PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL SISTEMA RESPIRATORIO

CAPITULO 10

Documento Derogado

SINUSITIS

1. SINUSITIS

Es la inflamación de uno o más senos paranasales.

Se define como sinusitis aguda, cuando dura menos de 30 días y crónica, cuando dura más de 30 días. (Esta puede persistir como una infección secundaria o latente o manera de brote supurativo agudo)

2. EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de los procesos infecciosos agudos y crónicos de los senos paranasales, aumentan al final de la niñez, presentando el mayor número de casos entre los 6 y 10 años de edad.

3. ETIOLOGIA

La sinusitis puede ser de tipo bacteriana, por streptococcus pneumonie, haemophilus, staphylococo aureus, anaeróbicos y pseudomonas aeroginosa, puede haber hongos en caso de pacientes inmune comprometidos.

Otros tipos de Rinitis son: ocupacional, vasomotora, alérgica, medicamentosa, pólipos nasales, inmunodeficiencia, herencia, atopia, fibrosis quística, tumores.

4. DIAGNOSTICO

4.1 Clínico

En la Historia clínica investigar:

- Secreción nasal profusa purulenta,
- Dolor facial o dental,
- Cefalea frontal/parietal,
- Goteo nasal o congestión nasal,
- Tos seca o húmeda,
- Hiposmia.

Signos al Examen Físico:

- Sensibilidad dolorosa a la presión de los senos para nasales
- Edema de mucosa nasal,
- Secreción nasal,
- Secreción en pared posterior y faringe,
- Edema orbitario

4.2 Gabinete: Radiografía de senos paranasales (SPN), es indispensable para establecer parámetros para evaluar mejoría.

5. FASES DE ATENCION

5.1 Prevención

- Educacion al adolescente y su familia sobre: mantener higiene nasal y bucal, evitar exposición a alergenos en caso de sospechar procesos alergicos, ingerir una dieta adecuada, ejercicios, evitar contacto con personas infectadas de vías respiratorias .

5.2 Curación

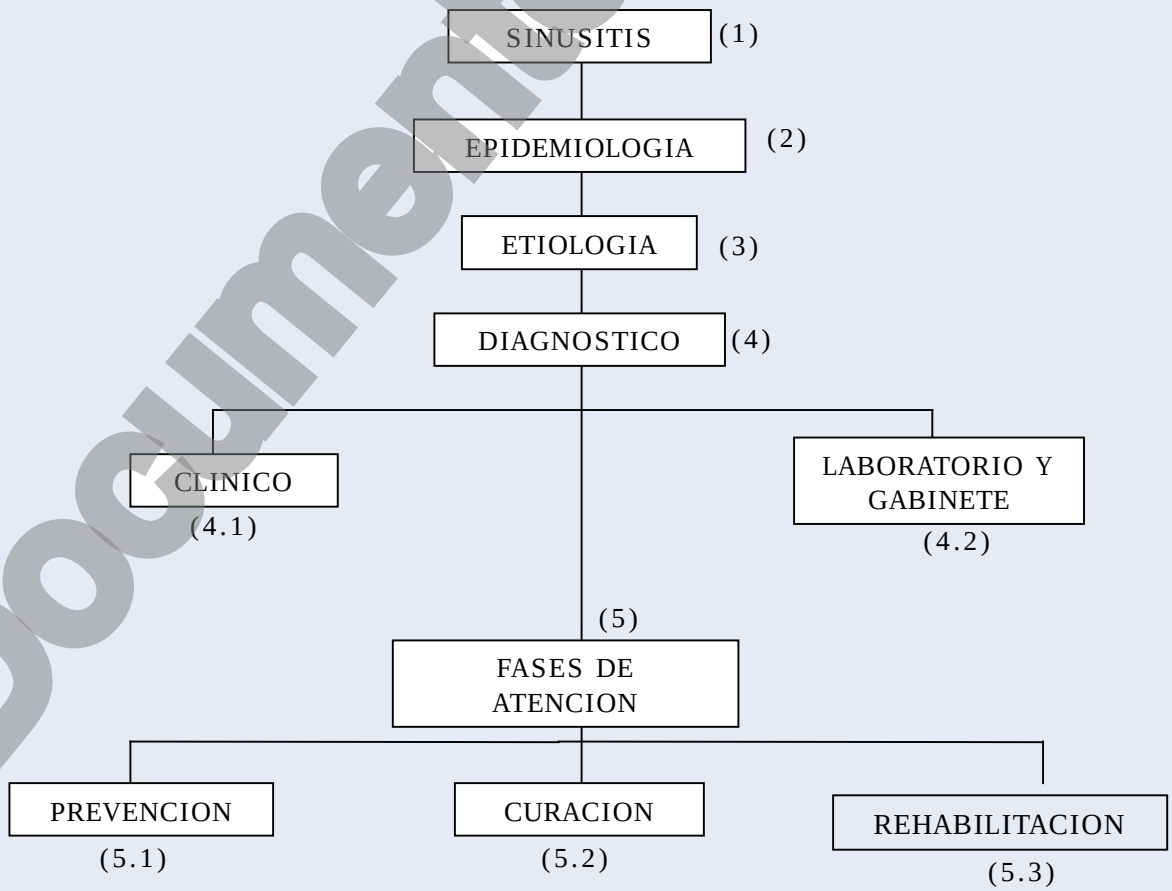
5.2.1 Tratamiento específico.

Antibiòtico	Dosis
Trimetropin Sulfametoxazole 160/800 mg	1 tableta cada 12 horas V.O. por 21 días ó
Amoxicilina 500 mg	1 tableta cada 8 horas V.O. por 21 días ó
En caso de de resistencia bacteriana:	
Amoxicilina más Acido Clavulánico	1 gramo cada 12 horas por 14 días
Claritromicina de 250 a 500 mg o Cefalosporinas de segunda o tercera generación	1 tableta cada 12 horas V.O. por 14 días
Otros medicamentos:	
Glucocorticoides Inhalados (spray) En rinitis alèrgicas	Aplicar en cada fosa nasal 2 -3 veces al día tiempo prolongado

Es necesario enfatizar en el adolescente la importancia de completar el tratamiento.

5.2.2 Criterios de Derivación

Si persisten los síntomas a pesar del tratamiento adecuado, referir al alergista,. Neumólogo o al otorrinolaringólogo en el segundo o tercer nivel, según sea necesario.



Documento Derogado

ASMA BRONQUIAL

1. ASMA BRONQUIAL

Es una enfermedad pulmonar obstructiva y difusa con hiperreactividad de la vía respiratoria frente a diversos estímulos y un alto grado de diversibilidad del proceso obstructivo, que puede producirse espontáneamente o como resultado del tratamiento.

2. EPIDEMIOLOGIA

El asma puede iniciarse a cualquier edad y su evolución es difícil de predecir aunque la mitad queda libre de síntomas a los 10-20 años. En la niñez existe predominio en hombres en una relación de 2 a 1 sobre las mujeres y al final de la adolescencia se invierte de 1 a 2.

3. ETIOLOGIA

Es una enfermedad compleja en la que intervienen diferentes factores autónomos, inmunitarios, infecciosos, endocrinológicos y psicológicos, cuya intensidad varía en cada persona.

4. DIAGNOSTICO

4.1 Clínico

Historia y examen físico:
Tos de sonido espástica y no productiva al comienzo del ataque, sibilancias taquipnea, espiración prolongada, uso de músculos accesorios de la respiración, cianosis, hiperinsuflación del tórax, taquicardia y pulso paradójico.

Los episodios recurrentes de tos y sibilancias, especialmente si se agravan o desencadenan con el ejercicio, una infección viral o inhalación de alergenos, sugieren la presencia de asma.

4.1 Laboratorio y Gabinete

- Hemograma
- Baciloscopía
- Radiografía de tórax (para excluir posibles complicaciones u otras patologías)
- Radiografía de senos paranasales
- Pruebas de función pulmonar: FLUJO ESPIRATORIO MÁXIMO(PEF)
- Espirometria (En Tercer Nivel).

5. FASES DE ATENCION

5.1 Prevención

Se sustenta en evitar la exposición a alergenos como el humo de tabaco, cocina de leña, queroseno, pintura fresca, desinfectante, evitar bebidas frías, cambio bruscos de temperatura y humedad, polvo, animales, ácaros, etc. Se evaluará la aplicación de inmunoterapia.

5.2 Curación

Tratamiento farmacológico
Medicamentos de rescate

5.2.1 Crisis Leve a Moderada

PEF del 50-80%
Tos, disnea, sibilancia, opresión torácica, disminución de la capacidad de realizar actividades habituales.

Tratamiento**:**

Salbutamol 5 mg/ml.
Nebulización 1 gota por cada 2 kg de peso en 2 c.c. de s.s.n. cada 20 minutos en # de 3. (mínimo 5 gotas, máximo 10),Con espaciador de volumen: 2 a 4 inhalaciones cada 20 minutos #3. Si mejora, continuar con salbutamol con espaciador 2 inhalaciones cada 4 horas por 1 a 2 dias , y luego cada 6 horas. Si no hay aerosol usar vía oral .

Documento Derogado

Agregar Prednisona 1 mg x kg día vía oral cada 12 horas por 5 a 7 días.

Si no mejora:

Referirlo al hospital de zona
Continuar manejo como crisis severa: salbutamol cada hora mientras se traslada.

5.2.2 Crisis Severa

PEF menor de 50%
Sibilancias marcadas o acortamiento de la respiración, cianosis, dificultad para caminar o hablar, uso de músculos accesorios y retracciones supraesternales.

Medicamento	*Dosis*	*Comentario*
Salbutamol (5 mg/ml) Nebulización	1 gota por 1kg de peso en 2 cc de solución salina normal (dosis mínima 2.5 ml o 10 gotas, máxima 20 gotas o 5 mg. No.3	Nebulizar con Oxígeno
Inhaladores de dosis medida (Spray) de Salbutamol.	4 a 8 inhalaciones cada 20 minutos No.3, luego cada uno a 4 horas, según necesidad.	Son tan efectivos como nebulización si se usan adecuadamente, y con espaciador de volumen.
Bromuro de Ipratropium (250 mcg/ml)	1 ml c/20 en 2 cc de snn, cada 20 minutos #3. Luego cada 2 a 4 horas.	No debe ser usado como terapia de primera línea. Debe ser usado con salbutamol y no alternarlos.
Esteroides Metilprednisolona Prednisolona o Prednisona	1 mg/kg/cada 6 horas (IM o IV). Luego continuar con: 1 mg/kg/día por 5 a 7 días.	

- Referir urgentemente al Hospital de su SIBASI.

Manejo A Largo Plazo.

El manejo del paciente asmático se basa en la clasificación del asma.

Documento Derogado

Clasificacion del Asma

TIPO	SINTOMAS	SINTOMAS NOCTURNOS	FUNCION PULMONAR
Leve intermitente	Síntomas hasta 2 veces por semana. Asintomático y PEF normal entre crisis. Las crisis pueden durar de horas a pocos días.	Hasta 2 veces al mes	PEF mayor o igual a 80% Variabilidad de PEF menor del 20%
Leve persistente	Síntomas mayor o igual a 2 veces por semana y menos de una vez al día	Más de dos veces por mes los síntomas nocturnos.	PEF mayor o igual al 80% Variabilidad entre 20% -30%
Moderada persistente	Síntomas diarios afección de la actividad crisis mayores de 2 veces a la semana, Beta 2 aerosol diario.	Más de 1 vez a la semana	PEF mayor de 60 y menor de 80% Variabilidad mayor 30%.
Severa persistente	Síntomas continuos actividad física limitada crisis frecuentes.	Frecuentes	PEF menor o igual a 60%. Variabilidad mayor del 30%.

- Las formas leves intermitentes deben ser manejadas en el 1er. nivel de atención.

- Generalmente no necesitan medicamentos de uso permanente y se trataran las crisis y con Beta 2 de acción corta.

- Las formas persistentes deben ser referidas al segundo nivel para su estudio y tratamiento.

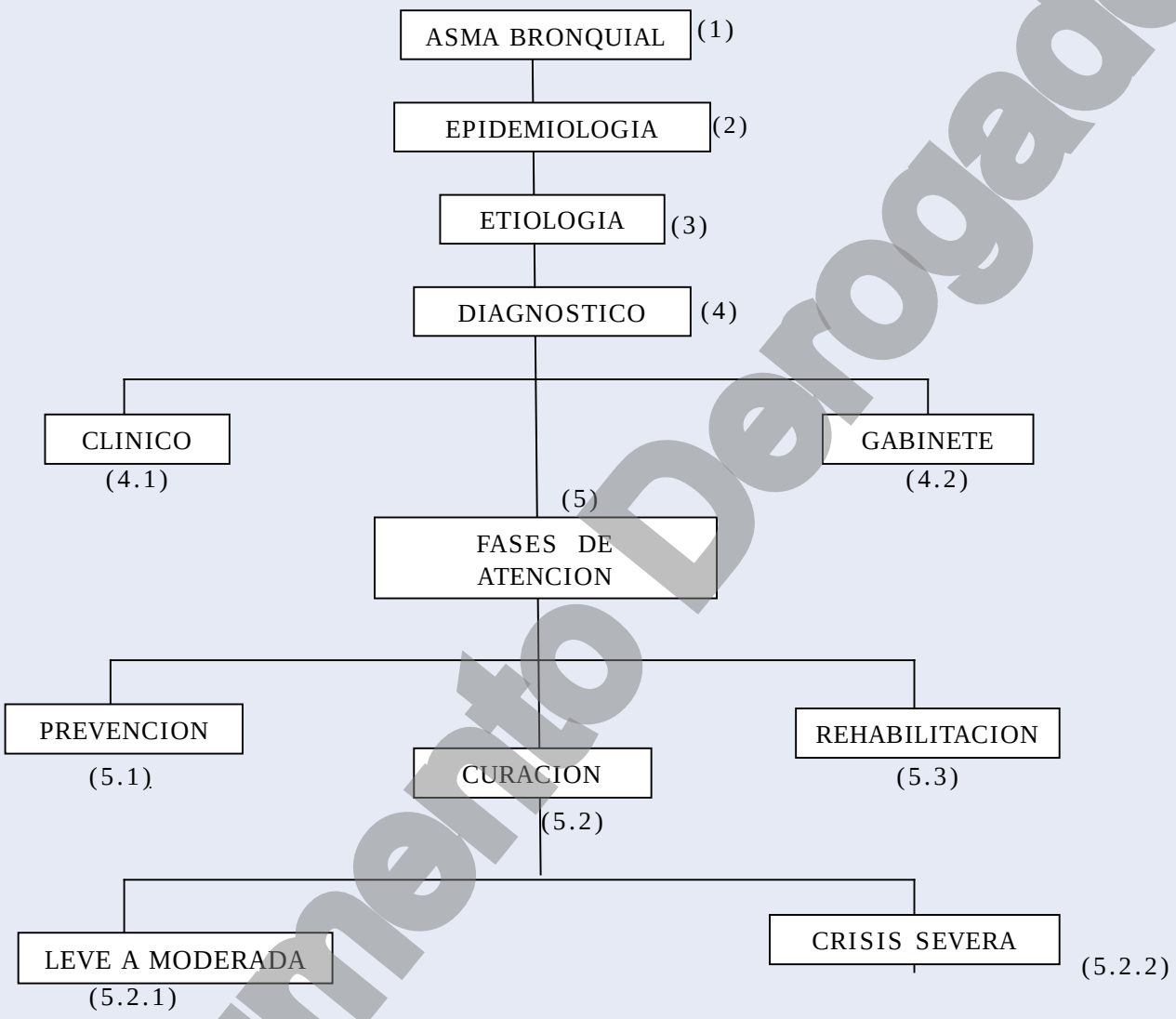
- El médico del hospital del 2º. Nivel referirá las formas moderadas y severas persistentes para ser evaluados por el Neumólogo, quien indicará un plan de manejo.

5.2 Rehabilitación del paciente:

Parámetros que deben mantener el adolescente , su familia y el medico tratante:

- Minimizar o eliminar los síntomas del asma
- Obtener la mejor función pulmonar
- Prevenir las crisis
- Realizar la actividad física normal
- Utilizar la menor cantidad de medicamento

Documento Derogado



Documento Derogado

BRONQUITIS AGUDA

1. BRONQUITIS AGUDA

Es una infección aguda bronquial manifestada por tos de menos de 3 semanas con o sin expectoración

2. EPIDEMIOLOGIA

El 90-95% de los casos de bronquitis aguda no complicada es de Etiología viral: principalmente influenza A y B; para- influenza B y Virus Sincitial respiratorio.
Las infecciones bacterianas pueden ser ocasionadas por: estreptococos, pneumoníe, moraxela catharralis.

3. ETIOLOGIA

La bronquitis puede ser de origen:

- Infeccioso (viral o bacteriana),
- Alérgica y
- Química.

4. DIAGNOSTICO

4.1 Clínico

Realizar una historia clínica cuidadosa. Tomar y registrar signos vitales, y una evaluación diagnóstica principalmente orientada a recavar los siguientes síntomas y signos:

- Síntomas de mas o menos 3 semanas de evolución,
- Respiración forzada a veces roncus o sibilancias difusas
- Dolores toráxicos y en ocasiones disnea,
- Tos con o sin expectoración

4.2 Laboratorio y Gabinete

Radiografía de Tórax antero-posterior usualmente de apariencia normal, caso contrario pensar en otros diagnósticos. Hemograma completo.

5.FASES DE ATENCION

5.1 Prevención

Orientación y educación familiar sobre:

- Evitar exposición al humo, al polvo de cigarrillos y otros químicos,
- Ingerir una dieta adecuada,
- Evitar contacto con personas con procesos respiratorios infecciosos,
- Ingesta de líquidos orales abundantes,
- Uso de medicamentos inocuos para la tos,
- Alimentación adecuada. (ver norma de alimentación en adolescentes)

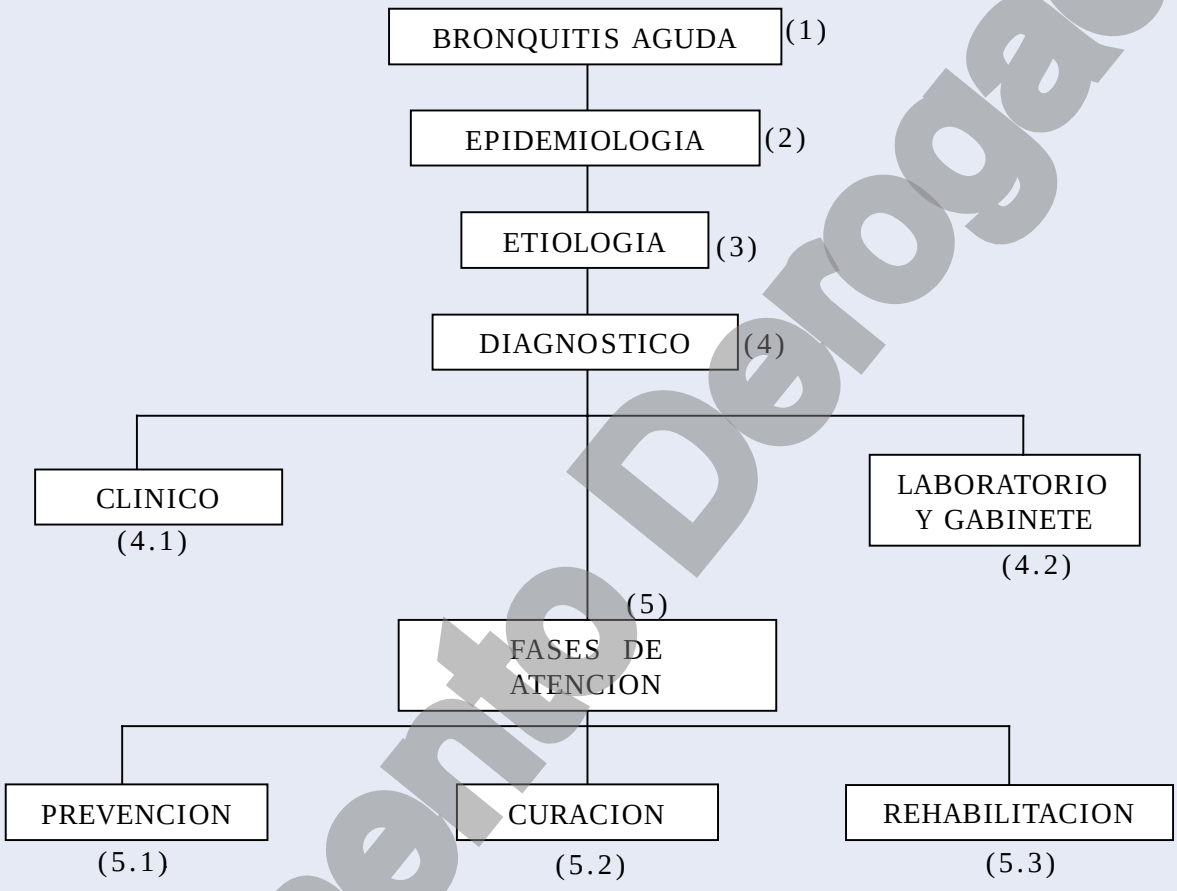
5.2 Curación

- Reposo físico,
- Tratamiento sintomático; fiebre: acetaminofén por 3 días, 250-500 mg, vía oral c/6 horas,
- Tratamientos antibióticos: no uso de antibióticos a menos que se sospeche etiología bacteriana, que sucede en el 5-10% de los casos.
- Se recomienda macrólidos: claritromicina 250-500 mg cada 12 horas por 7-10 días, no se recomienda el uso de antitusígenos

5.3 Rehabilitación:

Alimentación adecuada y aplicación de medidas preventivas

Documento Derogado



Documento Derogado

NEUMONIA

1. NEUMONIA

Es una inflamación del parénquima pulmonar, provocada por microorganismos infecciosos que si son adquiridos en la comunidad se llama Neumonía Comunitaria.(NAC)

2. EPIDEMIOLOGIA

Es una enfermedad endémica, predomina en niños y ancianos, frecuente en grupos socioeconómicos desfavorecidos, mayor incidencia en invierno

3. ETIOLOGIA

La neumonía puede ser causada por bacterias, virus, hongos, parásitos o rickettsias. El agente etiológico mas frecuente de los NAC es el estreptococos pneumoniae

Forma de Transmisibilidad

Aérea por microgotitas del contenido oro y nasofaringeo

Factores Predisponentes considerados de riezgo:

- Alcoholismo, tabaquismo,
- Enfermedades crónicas como la Diabetes
- Rinosinusitis, bronquiectasias,
- Inmunosupresión,
- Alteraciones de la conciencia: convulsiones.

4. DIAGNOSTICO

4.1 Clínico

- Tos productiva o expectoración purulenta,
- Fiebre mayor de 38ºC o Hipotérmica menor de 36ºC grados ,
- Dolor en punta de costado,
- Disnea de grado variable o no,
- Taquipnea o no,
- Evolución aguda (menor de 2 semanas) usualmente es de 3-5 días

Los signos y síntomas anteriores deben ser considerados como signos de alarma cuando se presentan durante la evolucion de una enfermedad de vias respiratorias superiores.

Examen Físico:

- Se encuentra submatidez o matidez localizada
- Vibraciones vocales aumentadas o no,
- Presencia de crepitancias inspiratorias localizadas,
- Pectoriloquia áfona,
- Egofonía, broncofonía, soplo tubario,
- Trastornos del sensorio

4.2 Laboratorio y Gabinete

Primer Nivel

Hemograma, si está disponible, todo adolescente con fiebre, tos, dolor, sin factor de riesgo debe clasificarse como leve.

Segundo Nivel

Hemograma,
Tinción de Gram para Bacilos Acido Alcohol Resistente (Baar y no Baar) para todos los sintomáticos respiratorios. Radiografía de Tórax lateral y postero -anterior.

5. FASES DE ATENCION

5.1 Prevención

Evitar: el hacinamiento en salas y dormitorios siempre que sea factible, alimentación adecuada según disponibilidad de alimentos, ingesta de líquidos orales abundantes, uso de medicamentos, inocuos para la tos (agua, miel, te de manzanilla), evitar la automedicación, evitar exposición al polvo y otros medicamentos, orientar sobre signos y síntomas de alarma por los que debe consultar oportunamente

5.2 Curación

Primer Nivel (NAC Leves)

Manejo ambulatorio, en pacientes sin factores de riesgo con distres respiratorio leve e hidratación adecuada.

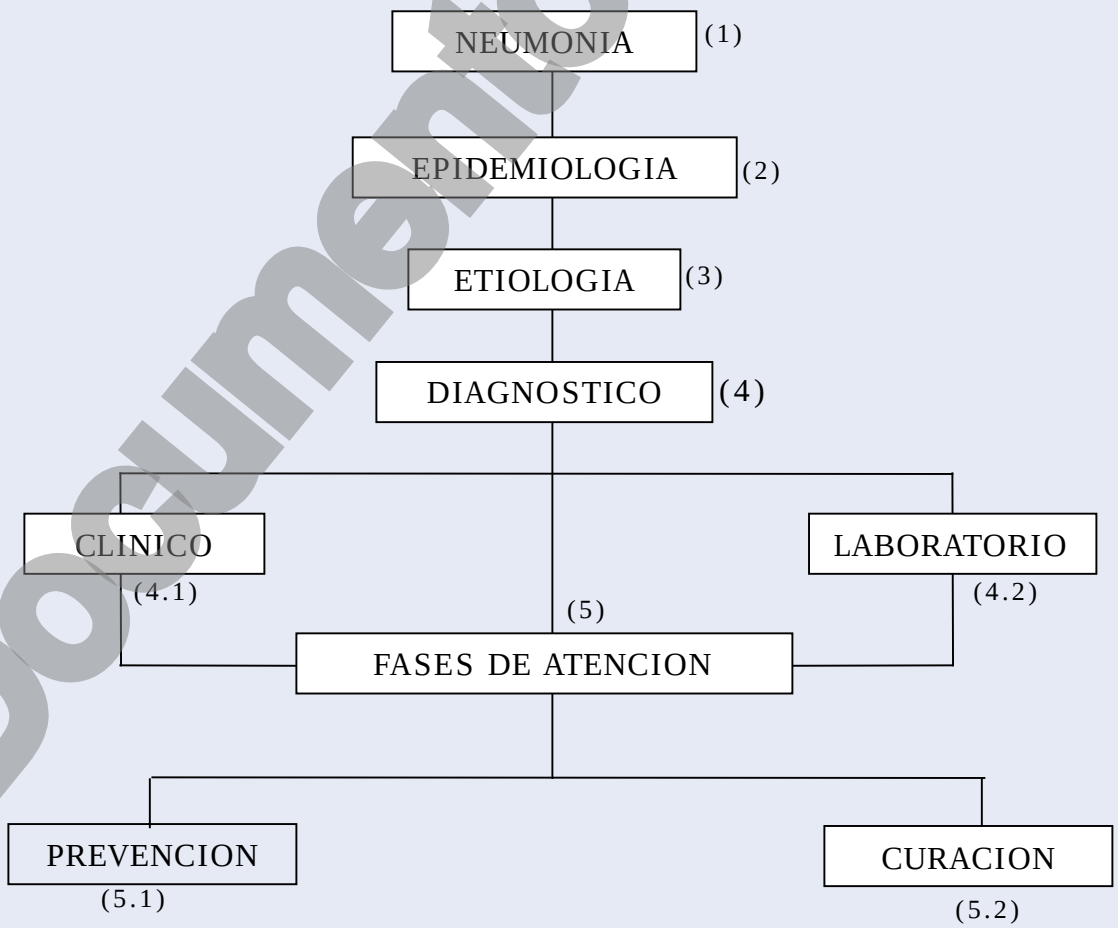
Documento Derogado

ANTIBIOTICO	DOSIS
Claritromicina 250 a 500 mg	1 tableta V.O. cada 12 horas por 10 días ó
Eritromicina 500 mg	1 tableta v.o. cada 6 horas por 10 días ó
Penicilina Procaínica	800,000 Unidades IM cada 12 horas por 10 días
Amoxicilina + Ácido Clavulánico 500 mg	1 tableta v.o. cada 8 horas por 10 días
Ampicilina Sulbactam 375 mg	1 tableta v.o. cada 12 horas por 10 días.

Evaluación en 48 horas. Si hay mejoría clínica referirlo al hospital de segundo nivel.

5.3 Rehabilitación

Educar a la familia y al adolescente sobre:
Continuar tratamiento en casa, alimentación adecuada según disponibilidad, evitar exposición al humo, polvo y otros contaminantes, educar sobre ejercicios respiratorios, evitar la ingesta de alcohol, evitar el tabaco, incorporación gradual a sus actividades, consulta inmediata a la reaparición de signos de peligro



Documento Derogado

ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

CAPITULO 11

DOLOR ABDOMINAL AGUDO

1. DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Dolor de aparición brusca y/o progresiva en un lapso menor de 48 horas, localizado o no, de intensidad variable, puede ser de origen infeccioso, inflamatorio, vascular, obstructivo, traumático o metabólico

2. CLASIFICACION:

De acuerdo a la intensidad del dolor se tiene la siguiente clasificación:

2.1 Leve: Pacientes cuyo dolor apenas interfiere en las actividades cotidianas. Se asocia con procesos benignos autolimitados como cuadros de diarrea, parasitosis, indigestión, estreñimiento.

En muchos casos no se logra identificar la causa, catalogándose como inespecífica. En otros tiene origen psicosomático pero este tipo de dolor tiende a comportarse como crónico.

2.2 Moderado
Es un dolor que interfiere con la rutina diaria. Puede acompañarse de signos de infección, enfermedad sistémica o de un proceso localizado:

- **Infeccioso:** Hepatitis, neumonía del lóbulo inferior (dolor reflejo por irritación del diafragma) enteritis bacteriana, faringitis por S. piogenes, enfermedad inflamatoria intestinal o pélvica.

- **Sistémico:** Síndrome hemolítico urémico (hematuria, síndrome disentérico, anemia e insuficiencia renal) neoplasias, drepanocitosis, traumatismo abdominal, fibrosis quística.

- **Localizado:** Como en la Enfermedad Ulcero-péptica o en la Esofagitis (dolor epigástrico, urente), otro ejemplo es la Adenitis Mesentérica.

2.3 Grave: El dolor cursa con compromiso del estado general y signos de peritonitis, puede ser de manejo médico o quirúrgico:

3. DIAGNOSTICO

3.1 Clínico:

- Pancreatitis aguda: caracterizada por dolor en banda irradiado a espalda, náuseas, vómitos, amilasas elevadas, leucocitosis y velocidad de sedimentación aumentada,

- Colecistis o colangitis: dolor tipo cólico localizado en hipocondrio derecho relacionado con la ingesta de grasa,

- Litiasis Renal: Dolor intenso irradiado a región inguinocrural, hematuria.

3.2 Quirúrgico:

- Apendicitis, absceso apendicular,
- Vólvulo: cursa con dolor abdominal, vómitos, distensión abdominal, heces sanguinolentas, masa abdominal palpable.

4. FASES DE ATENCION

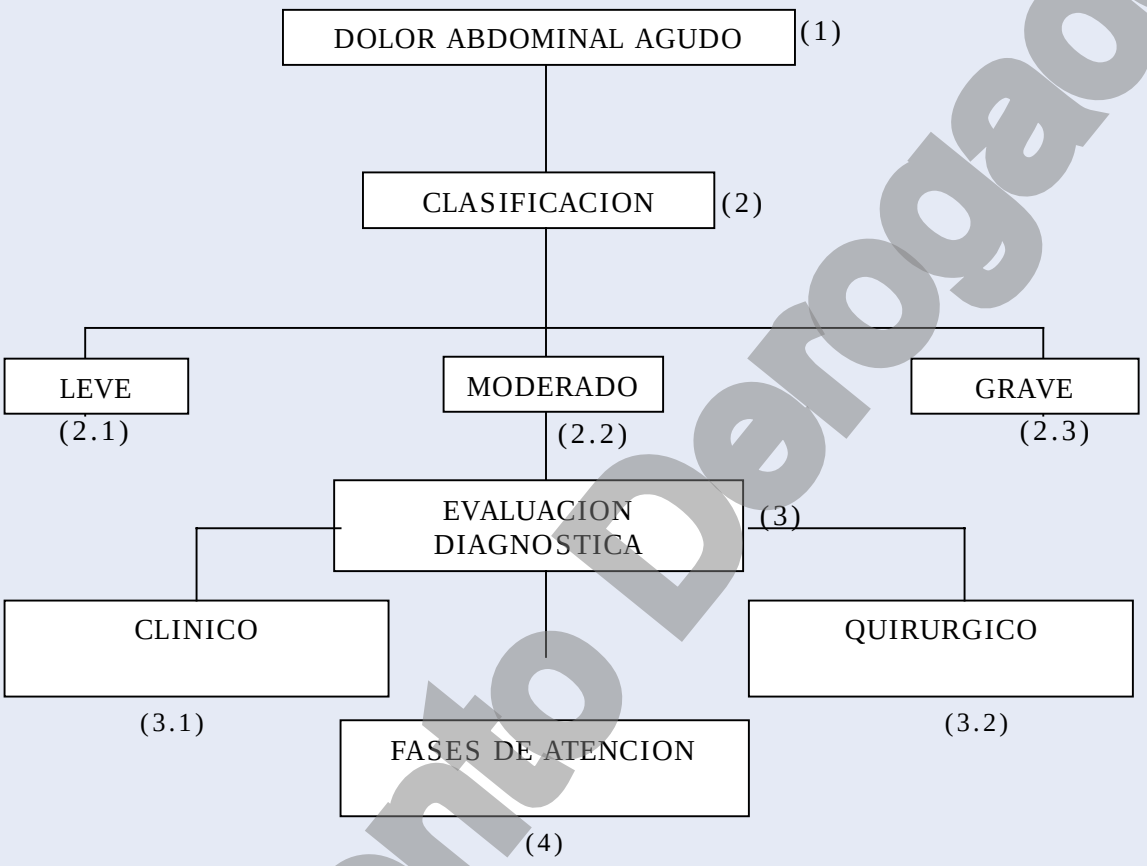
4.1 Curativo

El manejo del dolor abdominal dependerá de la causa por lo que hay precisar de la mejor manera el diagnostico más probable y por lo tanto el tratamiento más adecuado.

4.2 Criterios de Derivación:

A nivel primario se manejaran los dolores abdominales leves; deberán referirse al segundo nivel los dolores abdominales moderados o severos así como los que se consideren de manejo quirúrgico.

Documento Derogado



Documento Derogado

APENDICITIS AGUDA

1. APENDICITIS AGUDA

Inflamación del apéndice cecal vermiforme, generalmente aguda, que si no se diagnostica oportunamente evoluciona rápidamente hacia la perforación y la peritonitis

2. EPIDEMIOLOGIA

La apendicitis es la causa más común de dolor en el cuadrante inferior derecho.

En promedio un 7% de la población sufre de apendicitis en algún momento de su vida, afecta preferentemente a adolescentes y a adultos jóvenes y es más frecuente en el varón, ocurre con mayor frecuencia entre los 10 y 30 años de edad.

3. FISIOPATOLOGIA

El apéndice es un órgano pequeño y digitiforme de unos 10 cms, de longitud que se continúa con el ciego en sentido distal a la válvula ileocecal.

Se llena de materia fecal y se vacía con regularidad en el ciego. Debido a que a veces su vaciamiento es ineficaz porque su calibre interior es pequeño, el apéndice se obstruye con facilidad y es vulnerable a la infección.

4. DIAGNOSTICO

4.1 Clínico:

Se debe investigar inicio, frecuencia, tipo y localización del dolor.

Interrogar síntomas asociados con dismenorrea, vías urinarias, gastrointestinales y otros órganos. descartar embarazo ectopico

- Valorar estado general,
- Signos vitales,
- Localización del dolor y sus características,
- Signos de irritación peritoneal, como: rigidez del íleo psoas, dolor a la rotación externa del muslo, dolor a la palpación superficial y profunda y a la descompresión brusca.
- Signos de obstrucción intestinal como: distensión abdominal, disminución de ruido, vómitos o ausencia de evacuaciones

En la apendicitis los principales hallazgos consisten en dolor abdominal que comienza como calambres en la región periumbilical por la estimulación de las fibras del dolor visceral, al aumentar la inflamación, el dolor se localiza en el área subyacente al apéndice.

Entre los síntomas asociados están: fiebre, taquicardia, vómitos, pérdida del apetito, dolor directo de la palpación, signo de Mc Burney, signo de Bloomer y el signo de Blumberg o de rebote.

4.2 Laboratorio

- Hematología completa (elevación de leucocitos >10,000 a predominio de neutrófilos 75% o más)
- Examen general de orina, heces y cultivos,
- Velocidad de sedimentación globular (VSG),
- Amilasa, bilirrubina, transaminasas, glicemia, urea, creatinina.
- En adolescentes sexualmente activas practicar prueba de embarazo (para descartar embarazo ectópico)

4.3 Gabinete

El diagnóstico es eminentemente clínico y no están indicados los estudios de gabinete, salvo en caso de duda razonable y podría ayudar una radiografía abdominal o Ultrasonografía.

5. FASES DE ATENCIÓN

5.1 Prevención

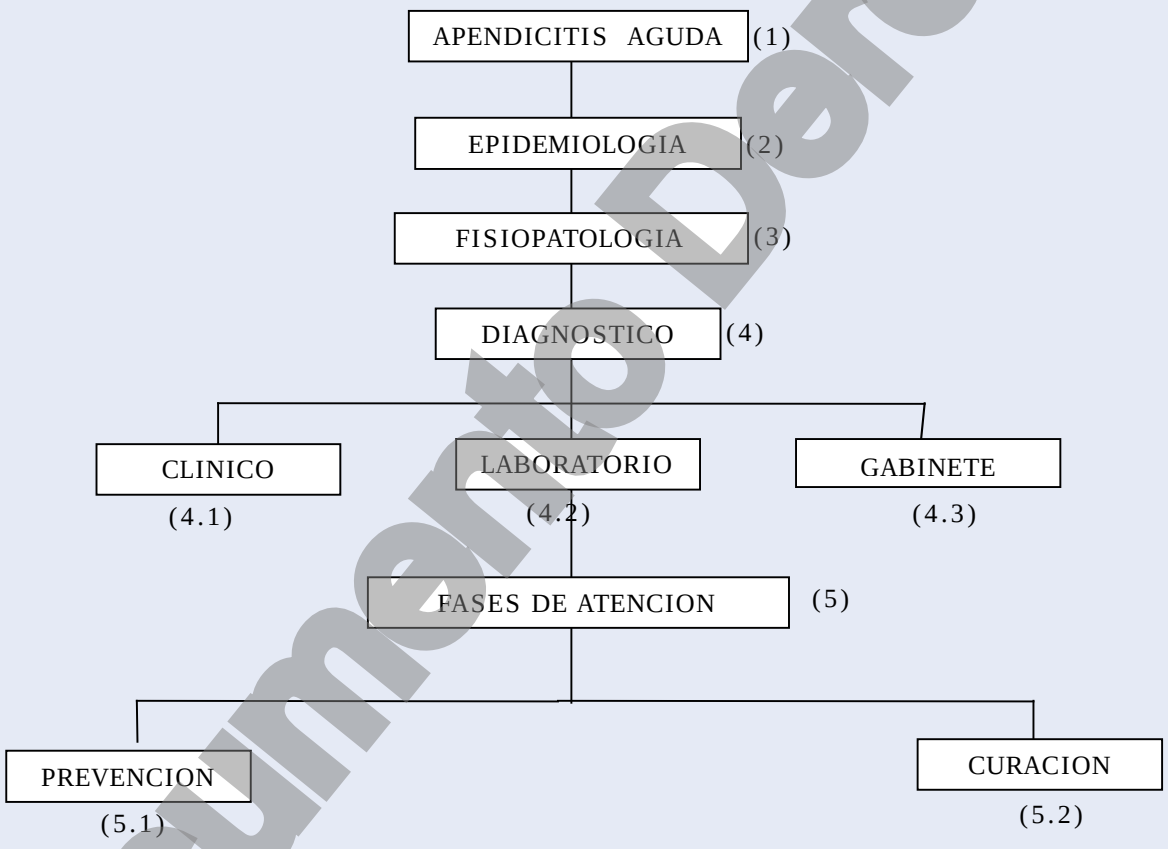
Educar al usuario (a) y familia sobre: Obligatoriedad de asistir al hospital al presentarse cuadro clínico, suspender la vía oral al iniciar dolor y seguir indicaciones médicas y brindar apoyo emocional.

Documento Derogado

5.2 Curación

Al diagnosticar apendicitis referir de inmediato para manejo hospitalario.

La Apendicectomía se lleva a cabo tan pronto como sea posible para reducir el riesgo de perforación, se puede realizar bajo anestesia general o epidural con incisión en la parte inferior del abdomen o por laparoscopía



Documento Derogado

DOLOR ABDOMINAL CRONICO O RECIDIVANTE

1. DOLOR ABDOMINAL CRONICO O RECIDIVANTE

Serie de episodios agudos de dolor que ocurren al menos una vez al mes durante tres meses.

2. ETIOLOGIA

Su origen puede ser orgánico, disfuncional o psicógeno con influencia de múltiples causas que interactúan agravando el cuadro, como:

- Tipo de personalidad,
- Emociones,
- Rutina y
- Hábitos de vida,
- El estrés.

Otras causas pueden ser:

- **Procesos infecciosos** o inflamatorios: enfermedades inflamatorias intestinal, ulcera péptica, pancreatitis recidivante, enfermedad hepatobiliar.

- **Procesos sistémicos**: neoplasias, infección de tacto urinario (pielonefritis), litiasis renal.

Otros procesos como reflujo gatroesofágico, fibrosis quística, epilepsia abdominal, drepanocitosis, porfiria, parásitosis intestinal, patología ginecológica.

3. CLASIFICACION

De acuerdo con la intensidad y el grado de afectación, se clasifica:

- Leve,
- Moderado y
- Severo

3.1 Leve

Presencia de dolor que puede interferir en las actividades habituales, pero no es incapacitante.

Puede presentar los siguientes signos de **Alteraciones Disfuncionales:**

- Diarrea y/o estreñimiento,
- Calambres o cólicos.,
- Flatulencia, respiración bucal,
- La distensión colónica que produce el espasmo intestinal le ocasiona dolor referido a región periumbilical e hipogastrio.

Generalmente es debido a estreñimiento y si lo hay descartar sus posibles causas: hipotiroidismo, uso de fármacos, dieta inadecuada.

Tratarlo mediante cambios en la dieta, ingesta abundante de agua o medicamentos si persiste valorar posibles causas psicógenas.

Otra posible causa es la Intolerancia a la lactosa por lo que hay que evaluar antecedentes de cólicos infantiles, flatulencia y diarrea que aparecen inmediatamente después de ingerir productos lácteos.

Si se tienen antecedentes familiares positivos, realizar pruebas de tolerancia a la lactosa.

Causas Psicógenas: Casos en los cuales no se presentan signos de alteración disfuncional generalmente son pacientes con autoestima baja, personalidad variable, pocos amigos, con incapacidad y dificultad para adaptarse a los cambios y con problemas escolares.

3.2 Moderado

Dolor que interfiere sus actividades habituales,

3.3 Severo

Dolor incapacitante que impide la deambulación,

Los pacientes pueden presentar signos de:

- Obstrucción intestinal intermitente.

Documento Derogado

- Pancreatitis recidivante o pseudoquiste, pancreático,
- Obstrucción intestinal parcial,
- Perforación de ulcera péptica, enfermedad inflamatoria intestinal,
- Neoplasias malignas,
- Patología gineco-obstétrica,
- Bridas post operatorias.

4. DIAGNOSTICO

4.1 Clínico

- Investigar sobre el comienzo la frecuencia, intensidad, el patrón y la localización del dolor,
- Identificar manifestaciones gastrointestinales asociadas: cólicos en la infancia, intolerancia a la lactosa, cuadros diarreicos, evacuaciones explosivas, flatulencia, estreñimiento ,
- Extraintestinales como: fiebre, exantema, pérdida de peso, artritis hematuria, polaquiuria, disuria.
- Establecer si el dolor se acompaña de síntomas vegetativos inespecíficos (cefalea, dolor en extremidades, palidez, sudoración) asociados a litiasis renal o vesicular.
- Determinar interferencia con el nivel funcional de afectividad y ansiedad
- Determinar si hay relación con enfermedad ácido-péptica, migraña, enfermedad familiar metabólica, diabetes, fibrosis quística del páncreas.

4.1.1 Examen físico

Debe evaluarse crecimiento y desarrollo, estado nutricional y realizar una evaluación abdominal detallada.

Buscar signos de enfermedad crónica, alteraciones psicoafectivas

4.2 Laboratorio y Gabinete

De acuerdo a la sospecha clínica: Practicar los siguientes exámenes:

- Hematología completa, VSG (velocidad de sedimentación globular), glicemia, creatinina, bilirrubina, transaminasas amilasas,
- Examen general de orina y urocultivo,
- Análisis coproparasitológicos, sangre oculta en heces.

- Según la condición específica: RX de abdomen simple de pie, Rx contrastada, ecografía abdominal TAC, RMN (resonancia magnética nuclear), endoscopía y en casos necesarios, laparoscopía diagnóstica.
- En las adolescentes con vida sexual, debe efectuarse prueba de embarazo y descartar enfermedades de transmisión sexual que predisponen a enfermedad inflamatoria pélvica

5. FASES DE ATENCION

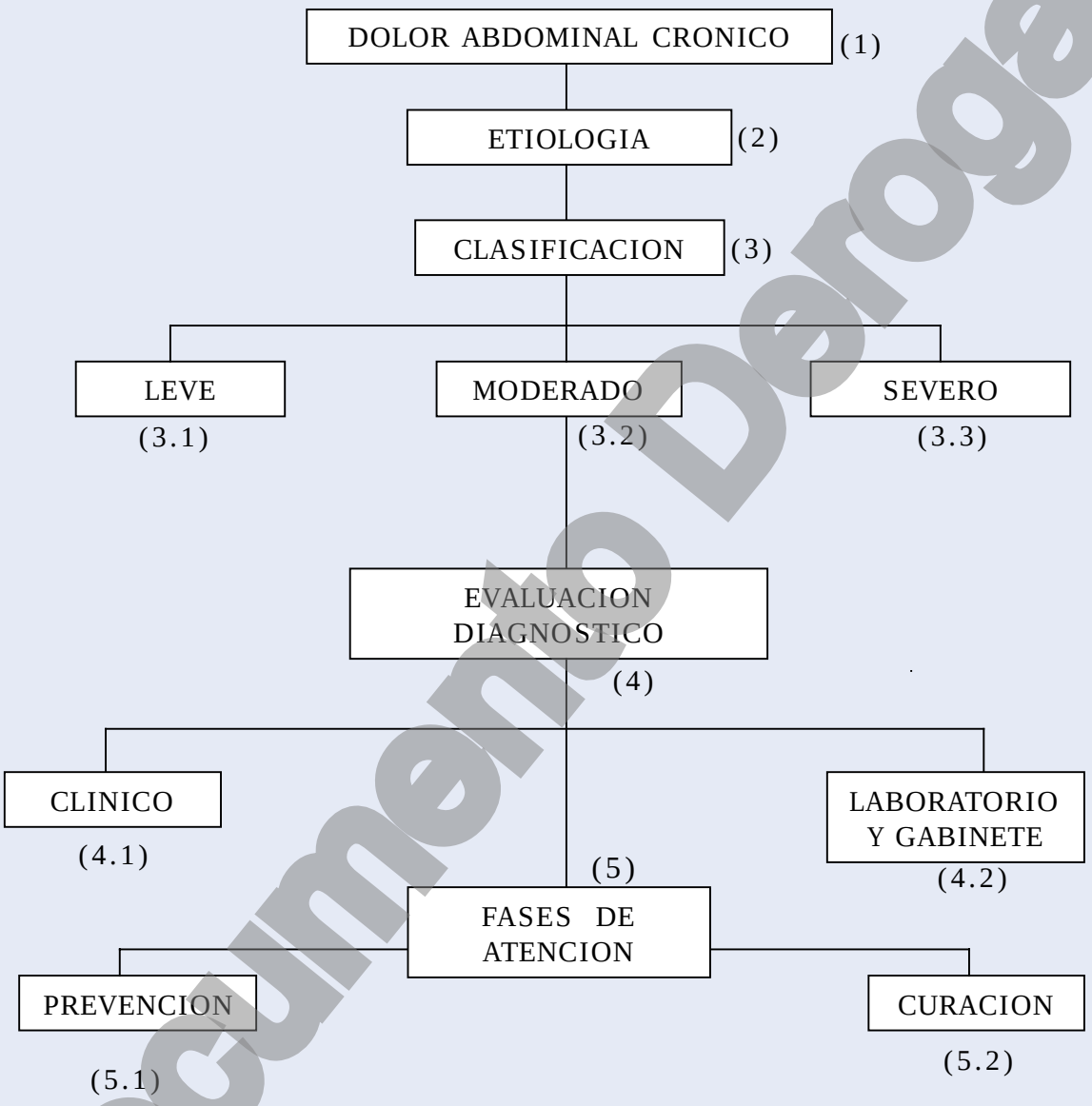
5.1 Prevención

Cambio en los hábitos de vida y de alimentación, apoyo emocional, referencia al especialista cuando se descubra etiología orgánica que requiera un nivel de mayor complejidad.

5.2 Curación

Referencia a Hospitales de Segundo y/o de Referencia Nacional para tratamiento médico y/o quirúrgico de acuerdo a la etiología diagnosticada.

Documento Borrador



Documento Derogado

HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL

1. HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL

Es una procidencia anormal del tejido intraabdominal de toda una víscera hueca o de una parte de la misma a través de un defecto o abertura de la aponeurosis.

2. EPIDEMIOLOGIA

75% de las hernias ocurren en la región inguinal (inguinal directa, inguinal indirecta y femoral), 10% son incisionales o ventrales., 3% de tipo umbilical y el 12% a otro tipo de Hernias

3. ETIOLOGÍA

Una masa herniaria está compuesta por lo general de tejidos de cubierta (piel, tejido subcutáneo, etc), un saco peritoneal y cualquier víscera contenida.

Todas las hernias de la pared abdominal consisten en un saco peritoneal que sale a través de un defecto o una debilidad de las capas musculares del abdomen. El defecto puede ser congénito o adquirido.

Casi todas las hernias inguinales en lactantes, niños, adolescentes y adultos jóvenes son del tipo inguinales indirectas que ocurren en un saco preformado congénito. Como contraste, las hernias inguinales directas se adquieren como resultado de una debilidad desarrollada de la aponeurosis del músculo transverso en la zona de Hesselbach.

4. CLASIFICACION

- Hernias inguinales indirectas y directas.
- Hernia inguinal por desplazamiento.
- Hernia femoral.
- Hernia umbilical.
- Hernia epigástrica.
- Hernia incisional (ventral).
- Hernia de Littré.
- Hernia de Spiegel.
- Hernia lumbar o dorsal.

5. DIAGNOSTICO

5.1 Antecedentes

- La mayoría de las hernias no producen síntomas o si existen son mínimos, hasta que la persona nota una masa o hinchazón sobre alguna área de la pared abdominal. Frecuentemente las hernias son detectadas en el curso del examen físico sistemático.

- A medida una hernia se agranda, es más probable que produzca una sensación de malestar o de dolor y la persona considera que debe acostarse para reducir manualmente su hernia.

- En general, las hernias inguinales directas producen menos síntomas graves que las indirectas y es menos probable que se incarceren o estrangulen.

- La hernia umbilical será evidente como una masa a ese nivel, generalmente produce pocas molestias al igual que las epigástricas.

- Las hernias femorales son notablemente asintomáticas hasta que ocurre incarceramiento o estrangulación. Inclusive en presencia de complicaciones la persona percibe más molestias en el abdomen que en la región inguinal misma.

- La mayoría de las hernias epigástricas no causan dolor y se encuentran en un examen abdominal usual, y se reconoce como una procidencia a través de la línea alba por arriba del ombligo. Cuando hay síntomas varían desde el dolor epigástrico leve e hipersensibilidad hasta el dolor epigástrico profundo ardoroso, con irradiación a espalda o a los cuadrantes inferiores del abdomen.

Documento Derogado

Puede presentarse meteorismo abdominal.

5.2 Clínico
El examen de la ingle muestra una masa que puede reducirse o no. Es necesario explorar el área con el paciente en decúbito dorsal y de pie, solicitando que haga esfuerzo o simule una tos, ya que quizá sea difícil demostrar hernias pequeñas.

La hernia femoral: puede presentar toda una gama de formas, si es pequeña y no complicada, se presenta como una pequeña protuberancia en la parte alta medial del muslo, justo por debajo del ligamento inguinal.

La hernia umbilical: se evidencia como una masa en el arco superior del anillo. A menudo tiene aspecto lobulado.

La hernia epigástrica: la masa es palpable, a menudo puede confirmarse por cualquier maniobra que aumente la presión intraabdominal y que provoque que la masa herniaria haga procidencia anteriormente. Es difícil hacer el diagnóstico en presencia de un abdomen obeso, que impida la palpación de la masa.

La hernia incisional: se identifica por la presencia de una cicatriz asociada.

5.3 Laboratorio y gabinete
No hay estudios diseñados para tal fin y en casos difíciles probablemente solo se realicen para descartar patologías del diagnóstico diferencial, no existe una indicación precisa para la herniografía. Estos estudios se requieren únicamente como requisitos preoperatorios una vez se ha establecido el diagnóstico preciso.

6. FASES DE ATENCIÓN

6.1 Prevención

El objetivo principal del tratamiento quirúrgico es evitar la aparición de complicaciones como:

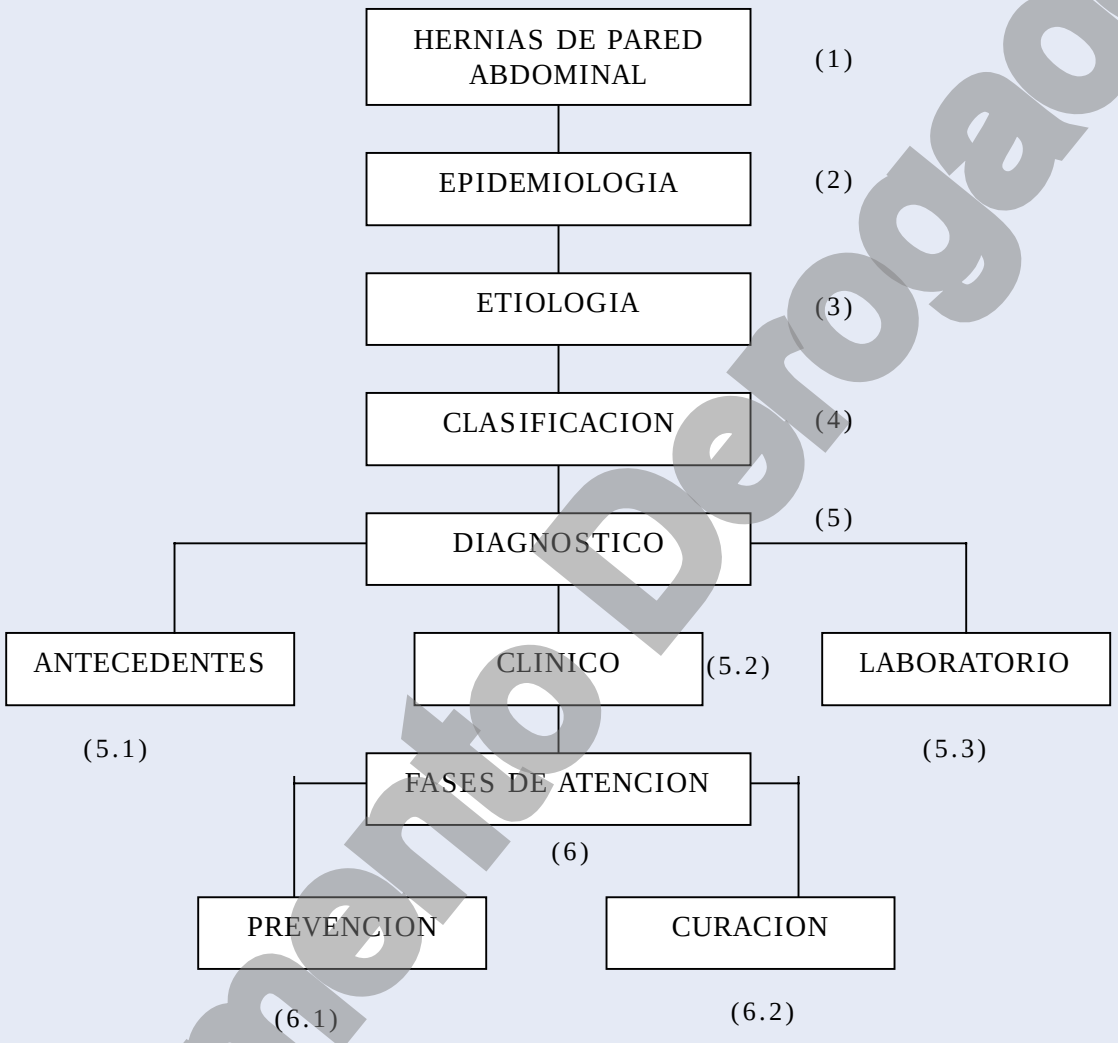
- Incarceración.
- Estrangulación.
- Perforación intestinal.
- Peritonitis secundaria, etc.

6.2 Curación

El tratamiento quirúrgico esta plenamente indicado en todos los pacientes a quienes se les diagnóstica una hernia y debería hacerse sin retardo.

La excepción es la hernia umbilical, que se interviene quirúrgicamente, después de los cinco años de edad, dándole oportunidad de cierre espontáneo.

Documento Derogado



Documento Derogado

PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADAS CON LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTANEO

CAPITULO 12

ACNE

1. ACNE

Enfermedad inflamatoria crónica de la unidad pilo sebácea, que afecta la piel de la cara, tronco y espalda

2. EPIDEMIOLOGIA

Es una infección frecuente en los/as adolescentes

3. ETIOLOGIA

Es de origen multifactorial, debido a la producción de sebo por acción hormonal androgénica, queratinización anormal, proliferación del *propionibacterium acnes* y organismos anaeróbicos.

Puede también presentarse posterior a procesos inflamatorios debido a la liberación de mediadores proinflamatorios o después de administrar vitaminas del complejo B parenterales u orales.

4. CLASIFICACION

4.1 Leve: Acné no inflamatorio, comedones (puntos negros o blancos), hasta 10 lesiones, piel grasosa.

4.2 Moderado: Acné inflamatorio, se encuentran comedones pápulas y pústulas ocasionales: presencia de 10 a 12 lesiones en un lado de la cara.

4.3 Severo: Acné inflamatorio nódulo quístico.

5. DIAGNOSTICO

5.1 Clínico

En la historia Clínica investigar:

- Antecedentes familiares de acné,
- Antecedentes personales de acné, momento de aparición y su relación con la pubertad.
- Antecedentes personales de acné neonatal,
- Hábitos higiénicos,
- Producción excesiva de sebo, seborrea de cuero cabelludo,
- Uso de productos acondicionantes del cabello que favorecen la producción de grasa,
- Ingesta de medicamentos,
- Exposición excesiva al sol, radiaciones,
- Tipo de trabajo por el contacto con irritantes químicos como los compuestos hidrocarbónicos (gasolineras),
- Antecedentes de enfermedades y estrés,
- Investigar afectación de su imagen corporal y su repercusión psicosocial.

5.2 Laboratorio

Esta indicado solamente en mujeres con signos de hiperandrogenismo, hirsutismo, distribución anormal del vello corporal, irregularidades en el ciclo menstrual, ovario poliquistico, en algunos de los casos de obesidad.

6. FASES DE ATENCION

6.1 Prevención:

- Investigar antecedentes o presencia de acné en los padres,
- Promover medidas higiénicas como aseo facial dos veces al día con jabones suaves sin frotar para no causar irritación.

Documento Derogado

● Usar toallas de uso personal limpias y suaves para el secado de la cara, usar sobrefundas limpias.

●Evitar el contacto de las manos con la cara.

● Evitar el uso permanente de gorras y productos favorecedores de la producción de grasa del cuero cabelludo, evitar cosméticos comedogénicos.

● Educación acerca del manejo del estrés (ver guía de salud mental).

6.2 Curación

TRATAMIENTO	DOSIS
Tetraciclina 500 mg	1 cápsula vía oral 2 veces al día
Vitamina A	50,000 Unidades vía oral cada día
Jabón antiseborreico	Lavado de cara 2 veces al día
Loción de resorcina 3% (formula magistral), o	Aplicar por la noche en el área afectada a dosis respuesta
Loción de Eritromicina al 2%	

6.2.1 Consejería

Es muy importante promover una alimentación adecuada, explicar al paciente y a la familia acerca del acné como una condición crónica que puede persistir por muchos años y que puede tener repercusión psicológica.

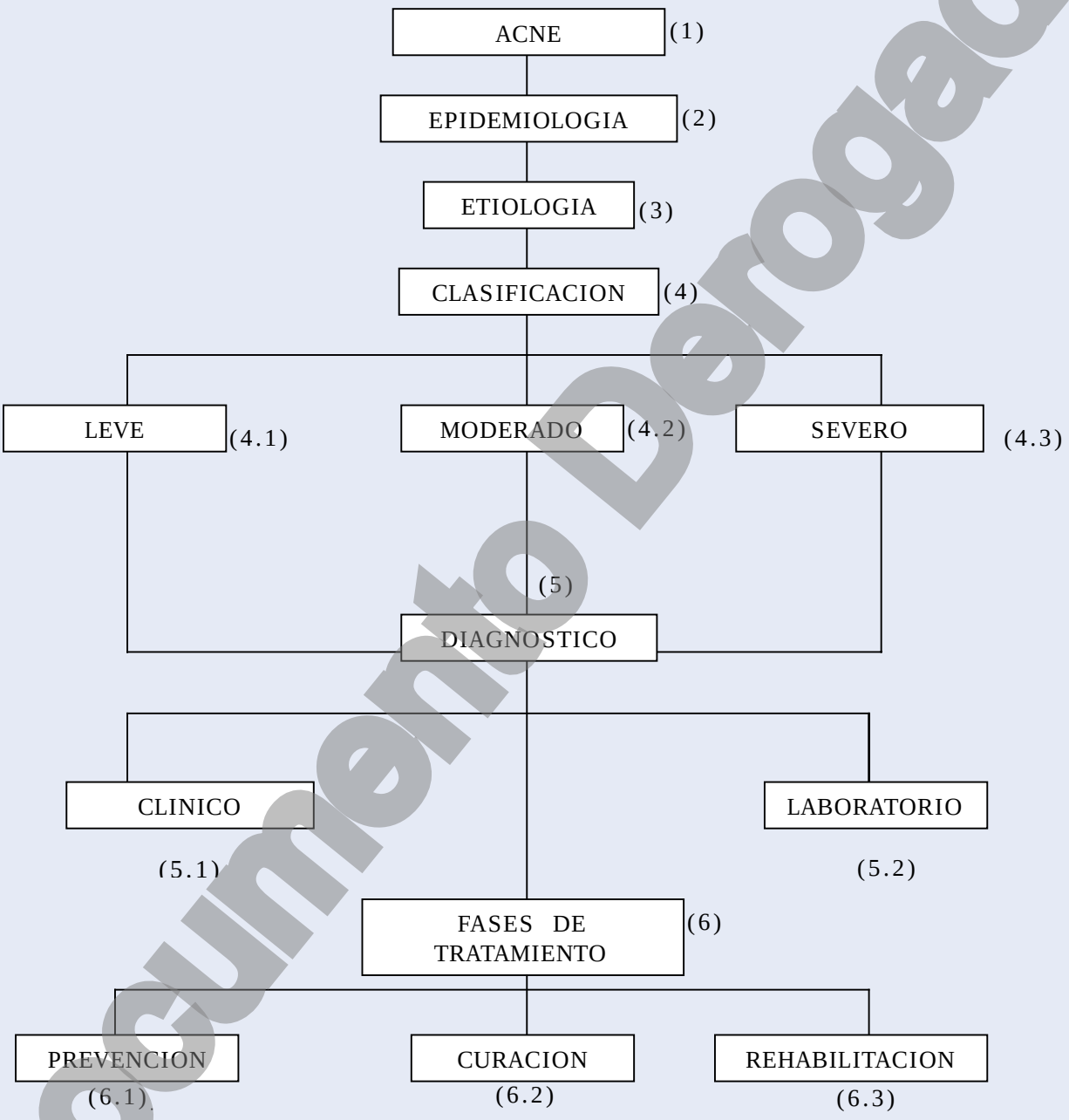
Se debe explicar muy bien el tratamiento, los efectos secundarios y la duración del mismo que puede durar hasta un año y que se puede requerir cambiar el medicamento, enfatizar la individualidad del tratamiento y que la respuesta no es igual para todos.

Es importante reafirmar las medidas higiénicas de la piel de la cara, usar jabones antiseborreico, alimentación adecuada, evitar estreñimiento, apoyo psicológico, control del stress.

6.3. Rehabilitación

Seguimiento del usuario mantener medidas higiénicas y de alimentación.

Documento Derogado



Documento Derogado

MICOSIS SUPERFICIAL

1. MICOSIS SUPERFICIALES

Cualquier enfermedad producida por hongos que afectan la piel y sus apéndices (uñas y pelos), la mas común es la tiña que afecta cabeza, región inguinal, pies y uñas. Los hongos habitan en la queratina de la uñas, de la piel y pelos.

2. EPIDEMIOLOGIA

Según la literatura mundial la dermatofitosis es más frecuente en adultos con una incidencia similar para ambos sexos, aunque según la práctica clínica es mayor en el sexo masculino.

En los datos del MSPAS se da con mayor frecuencia en el grupo de 10 a 14 años y se encuentra entre las cinco primeras causas de consulta ambulatoria para el año 2001., es común en todos los rangos y estratos sociales.

3. ETIOLOGIA

Infecciones producidas por hongos, de la especie pitiriasis versicolor, que es la forma micelial del pitiriospurum orbiculares, dermatofitosis por dermatofitos de los géneros microsporum, epidermophyton, trichophiton y las candidiasis.

3.1 Forma de Transmisión:

Por contacto directo de la piel infectada, a piel sana más común entre deportistas por ejemplo en la pitiriasis versicolor y en la dermatofitosis se da por contacto con superficie contaminada, uso de calzado contaminado, así como prendas de vestir.

3.2 Período de Incubación:

En la pitiriasis versicolor se da entre 2 a 4 días, manifestándose al exponerse a radiación ultravioleta y para la dermatofitosis de inmediato.

4. DIAGNOSTICO

4.1 Clínico

Se realiza mediante observación del tipo de lesión:

4.1.1 Pitiriasis versicolor:

- Maculas hipocrómicas con limites bien definidos de diferente forma y tamaño,

- Las lesiones se encuentran localizadas en su inicio en áreas de sudoración como en la parte superior del tórax, espalda, cara, cuello, axilas y extremidades

- Es asintomático, a la iluminación con la luz de wood las lesiones se observan de color anaranjado amarillento.

4.1.2 Dermatofitosis:

- Presentan prurito, excoriación de la zona afectada, eczema agudo y sub- agudo e hiperqueratosis.

- Lesiones redondeadas y ovaladas policiclicas, escamosas con bordes inflamados, circinados, la zona central de la lesión se observa aparentemente sana.

- En los pies producen pequeñas vesículas que con frecuencia se contaminan secundariamente con bacterias produciendo picor y descamación y maceración interdigital; conocido como pie de atleta

4.2 Laboratorio

Examen o estudio micológico de la lesión más examen directo micológico con hidróxido de potasio (KOH) y cultivo micológico

5. FASES DE ATENCION

5.1 Prevención:

- Orientar al adolescentes y su familia sobre: hábitos de higiene de calzado adecuados, mantener secos los pies y el calzado.

- Uso de antitranspirantes, uso de ropa de algodón, uso de ropa holgada y cambio diario, asoleado de calzado especialmente en su interior (horario 12 m a 2 PM.

Documento Derogado

● Mantener secas las superficies corporales, uso personal de utensilios cosméticos.

● No intercambiar prendas de vestir, lavado de ropa separada del resto de la ropa de familia, uso de zapatos ventilados y de cuero

6.2 Curación

Realizar historia clínica, tomar signos vitales, llenado de ficha de situación de salud.

6.2.1 Para dermatomicosis:

● Cremas antimicoticas por 15 días como: clotrimazol, miconazol,Terbinafina o ketoconazol 2 veces al día.

● Antihistamínico de corta acción: clorferamina 4 mg 1tableta tres veces al día

● Aseo con agua y jabón

● Recomendar: Asolear todo calzado haciendo énfasis en su interior.

● Tratamiento sistémico es necesario en las tiñas del cuero cabelludo, de uñas o muy diseminadas en el cuerpo. Griseofulvina 500mg diarios, Ketoconazol 200mg diarios, Itraconazol 100mg diarios, Fluconazol 150 mg cada semana. La duración es a dosis respuesta.

6.2.2 Tratamiento para Pitiriasis Versicolor:

Tópico:

● Solución Saturada de Hiposulfuro de Sodio por la noche (formula magistral),

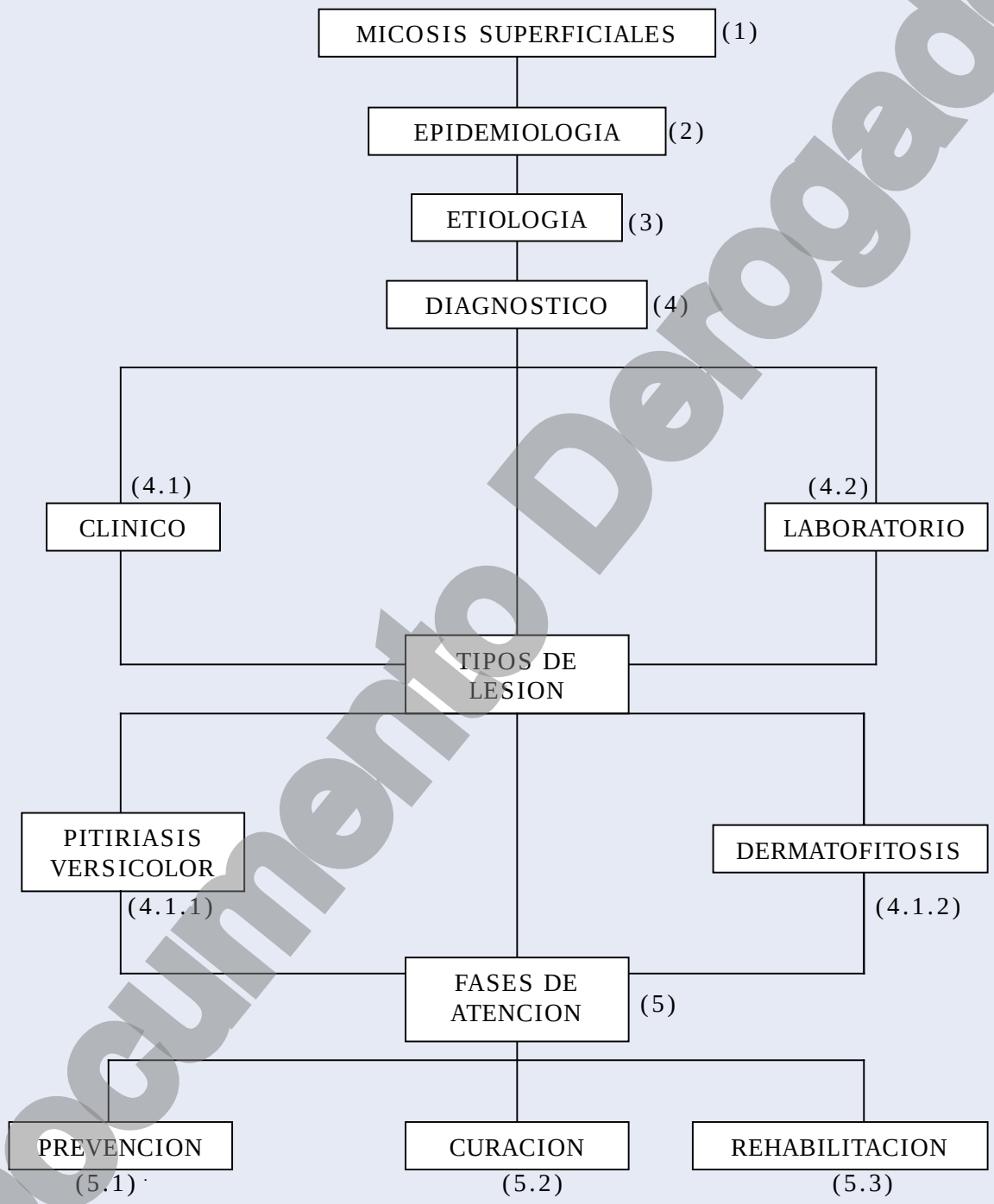
● Tintura de Whitfield (formula magistral) por la mañana después del baño diario,

● Recomendar baño diario con shampoo de ketoconazol

6.3 Rehabilitación

Hacer énfasis en hábitos de higiene personal, uso adecuado de calzado, tomar pruebas hepáticas a los 3 meses de tratamiento, control a las cuatro u ocho semanas según el caso, identificación y manejo de contactos

Documento Derogado



Documento Derogado

ESCABIOSIS

1. ESCABIOSIS

Infestación parasitaria de la piel

2. EPIDEMIOLOGIA

La Escabiosis es endémica en muchos países en desarrollo afecta a personas de todos los niveles socioeconómicos, sin distinción de raza o normas de higiene personal, aunque la atribuyen a la pobreza y hacinamiento

3. ETIOLOGIA

Es producida por Sarcoptes Scabiei un ácaro conocido como piojo del cuerpo

3.1 Modo de Transmisión: Se hace por contacto directo con la piel infestada, también puede adquirirse durante las relaciones sexuales, por la ropa interior y de cama contaminada.

3.2 Período de Incubación: De 2 a 6 semanas antes de la aparición de prurito en las personas sin exposición previa al ácaro, las personas que han estado infestadas, anteriormente manifiestan síntomas de uno a cuatro días después de la nueva exposición.

3.3 Período de Transmisibilidad: Persiste mientras no se destruyan los ácaros y los huevos por medidas adecuadas.

4. DIAGNOSTICO

4.1Clínico:

- Pápulas decapitadas usualmente en áreas como axilas, caderas peri umbilical, inguinocrural, muñecas interfalanges y área mamaria,
- frecuentemente habrá otro miembro de la familia infestado y con los mismos síntomas.
- Se presenta prurito y algunas veces las lesiones se impetiginizan

4.2 Laboratorio

Hemograma, Raspado de lesión para la observación directa del ácaro al microscopio de luz.

5. FASES DE ATENCION

5.1 Prevención:

Educar a la población y comunidad sobre modo de transmisión, asistencia médica oportuna, hacer énfasis en la higiene personal diaria, evitar contacto con animales domésticos, baño con agua fría, evitar contacto con personas infectadas, fumigación de todas las áreas de la casa: paredes, piso, cama, otros.

5.2 Curación

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	DOSIS
Clorfeniramina 4mg	1 tableta v.o. 3 veces al día
Benzoato de Benzilo o Crotamitón al 10 o 20%	Aplicar en todo el cuerpo excepto cabeza y cara por 4 noches continuas, suspender por 8 días y repetir otras 4 noches.

Educación al paciente:

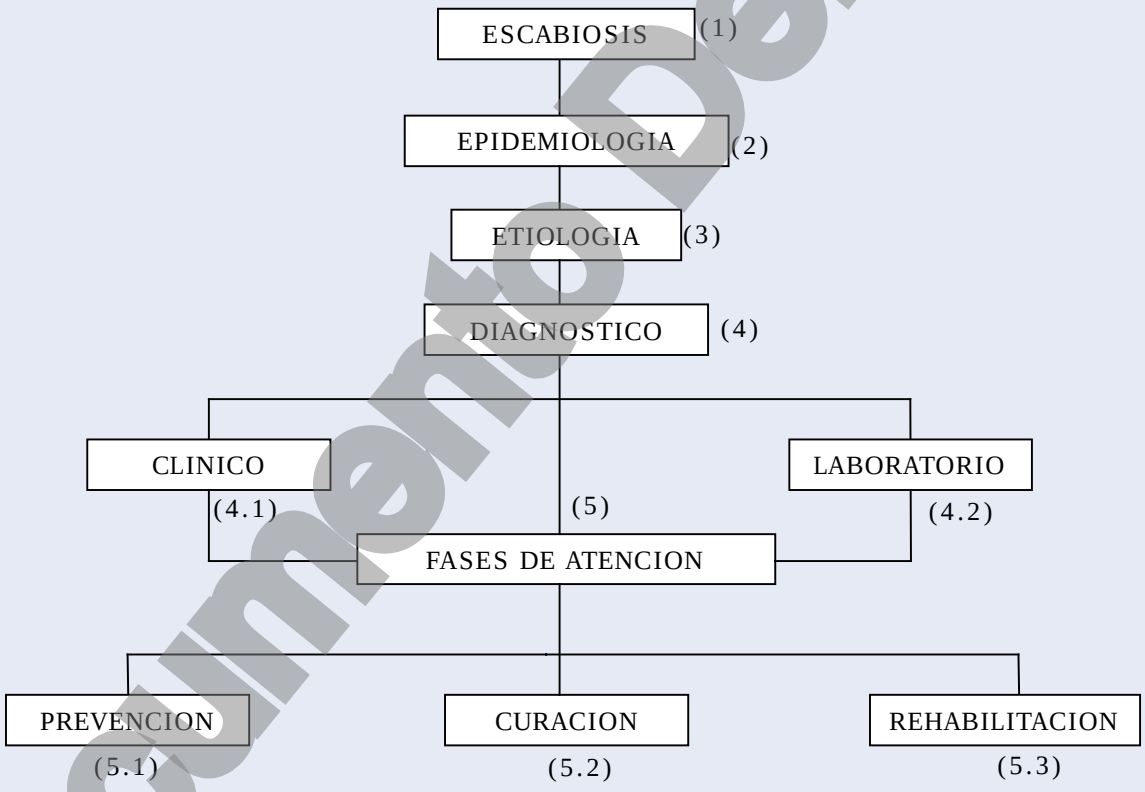
Debe recomendarse

- Usar para el baño jabones azufrados,
- Hidrocortisona 1% en áreas de lesiones 2 veces al día (cuando no se esté usando la loción acaricida)
- Hervir diariamente prendas de vestir y ropa de cama,

Documento Delegado

- No rascarse la piel,
- Corte completo de uñas,
- Identificar contactos y aislamiento durante 24 horas después del comienzo,
- Notificación a las autoridades de salud,
- Aislamiento: debe excluirse de las escuelas y sitios laborales

5.3 Rehabilitación:
Orientar al adolescente y familia sobre: forma de transmisión de la escabiosis, lavado de ropa separada del resto de la familia, práctica de hábitos higiénicos: baño diario, cambio de ropa, otros, visita familiar por trabajadores de salud



Documento Derogado

DERMATITIS

1. DERMATITIS

Es un trastorno inflamatorio de la piel

2.EPIDEMIOLOGIA

Se da en cualquier grupo etáreo, muy frecuente en adolescentes y en ambos sexos

3. ETIOLOGIA

Puede producirse por un alergeno, una enfermedad, parasitismo

4. DIAGNOSTICO

4.1 Clínico:
- Eritema,
- Dolor
- Prurito
- Vesículas,
- Descamación
- Edema.

4.2 Laboratorio
Biopsia y estudio histopatológico, prueba cutáneas, hemogramas

5. FASES DE ATENCION

5.1 Prevención
Orientar a la familia y a adolescentes sobre: Higiene personal adecuada, lavado de zona expuesta con agua y jabón de preferencia neutro, baño diario y cambio de ropa, no automedicarse

5.2 Curación:
Realizar historia clínica, toma de signos vitales, llenado de ficha de salud

Primer Nivel:

- Administrar un antihistamínico de corta acción: clorferinamina 4 mg cada 8 horas por 3 días dosis repuestas, crema de hidrocortisona al 1% cada 12 horas por 3 a 8 días dosis repuesta,
- Medidas Generales: Investigar contactos de la fuente que genero la dermatitis.
- Se recomienda el baño diario y cambio de ropa,
- Brindar consejería sobre hábitos higiénicos e importancia de cumplir el tratamiento.

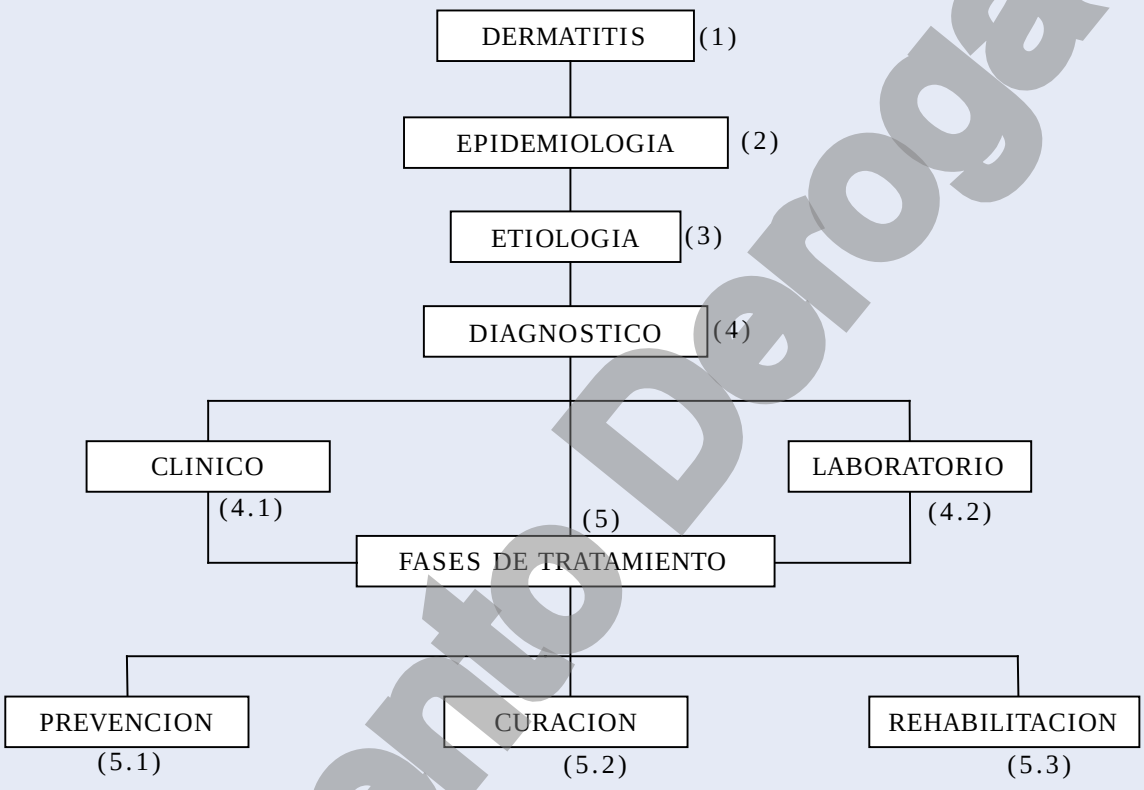
Segundo Nivel:

- Antihistamínicos: **Clorferamina 4 mg cada 8 horas ó Loratadina 10mg cada día**
- Esteroides vía oral: **Prednisona 5 mg cada 6 horas por 5 a 10 dñías**,
- Si no hay respuesta adecuada al tratamiento referirlo a tercer nivel

5.3 Rehabilitación:

Orientar a adolescente y a la familia sobre: Hábitos de higiene adecuada (baño diario, cambio de ropa etc.), identificar la causa que provocó la dermatitis y evitar nuevos contactos, cumplimiento del tratamiento médico, no automedicarse

Documento Bercado



Documento Derogado