonar
- Micetomas
- Carcinoma broncogénico
- Absceso pulmonar
- Fístula traqueobronquial
- Trauma de la vía aérea
- Infarto pulmonar
- Coagulopatía
- Idiopática
- Otras

**III Clasificación**

- Hemoptoicos
- Moderada (menor de 200 ml en 24 horas)
- Masiva (> 600 ml en 24 a 48 horas)

**IV Manifestaciones clínicas**

- Asociada a diaforesis nocturna, pérdida de peso, febrícula, malestar general (tuberculosis)
- Antecedente de tabaquismo y/o pérdida de peso (cáncer)
- Asociada a dolor torácico y tos (tromboembolia pulmonar, neumonía, carcinoma)
- Asociada a hematuria (vasculitis)

**V Diagnóstico**

**Laboratorio**

- Tinción Gram y Ziehl Nielsen
- Citología de esputo
- Cultivo para gérmenes comunes y bacilo de Koch

**Gabinete**

- Radiografía de tórax
- Tomografía computarizada
- Broncoscopia

**VI. Complicaciones**

- Invasión al pulmón contralateral
- Asfixia

**VII. Diagnóstico diferencial**

- Entre las diferentes causas
- Hemorragia digestiva
- Epistaxis posterior

**VIII. Criterios de referencia**

Todo caso de hemoptisis

**IX. Criterios de hospitalización**

Hemoptisis moderada y masiva

**X. Tratamiento**

**Médico**

**Medidas generales**

- Decúbito lateral sobre el lado de la hemorragia
- Intubación endotraqueal
- Mantener la estabilidad hemodinámica
- Broncoscopia terapéutica

**Medicamentos**

En la moderada:

- Codeína fosfato 25 a 30 mg cada 6 horas por vía oral valorando la función pulmonar
- En caso necesario antibióticos de amplio espectro

**Quirúrgico**

De acuerdo a criterio de especialidad

**XI. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución del cuadro

**XII. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

**XIII. Prevención**

De las causas

**NORMA N° 60**  
**INSUFICIENCIA RENAL AGUDA**  
**(CIE10 N17)**

**I Definición**

Deterioro súbito de la función renal, caracterizada por la reducción del filtrado glomerular, que produce retención nitrogenada. Puede cursar con oliguria, anuria o diuresis conservada

**II Etiología**

- Causas pre-renales (por descenso de la perfusión renal):
  - Descenso del volumen sanguíneo circulante
  - Redistribución del líquido extracelular
  - Vasodilatación periférica
  - Bajo gasto cardíaco
  - Interferencia con la autorregulación renal
  - Vasoconstricción renal
- Causas post-renales:  
Obstrucción de vías urinarias
- Causas renales:
  - Necrosis tubular aguda
  - Lesiones glomerulares
  - Lesiones túbulo intersticiales

**III Manifestaciones clínicas**

- Fase de instalación  
Manifestaciones propias del cuadro clínico desencadenante
- Fase de estado
  - Oliguria
  - Anuria
  - Uremia
- Fase de recuperación  
Poliuria

**IV. Exámenes complementarios**

- **Laboratorio**
  - Hemograma
  - Nitrógeno ureico
  - Creatinina sérica y urinaria
  - Electrolitos séricos
  - Sodio en orina de 24 horas

- Calcio y fósforo séricos
- Ácido úrico sérico
- Glucemia
- Examen de orina
- Gasometría arterial
- Clearance de creatinina =  $\frac{(140 - \text{edad}) \times \text{peso}}{75 \times \text{creatinina}}$  (En mujeres todo por 0.85)
- **Gabinete**
  - Ecografía renal y prostática
  - Electrocardiograma
  - Cistoscopia en caso necesario
  - Otros exámenes de acuerdo a etiología y/o complicaciones

### Índices urinarios en la IRA prerrenal y por necrosis tubular

	Prerrenal	Necrosis tubular
Creatinina urinaria/sérica	> 40	< 20
Sodio urinario (mmol/L)	< 10	> 20
Fracción de excreción de sodio (%)	< 1	> 1

#### V. Diagnóstico diferencial

- Insuficiencia renal crónica
- Insuficiencia cardíaca congestiva

#### VI. Complicaciones

- Hiperpotasemia
- Septicemia
- Fallo circulatorio
- Insuficiencia respiratoria aguda
- Hemorragias
- Peritonitis bacteriana

#### VII. Criterios de hospitalización

En todos los casos

#### VIII. Criterios de referencia

En todos los casos

## **IX. Tratamiento**

### **Médico**

- Corrección de causas desencadenantes
- Reposo absoluto
- Dieta: Proteínas 0.8 a 1g /kg, 35 a 50 kcal/kg, Cloruro de sodio 1 mEq/kg, Potasio 0.5 mEq/kg
- Manejo de fluidos:  
Corrección de la depleción de volumen  
En sobrecarga del volumen:
  - Manitol 80 ml por vía intravenosa en 15-30 minutos, repetir cada 6 a 8 horasSi no hay respuesta:
  - Furosemida 2 mg/ kg por vía intravenosa por día
  - Dopamina 1 ug/kg /minuto

Los diuréticos no son efectivos si la creatinemia es > a 5 mg/dl, diuresis < 200 ml/24 horas, insuficiencia renal superior a 36 horas de evolución

- Manejo de la presión arterial:
  - Corrección de la hipotensión con expansores plasmáticos y/o vasopresores
  - Corrección de la hipertensión con fármacos calcio antagonistas
- Manejo de fósforo y calcio:  
Fosfemia > 6 mg/dl, carbonato de calcio 1 g por vía oral tres veces por día
- Manejo de hiperuricemia : (ácido úrico > a 20 mg/dl), Allopurinol 100 mg por vía oral por día
- Manejo de hiperkalemia:
  - Si es menor a 6 mEq/l manejo dietético
  - Si es mayor a 6 mEq/l:
    - Gluconato de calcio al 10%: 10 a 20 ml en goteo rápido
    - Bicarbonato de sodio 50 a 100 mEq
    - Solución glucosada al 10% 500 ml con 10 U.I. de insulina cristalina a goteo lento
- Manejo de acidosis metabólica:  
pH < a 7.2, Bicarbonato de Sodio por vía intravenosa, dosis calculada de acuerdo a fórmula:

Déficit de Bicarbonato =  $0.3 \times \text{Kg} \times \text{exceso de bases}$

Administrar el 50% del déficit calculado en 30 minutos, el resto hasta completar 6 horas. A los 60 minutos de concluida la perfusión realizar gasometría arterial y calcular de acuerdo a resultado

- Dosificación de fármacos de acuerdo a función renal
- Manejo y prevención de hemorragia digestiva alta  
Ranitidina 50 mg por vía intravenosa cada 8 horas
- Manejo de la anemia  
Transfusión de paquete globular para pacientes con sangrado activo o inestabilidad cardiovascular

- Manejo de infección  
Antibioticoterapia adecuada y no nefrotóxica
- Indicaciones de diálisis:
  - Hiperkalemia con trastornos electrocardiográficos
  - Acidosis severa de difícil control
  - Sobrecarga de volumen no controlada con medidas conservadoras
  - Uremia sintomática

### **Quirúrgico**

En uropatía obstructiva

## **X. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

## **XI. Prevención**

No tiene

## **TRASTORNOS DE LIQUIDOS Y ELECTROLITOS**

### **NORMA N° 61 DESHIDRATACIÓN (CIE10 E46)**

## **I. Definición**

Es la depleción de agua corporal superior al 3% del peso

## **II. Clasificación**

- Leve, pérdida de agua del 3%
- Moderada, pérdida de agua del 6%
- Grave, pérdida de agua > 10%

## **III. Etiología**

- Quemaduras extensas
- Vómitos
- Diarrea
- Diabetes mellitus descompensada
- Trauma cráneo encefálico
- Infecciones
- Neumotórax
- Fístulas de alto débito
- Alteraciones del tercer espacio
- Hematoma subdural
- Trastornos hipóxicos prolongados o isquémicos
- Fármacos depletors de volumen
- Fiebre

#### **IV. Manifestaciones clínicas**

- Sed intensa
- Mucosas secas
- Hipotensión ortostática
- Taquicardia
- Pérdida de peso
- Pérdida de elasticidad cutánea
- Palpitaciones
- Oliguria o anuria
- Hipotermia o hipertermia
- Irritabilidad
- Letargo
- Contracciones musculares
- Signos de acidosis
- Signos de insuficiencia respiratoria
- Signos de insuficiencia circulatoria
- Convulsiones

#### **V. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Hemograma
- Electrolitos séricos
- Nitrógeno ureico sérico
- Creatinina
- Glucemia
- Examen de orina
- Otros de acuerdo a etiología

#### **VI. Tratamiento**

##### **Medidas generales**

- Reposo
- Control de ingresos y egresos
- Control diario de peso
- Control de diuresis horaria de acuerdo a severidad
- Control de signos vitales

##### **Médico**

###### **Deshidratación leve**

- Aumento de la ingesta oral de agua

###### **Deshidratación moderada y severa**

- a) Cálculo de la osmolaridad plasmática

$$2(\text{Na}^+ \text{ mEq/L}) + \text{glucosa mg/dl}/18 + \text{BUN mg/dl} / 2.8$$

b) Cálculo del déficit de agua

$$\text{Litros a reponer} = (\text{Na actual/Na normal} \times \text{ACT}) - \text{ACT} \text{ ó}$$

$$\text{Litros a reponer} = \text{ACT} \times [(\text{Na actual/Na normal}) - 1]$$

ACT (agua corporal total) = 0.6 (hombres) ó 0.5 (mujeres) x kg de peso corporal

Na normal = 145 mEq/L

c) Cálculo de los líquidos a reponer en 24 horas:

$$\text{Peso del paciente} \times \text{agua corporal total} \times \text{porcentaje de deshidratación}$$

d) Añadir los requerimientos basales de agua y electrolitos:

- Agua 35 – 50 ml/kg/día
- Sodio 50 – 150 mEq/kg/día
- Potasio 40 – 60 mEq/día
- Cloro 100 mEq/kg/día

**NORMA N° 62**  
**HIPONATREMIA**  
**(CIE10 E87.1)**

**I Definición**

Estado metabólico en el cual la concentración plasmática del sodio es inferior a 135 mEq/l

**II Etiología**

- Hiponatremia isotónica:
  - Hiperproteinemia
  - Hiperlipidemia
- Hiponatremia hipertónica
  - Hiperglucemia
  - Manitol, sorbitol, glicerol, maltosa
  - Agentes de radio contraste
  - Hiponatremia hipotónica
- Hiponatremia hipotónica
  - Hipovolémica:
    - Renales:
      - Diuréticos, IECA
      - Nefropatías perdedoras de sal
      - Deficiencia de mineralocorticoides
      - Síndrome de desgaste de sodio cerebral
    - Extrarrenales:
      - Vómitos
      - Diarrea
      - Deshidratación

**Euvolémica**

- Síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH)
- Hiponatremia post operatoria
- Hipotiroidismo
- Polidipsia psicógena
- Potomanía por cerveza
- Reacción medicamentosa idiosincrática (diuréticos, tiazidas, IECA)
- Ejercicios de resistencia

**Hipervolémica**

- Estados edematosos (insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis hepática, síndrome nefrótico, insuficiencia renal avanzada)

**III. Clasificación**

De acuerdo a la volemia

- Hiponatremia isotónica
- Hiponatremia hipotónica (asociada a hipo, hiper o euvolemia)
- Hiponatremia hipertónica

De acuerdo a la severidad:

- Leve: 125 - 135 mEq/L
- Moderada: 115 - 125 mEq/L
- Grave: < 115 mEq/L

**IV. Manifestaciones clínicas**

Síntomas proporcionalmente a la rapidez de instalación y severidad de la Hiponatremia

- Tempranos: náuseas, malestar, cefalea, letargo
- Tardíos: obnubilación, coma, convulsiones, fracaso respiratorio

**V. Exámenes complementarios**

- Hemograma
- Electrolitos séricos
- Nitrógeno ureico sérico
- Creatinina
- Glucemia
- Examen de orina
- Electrolitos en orina
- Otros de acuerdo a etiología

**VI. Tratamiento**

• **Medidas generales**

- Reposo
- Control de ingeridos y eliminados
- Control diario de peso corporal
- Control de diuresis
- Control de signos vitales y estado de conciencia de acuerdo a severidad

- **Médico**
  - **Hiponatremia moderada:**
  - **Con hipervolemia**
    - Restricción de líquidos
    - Furosemida 20 mg vía intravenosa cada 8 a 12 horas, hasta normalización
  - **Con euvolemia o hipovolemia**
    - Solución fisiológica 0.9%, de acuerdo al cálculo de déficit de agua (Fórmula)
  
  - **Hiponatremia grave**
    - **Con hipervolemia:**
    - Igual que en hiponatremia leve y moderada
      - **Con hipovolemia**
    - Solución fisiológica 0.9%, de acuerdo al cálculo de déficit de agua (Fórmula)
      - **Con euvolemia**
    - Solución fisiológica hipertónica: 400ml de solución fisiológica 0.9% más 6 ampollas cloruro de sodio 20%, con esta dilución, reponer el déficit de sodio de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Déficit de Na (mEq/l)} = 0.6 \times \text{Kg peso} \times (\text{Na normal} - \text{Na encontrado})$$

Administrar 50% del déficit en las primeras 12 horas. Determinar concentración de sodio a las 6 y 12 horas hasta obtener concentración de sodio mayor a 125 mEq/L

## VII. Complicaciones

- Desmielinización osmótica (mielinolisis pontina o extrapontina), considerar lo siguiente durante la reposición de sodio:
  - No sobrepasar el sodio plasmático de 140 mEq/L
  - La corrección de sodio no debe ser mayor de 12 a 20 mEq/L en 24 horas
  - Coexistencia de isquemia cerebral
  - Mujeres pre-menopáusicas

## **NORMA N° 63 HIPERNATREMIA (CIE10 E.87.0)**

### I. Definición

Estado metabólico en el que la concentración plasmática del sodio es superior a 145 mEq/L

### II. Etiología

- Inadecuada ingestión de agua
  - Falta de sed
  - Pobre ingesta o acceso al agua
  
- Pérdidas renales de líquido hipotónico
  - Diabetes insípida de origen central o nefrogénico
  - Diuréticos de asa

- Diuresis osmótica (glucosa, urea, manitol)
- Diuresis post obstructiva
- Fase poliúrica de la necrosis tubular aguda
- Enfermedad renal intrínseca
- Pérdidas gastrointestinales de líquido hipotónico
- Vómitos
- Sonda nasogástrica
- Fistula enterocutánea
- Diarrea osmótica (lactulosa, mala absorción)
  
- Otras pérdidas
  - Insensibles (piel, respiración)
  - Quemaduras
  - Sudoración excesiva
  
- Ganancia de sodio hipertónico
  - Solución salina hipertónica o bicarbonato
  - Alimentación hipertónica (nutrición parenteral, enteral)
  - Ingestión de sal o agua de mar
  - Enemas o diálisis hipertónicos

### **III. Clasificación**

- Hipernatremia con hipovolemia
- Hipernatremia con euvolemia
- Hipernatremia con hipervolemia
- Hipernatremia aguda
- Hipernatremia crónica

### **IV. Manifestaciones clínicas**

- Letargo
- Confusión
- Irritabilidad
- Convulsiones
- Coma
- Hemorragia intracerebral

### **V. Exámenes complementarios**

#### **Laboratorio**

- Hemograma
- Electrolitos séricos
- Nitrógeno ureico sérico
- Creatinina
- Glucemia
- Examen de orina

## VI. Tratamiento

### • Medidas generales

- Reposo
- Restricción dietética de alimentos ricos en sodio
- Control de líquidos ingresados y eliminados
- Control diario de peso
- Control de diuresis
- Control de signos vitales y estado de conciencia de acuerdo a severidad
- Reponer déficit de agua libre, calcular con la siguiente fórmula:

$$\frac{[(\text{Sodio plasmático} / 140) - 1] \times \text{peso corporal} \times 0.4}{}$$

- Considerar la reposición de las pérdidas
- Si la hipernatremia es crónica o no se puede precisar el tiempo transcurrido, la tasa de corrección debe ser  $< 0.5$  mEq/L por hora o  $< 10 - 12$  mEq/L por día
- En la hipernatremia aguda se puede bajar hasta 1 mEq/L por hora

## VII. Complicaciones

- Edema cerebral
- Convulsiones
- Muerte

## **NORMA N° 64 HIPERKALEMIA (CIE10 E87.5)**

### I. Definición

Estado metabólico en el que la concentración plasmática del potasio es superior a 5.5 mEq/l

### II. Etiología

- Insuficiencia renal aguda
- Lisis celular: quemaduras, traumatismos extensos, rhabdomiolisis, hemólisis
- Hiperglucemia severa
- Deficiencia de insulina
- Medicamentos
- Otros

### III. Clasificación

- Leve            5.5 a 6.5 mEq/l
- Moderada    6.5 a 7.5 mEq/l
- Grave         > a 7.5 mEq/l

#### **IV. Manifestaciones clínicas**

- Arritmias cardíacas
- Hiporreflexia osteotendinosa
- Parálisis flácida
- Debilidad muscular
- Parestesias

#### **V. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Hemograma
- Electrolitos séricos
- Nitrógeno ureico sérico
- Creatinina
- Glucemia
- Examen de orina
- Electrocardiograma
- Otros de acuerdo a etiología

#### **VI. Tratamiento**

##### **• Medidas generales**

- Reposo
- Restricción dietética de alimentos ricos en potasio
- Control de líquidos ingeridos y eliminados
- Control diario de peso
- Control de diuresis
- Control de signos vitales y estado de conciencia de acuerdo a severidad

##### **• Tratamiento farmacológico**

Manejo de hiperkalemia mayor a 6 mEq/l:

- Gluconato de calcio al 10%: 10 a 20 ml por vía intravenosa lenta, si no existe mejoría en el Electrocardiograma, repetir dosis a los 10 minutos
- Bicarbonato de sodio 50 a 100 mEq (1 - 1.5 mEq/Kg)
- Solución glucosada al 10 % 500 ml con 10 U.I. de insulina cristalina perfundida en 30 minutos

### **NORMA N° 65 HIPOKALEMIA (CIE10 E87.6)**

#### **I. Definición**

Estado metabólico en el que la concentración plasmática del potasio es inferior a 3.5 mEq/l

#### **II. Etiología**

- Traumatismos
- Vómitos

- Diarreas
- Hipertensión arterial severa
- Deshidratación
- Insuficiencia cardíaca
- Otros

### **III. Clasificación**

- Leve 3 a 3.5 mEq/l
- Moderada 2.5 a 3 mEq/l
- Grave > a 2.5 mEq/l

### **IV. Manifestaciones clínicas**

- Debilidad muscular
- Fatiga
- Calambres musculares
- Hiporreflexia
- Íleo paralítico
- Taquicardia
- Paro cardíaco en diástole
- Parálisis respiratoria
- Rabdomiolisis
- Tetania
- Hipercapnea
- Retención urinaria
- Poliuria
- Poliuria
- Polidipsia

### **V. Exámenes complementarios**

#### **Laboratorio**

- Hemograma
- Electrolitos séricos
- Nitrógeno ureico sérico
- Creatinina
- Glicemia
- Examen de orina
- Electrocardiograma
- Otros de acuerdo a etiología

### **VI. Tratamiento**

#### **Medidas generales**

- Reposo
- Dieta con alimentos ricos en potasio
- Control de diuresis
- Control de signos vitales de acuerdo a severidad

**Tratamiento farmacológico**

- Hipokalemia leve:  
Cloruro de potasio jarabe de acuerdo a requerimiento
- Hipokalemia severa  
Solución fisiológica 1.000 ml con cloruro de potasio 20 ml, sin exceder 40 mEq/l por hora (no administrar con solución glucosada ni por catéter venoso central)
- Tratamiento de la causa desencadenante

**TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO ACIDO BASE**

Trastorno ácido básicos primarios y compensación esperada

Trastorno	Defecto Primario	pH	Respuesta compensatoria	Magnitud de la compensación
<b>Respiratorio</b>				
<i>Acidosis</i>				
Aguda	> Pco <sub>2</sub>	<	> HCO <sub>3</sub>	> HCO <sub>3</sub> 1 mEq/L por 10 mmHG>
Crónica	> Pco <sub>2</sub>	pH <	> HCO <sub>3</sub>	Pco <sub>2</sub> > HCO <sub>3</sub> 3.5mEq/L por 10 mmHG>
<i>Alcalosis</i>				
Aguda	< Pco <sub>2</sub>	pH >	< HCO <sub>3</sub>	Pco <sub>2</sub> < HCO <sub>3</sub> 2mEq/L por 10 ml < Pco <sub>2</sub>
Crónica	< Pco <sub>2</sub>	pH >	< HCO <sub>3</sub>	< HCO <sub>3</sub> 5mEq/L por 10 ml < Pco <sub>2</sub>
<b>Metabólico</b>				
Acidosis	< HCO <sub>3</sub> > HCO <sub>3</sub>	< pH	< Pco <sub>2</sub> > Pco <sub>2</sub>	< Pco <sub>2</sub> 1.3 mmHg por 1 mEq/L < HCO <sub>3</sub>
Alcalosis		> pH		> Pco <sub>2</sub> 0.7 mmHg por 1 mEq/L > HCO <sub>3</sub>

**NORMA N° 66  
ACIDOSIS METABOLICA  
(CIE10 E87.2)**

**I Etiología**

- Aumento en la producción de ácidos volátiles
- Disminución en la excreción renal de hidrogeniones
- Incremento en las pérdidas corporales de bicarbonato

## **II. Clasificación**

- Con brecha aniónica aumentada (anión gap)
  - Por acumulación de ácidos endógenos
    - Cetoacidosis diabética o alcohólica
    - Acidosis láctica
    - Acidosis urémica
    - Inanición
    - Hiperlipoproteinemia
  - Intoxicaciones
    - Salicilatos
    - Alcohol metílico
    - Etilenglicol
    - Paraldehído
- Con brecha aniónica normal
  - Pérdidas de bicarbonato
    - Fístula pancreática
    - Diarrea
    - Acidosis tubular renal (hereditaria o adquirida)
    - Sobredosis de inhibidores de anhidrasa carbónica
    - Vejiga ileal
    - Pérdidas por ileostomía
  - Alteraciones en la generación de bicarbonato
    - Acidosis tubular renal distal clásica e hipercalcémica
    - Hipoaldosteronismo hiporreninémico
    - Insuficiencia suprarrenal
    - Neuropatía por anemia de células falciformes
    - Insuficiencia renal crónica
  - Administración de ácidos
    - Sustancias acidificantes como cloruro de amonio
    - Alimentación parenteral total
- Con brecha aniónica disminuida
  - Hipoalbuminemia severa
  - Hipercalcemia severa
  - Hiperkalemia severa
  - Hiperpotasemia severa
  - Mieloma IgG
  - Toxicidad por litio
  - Toxicidad por bromuro
  - Dilución

## **III. Manifestaciones clínicas**

- Las propias de la enfermedad desencadenante
- Hiperventilación compensatoria
- Confusión mental

- Síncope
- Crisis convulsivas
- Parestesias distales
- Fasciculaciones
- Tetania
- Taquicardia
- Arritmias ventriculares
- Náuseas
- Vómitos

#### **IV. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Gases en sangre arterial
- Calcemia
- Electrolitos séricos
- Otros de acuerdo a la causa desencadenante

##### **Gabinete**

- Electrocardiograma

#### **V. Diagnóstico diferencial**

Con otros trastornos del metabolismo ácido base

#### **VI. Tratamiento**

##### **Médico**

- Corregir la causa desencadenante
- Administración de bicarbonato de sodio, en caso de  $\text{pH} < 7.1$  en Cetoacidosis diabética, o  $< 7.2$  en acidosis láctica, de acuerdo al cálculo de déficit de bicarbonato:

$$\text{Déficit de HCO}_3 = 0.3 \times \text{peso} \times \text{exceso de bases}$$

$$\text{Exceso de bases} = \text{bicarbonato encontrado} - \text{bicarbonato normal}$$

Administrar la mitad del resultado obtenido en 30 minutos, repetir gasometría a la hora de finalizar la perfusión, si el  $\text{pH}$  continua siendo  $< 7.2$  realizar nuevo cálculo

### **NORMA N° 67 ACIDOSIS RESPIRATORIA (CIE10 E87.3)**

#### **I. Etiología**

- Obstrucción de las vías respiratorias
  - Broncospasmo severo
  - Laringospasmo
  - Aspiración

- Restricción ventilatoria
  - Neumotórax
  - Hemotórax
  - Tórax inestable
  - SIRPA
  
- Depresión del Sistema Nervioso Central
  - Episodio vascular cerebral
  - Sobredosis de sedantes
  - Anestesia general
  - Apnea del sueño central
  
- Afección neuromuscular
  - Miastenia gravis
  - Síndrome de Guillain-Barré
  - Toxinas
  - Miopatía hipopotásémica
  
- Otros
  - Paro cardíaco
  - Edema pulmonar agudo

## **II. Manifestaciones clínicas**

- Las propias de la enfermedad desencadenante
- Hipertensión arterial
- Taquicardia
- Arritmias
- Ansiedad
- Asterixis
- Letargia
- Estupor
- Mioclonias
- Paresia focal
- Papiledema
- Crisis convulsiva
- Coma

## **III. Exámenes complementarios**

### **Laboratorio**

Gases en sangre arterial

### **Gabinete**

Radiografía de tórax

#### **IV. Tratamiento**

##### **Médico**

- Vía respiratoria permeable
- Oxígeno húmedo a 4 litros/minuto
- Corregir la causa desencadenante

### **NORMA N° 68 ALCALOSIS METABÓLICA (CIE10 E87.3)**

#### **I. Etiología**

- Cloro dependiente
  - Uso de diuréticos
  - Posthipercapnea
  - Vómito/ succión nasogástrica
  - Adenoma vellosa
  - Administración de álcalis (bicarbonato, citrato, acetato)
- Cloro resistente
  - Exceso de mineralocorticoides
  - Aldosteronismo primario
  - Síndrome de Cushing
  - Medicamentos con actividad mineralocorticoide
  - Hipopotasemia
  - Síndrome de Barter
  - Hipercalcemia
  - Síndrome de realimentación

#### **II. Clasificación**

- Cloro dependiente
- Cloro resistente

#### **III. Manifestaciones clínicas**

- Las propias de la enfermedad desencadenante
- Obnubilación
- Letargia
- Confusión mental
- Delirio
- Crisis convulsivas
- Calambres musculares
- Tetania
- Arritmias cardíacas
- Hipotensión arterial

#### **IV. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Gases en sangre arterial
- Calcemia, fosfatemia
- Electrolitos séricos
- Cloro urinario

##### **Gabinete**

No requiere

##### **Tratamiento**

##### **Médico**

- Corregir la causa desencadenante
- Solución fisiológica en pacientes con cloro urinario < a 20 mEq/l
- En pacientes con cloro urinario > 30 mEq/l Acetazolamida 250 a 500 mg por vía oral cada 4 a 6 horas
- Ranitidina 50 mg cada 6 horas por vía intravenosa en caso de alcalosis gástrica

### **NORMA N° 69 ALCALOSIS RESPIRATORIA (CIE10 E87.3)**

#### **I. Etiología**

- Hipoxia
  - Altitud
  - Anemia grave
- Enfermedades pulmonares
  - Edema pulmonar
  - Asma bronquial
  - Embolia pulmonar
- Fármacos
  - Salicilatos
  - Progesterona
  - Nicotina
- Enfermedades del sistema nervioso central y psicógenas
  - Hiperventilación pulmonar
  - Ansiedad
  - Síndromes conversivos
  - Enfermedad vascular cerebral
  - Tumores del sistema nervioso central
- Otros
  - Iatrogeno (ventilación mecánica)
  - Recuperación de acidosis metabólica

## **II. Clasificación**

No tiene

## **III. Manifestaciones clínicas**

- Las propias de la enfermedad desencadenante
- Confusión mental
- Síncope
- Crisis convulsivas
- Parestesias distales
- Fasciculaciones
- Tetania
- Taquicardia
- Arritmias ventriculares
- Nauseas
- Vómitos

## **IV. Exámenes complementarios**

### **Laboratorio**

- Gases en sangre arterial
- Calcemia
- Electrolitos séricos

### **Gabinete**

- Electrocardiograma

## **V. Tratamiento**

### **Médico**

- Corregir la causa desencadenante
- Hacer respirar al paciente en una bolsa de papel o polietileno

## **NORMA N° 70 ABDOMEN AGUDO MÉDICO (CIE10 R10.0)**

## **I. Definición**

Se aplica a cualquier cuadro clínico cuyo síntoma primordial es el dolor abdominal de presentación aguda, con o sin otra sintomatología acompañante, que no requiere tratamiento quirúrgico

## **II. Etiología**

- Causas intraabdominales:
  - Gastritis aguda
  - Síndrome de intestino irritable

- Enterocolitis
- Diverticulitis aguda
- Isquemia mesentérica
- Enfermedad inflamatoria del intestino
- Cólico hepático
- Colecistitis aguda alitiásica
- Hepatitis aguda
- Pancreatitis aguda
- Angina intestinal
- Hiperesplenismo
- Linfadenitis mesentérica
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Ovulación dolorosa
- Endometriosis
- Cólico nefrítico
- Pielonefritis aguda
- Retención aguda de orina
  
- Causas extraabdominales
  - Neumonía
  - Pleuritis
  - Infarto pulmonar
  - Infarto de miocardio
  - Pericarditis
  - Esofagitis
  - Perforación esofágica
  - Radiculopatías (inflamatoria, compresiva, tumores, traumatismo)
  - Espondiloartrosis
  - Neuritis herpética
  - Causalgia
  - Tabes dorsal
  - Cetoacidosis diabética
  - Uremia
  - Porfiria aguda
  - Hiperparatiroidismo
  - Insuficiencia suprarrenal
  - Intoxicaciones (plomo, arsénico, setas)
  - Picadura de araña viuda negra
  - Leucemias
  - Trastornos de coagulación
  - Hemólisis
  - Púrpura de Henoch-Schonlein
  - De origen psicógeno

### **III. Clasificación**

- Topográfica  
Según su localización anatómica

- Patogénica
  - Inflamatorio
  - Por obstrucción mecánica
  - Isquémico
  - Traumático
  - Por distensión de superficies viscerales
- Clínica
  - Dolor cólico
  - Dolor somático
  - Dolor isquémico
  - Dolor psicógeno

#### **IV. Manifestaciones clínicas**

- Dolor abdominal
  - Forma de comienzo
  - Localización
  - Irradiación
  - Duración
  - Intensidad
  - Carácter
  - Tipo
- Síntomas Acompañantes
  - Fiebre y escalofríos
  - Náuseas y vómitos
  - Anorexia
  - Síntomas constitucionales
  - Alteración del hábito intestinal
  - Síntomas ginecológicos y urinarios

#### **V. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Hemograma
- Pruebas de coagulación
- Glucemia
- Creatinina y nitrógeno ureico
- Amilasemia y amilauria
- Transaminasas
- Bilirrubinas
- Fosfatas alcalina
- Creatinfosfoquinasa
- Electrolitos séricos
- Gasometría arterial
- Examen de orina
- Prueba de embarazo
- Otras de acuerdo a sospecha etiológica

**Gabinete**

- Radiografía de tórax
- Radiografía simple de abdomen
- Ecografía de rastreo abdominal
- Tomografía computarizada
- Colon por enema
- Serie esófago-gastro-duodenal
- Transito gastrointestinal
- Urografía excretora
- Endoscopia
- Electrocardiograma
- Paracentesis
- Laparoscopia diagnóstica
- Laparotomía exploradora

**VI. Diagnóstico diferencial**

Entre las diferentes causas

**VII. Complicaciones**

De acuerdo a la etiología

**VIII. Criterios de referencia**

De acuerdo a criterio médico

**IX. Criterios de hospitalización**

En todos los casos hasta definición de Diagnóstico

**X. Tratamiento**

De acuerdo a la etiología

**XI. Control y seguimiento**

De acuerdo a la evolución de la enfermedad

**XII. Criterios de alta**

Resuelto el caso

**XIII. Prevención**

No tiene

**NORMA N° 71**  
**ANAFLAXIA**  
**(CIE10 T78.2)**

**I Definición**

Síndrome clínico resultante de una reacción de hipersensibilidad grave, es considerado una emergencia médica que puede ser mortal

**II Etiología**

- Antibióticos (penicilina, tetraciclinas, sulfonamidas)
- Antiinflamatorios no esteroideos (incluye la aspirina y analgésicos)
- Picadura de insectos (avispas o abejas)
- Anestésicos y miorelajantes
- Alimentos (legumbres, huevos, pescado, mariscos, leche, frutas, carnes, etc.)
- Medios de contraste para radiografías
- Mecanismos físicos (frío, esfuerzo, agua, etc.)
- Ruptura de quiste hidatídico
- Productos sanguíneos (heparina y gammaglobulinas)
- Idiopática

**III Clasificación**

Según intensidad de las manifestaciones

- Leve
- Moderada
- Grave

**IV Manifestaciones clínicas**

- Leves
  - Urticaria
  - Hormigueo en manos y pies
  - Calor general
  - Congestión nasal
- Moderadas
  - Angioedema
  - Edema laríngeo
  - Broncoespasmo
  - Ansiedad
  - Trastornos digestivos (vómitos, Diarrea)
- Grave
  - Estridor laríngeo
  - Dificultad respiratoria extrema
  - Cianosis
  - Calambres musculares
  - Hipotensión y arritmia cardíaca

- Paro respiratorio
- Shock
- Coma

**V. Exámenes complementarios**

No requiere

**VI. Diagnóstico diferencial**

- Colapso vaso vagal
- Angioedema hereditario
- Enfermedad del suero
- Síndrome carcinoide
- Feocromocitoma
- Mastocitosis sistémica

**VII. Complicaciones**

- Shock
- Paro cardíaco
- Paro respiratorio
- Obstrucción de la vía aérea

**VIII. Criterios de referencia**

Actuar en el mismo lugar, porque el paciente puede fallecer

**IX. Criterios de hospitalización**

Los de referencia

**X. Tratamiento**

- Suspender la noxa
- Iniciar resucitación cardiopulmonar
- Monitorización de signos vitales
- Mantener vía aérea permeable
- Administrar oxígeno a flujos altos
- Aplicación de torniquete (si el caso amerita)
- Reposición de volumen
- Adrenalina 1: 10.000
  - En casos severos: a dosis de 0,25 a 1 mg (1 ampolla diluida en 9 ml de solución fisiológica), aplicar muy lentamente por vía intravenosa cada 10 minutos hasta un máximo de 3 dosis
  - En casos menos severos, por vía intramuscular o subcutánea 1: 1000 y repetir a los 20 minutos hasta un máximo de 3 dosis
- Hidrocortisona 250 mg o Dexametasona 4 mg por vía intravenosa cada 6 horas
- Clorfeniramina 4 mg por vía intravenosa cada 6 horas
- Salbutamol aerosol 2 inhalaciones en cada fosa nasal cada 6 horas

**XI Control y seguimiento**

Una vez superado agudo continuar con dosis repetidas de antihistamínicos cada 6 horas y corticoides (Prednisona 40 mg por día por vía oral durante 3 días)

**XII Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

**XIII Prevención**

Evitar los alérgenos conocidos

**NORMA N° 72  
CETOACIDOSIS DIABÉTICA  
(CIE10 E10-E14)**

**I Definición**

Complicación aguda de la Diabetes mellitus caracterizada por hiperglucemia, cetosis y acidosis metabólica

**II Etiología**

Diabetes mellitus

**Factores desencadenantes**

- Abandono de la insulina (o sustitución por hipoglucemiantes)
- Errores en la administración de insulina o en el control de la Diabetes
- Inicio de la Diabetes juvenil
- Infecciones
- Vasculares (infarto de miocardio, accidente cerebrovascular)
- Pancreatitis
- Traumatismos graves
- Estrés
- Administración de glucocorticoides, difenilhidantoina, tiazidas y otros
- Deshidratación

**III Clasificación**

No tiene

**IV. Manifestaciones clínicas**

- Inicio insidioso
- Polidipsia
- Poliuria
- Anorexia marcada
- Debilidad extrema

- Náuseas y vómitos
- Alteraciones visuales
- Dolor abdominal
- Alteraciones de la conciencia (vigil o ligeramente estuporoso al coma)
- Fetor cetónico (olor a manzanas)
- Respiración de Kussmaul o hiperpnea
- Hipotermia
- Deshidratación
- Hipotensión
- Piel caliente y seca

## **V. Exámenes complementarios**

### **Laboratorio**

- Glucemia
- Cetonemia y cetonuria
- Glucosuria
- Hemograma
- Creatinina
- Nitrógeno ureico
- Electrolitos séricos
- Gasometría arterial
- Triglicéridos

## **VI. Diagnóstico diferencial**

- Coma hiperosmolar
- Acidosis láctica
- Coma hipoglucémico
- Cetoacidosis alcohólica

## **VII. Complicaciones**

- Hipoglucemia
- Hipopotasemia grave
- Vómitos incoercibles
- Edema cerebral
- Alcalosis de rebote
- Neumotórax
- Neumomediastino
- Complicaciones trombóticas

## **VIII. Criterios de referencia**

En todos los casos

## **IX. Criterios de hospitalización**

En todos los casos

## X. Tratamiento

### Medidas generales

- Considerar que el tratamiento es individualizado
- Oxígeno 3 a 5 L / minuto por mascarilla
- Sonda nasogástrica en caso de vómitos, distensión abdominal, y/o inconciencia
- Sonda vesical sólo en retención urinaria o anuria

### Medicamentos

- Insulina cristalina 6-10 U por hora por vía intravenosa en perfusión continua hasta que la glucemia baje a 250 mg
- Hidratación con solución fisiológica entre 2000 a 3500 mL en las primeras 4 horas (500 mL cada 30 minutos durante las primeras 2 1/2 horas y 500 mL durante las siguientes 1/2 hora) y paralelamente solución glucosada al 5% cuando la glucemia baje a 250 mg
- Potasio:
  - Agregar 20 a 40 mEq de KCl a cada litro de solución intravenosa, si el K sérico es < a 5 mEq/l, y si la diuresis es adecuada
  - Si el K sérico es < a 4 mEq/l agregar 40 a 60 mEq de KCl a cada litro de solución
  - Si el K es < a 3.5 dar KCl antes de administrar insulina
- Bicarbonato de sodio:  
Indicado solamente en casos de acidosis severa (pH < a 7.0) o hiperkalemia sintomática. Calcular con la siguiente fórmula:

$$\text{Déficit CO}_3\text{H} = 0.3 \times \text{kg de peso} \times \text{exceso de bases}$$

Administrar 50% mEq de bicarbonato diluidos en 200 a 400 ml de agua destilada, en 30 minutos, a los 60 minutos de finalizar la perfusión realizar nueva gasometría, si el pH sigue < de 7.20 realizar nuevo cálculo y administrar el 50%

## XI. Control y seguimiento

- Controles analíticos:
- Glucemia cada hora hasta alcanzar 250mg/dl, posteriormente cada 4 a 6 horas de acuerdo a evolución
- Dosificación de electrolitos y gasometría de acuerdo a evolución del cuadro

## XII. Criterios de alta

Resuelto el cuadro

## XIII. Prevención

Evitar los factores precipitantes

**NORMA N° 73**  
**COMA HIPEROSMOLAR HIPERGLUCÉMICO NO CETÓSICO (CHNC)**  
**(CIE10 E14.0)**

**I Definición**

Es un coma metabólico, que se presenta en diabéticos tipo 2, que se caracteriza por deshidratación severa, hiperglucemia y ausencia de cetosis

**II Etiología**

Diabetes mellitus tipo 2

**Factores precipitantes**

- Infecciones
- Fármacos (glucocorticoides, tiazidicos, difenilhidantoina, furosemida y otros)
- Debut de Diabetes
- Mala adherencia al tratamiento
- Enfermedad vascular cerebral
- Infarto de miocardio
- Pancreatitis
- Abuso de alcohol
- Acceso inadecuado a líquidos

**III Clasificación**

No tiene

**IV Manifestaciones clínicas**

- Poliuria
- Polidipsia
- Signos de deshidratación severa
- Deterioro del nivel de conciencia

**V Exámenes complementarios**

**Laboratorio**

- Glucemia
- Creatinina
- Nitrógeno ureico
- Gasometría arterial
- Electrolitos séricos
- Examen de orina

**Gabinete**

Dependiendo del factor desencadenante

## VI. Diagnóstico diferencial

- Otros estados de coma
- Cetoacidosis diabética

Patrones	Cetoacidosis diabética	Coma hiperosmolar
Tipo de Diabetes	1 > 2	1 < 2
Evolución	Horas a días	Días a semanas
Deshidratación	Leve a moderada	Moderada a severa
Glucemia	> 250 < a 800 mg/dl	> 600 puede ser > 1000
PH arterial	Leve 7.25 a 7.3	> 7.3
	Moderada 7.0 a 7.24	
	Severa < 7.0	
Bicarbonato mEq/l	Leve 15 a 18	> 15
	Moderada 10 a 15	
	Severa < 10	
Cetonas	Positivo	Trazos
Osmolaridad	Variable (< 320 mOsm/kg)	> 320 mOsm/kg
Estupor o coma	Variable basado en la Severidad	Común
Mortalidad	< 5%	15%

## VII. Complicaciones

- Hipoglucemia (sobredosis de insulina) o hiperglucemia de rebote (insulina suspendida muy pronto)
- Hipokalemia profunda o hiperfosfatemia
- Edema pulmonar no cardiogénico
- Edema cerebral
- Trombóticas (tromboembolia pulmonar, trombosis cerebral o mesentérica)
- Infarto de miocardio
- Infecciones

## VIII. Criterios de referencia

En todos los casos

## IX. Criterios de hospitalización

En todos los casos

## X. Tratamiento

### Medidas generales

- Control de presión venosa central
- Control de diuresis horaria

- Control del estado de conciencia
- Control de glucemia, glucosuria y cetonuria horaria hasta que la glucemia sea < a 300 mg/dl
- Electrolitos séricos y gasometría cada 2 a 6 horas
- Reposición hídrica 500 a 1000 ml en las primeras 2 horas, después de acuerdo al déficit de agua libre calculado con la siguiente formula:

$$\text{Litros a reponer} = (\text{Na actual/Na normal} \times \text{ACT}) - \text{ACT}$$

$$\text{Litros a reponer} = \text{ACT} \times [(\text{Na actual/Na normal}) - 1]$$

$$\begin{aligned} \text{ACT (agua corporal total)} &= 0.6 \times \text{kg de peso corporal} \\ \text{Na normal} &= 145 \text{ mEq/L} \end{aligned}$$

50% entre las 12 a 24 primeras horas, incluyendo el de las 2 primeras horas

50% restante en las siguientes 24 horas

Cuando se calcula este déficit de agua debe añadirse el requerimiento basal que se estima entre 1.500 a 2000 ml

- **Insulina cristalina**  
Iniciar con 10 UI por vía intravenosa en bolo, continuar por infusión a 0.1 UI/kg/hora, cuando la glucosa es < a 300 mg/dl continuar con insulina 0.05 a 0.1 UI/kg/hora, pero iniciar solución glucosada al 5% para mantener la glucemia en 200 – 250 mg/dl
- **Potasio**
  - Agregar 20 a 40 mEq de KCl a cada litro de solución intravenosa, si el K sérico es < a 5 mEq/L, y si la diuresis es adecuada
  - Si el K sérico es < a 4 mEq/L agregar 40 a 60 mEq de KCl a cada litro de solución
  - Si el K es < a 3.5 dar KCl antes de administrar insulina
- **Bicarbonato de sodio**  
Indicado solamente en casos de acidosis severa (pH < a 7.0) o hiperkalemia sintomática. Calcular con la siguiente fórmula:

$$\text{Déficit CO}_3\text{H} = 0.3 \times \text{kg de peso} \times \text{exceso de bases}$$

Administrar 50% mEq de bicarbonato diluidos en 200 a 400 ml de agua destilada, en 30 minutos, a los 60 minutos de finalizar la perfusión realizar nueva gasometría, si el pH sigue < de 7.20 realizar nuevo cálculo y administrar el 50%

- Profilaxis de trombosis con heparina de bajo peso molecular
- Antibióticos de acuerdo a necesidad

## **XI Control y seguimiento**

- Glucemia cada 1 a 2 horas
- Electrolitos séricos y gasometría arterial cada 2 a 6 horas

## **XII Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

### **XIII. Prevención**

Evitar factores precipitantes

## **NORMA N° 74 HIPOGLUCEMIA (CIE10 E10-E14)**

### **I. Definición**

Disminución de la glucosa plasmática por debajo de 50 mg / dL

### **II. Etiología**

- Errores de administración de la insulina o hipoglucemiantes (involuntario o deliberado)
- Ejercicio intenso o de duración prolongada
- Administración de insulina o hipoglucemiantes orales
- Falta de ingesta de alimentos
- Alcohol y/o consumo de drogas ilícitas
- Gastrectomía
- Falla renal
- Drogas: salicilatos, beta bloqueadores, pentamidina, IECA,
- Debut de Diabetes mellitus
- Insulinoma
- Enfermedad hepática
- Insuficiencia adrenal o pituitaria

### **III. Clasificación**

- De ayuno o posabsortiva
  - Consumo excesivo de glucosa
  - Producción insuficiente de glucosa
- Postprandial o reactiva
  - Hiperinsulinismo alimentario
  - Intolerancia hereditaria a la fructosa
  - Idiopática (verdadera hipoglucemia y pseudohipoglucemia)
- Según intensidad de la sintomatología:
  - Leve
  - Moderada
  - Grave

### **IV. Manifestaciones clínicas**

- Manifestaciones neurogénicas o autonómicas:
  - Palpitaciones
  - Sudoración o diaforesis
  - Sensación de hambre

- Ansiedad
- Taquicardia
- Temblores
  
- Manifestaciones neuroglucopénicas:
  - Cefalea
  - Trastornos de conducta
  - Debilidad o fatiga
  - Cambios de personalidad
  - Visión borrosa
  - Incoordinación motora
  - Alucinaciones
  - Convulsiones
  - Pérdida de la conciencia
  - Coma
  
- Triada de Whipple
  - Síntomas compatibles con hipoglucemia
  - Glucemia plasmática < 50 mg /dL
  - Síntomas que se alivian después de elevar la glucosa plasmática

#### **V. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Glucemia
- Curva de tolerancia a la glucosa en la hipoglucemia post prandial

#### **VI. Diagnóstico diferencial**

- Trastornos psiquiátricos (histeria, neurosis, síncope por hiperventilación, depresión)
- Intoxicaciones (alcoholismo agudo, uremia, barbitúricos, morfina)
- Enfermedades endócrinas (tirotoxicosis, feocromocitoma, hipoparatiroidismo)
- Enfermedades neurológicas (epilepsia, tumor cerebral, meningitis, jaqueca, neuropatía periférica, coma)
- Síndromes circulatorios (angina de pecho, hipotensión ortostática, síndrome de Stokes-Adams)

#### **VII. Complicaciones**

- Muerte
- Déficit cognoscitivo
- Daño cerebral irreversible

#### **VIII. Criterios de referencia**

- Casos repetitivos y prolongados
- Para definición diagnóstica

**IX. Criterios de hospitalización**

Todos los casos

**X. Tratamiento**

**Médico**

- En casos leves y moderados  
Ingestión de Hidratos de Carbono de absorción rápida por vía oral (jugos de frutas, dulces, miel de abeja, bebidas azucaradas)
  
- En casos graves:
  - Suero glucosado al 50% en bolo (25 a 50 g) por vía intravenosa
  - Seguimiento de suero glucosado al 10% hasta que el paciente recupere y tolere la por vía oral.
  - Hidrocortisona 100 – 200 mg cada 6 horas por vía intravenosa

**XI. Control y seguimiento**

Control de glucemia cada 15 a 30 minutos

**XII. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

**XIII. Prevención**

Orientación y educación al paciente y a la familia

**NORMA N° 75  
CIRUGÍA EN PACIENTE DIABÉTICO  
(CIE10 E10-E14)**

**I. Definición**

La respuesta al estrés debida a la cirugía y a la anestesia ocasiona hiperglucemia, ésta es más intensa en cirugías mayores

**II. Manifestaciones clínicas**

- Asintomático (Diabetes mellitus controlada)
- Síntomas de descompensación metabólica

**III. Exámenes complementarios**

- Cirugía electiva
  - Glucemia 2 días antes y previa a la cirugía mayor
  - Otros exámenes dependiendo de la cirugía

- Cirugía de Emergencia:
  - Glucemia
  - Hemograma con recuento de plaquetas
  - Electrolitos séricos
  - Nitrógeno ureico
  - Creatinina
  - Tiempo de coagulación, sangría y protrombina, INR
  - Examen de orina
  - Gasometría

### **Manejo**

#### **Medidas generales**

- Para cirugía mediana ayuno 6 horas antes
- Para cirugía mayor ayuno 12 horas antes
- Glucemia y electrolitos séricos 2 días antes y previa a la cirugía mayor
- Glucemia y electrolitos séricos al concluir la cirugía

#### **Manejo farmacológico**

##### **Cirugía de urgencia**

- Paciente diabético bajo control dietético:  
Recomendaciones preoperatorias:
  - Glucemia < 180 mg/dl no administrar Insulina.
  - Glucemia 180 a 250 mg/dl administrar Insulina 8 UI por vía intravenosa, dosis única
  - Glucemia > 250 mg/dl tratar como coma hiperosmolar o cetoacidótico

##### Recomendaciones transoperatorias

- Glucemia < 150 mg/dl usar soluciones glucosadas al 5 %.

##### Recomendaciones postoperatorias:

- Control de glucemia cada 6 horas y manejo con insulina cristalina de acuerdo a resultado
- Glucemia > 250 mg/dl continuar con administración de Insulina cristalina
- Iniciada por vía oral usar Insulina cristalina hasta control glucémico
- Controlada glucemia, suspender Insulina regular 24 horas antes del alta hospitalaria y pasar a control dietético

- Paciente diabético bajo control de hipogluceantes orales

##### Recomendaciones preoperatorias

- Suspender administración de hipogluceantes orales: sulfonilureas 24 y biguanidas 48 horas antes respectivamente
- Glucemia < 180 mg/dl no administrar Insulina
- Glucemia 180 a 250 mg/dl administrar Insulina 8 UI vía intravenosa dosis única
- Glucemia > 250 mg/dl tratar como coma hiperosmolar o cetoacidótico

##### Recomendaciones transoperatorias:

- Glucemia cada hora si cirugía dura más de tres horas
- Glucemia < 150 mg/dl usar soluciones glucosadas al 5 %

**Recomendaciones postoperatorias:**

- Control de glucemia cada 2 horas en sala de recuperación
- Glucemia > 250 mg/dl continuar con administración de Insulina cristalina
- Control glucémico se va espaciando a cada 4 y luego 6 horas
- Iniciada por vía oral si no está contraindicada ,usar Insulina cristalina intravenosa o subcutánea media hora antes de los alimentos
- Suspender Insulina 24 horas antes de alta y pasar a hipoglucemiantes orales

- Paciente diabético bajo control con Insulina Isofánica

**Recomendaciones preoperatorios:**

- Estabilización hemodinámica e hidroelectrolítica adecuada
- Suspender Insulina de acción intermedia
- Utilizar Insulina cristalina de acuerdo a esquema
- Asociar terapéutica antimicrobiana profiláctica

**Recomendaciones transoperatorias:**

- Utilizar soluciones glucosadas al 5 % las necesarias para un control hemodinámico y metabólico adecuados
- Glucemia y electrolitos en el quirófano si valores preoperatorios elevados
- Corregir hiperglucemia con Insulina cristalina de acuerdo al esquema

**Recomendaciones postoperatorias:**

- Monitorizar glucemia y electrolitos.
- Administrar Insulina cristalina de acuerdo a requerimiento y cada 6 horas vía subcutánea
- Reiniciada la por vía oral usar Insulina cristalina media hora antes de los alimentos por vía subcutánea o intravenosa a dosis requerida
- Un día antes del alta, suspender la Insulina cristalina y reiniciar Insulina isofónica de acción intermedia a dosis habitual

**Esquema terapéutico de administración de insulina cristalina**

Glucemia	Glucosuria	Tratamiento
< 180 mg/dl	(+)	No administrar
180 y 250 mg/dl	(++)	8 U.I. intravenosa
> 250 mg/dl	(+++)	12 U.I. intravenosa
-----	(++++)	16 U.I. intravenosa

No usar este esquema con creatinina sérica mayor a 2.5 mg/dl.

**NORMA N° 76  
CRISIS TIROTOXICA  
(CIE10 E05.5)**

**I Definición**

Acontecimiento infrecuente que consiste en la exacerbación aguda del hipertiroidismo, que puede poner en peligro la vida del paciente

## **II. Etiología**

Liberación masiva de hormonas tiroideas o hipersensibilidad de sus receptores, provocada frecuentemente por un factor desencadenante

## **III. Clasificación**

No tiene

### **Factores precipitantes**

- Infección
- Carga de yodo: Yodo radioactivo, Amiodarona, contrastes yodados
- Pseudoefedrina
- Suspensión del tratamiento antitiroideo
- Toma de hormona tiroidea
- Insuficiencia cardíaca
- Toxemia del embarazo
- Estrés emocional
- Accidente cerebro vascular agudo
- Traumatismos
- Manipulación o cirugía de la glándula tiroides
- Cirugías
- Cetoacidosis diabética
- Hipoglucemia
- Parto
- Embolismo pulmonar
- Infarto intestinal
- Extracción dentaria

## **IV. Manifestaciones clínicas**

- Fiebre
- Debilidad intensa
- Consunción muscular
- Intranquilidad extrema, con grandes alteraciones emocionales
- Confusión
- Psicosis
- Diarrea, nauseas, vómitos
- Hepatomegalia con ictericia leve
- Colapso cardiovascular
- Shock
- Coma

## **V. Exámenes complementarios**

### **Laboratorio**

- Hemograma
- Glucemia
- Transaminasas
- Bilirrubinas

**Gabinete**

No tiene

**Criterios Diagnósticos**

<b>Temperatura</b>		<b>Alteraciones Cardiovasculares</b>	
34.2-37.7	5	Taquicardia	
37.8-38.2	10	99-109	5
38.3-38.8	15	110-119	10
38.9-39.4	20	120-139	15
39.5-39.9	25	130-139	20
> 40.1	30	> 140 lpm	25
<b>Efectos neurológicos</b>		<b>Insuficiencia cardíaca</b>	
Ausentes	0	Ausente	0
Leves (agitación)	5	Leve (edema pedio)	5
Moderados (delirio, psicosis, letargo)	20	Moderada (crepitantes basales)	10
Graves (crisis epilépticas)	30	Grave (edema agudo de pulmón)	15
		Fibrilación	10
<b>Altraciones digestivas</b>		<b>Factor precipitante</b>	
Ausente	0	Ausente	0
Moderada (Diarrea, vómitos, dolor abdominal)	10	Presente	10
Grave (ictericia no explicada)	20		

Mayor o igual 45: muy sugerente

25 a 44: crisis inminente

Menor a 25: improbable

**VI. Diagnóstico diferencial**

Intoxicación por cocaína

Intoxicación por anfetaminas

**VII. Complicaciones**

Es fatal si no se realiza tratamiento de urgencia

**VIII. Criterios de referencia**

En todos los casos

**IX. Criterios de hospitalización**

En todos los casos, preferentemente en Unidad de Terapia Intensiva

## **X. Tratamiento**

### **Médico**

#### **Medidas generales**

- Canalización de vía venosa periférica
- Solución fisiológica y solución glucosada 5% en forma alternante, a razón de 3000 ml/ 24 horas, modificando el volumen en función de la presión venosa central
- Colocación de sonda nasogástrica si existe alteración del nivel de conciencia
- Monitorización continua de la presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria
- Sondare vesical con medición de diuresis horaria
- Corrección de los desequilibrios electrolíticos
- Tratamiento del déficit nutricional
- Profilaxis complicaciones tromboembólicas
- Tratamiento de la hipertermia
- Oxigenoterapia

#### **Medicamentos**

- Propiltiouracilo: dosis de ataque 600 mg, seguidos de 300mg cada 6 horas por vía oral (si el enfermo esta en coma, por sonda nasogástrica)
- Propranolol: 2 mg por vía intravenosa cada 4 horas o 40 a 80 mg cada 6 horas por vía oral o por sonda nasogástrica
- Atenolol 50-100 mg por vía oral
- Hidrocortisona: 100mg cada 6 horas intravenosa, o
- Dexametasona 2 gramos por vía intravenosa u oral cada 6 horas
- Paracetamol: 500 mg cada 6 horas por vía oral
- No administrar ácido acetilsalicílico porque puede aumentar la biodisponibilidad de la hormona tiroidea al desplazarla de sus proteínas transportadoras.
- Tratamiento de arritmias e insuficiencia cardíaca
- Complejo B o tiamina 1 comprimido por vía oral cada 8 horas

#### **Quirúrgico**

De acuerdo al factor desencadenante

## **XI. Control y seguimiento**

Una vez controlado el cuadro, mantener terapia antitiroidea, de acuerdo a normas

## **XII. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

## **XIII. Prevención**

Evitar factores desencadenantes

**NORMA N° 77**  
**INSUFICIENCIA CORTICOSUPRARRENAL AGUDA**  
**(CIE10 E27.4)**

**I Definición**

Es una urgencia, causada por déficit de cortisol, que se presenta en casos de aumento de los requerimientos metabólicos en personas con insuficiencia suprarrenal crónica o por la instauración brusca de un déficit del mismo

**Factores precipitantes**

- Estrés: trauma, cirugía
- Sepsis (meningococemia, pseudomonas)
- HIV
- Supresión brusca de tratamiento esteroideo
- Fármacos que disminuyen la síntesis o aumentan el catabolismo de esteroides
- Destrucción de ambas glándulas suprarrenales por hemorragia, trombosis, tumores, infecciones o de causa autoinmune
- Necrosis hipofisiaria aguda
- Ayuno prolongado en paciente con insuficiencia adrenal latente
- Administración de levotiroxina en paciente con hipoadrenalismo
- Carcinoma metastásico

**II Clasificación**

No tiene

**III Manifestaciones clínicas**

- Astenia, apatía
- Hipertermia, de todas maneras buscar infección oculta
- Ortostatismo, hipotensión o shock
- Deshidratación
- Anorexia, náuseas, vómitos, diarrea
- Dolor abdominal que simula abdomen agudo
- Letargia, confusión o coma
- Datos de insuficiencia suprarrenal crónica

**IV. Exámenes complementarios**

**Laboratorio**

- Hemograma
- Glucemia
- Electrolitos séricos
- Gases en sangre
- Cortisol plasmático y ACTH
- Otros de acuerdo a la causa precipitante

**Gabinete**

De acuerdo a la causa precipitante

**V. Diagnóstico diferencial**

- Otras causas de shock
- Hiperpotasemia
- Hiponatremia
- Abdomen agudo

**VI. Complicaciones**

Puede ser fatal si el tratamiento no se realiza rápidamente

**VII. Criterios de referencia**

En todos los casos, preferentemente a UCI

**VIII. Criterios de hospitalización**

En todos los casos

**IX. Tratamiento**

**Medidas generales**

- Corregir alteraciones hidroelectrolíticas con medición de presión venosa central
- Aporte de glucosa
- Oxigenoterapia
- Tratar factor precipitante

**Medicamentos**

Hidrocortisona 100 mg cada 6 horas por vía intravenosa. Ir disminuyendo la dosis de acuerdo a evolución en 24 horas

**Quirúrgico**

No requiere

**X. Control y seguimiento**

- Evaluar el grado de insuficiencia suprarrenal
- Determinar la causa
- Realizar tratamiento de acuerdo al grado de insuficiencia suprarrenal crónica

**XI. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

**XII. Prevención**

Educación al paciente con insuficiencia suprarrenal crónica  
Incremento de la dosis de corticoides en situaciones de estrés

**NORMA N° 78**  
**HIPOTERMIA SISTEMICA ACCIDENTAL**  
**(CIE10 T68)**

**I Definición**

Es la reducción de la temperatura corporal central (rectal) por debajo de 35° C

**II Etiología**

- Exposición al frío prolongado o extremo sin protección con ropa adecuada
- Inmersión en aguas frías
- Usar ropas húmedas por mucho tiempo cuando hay viento o hace mucho frío
- Sobreesfuerzo físico o ingestión insuficiente de alimentos o bebidas en climas fríos

**III Clasificación**

- Leve 34 a 36° C
- Moderada 30 a 33.9° C
- Severa < 30° C

**Factores de riesgo**

- Edades extremas
  - Edad avanzada
  - Niños pequeños
- Exposición exterior
  - Profesional
  - Deportiva
  - Ropa incorrecta
- Fármacos y tóxicos
  - Consumo de alcohol y drogas ilícitas
  - Fenotiazinas
  - Barbitúricos
  - Anestésicos
  - Bloqueantes neuromusculares
- Endocrinológicos
  - Hipotiroidismo
  - Hipoglucemia
  - Enfermedad de Addison
  - Hipopituitarismo
- Neurológico
  - Enfermedad cerebro vascular
  - Parkinson
  - Lesiones de medula espinal
  - Trastornos hipotalámicos

- Multiorgánicos
  - Desnutrición
  - Sepsis
  - Shock
  - Insuficiencia renal o hepática
  
- Otros
  - Quemaduras
  - Procesos exfoliativos cutáneos
  - Inamovilidad o debilidad
  - Demencia
  - Enfermedades psiquiátricas
  - Factores socio económicos
  - Bajo nivel socio económico
  - Deportes de alto riesgo

#### **IV. Manifestaciones clínicas**

- Debilidad
- Somnolencia
- Letargo
- Irritabilidad
- Confusión
- Coma
- Escalofríos
- Alteraciones de la coordinación motora
- Piel fría, cianótica, edematizada
- Hipotermia
- Hipotensión arterial
- Arritmia cardíaca
- Shock
- Coma

#### **V. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Hemograma
- Glucemia
- Examen de orina
- Tiempo de protrombina
- Tiempo parcial de tromboplastina activada
- Pruebas de función hepática
- Amilasa sérica
- Gasometría arterial
- Electrolitos séricos
- Creatinina sérica

##### **Gabinete**

Electrocardiograma

**VI. Diagnóstico diferencial**

No tiene

**VII. Complicaciones**

- Acidosis metabólica
- Hiper o hipoglucemia
- Hiperpotasemia
- Neumonía
- Pancreatitis
- Trastornos de la coagulación
- Insuficiencia renal
- Coma
- Muerte

**VIII. Criterios de referencia**

En todos los casos

**IX. Criterios de hospitalización**

En todos los casos

**X. Tratamiento**

**Médico**

**Medidas generales:**

- Retirar ropa mojada
- Proteger contra la pérdida de calor (cubrir con mantas)
- Mantener posición horizontal
- Evitar movimientos bruscos y exceso de actividad
- Vigilar la temperatura central (rectal)
- Vigilar el ritmo cardíaco

**Recalentamiento activo externo:**

- Mantas calientes
- Mantas eléctricas
- Aire caliente forzado
- Baños calientes

**Recalentamiento interno:**

- Irrigación gástrica o clónica con cristaloides a 43° C
- Recalentamiento extracorpóreo de la sangre
- Diálisis peritoneal con solución de diálisis libre de cloruro de potasio a 43° C
- Líquidos parenterales (solución glucosada al 5%) a 43° C
- Oxígeno caliente y húmedo a 42° C por mascarilla facial

**Hipotermia leve (34 a 36° C)**

- Medidas generales
- Recalentamiento pasivo
- Recalentamiento externo activo

**Hipotermia moderada (30 a 33.9° C)**

- Manejo en Unidad Terapia Intensiva y a cargo de personal con experiencia
- Medidas generales
- Desfibrilar, intubar y ventilar con oxígeno húmedo y caliente
- Solución salina tibia ( 40 a 43° C)
- Recalentamiento activo interno
- Recalentamiento activo externo sólo de áreas troncales

**Hipotermia severa (< 30° C)**

- Manejo en Unidad Terapia Intensiva y a cargo de personal con experiencia
- Medidas generales
- Desfibrilar, intubar y ventilar con oxígeno húmedo y caliente
- Suspender medicamentos intravenosos
- Recalentamiento interno activo

**Tratamiento quirúrgico**

No tiene

**XI Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución del cuadro

**XII Prevención**

- Utilizar ropa caliente y seca
- Mantenerse en movimiento
- No consumir tabaco y alcohol cuando hay riesgo de congelamiento
- Educación sanitaria

**NORMA N° 79  
INTOXICACIONES AGUDAS  
(CIE10 K52)**

**I Definición**

Es la reacción del organismo a la entrada de cualquier sustancia tóxica en forma accidental o voluntaria que causa lesión o enfermedad y en ocasiones la muerte

**II Etiología**

- Dosis excesivas de medicamentos o drogas
- Plaguicidas: Insecticidas, herbicidas, funguicidas, raticidas
- Cáusticos
- Toxinas animales

- Metales pesados
- Otros

### **III. Clasificación**

- De acuerdo a la sustancia administrada
- De acuerdo a la vía de administración: cutánea, respiratoria, circulatoria, digestiva

#### **Factores de riesgo**

- Niños
- Ancianos
- Bajo grado cultural y socioeconómico
- Depresión
- Personalidad suicida
- Trabajadores que están en contacto con sustancias tóxicas
- Personas expuestas a contaminación ambiental

### **IV. Manifestaciones clínicas**

De acuerdo a la sustancia administrada

### **V. Diagnóstico diferencial**

Con otras intoxicaciones

### **VI. Complicaciones**

De acuerdo a la sustancia administrada

### **VII. Criterios de referencia**

En función de la gravedad del proceso y riesgo potencial del tóxico

### **VIII. Criterios de hospitalización**

Todo paciente que presente una intoxicación aguda deberá permanecer en el hospital durante un mínimo de 12 a 24 horas, desde la administración del tóxico

### **IX. Tratamiento**

#### **Médico**

Comprende seis fases secuenciales, cualquiera sea la etiología:

- Medidas de emergencia: Soporte de las funciones vitales (respiratoria, cardiovascular, neurológica)
- Evaluación clínica general
- Tratamiento general: Irrigación ocular, lavado de piel, dilución, descontaminación gastrointestinal, eliminación del toxico
- Tratamiento específico: antidotos
- Periodo de observación
- Medidas correctoras (Psiquiátricas y Sociales)

## **X. Prevención**

Evitar exposición a tóxicos: rotulación adecuada de los fármacos o productos potencialmente tóxicos, tapar bien los frascos, mantener los fármacos en lugares específicos  
En trastornos depresivos, consulta precoz con Psiquiatría

### **NORMA N° 80 INTOXICACIÓN POR ACETAMINOENO (CIE10 X40)**

#### **I. Manifestaciones clínicas**

Durante las primeras 24 horas

- Náuseas y vómitos
- Anorexia, sudoración, malestar abdominal

Entre las 12 a 36 horas

- Dolor en cuadrante superior derecho
- Ictericia
- Alteración leve a moderada de la coagulación
- Signos de insuficiencia hepática aguda: alteración del nivel de conciencia, hiperventilación, hipoglucemia, diátesis hemorrágica

La dosis tóxica es de 7,5 g en adultos

La dosis letal es de 0,5 g/kg de peso

La citolisis hepática es frecuente a partir de los 250 mg/kg de peso, siendo grave cuando se administran 350 mg/kg de peso

#### **II. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

- Bilirrubinas
- Transaminasas
- Fosfatasa alcalina
- Gamma glutamil transpeptidasa
- Tiempo y actividad de protrombina, INR
- Hemograma
- Creatinina
- Glucemia
- Electrolitos séricos
- Gases en sangre

##### **Gabinete**

- Ecografía hepato-bilio-pancreática

#### **III. Complicaciones**

- Falla hepática fulminante
- Insuficiencia renal
- Anemia hemolítica

- Pancreatitis aguda
- Metahemoglobinemia
- Necrosis miocárdica
- Hepatitis crónica (rara)
- Cirrosis por dosis masiva (rara)

#### **IV. Criterios de referencia**

Todos los casos

#### **V. Criterios de hospitalización**

Los pacientes deben quedar internados por lo menos durante 96 horas, para valoración de la función hepática

#### **VI. Tratamiento**

##### **Médico**

##### **Medidas generales**

Lavado gástrico, preferible antes de las 2 primeras horas de ingestión del fármaco

##### **Medicamentos**

- Carbón activado, hasta las 4 horas post ingestión, por vía oral, 1g/kg
- Metoclopramida 10mg por vía intravenosa en caso de vómitos
- Vitamina K 10 mg por vía intravenosa en hipoprotrombinemia
- Plasma fresco congelado
- En caso de insuficiencia renal, hemodiálisis
  
- Antídoto:  
En pacientes que hayan ingerido en las últimas 8 horas una dosis total de paracetamol igual o mayor de 7,5g:  
N-Acetilcisteína, 150 mg/kg diluidos en 150ml de solución glucosada 5%. Administrar en 30 minutos  
Continuar con 50 mg/kg, en 500ml de solución glucosada 5%, durante 4 horas y posteriormente 100 mg/Kg, en 1000ml solución glucosada 5%, las siguientes 16 horas.
  
- Si el tratamiento se inicia tardíamente:
  - Dosis inicial: 140 mg/kg en una hora
  - Segunda dosis: 70 mg/kg en una hora
  - Posteriormente: 70 mg/kg cada 4 horas hasta completar 12 dosis
  
- Difenhidramina 50 mg por vía oral en caso de reacción adversa a la N-acetilcisteína

#### **VII. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

**NORMA N° 81**  
**INTOXICACIÓN POR ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS**  
**(CIE10 X41)**

Los mas utilizados son: amitriptilina, imipramina, doxepina, desipramina, loxapina maprotilina, y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina y otros)

**I Clasificación**

De acuerdo a la dosis:

- Leve: ingesta menor a 10 mg/kg de peso
- Moderada: ingesta entre 10 a 15 mg/kg de peso
- Grave: ingesta mayor a 15 mg/kg de peso

**II Manifestaciones clínicas**

Aparición progresiva entre las 4 a 12 horas de ingesta:

- Sequedad boca
- Visión borrosa
- Midriasis
- Confusión
- Somnolencia
- Retención urinaria
- Constipación
- Agitación
- Hipertermia
- Hiperreflexia
- Arritmias cardíacas
- Hipotensión
- Convulsiones
- Shock
- Coma

**III Exámenes complementarios**

**Laboratorio**

- Hemograma
- Glucemia
- Creatinina
- Electrolitos séricos
- Gasometría arterial

**Gabinete**

- Electrocardiograma

**IV. Complicaciones**

- Falla multiorgánica
- Paro cardiorrespiratorio

**V. Criterios de referencia**

Todos los casos

**VI. Criterios de hospitalización**

Todos los casos

**VII. Tratamiento**

**Médico**

**Medidas generales**

Lavado gástrico

**Medicamentos**

- Carbón activado 50 g por vía oral cada 2 horas durante 20 horas
- Junto con la quinta y décima dosis, sulfato de Magnesio 30 g por vía oral
- Bicarbonato de sodio 1-2mEq/kg de peso diluido en solución glucosada al 5%, manteniendo pH entre 7,50 a 7,55
- Tratamiento de las convulsiones con Midazolam dosis inicial 01. mg / kg por vía intravenosa hasta una dosis total de 0.4 mg / kg
- Tener en cuenta que en arritmias desencadenadas por intoxicación por antidepresivos no se debe utilizar antiarrítmicos clase Ia, Ic, II, III y IV, sólo utilizar Lidocaína o marcapaso temporal, porque la atropina no es eficaz en bradiarritmias de este origen

**Quirúrgico**

No tiene

**VIII. Control y seguimiento**

- Control frecuente del pH para mantenerlo entre 7.5 – 7.55
- En caso de paro cardiorrespiratorio, realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar en forma prolongada (2 horas mínimo)

**IX. Criterios de alta**

Ausencia de arritmias por lo menos 24 a 48 horas

**NORMA N° 82**  
**INTOXICACIÓN POR BENZODIAZEPINAS**  
**(CIE10 X41)**

**I. Manifestaciones clínicas**

- Disartria
- Ataxia
- Obnubilación
- Estupor
- Coma

## II. Exámenes complementarios

### Laboratorio

Gasometría arterial

### Gabinete

No requiere

## III. Complicaciones

- Neumonía por broncoaspiración
- Paro respiratorio

## IV. Criterios de referencia

En todos los casos

## V. Criterios de hospitalización

En todos los casos

## VI. Tratamiento

### Médico

#### Medidas generales

- Lavado gástrico dentro de las primeras dos horas desde la ingestión del tóxico
- Carbón activado 1 a 2 g / kg de peso en dosis única
- Calentar al paciente con mantas y bolsas de agua caliente
- Oxígeno por mascarilla a 2 a 4L/minuto
- En caso necesario, ventilación asistida

#### Medicamentos

- Flumazenilo 0,3 mg intravenoso administrado en 15 segundos, por una vía periférica en vena de grueso calibre, repetir dosis cada 60 segundos, hasta un máximo de 3 mg
- En caso de recurrencia de los síntomas o coma profundo, perfusión intravenosa de 0,2 a 0,5 mg / hora por 6 a 8 horas

### Quirúrgico

No requiere

## VII. Control y seguimiento

De acuerdo al fármaco administrado, evaluar tiempo de vida media plasmática

Principio activo (Según vida media)	Vida media plasmática (horas)
Larga (> 24 horas)	
Clonazepam	18 - 50
Clorazepato	48

Clordiazepóxido	24 - 48
Diazepam	20 - 50
Nitrazepan	30
<b>Intermedia - Corta (5 - 24 horas)</b>	
Alprazolam	6 - 26
Flunitrazepan	14 - 36
Clobazam	18
Lorazepan	9 - 19
Oxazepan	8,2
<b>Ultracorta (&lt; 5 horas)</b>	
Midazolam	1
Triazolam	1,5 - 5,5

### VIII. Criterios de alta

Resuelto el cuadro

### NORMA N° 83 INTOXICACIÓN POR SALICILATOS (CIE10 X40)

Salicelemla: Rango terapéutico 10 a 20 mg/dL  
Dosis tóxica: > 40mg/dL  
Dosis letal: 150 mg/dk (10 - 30 g)

### I. Manifestaciones clínicas

- Náuseas
- Vómitos
- Hiperventilación
- Letargo
- Delirio

#### Toxicidad severa

- Hipoglucemia
- Hipertermia
- Edema pulmonar
- Convulsión
- Coma

#### Intoxicación crónica

- Hipoacusia
- Tinnitus
- Hiperventilación
- Confusión o agitación
- Deshidratación

- Acidosis metabólica
- Edema cerebral
- Edema pulmonar

## **II. Exámenes complementarios**

### **Laboratorio**

- Hemograma
- Creatinina
- Electrolitos séricos
- Gasometría arterial
- Salicilemia

### **Gabinete**

No requiere

## **III. Complicaciones**

- Insuficiencia renal aguda
- Rabdomiolisis
- Edema agudo de pulmón

## **IV. Criterios de referencia**

En todos los casos

## **V. Criterios de hospitalización**

En todos los casos

## **VI. Tratamiento**

### **Médico**

#### **Medidas generales**

- Medidas de soporte
- Oxígeno por mascarilla, intubación endotraqueal y ventilación mecánica de acuerdo al caso
- Vía venosa periférica
- Lavado gástrico hasta las primeras 8 horas de la ingesta, o hasta las 12 horas en caso de fármaco con cubierta entérica

#### **Medicamentos**

- Carbón activado, 1 -2 g /kg. Luego dosis repetida de 1 g /kg cada 2, 4 o 6 horas
- Diuresis alcalina: Bicarbonato de sodio 1 M 250 ml durante las primeras 6 horas
- Sigüientes 6 horas: 40mEq de cloruro de potasio en 500 ml de solución glucosada al 5%
- Si el pH urinario es < 7,5, repetir bolo de bicarbonato 20 mEq 1 M
- Vitamina K 10 -20 mg vía intravenosa en caso de hemorragias
- Diazepam en caso de convulsiones
- Hemodiálisis en casos graves

**Quirúrgico**

No tiene

**VII. Control y seguimiento**

No tiene

**VIII. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

**NORMA N° 84  
INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS  
(CIE10 T60.0)**

**I. Definición**

Intoxicación aguda, producida por absorción por vía cutáneo mucosa, inhalación o ingestión de plaguicidas o pesticidas que contienen órgano fosforados

**II. Clasificación**

- Leve: predominan signos muscarínicos
- Moderada: signos nicotínicos y muscarínicos con leve afectación del sistema nervioso central
- Grave: además de signos muscarínicos y nicotínicos, hay grave afectación del sistema nervioso central

**III. Manifestaciones clínicas**

- **Efectos muscarínicos**
  - Broncoespasmo e incremento de secreciones bronquiales
  - Náuseas, vómitos, Diarrea, dolor abdominal cólico
  - Sudoración, salivación y lagrimeo
  - Incontinencia urinaria y fecal
  - Hipotermia
  - Bradicardia, hipotensión y bloqueos de conducción cardíaca
- **Efectos nicotínicos**
  - Miosis y visión borrosa
  - Fasciculaciones de la musculatura estriada
  - Debilidad muscular, parálisis y calambres
  - Taquicardia, hipertensión y arritmias cardíacas
  - Fiebre
  - Crisis convulsiva
  - Palidez
- **Efectos nicotínicos centrales**
  - Cefalea, vértigos, inquietud, ansiedad
  - Falta de concentración, confusión y psicosis

- Temblor, ataxia, disartria
- Hipotensión arterial
- Depresión respiratoria
- Convulsiones
- Coma
- **Otras manifestaciones**
  - Pancreatitis

#### **IV. Exámenes complementarios**

##### **Laboratorio**

No requiere

#### **V. Diagnóstico diferencial**

Intoxicación por carbamatos, organoclorados, nicotina, fisostigmina

#### **VI. Complicaciones**

##### **Agudas**

- Broncoaspiración y neumonitis química
- Depresión respiratoria
- Trastornos del ritmo cardíaco
- Convulsiones
- Coma
- Muerte

##### **Crónicas**

- Neuropatía periférica
- Ataxia
- Parálisis flácida simétrica
- Trastornos de la conducta, de la memoria, o el estado de ánimo

#### **VII. Criterios de referencia**

- Los de hospitalización
- Los casos severos y moderados ingreso a unidad de terapia intensiva

#### **VIII. Criterios de hospitalización**

En todos los casos

#### **IX. Tratamiento**

##### **Médico**

- En exposición cutánea retirar toda la ropa y lavar la piel con agua y jabón, durante 30 minutos, posteriormente se realizará un segundo lavado de la piel con alcohol etílico
- En ingestión por vía oral, vaciado y lavado gástrico y administrar carbón activado 1 g/kg de peso

- Atropina 1 mg por vía intravenosa cada 2 a 3 minutos hasta que aparecen signos de atropinización, (midriasis, Taquicardia, enrojecimiento de la piel, boca seca)
- Pralidoxima por vía intravenosa 1 a 2 g diluidos en 100 ml de solución fisiológica, profundir a ritmo de 1 ml por minuto, repetir cada 4 horas durante las primeras 24 horas
- La administración de Pralidoxima requiere reducción de dosis de atropina
- Psicoterapia

**Quirúrgico**

No tiene

**X. Criterios de alta**

Resuelto el cuadro

**XI. Control y seguimiento**

De acuerdo a evolución del cuadro

**XII. Prevención**

Educación sanitaria

**NORMA N° 85  
EVALUACION DEL RIESGO PRE OPERATORIO  
(CIE10 Z03)**

**I. Definición**

La valoración pre operatoria por Medicina Interna tiene por objetivo: conocer el estado general del paciente, estabilizar el medio interno y prevenir complicaciones

**II. Protocolo de evaluación**

- Historia clínica, considerando prioritariamente los antecedentes patológicos y el examen físico general, cardíaco y pulmonar
- Valoración de los índices clínicos predictivos de riesgo cardiovascular perioperatorio, de acuerdo a las siguientes tablas:

Tabla 1

Criterios	Coefficiente de función discriminante multivariante	Puntos
<b>Historia clínica</b>		
Edad > 70 años	0.191	5
Infarto de miocardio en los 6 meses previos	0.384	10
<b>Exploración física</b>		
Galope S3 o ingurgitación yugular	0.451	11
Estenosis aórtica importante	0.119	3

<b>Electrocardiograma</b>		
Ritmo diferente del sinusal o extrasístoles auriculares en el último ECG pre operatorio	0.283	7
Más de 5 extrasístoles ventriculares por minuto documentadas en cualquier momento antes de la operación.	0.278	7
<b>Situación general</b>		
PO2 < 60 ó PCO2 > 50 mmHg		
Potasio < a 3mEq/l o HCO3 < a 22 mEq/l		
NUS > a 50mg/dl o creatinina > a 3 mg/dl		
SGOT anormal		
Hepatopatía crónica		
Pacientes encamados por causas extracardíacas	0.132	3
<b>Operación</b>		
Intraperitoneal, intratorácica o aórtica	0.123	3
Intervención de urgencia	0.167	4
<b>TOTAL</b>		53

Goldman y col. N England Journal of Medicina; 297: 845 - 850

Tabla 2

**Riesgo de complicaciones cardíacas en pacientes > de 40 años, que sufrieron cirugía mayor no cardíaca**

Clase por índice de riesgo cardíaco	Puntos totales	Sin o con complicaciones (n = 2.048) (%)	Complicaciones mayores (n = 60) (%)	Riesgo de mortalidad cardíaca (n = 33) (%)
I (n = 1127)	0 - 5	1118 (99)	7 (0.6)	2 (0.2)
II (n = 769)	6 - 12	735 (96)	25 (3)	9 (1)
III (n = 204)	13 - 25	175 (86)	23 (11)	6 (3)
IV (n = 41)	> o igual a 26	20 (49)	5 (12)	16 (39)

Modificado por H.H. Weitz, L. Foldman Med. Clin. North Am 71: 416, 1987

- Valoración pulmonar preoperatoria  
En pacientes sintomáticos o con enfermedad pulmonar solicitar espirometría, análisis de gases en sangre, centellografía en caso de necesidad Paciente con enfermedad reactiva de vías respiratorias debe ser tratado agresivamente con terapia broncodilatadora, antes de la cirugía
- Valoración metabólica:
  - Glicemia (aceptable = 150 a 200 mg/dl en diabéticos)
  - Creatinina
  - Nitrógeno ureico
  - Electrolitos séricos

- Hepatograma
  - Tiempo de protrombina, coagulación, sangría, I.N.R.
  - Hemograma con recuento plaquetario
  - Grupo sanguíneo y factor Rh
  - Examen de orina
- Valoración de gabinete
    - Electrocardiograma en mayores de 40 años y opcional en menores
    - Radiografía PA de tórax en mayores de 50 años, pacientes con enfermedades broncopulmonares y opcional en menores
    - Otros según necesidad

### **Anticoagulación**

Está indicada en los siguientes casos

- Cirugía ortopédica
- > de 40 años
- Historia de TEP
- Trombosis venosa profunda
- Factores de riesgo secundarios: obesidad, eritrocitosis, inmovilización, várices, uso de estrógenos, parálisis y coagulopatía.

### **Otras condiciones de cuidado**

- Pacientes en terapia glucocorticoidea crónica: deben recibir dosis de stress de hidrocortisona
- Diabetes mellitus: insulina cristalina de acuerdo al nivel de glicemia
- Pacientes anticoagulados: fitomenadiona por vía intravenosa cada 8 horas, o plasma fresco en anticoagulantes orales, sulfato de protamina, 50 mg en infusión intravenosa lenta en un periodo de 10 minutos, en caso de paciente anticoagulado con heparina.
- Hipertiroidismo: mantener o realizar tratamiento antitiroideo
- Insuficiencia renal: adecuar la dosis de medicamentos de acuerdo a clearance
- Síndrome convulsivo: mantener o realizar tratamiento anticonvulsivante

## **NORMA N° 86**

### **HEBRE**

**(CIE10 R50)**

#### **I Definición**

Fiebre es la elevación de la temperatura por encima de las variaciones normales diarias y se produce en combinación con una elevación en el punto de ajuste hipotalámico

Hipertermia se caracteriza porque el punto de ajuste del centro termorregulador no cambia a tiempo que se produce incontrolado de la temperatura corporal, que supera a la capacidad de pérdida de calor del organismo

#### **II Etiología**

- Infecciosa
- No infecciosa

### **III. Clasificación**

- Continua
- Remitente
- Intermittente
- Recurrente
- Héctica

### **IV. Manifestaciones clínicas**

- Fiebre
- Escalofríos
- Artromialgias
- Sudoración
- Astenia
- Anorexia
- Somnolencia
- Convulsiones

### **V. Exámenes complementarios**

#### **Laboratorio**

- Hemograma
- Proteína C reactiva
- Examen de orina
- Otros de acuerdo a etiología

#### **Gabinete**

De acuerdo a etiología

### **VI. Diagnóstico diferencial**

Hipertermia

### **VII. Complicaciones**

De acuerdo a etiología

### **VIII. Criterios de referencia**

De acuerdo a criterio médico

### **IX. Criterios de hospitalización**

De acuerdo a criterio médico

## **X. Tratamiento**

La condición fundamental para tratamiento es determinar la causa de fiebre, excepto en las siguientes condiciones:

- Hipertermia maligna
- Síndrome neuroléptico maligno
- Hiperpirexia
- Convulsiones febriles

### **Médico**

#### **Medidas físicas**

#### **Medicamentos**

- Paracetamol 500 a 1000 mg por vía oral cada 6 horas
- Ácido acetil salicílico 500 mg por vía oral cada 6 horas
- Ibuprofeno 400 a 800 mg por vía oral cada 6 horas