



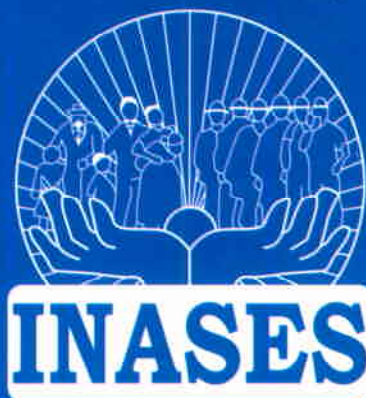
Ministerio de Salud
y Deportes

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.

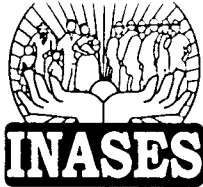
Que, la Unidad de Asuntos Jurídicos, mediante Informe N° UAJ-40-02-056/05 se pronuncia por la procedencia de la presente Resolución.

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
ENFERMEDADES DEL SISTEMA INMUNITARIO Y APARATO LOCOMOTOR	
Artritis reumática	94
Artrosis	97
Gota	99
Lupus Eritematoso Sistémico	101
Síndrome Antifosfolípido	105
Lumbalgia aguda	107
ENFERMEDADES ENDOCRINOLÓGICAS Y DEL METABOLISMO	
Bocio no tóxico	110
Hipotiroidismo	112
Tirotoxicosis	114
Diabetes Mellitus	117
Síndrome metabólico	120
Dislipidemia	123
Obesidad	126
Desnutrición	128
Osteoporosis	130
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	
Cefalea	133
Trastorno de la función vestibular	135
EMERGENCIAS EN MEDICINA INTERNA	
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
TRASTORNOS DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS	
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 borborigmo 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 disintéricas
- 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 témporomandibular
- 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 Estreptomina, 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	Estreptomicina	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 *Trypanosoma 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
- Hipogluceemia
- 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**

- Duodenoyeyunoscopía (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 pondo-estatural
- Uncinarias:
 - Anemia severa, hipocrómica y microcítica
 - Cor anémico
 - Déficit pondo-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, inmunoelectroforesis, 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°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	
Asintomático con CD4 Entre 200 - 350	AZT + 3TC	EFV o NVP
	D4T + 3TC	EFV o NVP
Asintomático con CD4 < 200	AZT + DDI	EFV o NVP
	D4T + DDI	IDV + RTV
	DDI + 3TC	SQV + RTV
Sintomático	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 *pseudomona 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 anomalías 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 *VEF₁ entre 60 y 80% acompañado, pero no siempre de tos y expectoración crónica
- **Estadio 2 o EPOC moderado:**
Espirografía con VEF₁ entre 40 y 59%, con progresión de síntomas y aparición de disnea de esfuerzo
- **Estadio 3 o EPOC grave:**
Con VEF₁ < 40%, con frecuentes agudizaciones, insuficiencia respiratoria y cor pulmonale

*VEF₁ = 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

	EPOC Tipo A Enfisema pulmonar	EPOC Tipo 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 nefrótico
- 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/m² mensual durante 6 meses y trimestral hasta completar dos años o 6 bolos quincenales de 500 mg/m² 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, Pseudomona aeruginosa, Proteus spp, serratia spp, Neiseria meningitidis
- Bacterias Gram positivas: Staphylococos aureus, coagulasa-negativos, Staphylococos, Streptococos pneumoniae, Streptococos 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 O₂

Tratamiento inicial con:

- Oxígeno inhalado para mantener saturación de oxígeno mayor a 90%
- Salbutamol 5 mg nebulizado en flujo O₂ 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

$$\text{Litros a reponer} = (\text{Na actual/Na normal} \times \text{ACT}) - \text{ACT} \text{ ó}$$

$$\text{Litros a reponer} = \text{ACT} \times [(\text{Na actual/Na normal}) - 1]$$

$$\text{ACT (agua corporal total)} = 0.6 \text{ (hombres) ó } 0.5 \text{ (mujeres)} \times \text{kg de peso corporal}$$

$$\text{Na normal} = 145 \text{ mEq/L}$$

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
- Fístula 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:

$$\left[\left(\frac{\text{Sodio plasmático}}{140} - 1 \right) \times \text{peso corporal} \times 0.4 \right]$$

- 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
Respiratorio				
<i>Acidosis</i>				
Aguda	> Pco ₂	<	> HCO ₃	> HCO ₃ 1 mEq/L por 10 mmHG>
Crónica	> Pco ₂	pH <	> HCO ₃	Pco ₂ > HCO ₃ 3.5mEq/L por 10 mmHG>
<i>Alcalosis</i>				
Aguda	< Pco ₂	pH >	< HCO ₃	Pco ₂ < HCO ₃ 2mEq/L por 10 ml < Pco ₂
Crónica	< Pco ₂	pH >	< HCO ₃	< HCO ₃ 5mEq/L por 10 ml < Pco ₂
Metabólico				
Acidosis	< HCO ₃ > HCO ₃	< pH	< Pco ₂ > Pco ₂	< Pco ₂ 1.3 mmHg por 1 mEq/L < HCO ₃
Alcalosis		> pH		> Pco ₂ 0.7 mmHg por 1 mEq/L > HCO ₃

**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 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 amilaturia
- 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 (avispa 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 hipoglucemiantes orales

Recomendaciones preoperatorias

- Suspender administración de hipoglucemiantes 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 Isofónica

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, náuseas, vómitos
- Hepatomegalia con ictericia leve
- Colapso cardiovascular
- Shock
- Coma

V. Exámenes complementarios

Laboratorio

- Hemograma
- Glucemia
- Transaminasas
- Bilirrubinas

Gabinete

No tiene

Criterios Diagnósticos

Temperatura		Alteraciones Cardiovasculares	
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
Efectos neurológicos		Insuficiencia cardíaca	
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
Altraciones digestivas		Factor precipitante	
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
Intermedia - Corta (5 - 24 horas)	
Alprazolam	6 - 26
Flunitrazepan	14 - 36
Clobazam	18
Lorazepan	9 - 19
Oxazepan	8,2
Ultracorta (< 5 horas)	
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
Historia clínica		
Edad > 70 años	0.191	5
Infarto de miocardio en los 6 meses previos	0.384	10
Exploración física		
Galope S3 o ingurgitación yugular	0.451	11
Estenosis aórtica importante	0.119	3

Electrocardiograma		
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
Situación general		
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
Operación		
Intraperitoneal, intratorácica o aórtica	0.123	3
Intervención de urgencia	0.167	4
TOTAL		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