



MINISTERIO SALUD  
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN  
DIRECCION GENERAL

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN  
DR. CARLOS CHAVEZ ASCON  
Jefe de Dpto. de Serv. Médicos  
C.M.P. N° 11669 R.N.E. N° 6158



N° 161 A-DG/HHV-2012

## Resolución Directoral

Santa Anita, 23 de Agosto del 2012.

Visto el Expediente 12 MP-010673-00 y Memorando N° 138-SDG-HHV-12; sobre "Guía de Práctica Clínica Medicina Interna" del Departamento de Servicios Médicos, del Hospital Hermilio Valdizán;

### CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842 – Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Memorando N° 135-12-DSM-HHV, de fecha 09 de Agosto del 2012, el Jefe del Departamento de Servicios Médicos, remite la respectiva Guía de Práctica Clínica - Medicina Interna a la Dirección Adjunta del Hospital para su revisión y aprobación mediante la respectiva resolución;

Que, el Departamento Servicios Médicos, tiene entre sus objetivos funcionales : Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica integral, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz; asimismo, establecer el marco normativo para estandarizar la metodología en cuanto a sistematizar recomendaciones acerca de un problema clínico específico con el cual vienen los pacientes a nuestra institución y de esta manera facilitar el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud;

Que, según lo expuesto, se hace necesario aprobar la presente guía de Práctica Clínica, que tendrá como ámbito de aplicación a todos los Departamentos, áreas, servicios y unidades que tengan relación con la parte asistencial; por cuya razón es pertinente expedir el respectivo acto resolutivo;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 11º inc. c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Hermilio Valdizán", aprobado por R.M. N° 797-2003-SA/DM; y, contando con la visación del Jefe del Departamento de Servicios Médicos y Dirección Adjunta;

### SE RESUELVE:

**Artículo Primero.** - APROBAR la "Guía de Práctica Clínica de Medicina Interna" del Hospital Hermilio Valdizán, la misma que forma parte de la presente Resolución y que incluye el procedimiento de atención de las siguientes enfermedades:

- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus
- Asma Bronquial
- Conjuntivitis
- Infección del Tracto Urinario en Adultos
- Faringoamigdalitis Aguda
- Enfermedad Diarreica en Adultos
- Dermatomicosis

**Artículo Segundo.** - El Jefe del Departamento del Servicio de Médicos, será el responsable de la difusión e implementación de la Guía que se aprueba con la presente Resolución.

**Artículo Tercero.** - La Guía aprobada será publicada en la Página Web del Hospital Hermilio Valdizán

Regístrese y Comuníquese,

Distribución:  
SDG  
DSM  
OAJ  
INFORMATICA

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN  
D. RAFAEL NAVARRO CUEVA  
Director General  
S.M.P. 4598 - REC. SSP: 11



# GUIAS DE PRÁCTICA

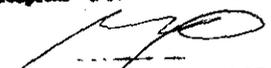
## CLINICA

### MEDICINA INTERNA

#### HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

2012

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Hermilio Valdizan

  
DR. CARLOS CHAVEZ ACOSTA  
Medicina Interna  
G.M.P. 1966



## INTRODUCCION:

El Departamento de Salud de Medicina Interna en cumplimiento de su función como órgano de apoyo de la misión y visión de la institución, es decir dar atención integral en salud mental.

Para esto creemos que es necesaria e imprescindible la elaboración de "guías de práctica clínica". Las cuales constituyen una norma técnica eficaz para estandarizar los actos de procedimientos médicos, facilitando la toma de decisiones a la elección de una intervención basada en la mejor evidencia científica existente en nuestro departamento.

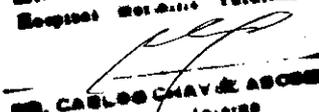
Las guías de práctica clínica establecen la metodología para su desarrollo, el ámbito de aplicación, las responsabilidades en su difusión e implementación.

## OBJETIVOS:

Establecer el marco normativo, para estandarizar la metodología en cuanto a sistematizar recomendaciones acerca de un problema clínico específico con el cual vienen los pacientes a nuestra institución y de esta manera facilitar el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud.

## ALCANCE:

Nuestras guías de práctica clínica deben de tener un ámbito de aplicación que abraque a todos los departamentos, áreas, servicios y unidad que tengan que ver con la parte asistencial de nuestra institución.

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital General Valdezán  
  
DR. CARLOS CHAVEZ ABOGADO  
Medicina Interna  
O.S.P. 1988



# INDICE

**HIPERTENSION ARTERIAL**

**DIABETES MELLITUS**

**ASMA BRONQUIAL**

**CONJUNTIVITIS**

**INFECCION DEL TRACTO UNIRARIO EN ADULTOS**

**FARINGOAMIGDALITIS AGUDA**

**ENFERMEDAD DIARREICA EN ADULTOS**

**DERMATOMICOSIS**

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital General Valverde

*[Handwritten Signature]*  
DR. CARLOS CHAVEZ ASCON  
Medicina Interna  
S.M.P. 11668



# HIPERTENSION

# ARTERIAL

**CODIGO CIE10: I10**

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital General de la Habana

DR. CARLOS CHAVEZ ARCOB  
Medicina Interna  
C.M.F., 1969



# HIPERTENSIÓN ARTERIAL

**CODIGO CIE 10: I10**

## DEFINICION

Esta definida como una presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg. Una presión arterial diastolita (PAD) mayor o igual a 90 mmHg. o quien este tomando medicación antihipertensiva.

## EVALUACION Y DIAGNOSTICO

### Historia Clínica

**La anamnesis debe incluir lo siguiente:**

- Tiempo de evolución y comportamiento de la presión arterial en el tiempo.
- Historia o síntomas de enfermedad coronaria, falla cardiaca, enfermedad cerebro vascular, vascular periférica, renal, diabetes mellitas, dislipidemia, gota o disfunción sexual.
- Historia familiar de hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedad renal.
- Síntomas que sugieran hipertensión secundaria.
- Historia de cambios recientes en peso, actividad física del tiempo libre y tabaquismo.
- Evaluación nutricional, consumo de sodio, ingesta de alcohol, grasas saturadas y cafeína.
- Historia de las medicaciones prescritas, con resultados y efectos adversos.
- Factores ambientales y psicosociales: situación familiar, status laboral y escolaridad.

### El Examen Físico:

- Dos o más mediciones de presión arterial separadas por dos minutos, con el paciente sentado, por lo menos con cinco minutos de reposo. Verificación en el brazo contralateral.
- Medición de peso, talla y calculo de índice de masa corporal: peso (kg)/ talla (m2).
- Fondo de ojo para evaluar presencia de retinopatía hipertensiva.
- Examen de cuello buscando soplos carotídeos o aumento del tamaño de los tiroides.
- Examen del corazón buscando arritmias, agrandamiento, soplos o ritmos de galope.
- Examen de abdomen buscando masas o soplos.
- Examen de extremidades buscando edema y disminución o ausencia de pulsos.

### Exámenes Auxiliares:

- |                            |                        |
|----------------------------|------------------------|
| • Examen completo de Orina | Colesterol total y HDL |
| • Glicemia en ayunas       | Potasio sérico         |
| • Creatinina               | Electrocardiograma     |
| • Radiografía de tórax     |                        |

El monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) podrá indicarse en las siguientes indicaciones:

1. HTA de mandil blanco



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Materno Valdivia

*[Handwritten Signature]*  
J. J. HAYEZ ARCO  
Internista  
1440

2. Resistencia al tratamiento antihipertensivo (tres o mas drogas).
3. Síntomas de hipotensión durante el tratamiento farmacológico.
4. HTA. episódica.
5. Disfunción autonómica.
6. Inusual variabilidad de las mediciones de la presión arterial en diferentes visitas.

### Tratamiento y Manejo

**Estratificación de Riesgo:** El riesgo de enfermedad cardiovascular esta dado no solamente por los niveles de presión arterial sino también por la presencia de otros factores de riesgo y lesión de órgano blanco.

### COMPONENTES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

FACTORES DE RIESGO MAYORES	LESION DE ORGANO BLANCO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Dislipidemia</li> <li>• Diabetes Mellitus</li> <li>• Edad mayor de 60 años.</li> <li>• Sexo masculino o mujeres postmenopáusicas.</li> <li>• Historia familiar de enfermedad cardiovascular en hombres mayores de 55 años y mujeres mayores de 65 años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertrofia de Ventrículo Izquierdo</li> <li>• Angina de pecho o antecedente de infarto de miocardio, o de revascularización coronaria.</li> <li>• Falla cardiaca.</li> <li>• Antecedente de ACV o TIA.</li> <li>• Nefropatía.</li> <li>• Enfermedad arterial periférica.</li> <li>• Retinopatía.</li> </ul>

Con esta base se ha establecido la siguiente estratificación y seguimiento

	GRUPO DE RIESGO A	GRUPO DE RIESGO B	GRUPO DE RIESGO C
<b>ESTADIO</b>	Sin factores de riesgo ni lesión de órgano blanco	Con algún factor de riesgo, que no sea Diabetes y sin lesión de órgano blanco	Con lesión de órgano blanco y/o Diabetes, con o sin otros factores de riesgo.
<b>Normal Alta</b>	Modificación de estilos de vida	Modificación de estilos de vida	Terapia farmacológica
<b>Estadio 1</b>	Modificación de estilos de vida – hasta 12 meses.	Modificación de estilos de vida- hasta 6 meses	Terapia farmacológica
<b>Estadios 2 y 3</b>	Terapia farmacológica	Terapia farmacológica	Terapia farmacológica

¿Cómo evaluamos el compromiso en órgano blanco?



**MINISTERIO DE SALUD**  
Hospital Medicina Cardíaca  
*[Signature]*  
**DR. CARLOS CHAVEZ ARCO**  
Medicina Interna  
C.M.F. 1969

1. Hipertrofia del ventrículo izquierdo: EKG, eco cardiografía bidimensional.
2. Angina de pecho o antecedente de infarto de miocardio: Historia Clínica, EKG en reposo y de ejercicio (ergometría).
3. Historia de revascularización miocárdica: anamnesis examen físico.
4. Falta cardíaca: anamnesis, examen físico, radiografía de tórax.
5. Antecedentes de ACV de accidente isquémico transitorio: anamnesis, examen físico.
6. Nefropatía: Historia Clínica, examen completo de orina, proteinuria, creatinina sérica.
7. Enfermedad arterial periférica: anamnesis, examen físico, eco doppler.
8. Retinopatía: examen de fondo de ojo.

### Modificación de estilos de vida

- Perder peso, si hay sobrepeso u obesidad.
- Limitar la ingesta de alcohol.
- Incrementar la actividad física aeróbica.
- Reducir la ingesta de sodio a máximo 6 gr. De cloruro de sodio al día.
- Mantener una ingesta adecuada de potasio, calcio y magnesio.
- Suspensión del tabaquismo.
- Reducción de la ingesta de grasas saturadas.

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

#### MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

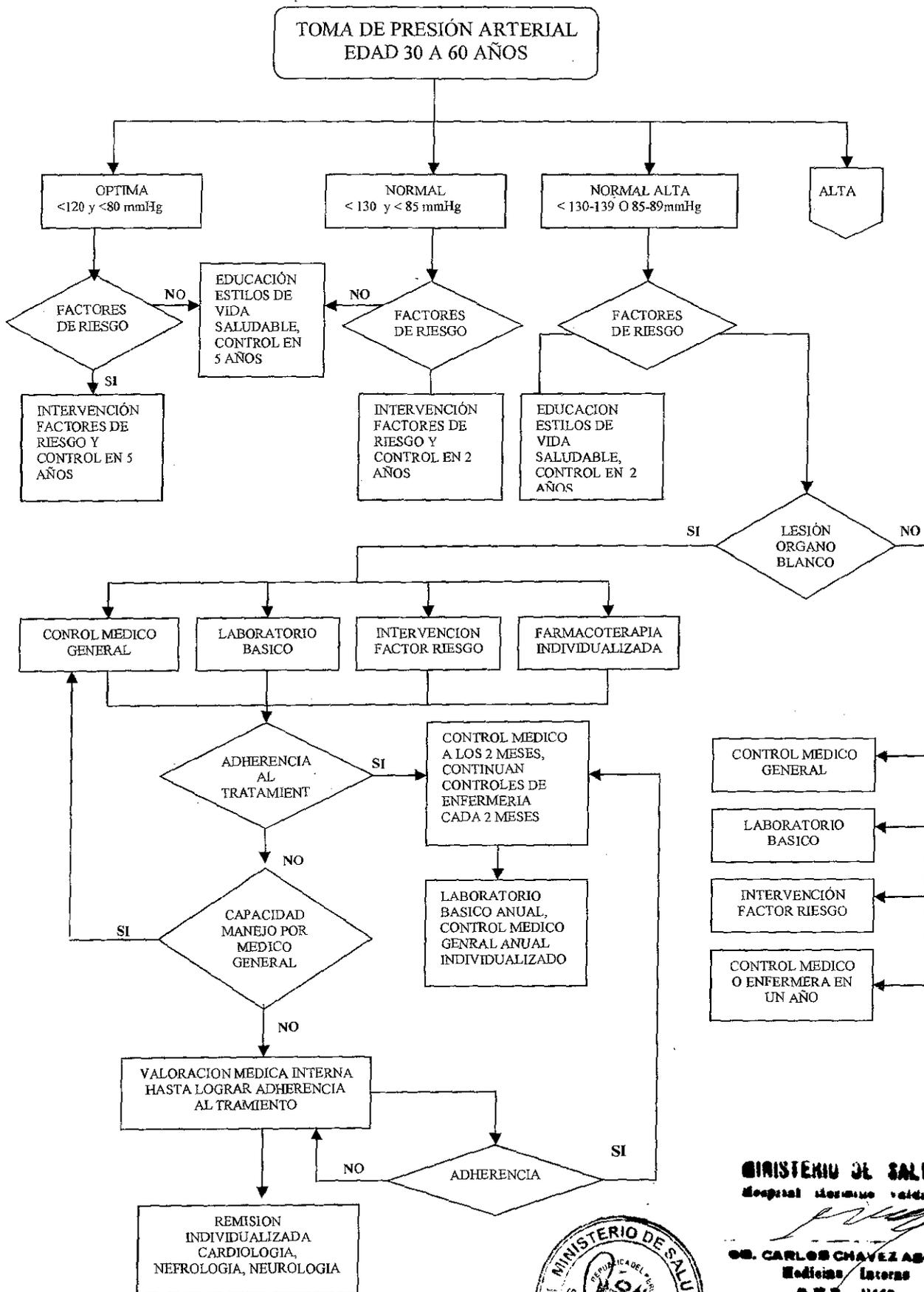
DIETA	EJERCICIO
<p>La dieta en lo posible debe ser baja en sal o sodio, alta en potasio y baja en calorías.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipocalórica: en caso de obesidad.</li> <li>• Dieta baja en sal: restricción a 6 gr. De sal o 2.4 gr. De sodio día, no agregar sal en la mesa, usar otras especias, hierbas y vinagres, evitar los alimentos procesados: carnes procesadas, perros calientes, quesos, pepinillos, sopas, verduras enlatadas, pescado enlatado, jugos de verdura, nueces, salsa, aderezos. Acostumbrarse a leer en la etiqueta para ver los ingredientes de los alimentos.</li> <li>• Consumo de potasio y calcio: los alimentos son alto contenido de potasio incluyen verduras y frutas frescas.</li> <li>• Reducir el consumo de grasas saturadas (carnes con grasas, manteca), remplace por grasas poli-insaturadas y monosaturadas que incluyen: aceites vegetales de maíz, girasol, ajonjolí, aceite de oliva, maní, soya. Incluya en la dieta: carne magra, quesos y derivados de la leche bajos en grasa.</li> <li>• Alcohol: restringir consumo.</li> </ul>	<p>Un programa de ejercicio requiere de una valoración inicial, y este debe ser individualizado.</p> <p>El mejor ejercicio es el aeróbico, en el se incluyen caminar, trotar, nadar, bailar, montar bicicleta y esquiar.</p> <p>Se puede iniciar con caminata 20 a 30 minutos diarios, 3 o 4 veces por semana.</p> <p>Otra forma de realizar ejercicio es ir caminado a comprar los elementos que necesite, en vez de utilizar el auto.</p> <p>Subir y bajar escaleras.</p> <p>Caminar durante el descanso.</p> <p>Bajarse del bus una o dos cuadras antes del destino y caminar.</p>



**MINISTERIO DE SALUD**  
Hospital Herminio Valderrama

**DR. CARLOS CHAYZ ASCO**  
Medicina Interna  
C.E.P. 11660

# FLUXOGRAMA



**MINISTERIO DE SALUD**  
Hospital de Medicina Interna  
*[Signature]*  
**DR. CARLOS CHAVEZ ASCOB**  
Medicina Interna  
C.M.F. 11400

## Recomendaciones Generales

- Caracterice el nivel o estado de la hipertensión.
  - Identifique la presencia de otros factores de riesgo que requerirán también su respectivo manejo y el cual puede influir en la selección del medicamento.
  - Identifique otras condiciones clínicas presente, las cuales, al igual que con los factores de riesgo, podrán limitar la elección del fármaco.
  - Se usara el medicamento que mas se ajuste a las condiciones del paciente. Cada paciente hipertenso es una persona distinta. Con personalidad propia, diferentes actividades, intereses, expectativas y diferente entorno familiar y social.
  - La formulación óptica debe proveer eficacia durante 24 horas proveer eficacia durante 24 horas con una sola toma diaria, con por lo menos 50% del efecto pico remanente al final de las 24 horas.
  - La adherencia del paciente es mejor con monodosis diaria.
1. El control de la hipertensión es persistente y sostenido, sin intermitencias.
  2. La protección que provee contra el riesgo de muerte súbita, infarto cardiaco y accidente cerebro vascular por el incremento de presión arterial matutino por el ritmo circadiano.
    - Cuando no se consigue el control adecuado con el medicamento prescrito, se puede aumentar la dosis, dentro del margen terapéutico, o adicionar otro fármaco. Aunque las opiniones están divididas es preferible hacer lo primero.
    - No cambiar el medicamento antes de 8 semanas a menos que se presenten efectos colaterales serios.
    - Si no hubo respuesta en las primeras 8 semanas es preferible cambiar o sustituir el medicamento por otro con diferente mecanismo de acción que también este indicado.
    - Si no hay respuesta: adicionar otro fármaco y si la respuesta continúa siendo no satisfactoria comenzar a aumentar las dosis.
    - Si se prefiere adicionar otro fármaco, o si aparecen efectos indeseables que obligan a ello efecto sinérgico o aditivo y se contrarresten entre si posibles efectos secundarios.

## BIBLIOGRAFIA:

1. British Hypertension Society Guidelines for Hypertension Management. Ramisey et. al BMJ. 1999.
2. The Sixth Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. November 1997.
3. William B. White, Blood Pressure Monitoring 1999. Vol 4 (suppl 2)
4. Standards of Medical Care: The comparative guide to medical practice and aoutcomes research Volumen I: Joseph M. Rees: Editor and Publisher, 1997.
5. Hypertension Diagnosis and Treatment, Health Care Guideline: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Enero 2000.
6. 1999 Wolri Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension.



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Regional Tarma

DR. CARLOS CHAVEZ ASCOB  
Medicina Interna  
C.M.P. 11600

# DIABETES

# MELLITUS

## (CODIGO E10 – E14)



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Honorario Valdivia  
*[Signature]*  
DR. CARLOS CHAVEZ ASCO  
Medicina Interna  
e.M.P. 11669

# DIABETES MELLITUS (CODIGO E10 - E14)

## I. DEFINICION

La diabetes mellitas es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por elevación crónica de la glucosa en sangre que resulta de defectos en la secreción y/o acción de la insulina. La hiperglicemia crónica de la diabetes es asociada a daño disfunción y fallo de varios órganos a largo plazo, especialmente, ojos, riñón, nervios corazón y vasos sanguíneos. La diabetes tipo 2 es la forma de enfermedad más prevalente.

El presente protocolo esta dirigido a la atención y manejo de pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2.

## II. OBJETIVOS

- Diagnostica y tratar oportunamente la Diabetes Mellitus en las personas con alto riesgo.
- Unificar los criterios diagnósticos y tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- Controlar y evitar la aparición de complicaciones prevenibles a través de actividades de prevención.
- Evitar el progreso de las complicaciones de la diabetes en los pacientes del programa.

## III. NIVELES DE ATENCION

Ambulatoria

Consultorios externos

Hospitalaria

Clínicas Afiliadas

## IV CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

### Clasificación de la Diabetes Mellitus

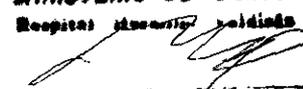
La actual clasificación de la Diabetes se basa en su etiología y/o patogénesis y cumple con los requerimientos necesarios para el desarrollo de investigaciones epidemiológicas y clínicas, así como para el manejo clínico de la enfermedad.

La gran mayoría de casos de diabetes son clasificados en dos amplias categorías etiológicas. En la diabetes tipo 1 el origen es la absoluta deficiencia de secreción de insulina. La diabetes mellitas tipo 2 es la categoría mas prevalente y la causa es la combinación de resistencia a la acción de la insulina junto con una inadecuada respuesta secretoria de la insulina. El presente protocolo se centra en la diabetes mellitus tipo 2.

## DIAGNÓSTICO

Los valores normales de glicemia plasmática en ayunas varia entre 70 - 100 mg/dl (determinación por método enzimática). El diagnostico puede establecerse por cualquiera de los métodos señalados en la Tabla 1. Estas pruebas hacen el diagnostico diabetes, pero deben ser confirmadas al día siguiente por cualquiera de estos procedimientos.



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital General de la Nación  
  
DR. CARLOS CHAVEZ ABOUY  
Medicina Interna  
C.M.F. 11669

**Tabla 1. Diagnostico de la Diabetes Mellitus**

Examen	Concentración Serica (mg/dl)	Comentarios
Glicemia en Ayunas*	Igual o mayor de 126	Especialmente si se encuentra asociada a astenia, somnolencia, prurito vulvar y susceptibilidad a infecciones.
Glicemia al azar**	Igual o mayor a 200	Más síntomas: Poliuria, Polidipsia, pérdida de peso, visión borrosa.
Post sobrecarga de glucosa	Igual o mayor a 200	Dos horas después de 75g de glucosa vía oral

\* Ayunas: No ingesta calórica por lo menos en las 8 horas previas.

\*\* Azar: determinación a cualquier hora del día sin relación a ingesta calórico alguna

En casos que la interpretación sea dudosa, se debe realizar le Prueba de Tolerancia a la Glucosa, con determinación de la glicemia basal y a los 60 y 120 minutos de haber ingerido 75 g de glucosa, diluidos en 250 ml de agua, con o sin jugo de limón, e ingeridos en un periodo no mayor de 5 minutos.

## V. MANEJO

### Evaluación Inicial

La evaluación inicial de los pacientes portadores de diabetes mellitas tipo 1 tiene los siguientes objetivos:

- Determinar el grado de severidad del paciente.
- Determinar la presencia de complicaciones propias de la enfermedad y su grado de evolución.

La historia clínica además de incluir la información sobre la sintomatología que pueda presentar el paciente y debe incluir la siguiente información:

- Antecedentes personales de cardiopatía coronaria, enfermedad vascular periférica, hipertensión arterial, enfermedad renal, Dislipidemias, obesidad, etc.
- Antecedentes familiares de cardiopatía coronaria, precoz, diabetes, Dislipidemias.
- Hábitos alimentarios, actividad física, estilo de vida, tabaquismo, licor.
- Evaluación de la dieta y hábitos alimenticios.
- Consumo de fármacos (antihipertensivos, diuréticos, corticoides).
- Si es diabético conocido, incluir grado de control de la enfermedad, episodios de descompensación, complicaciones crónicas, tratamiento.

El examen físico completo debe prestar especial atención en:



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Heriberto Valdizán  
DR. CARLOS CHAVEZ ASCOB  
Medicina Interna  
C.R.P. 11668

- Peso, talla, estimación de Índice de Masa Corporal
- Presión arterial.
- Evaluación oftalmológica: fondo de ojo, agudeza visual, tensión intraocular.
- Evaluación neurológica.

Exámenes de laboratorio y otros procedimientos diagnósticos adicionales al diagnóstico de hiperglicemia deben incluir, (algunos de ellos incluidos en otros protocolos de enfermedad crónica):

- Glicemia en ayunas
- Hemograma
- Creatinina, ácido úrico.
- Colesterol total, triglicéridos, HDL Colesterol.
- Examen completo de orina incluyendo Microalbuminuria.

## NIVELES DE PREVENCIÓN EN DIABETES MELLITUS

**Prevención Primaria:** Tiene como objeto evitar el inicio de la diabetes mellitas con acciones que se toman antes que se presenten manifestaciones clínicas. La prevención primaria tiene especial importancia en población en riesgo (mayores de 40 años, obesos, etc.).

**Prevención Secundaria:** Dirigida a los pacientes portadores de intolerancia a la glucosa y pacientes diabéticos ya diagnosticados y tiene como objetivos el buen control de la enfermedad. Prevención de complicaciones agudas y crónicas y retardo del progreso de la enfermedad.

**Prevención Terciaria:** Dirigida a pacientes con complicaciones crónicas, para detener o retardar su progresión. Esto incluye un control metabólico óptimo, evitar las discapacidades mediante la rehabilitación física, psicológica y social e impedir la mortalidad temprana.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la diabetes mellitas tipo 2 puede ser solo con un régimen alimenticio y ejercicios y/o agentes orales o insulina, según sea la respuesta clínica-bioquímica y la evolución de la enfermedad.

Los objetivos del tratamiento son:

- Adecuado control metabólico que permita controlar síntomas, prevenir complicaciones agudas y crónicas y garantice buena calidad de vida del paciente.
- Controlar enfermedades concomitantes.
- Educar al paciente y familiares en el manejo de la enfermedad.
- Reducir la portabilidad.
- Modificar estilos de vida.

**Tratamiento Dietético.**

El tratamiento dietético es fundamental en el tratamiento integral de la diabetes, siendo en algunos casos el manejo suficiente para el control del estado metabólico.

La formulación de la dieta en pacientes diabéticos de tener en cuenta los siguientes lineamientos:

- Dietas personalizadas, fraccionadas y adaptadas a las condiciones de vida del paciente.



**MINISTERIO DE SALUD**

Hospital General de Panamá

**DR. CARLOS CHAVEZ ABOO**

Medicina Interna

C.M.P. 11460

- Considerar edad, sexo, actividad física, enfermedades intercurrentes, aspectos culturales, educación.
- Restricción del consumo de sal entre 6 – 8 g y menos de 4 g cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal).
- Restringir bebidas alcohólicas. (Se puede consumir en forma moderada un vaso de cerveza, una copa de vino o whisky por día, acompañado de algún alimento). Pacientes con hipertrigliceridemia deben abstenerse de ingerir alcohol.
- Bebidas gaseosas y gelatinas dietéticas pueden consumirse libremente.
- El uso de edulcorantes es aceptado bajo la forma de sacarina o aspartame.

Composición de la dieta: La Tabla 2 siguiente, muestra la composición de una dieta estándar para el manejo de la diabetes:

**Tabla 2. Composición de Dieta en Tratamiento de Diabetes.**

Componente	Calorías*	Descripción
Carbohidratos	50-60%	Preferentemente complejos, con alto contenido de fibras dietéticas solubles.
Grasas	25-30%	Menos del 10% debe ser grasas saturadas.
Proteínas	10 – 15%	En presencia de nefropatía restringir a menos de 0.8/kg/día
Colesterol	< 300 mg/día	Considerar la coexistencia de dislipidemia

\*Expresado como porcentaje del total de calorías recomendado.

La dieta debe ser incorporada en un Plan de Alimentación donde se debe considerar entre otras cosas, el estado nutricional del paciente, las necesidades energéticas y otras condiciones asociadas, tal como se describe en el Anexo 2.

El tratamiento dietético acompañado de la actividad física debe ser evaluado mensualmente para determinar el grado de control metabólico de la enfermedad. Si en tres meses no se han alcanzado los objetivos se debe iniciar el tratamiento farmacológico.

### Ejercicio Físico

Condiciones como la obesidad e inactividad física son factores que contribuyen a la intolerancia a la glucosa. Incrementar la actividad física así como bajar de peso, es extremadamente importante en el control de la diabetes.

Se considera ejercicio a toda actividad física que produzca un mayor consumo de calorías y un beneficio físico y psíquico. Es así que ejercicio regular y la adecuada forma física brinda beneficios adicionales como:



**MINISTERIO DE SALUD**  
 Hospital Hernaldo Zaldívar  
 DR. CARLOS CHAVEZ ASCOS  
 Medicina Interna  
 S.M.P. 11668

- Mejora de la sensibilidad a la insulina y tolerancia a la glucosa.
- Contribuye a reducir y mantener el peso normal.
- Disminución de presión arterial.
- Disminución de los niveles de triglicéridos.
- Aumento de niveles de HDL Colesterol.
- Potencia la reducción de dosis de insulina e hipoglicemiantes orales.
- Mejora calidad de vida y sensación de bienestar.

Se recomienda la ejecución de ejercicios aeróbicos de 20 a 30 minutos diarios 3 veces por semana. En general se recomienda ejercicios de intensidad moderada, pero el tipo de ejercicio y la intensidad depende de la condición de cada paciente. Se recomienda la caminata, el trote, la bicicleta, natación.

Adicionalmente se debe recomendar el autocontrol de los pies antes y después de cada actividad física, utilizar el calzado adecuado a cada tipo de ejercicio.

Se debe evaluar la condición cardiovascular de cada paciente antes de iniciar el programa de ejercicios.

En los pacientes con insulino terapia ante el riesgo de hipoglicemia por ejercicio, se recomienda una ración adicional rica en carbohidratos complejos. Finalmente, el ejercicio esta contraindicado en pacientes descompensados.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Pacientes Obesos:

En aquellos pacientes con síntomas notables como poliuria, polidipsia y baja de peso, debe considerarse la posibilidad desde el inicio de utilizar agentes orales además de la dieta y el ejercicio.

En pacientes asintomáticos, se debe comenzar con tratamientos dietético y actividad física, si luego de un mes con este tratamiento, no se ha logrado controlar la glicemia se debe recurrir al tratamiento farmacológico.

En pacientes obesos, la droga de elección son las biguanidas (metformina) o los inhibidores de la alfa glucosidasa (acarbosa) o las tiazolidenionas tipo Rosiglitazona o Pioglitazona. Si con estos fármacos no hay buen control se debe revisar el plan dietético y el programa de ejercicios y si persiste sin control se debe añadir una sulfonilurea de segunda generación a dosis progresivas.

En caso de obtener buen control, se mantiene la dosis por un mes (15 días), luego se debe reducir la dosis entre 30-50% para mantener un buen control.

Si con la terapia combinada son sulfonilurea de segunda generación no se controla la glicemia, el paciente requerirá de tratamiento con insulina, siendo manejado en el segundo nivel por el especialista.

Paciente no obeso: En los pacientes No obesos, se pueden presentar las siguientes situaciones:

- Si se encuentra asintomático con glicemia menor de 250 mg/dl, se deberá comenzar tratamiento dietético y si no se controla deberá agregarse una sulfonilurea.



**MINISTERIO DE SALUD**  
Hospital Morales Valderrama

**DR. CARLOS CHAYEZ ASCORRA**  
Medicina Interna  
C.M.P. 1988

- Si está sintomático, con pérdida de peso, presencia de cetosis, se requerirá insulina de inicio, igual sucede si el paciente es desnutrido por mal control de la enfermedad o enfermedad crónica concomitante.
- Si está con síntomas moderados pero sin cetosis, pero con glicemia mayor a 250 mg/dl, se debe iniciar con sulfonilureas a dosis progresivas.

Los fármacos comúnmente utilizados para el tratamiento farmacológico de la diabetes se describen en la tabla 3.

**Tabla 3: Fármacos en tratamiento de Diabetes**

Fármacos	Dosis/día	Indicación	Efectos Adversos
Sulfonilureas • Glibenclamida	2.5-15 mg	1 a 3 veces. Antes de las comida	Hipoglicemia, Nauseas y vómitos. Dérmicos en 1.5%
Biguanidas • Melformina	500-2500 mg	Después de las comidas 2-3 veces por día.	Anorexia, distress abdominal, sabor metálico, diarrea.
Inhibidores de la Alifglucosidasa • Acarbosa	100-300 mg	Con el primer bocado 2 o 3 veces al día	Flatulencia, diarrea, nauseas, vómitos. Elevación de transaminasas en 1.8%
Tiazolidnedionas • Rosigilitazona	4-8 mg	Una vez al día con el alimento	Elevación de transaminasas en 2.0%. Hipoglicemia en terapia combinada

### Insulinoterapia

- Está indicada en todos los casos de Diabetes tipo 1 (DM1D)
- En los casos de Diabetes tipo 2 (DM2D) no obesos que no responden a las terapias con hipoglicemiantes orales.
- Son regimenes individualizados.
- Tipos de insulina recomendadas:
  - a. Insulina Humana Regular
  - b. Insulina Humana NPH
  - c. Insulina Humana Lenta
  - d. Insulina Humana regular / NP (30/70).
- La insulinoterapia deberá ser prescrita y controlada por medico endocrinólogo.



**MINISTERIO DE SALUD**  
Hospital General de Heredia

*[Signature]*  
D. CARLOS CHAVEZ ASCOB  
Medicina Interna  
C.R. 1166

## VI. SEGUIMIENTO

Para todos los pacientes que están recibiendo algún tipo de intervención para controlar la diabetes (manejo dietético o farmacológico), deben ser evaluados a fin de verificar el control metabólico y la eventual aparición de complicaciones.

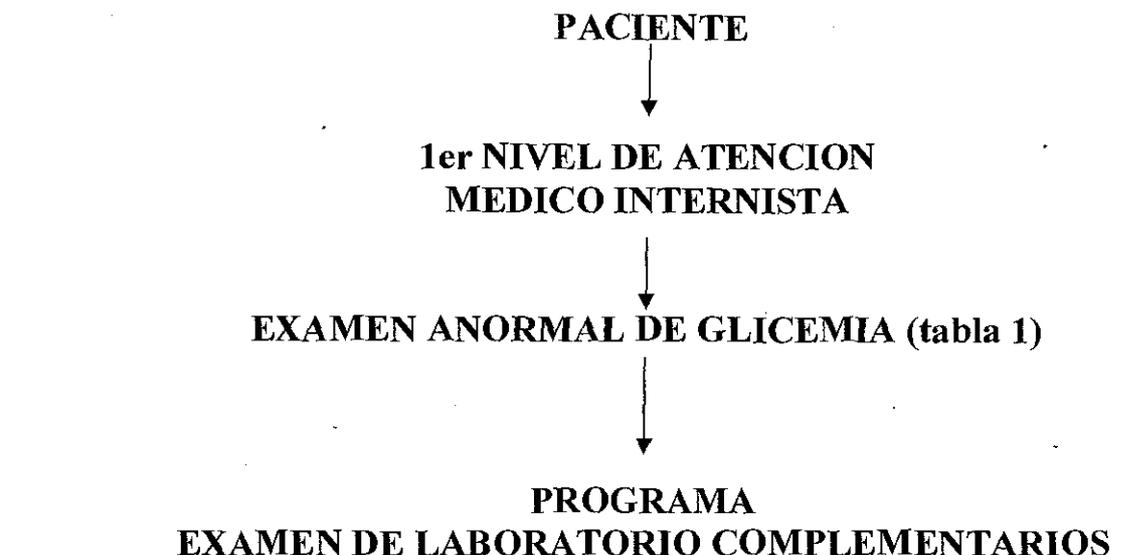
Los controles deben ser realizados mensualmente con un examen de glucosa en ayunas. Asimismo, en pacientes obesos se debe evaluar el IMC y en los pacientes portadores de dislipidemia evaluar colesterol, triglicéridos y HDL colesterol según el protocolo de manejo de dislipidemias.

MINISTERIO DE SALUD  
Moqani qormata valinda

  
DR. CARLOS CHAVEZ ASCOB  
Medicina Interna  
S.M.P. 11669



# FLUXOGRAMA DE ATENCION DIABETES MELLITUS



**PACIENTE  
Complic/Inestable  
Tx. Insulina**

↓

**Segundo Nivel  
Especialista**

**PACIENTE  
OBESO**

↓

**Tx Dietetico  
Ejercicio  
(1-3meses)**

↓

**Revisar Dieta  
Metformina  
Acarbosa  
Pioglitasona o  
Rosiglitasona  
(1-3 meses)**

↓

**Agregar  
Sulfonilureas**

**PACIENTE  
NO OBESO**

↓

**Tx Dietético  
Ejercicio  
Sulfonilurea**

↓

**Metformina  
Acarbosa  
Pioglitasona o  
Rosiglitasona**



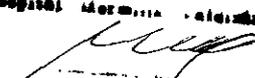
**MINISTERIO DE SALUD**  
Hospital Heriberto Valdizán

*[Signature]*

**DR. CARLOS CHAVEZ ASCOB**  
Medicina Interna  
C.R.P. 11660

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL (ed). Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th Edition. New York, NY: McGraw-Hill. Medical Publishing Division; 2005. 2783 pgs.
2. Barceló A. La diabetes en las Américas. Boletín Epidemiológico [Internet]. 2001 [citado 13 ene 2008];22(2). Disponible en: [http://www.ops-oms.org/spanish/sha/be\\_v22n2-diabetes.htm](http://www.ops-oms.org/spanish/sha/be_v22n2-diabetes.htm)
3. International Diabetes Federation. Prevalence estimates of diabetes mellitus (DM), 2010 [Internet]. Bruselas: IDF Diabetes Atlas; updated October 17, 2009 [citado 22 mar 2010]. Disponible en: <http://www.diabetesatlas.org/content/prevalence-estimates-diabetes-mellitusdm-2010>
4. Seclén S, Leey J, Villena A, Herrera B, Menacho J, Carrasco A y col. Prevalencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y obesidad como factores de riesgo coronario y cerebrovascular en población adulta de la costa sierra y selva del Perú. Acta Med Peru. 1999;17(1):8-12.
5. International Diabetes Federation. How does diabetes lead to cardiovascular disease? [Internet] Brussels: International Diabetes Federation; c2005 [citado 20 Jun 2006]; [near 2 screens]. Disponible en: [http://www.cvd.idf.org/Double\\_Jeopardy/How\\_does\\_Diabetes\\_Lead\\_to\\_CVD/](http://www.cvd.idf.org/Double_Jeopardy/How_does_Diabetes_Lead_to_CVD/)
6. Choi BC, Corber SJ, McQueen DV, Bonita R, Zevallos JC, Douglas KA, et al. Enhancing national capacity in chronic disease surveillance in the Americas. Pan Am J Public Health. 2005;17(2):130-41.
7. Scanlon PH. Why do patients still require surgery for the late complications of proliferative diabetic retinopathy? Eye. 2010;24(3):435-41.

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Morona - Alajó  
  
DR. CARLOS CHAVEZ ASCOB  
Medicina Interna  
S.R.P. 11660



# ASMA BRONQUIAL

CÓDIGO CIE 10: J45

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Máximo Velázquez

  
DR. CARLOS CHAVES ASCOP  
Medicina Interna  
C.M.P. 11660



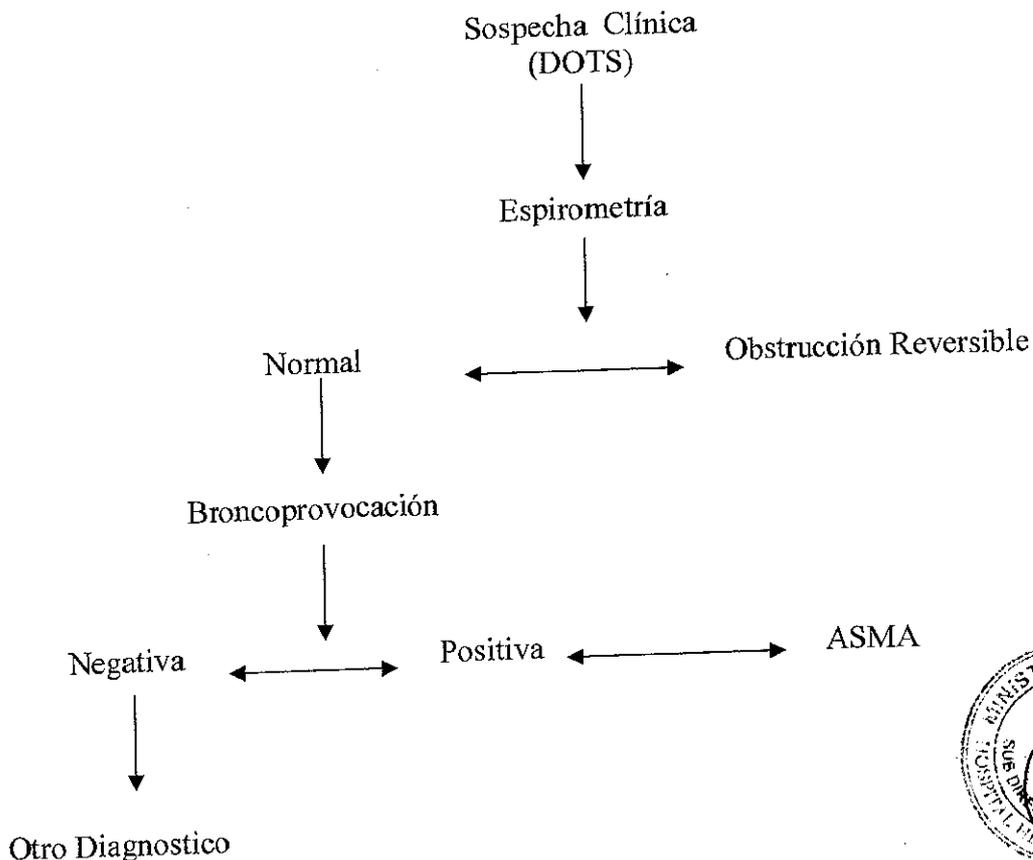
# ASMA CÓDIGO CIE 10: J45

## Definición

Enfermedad **inflamatoria, crónica e intermitente de la vía aérea**. Caracterizada por obstrucción generalmente reversible del flujo aéreo. Es reversible pero puede ser severa y, en ocasiones, mortal. Se caracteriza por tos, sibilancias, opresión torácica y dificultad respiratoria. El Status Asmático es la forma extrema que no responde al tratamiento intensivo inicial. La obstrucción al flujo aéreo es total o casi completamente reversible con tratamiento. La mayoría de los asmáticos están asintomáticos entre las crisis y pueden no mostrar obstrucción al flujo aéreo entre las mismas.

- Prueba de broncoprovocación: cuando la Espirometría y la Flujometría son normales, se usa como broncoprovocadores el ejercicio, la metacolina o solución salina fría. Una caída del VEF 1 20% post broncoprovocación confirma el Dx de asma.
- Otras pruebas:
  - radiografía de tórax: útil para descarte de otras patologías, no para asma.
  - Pruebas de alergia: En casos en los que se considere inmunoterapia o para monitorizar la inflamación de la vía aérea: Dopaje de Ig E sérica, eosinófilos en esputo y sangre periférica, pruebas cutáneas (Prick test).

## FLUXOGRAMA DE DIAGNÓSTICO DE ASMA



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Municipal Valdezán  
*[Signature]*  
DR. CARLOS CHAVEZ ASCORRA  
Medicina Interna  
C.M.P. 1166

## Clasificación de la Severidad:

CATEGORÍA	SINTOMAS	SINTOMAS NOCTURNOS	FUNCIÓN PULMONAR
Intermitente	Síntomas < 1 vez por semana Asintomático entre las crisis. Crisis cortas (pocas horas o pocos días); intensidad variable.	< de 2 veces al mes	VEF1 o FEP > 80% del valor previsto Variabilidad del FEP < 20%
Persistente Leve	Síntomas >1 vez por semana pero < 1 vez al día. Las crisis pueden afectar la actividad	> de 2 veces al mes	VEF1 o FEP >80% del valor previsto Variabilidad del FEP 20 – 30 %
Persistente Moderada	Síntomas diarios Uso diario de B2 agonistas inhalacos Las crisis afectan la actividad Crisis >2 veces por semana; pueden durar días.	> 1 vez a la semana	VEF1 o FEP 60-80% del valor esperado Variabilidad del FEP > 30 %
Persistente Severa	Síntomas continuos Actividad física limitada Crisis frecuentes	Frecuentes	VEF1 o FEP < 60% del valor esperado Variabilidad del FEP > 30 %

### Características clínicas antes del tratamiento

La presencia de una o más características de severidad es suficiente para clasificar al paciente en esa categoría. La categoría de un paciente dado puede cambiar con el tiempo.

\*\* Los pacientes clasificados en cualquiera de las categorías pueden tener crisis leves, moderadas y severas. Algunos pacientes con asma intermitente pueden tener crisis muy severas separadas por largos periodos asintomáticos y de función pulmonar normal.

### TRATAMIENTO:

#### a) Medidas Generales:

1. Enseñar a los pacientes a identificar y evitar los factores desencadenantes.
2. Enseñar la medición de la flujometría y la técnica inhalatoria (enseñarles a usar el microdosificador inhalatorio – MDI, solo o con aerocámara, los inhaladores de polvo seco – IPS y los diskus, que necesitan menor fuerza inspiratoria).
3. Ingresar al paciente al Programa de Asma, facilitando la accesibilidad para su seguimiento periódico y brindar apoyo durante eventuales exacerbaciones.
4. Enseñarles ejercicios respiratorios, incluyendo la práctica de la natación.

#### b) Tratamiento farmacológico:

Los medicamentos utilizados en el manejo del asma se clasifican en dos grupos.

- a) Controladores, cuyas funciones son controlar la inflamación y prevenir los síntomas.
  - Corticosteroides
  - Cromonas
  - Beta 2 agonistas de acción prolongada
  - Metilzantinas
  - Antileucotrienos



**MINISTERIO DE SALUD**  
Hospital Rosendo Fajardo  
*[Signature]*  
**DR. CARLOS CHAVEZ ASCON**  
Medicina Interna  
C.M.P. 1988

- b) Aliviadores, cuya función es aliviar los síntomas.
- Beta 2 agonistas de acción corta.
  - Anticolinérgicos
  - Corticosteroides sistémicos.

### **Tratamiento según grado de severidad**

#### **Asma Intermitente**

- a) Procedimientos Auxiliares
- Espirometría basal en adultos y niños de 7 años
  - Medición de la flujometría ocasional en adultos y niños de 7 años
  - No requiere otros exámenes auxiliares.
- b) Medidas Generales
- c) Terapia Específica
- Salbutamol 100-200 ug o Fenoterol 200 ug en MDI condicional por vía inhalatoria. De haber respuesta adecuada, se mantendrá la terapia, permaneciendo en control periódico por el Programa.
  - Evaluación cada tres meses para manutención del esquema o progresión a otro esquema.

#### **Asma Persistente Leve**

- a) Procedimientos Auxiliares
- Espirometría basal en adultos y niños mayores de 7 años
  - Medición de la flujometría periódica.
  - Dada la prevalencia de TBC en nuestro medio, incluir Rx de tórax.
- b) Medidas generales
- c) Terapia Específica
- Salbutamol 100-200 ug o Fenoterol 200 ug en MDI condicional por vía inhalatoria. No más de 3 a 4 veces al día.
  - Beclometasona: 200 – 500 ug/día o Budesonide 200 – 400 ug/día.

Evaluación mensual de rutina y reevaluación cada tres meses para mantención o cambio a otro esquema. Si luego de aplicar este esquema el paciente persiste o exacerba la intensidad o la frecuencia de sus síntomas se considerará estadio moderado.

#### **Asma Persistente Moderada**

- a) Procedimientos Auxiliares
- Pruebas de función respiratoria basales.
  - Medición de flujometría periódica.
  - Radiografía de tórax.
- b) Medidas Generales
- c) Terapia Específica



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital General de Valdivia  
*[Signature]*  
DR. CARLOS CHAVEZ ASCO  
Medicina Interna  
C.M.F. 1166

- Salbutamol 100-200 ug o Fenoterol 200 ug en MDI condicional por vía inhalatoria. No más de 3 a 4 veces al día.  
En casos especiales de dificultad en la técnica inhalatoria, terbutalina 500 ug en IPS o Formoterol polvo seco, condicional por vía inhalatoria.
- Beclometasona 800-1200 ug/día Budesonide 400 – 600 ug/día. Por vía inhalatoria.
- Formoterol 4.5 – 18 ug/d por vía inhalatoria.

Evaluación mensual y reevaluación cada seis meses para mantención o cambio a otro esquema. Si luego de aplicar este esquema, el paciente persistente o exacerba la intensidad o la frecuencia de sus síntomas se considerará estadio severo.

### Asma Persistente Severa

Pacientes con esta categoría deben ser derivados al neumólogo para manejo especializado

a) Procedimientos Auxiliares

- Pruebas de función respiratoria
- Medición de flujometría periódica
- Radiografía de tórax
- EKG

b) Medidas Generales

c) Terapia específica

- Salbutamol 100 – 200 ug o Fenoterol 200 ug en MDI condicional por vía inhalatoria. No más de 3 a 4 veces al día.  
En casos especiales de dificultad en la técnica inhalatoria, terbutalina 500 ug en IPS o Formoterol polvo seco, condicional por vía inhalatoria.
- Beclometasona 1200-2000 ug o Budesonide > 600 ug/día o por vía inhalatoria.
- Formoterol 4.5 – 18 ug/d por vía inhalatoria

En casos especiales se utilizará terapia combinada en MDI e inhaladores de polvo seco.

- Corticoides sistémicos: Perednisona 0.5 – 1mg/kg/día. Vía oral.  
Reducir la dosis de corticoides sistémicos entre 7 a 10 días al mínimo indispensable.
- Metilxantinas de acción sostenida.

Inicialmente, la evaluación será quincenal. Una vez estabilizado el paciente, se reevaluará mensualmente.



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Heriberto Benítez

DR. CARLOS CHAYEZ ABOGADO  
Medicina Interna  
C.M.F. 11660

## TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Adultos y niños mayores de 5 años

Severidad	Tratamiento preventivo	Tratamiento aliviador
Intermitente	No tratamiento	B2 agonistas de acción corta: salbutamol, fenoterol condicional.
Persistente Leve	Corticoide inhalado: <ul style="list-style-type: none"><li>• Beclometasona 200-500 ug/d</li><li>• Budesonide 200-400 ug/d</li></ul>	B2 agonista de acción corta: salbutamol, fenoterol No más de 3.4 veces/día
Persistente Moderado	Corticoide inhalado: <ul style="list-style-type: none"><li>• Beclometasona 800-1200 ug/d</li><li>• Budesonide 400-600 ug/d</li><li>• Beta 2 acción prolongada</li><li>• Formoterol: 4.5-18 ug/d</li></ul>	B2 agonista de acción corta: condicional o B2 de acción prolongada: Formoterol
Persistente Severo	Corticoide inhalado: <ul style="list-style-type: none"><li>• Beclometasona 1200-2000 ug/d</li><li>• Budesonide &gt; 600 ug/d</li><li>• Beta 2 acción prolongada:</li><li>• Formoterol: 4.5-18 ug/d</li></ul> Metilxantinas liberación sostenida. Corticoides vía oral	B2 agonista de acción corta: condicional o B2 de acción prolongada: Formoterol

### c. Tratamiento del asma en niños

El manejo farmacológico de niños con asma que requieren medicación a largo plazo para mantener la actividad diaria es difícil. El criterio para iniciar medicación controladora a largo plazo es que la medicación controladora diaria es preferible a la administración diaria de B2 agonistas para aliviar los síntomas, y que la medicación controladora diaria debe iniciarse si la severidad del asma está asociada a cambios significativos de la calidad de vida.

La vía inhalatoria es de elección, es más efectiva y tiene menos efectos colaterales. Usar los inhaladores con aerocámaras o espaciadores de volumen grande (idealmente con válvula unidireccional) para asegurar una correcta técnica inhalatoria e incrementar el depósito de los fármacos inhalados a nivel pulmonar.



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Heriberto Muñoz  
Dr. CARLOS CHAVEZ ASCOB  
Medicina Interna  
G.M.P. 1988

## TRATAMIENTOS FARMACOLOGICO

Niños menores de 5 años

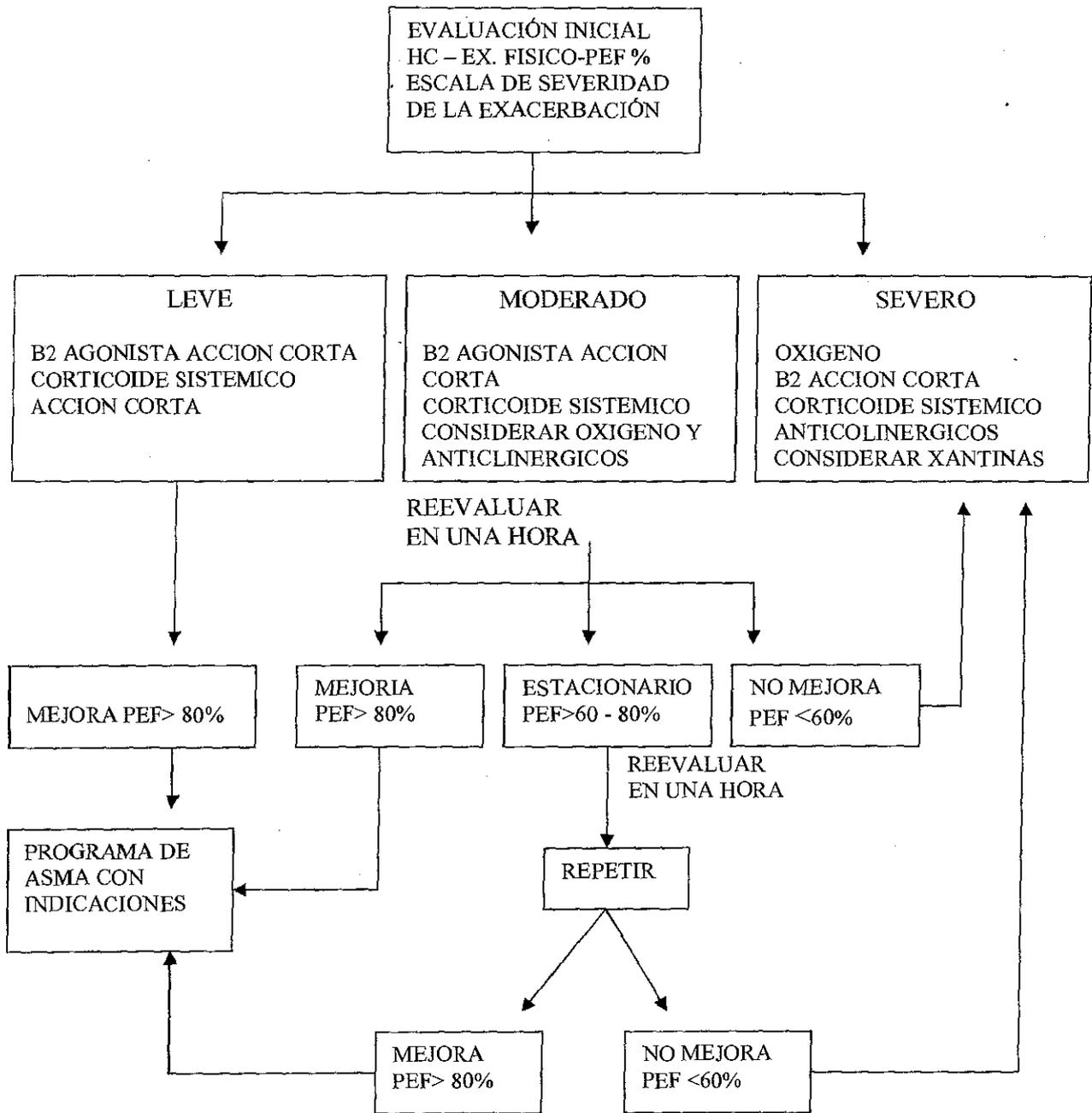
Severidad	Tratamiento preventivo	Tratamiento aliviador
Intermitente	No tratamiento	B2 acción corta condicional Ipratropio cuando sea necesario
Persistente Leve	Corticoide inhalado: <ul style="list-style-type: none"><li>• Beclometasona 100-400 ug/d</li><li>• Budesonide 100-200 ug/d</li></ul>	B2 acción cortacondicional Bromuro de Ipratropio cuando sea necesario.
Persistente Moderado	Corticoide inhalado: <ul style="list-style-type: none"><li>• Beclometasona 500-800 ug/d</li><li>• Budesonide 200-400 ug/d</li></ul>	B2 acción corta condicional Bromuro de Ipratropio cuando sea necesario
Persistente Severo	Corticoide inhalado: <ul style="list-style-type: none"><li>• Beclometasona 800-1000 ug/d</li><li>• Budesonide &gt; 400 ug/d</li></ul>	B2 acción corta condicional Bromuro de Ipratropio

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Mármota Valdivia

DR. CARLOS CHAYZI ASCO  
Medicina General  
C.M.B. 11668



## MANEJO DE LA CRISIS ASMÁTICA



Las exacerbaciones (ataques o crisis) del asma son episodios potencialmente riesgosos de obstrucción progresiva de las vías aéreas caracterizada por disneas, tos y sibilancias o alguna combinación de estos síntomas, definidas mejor por la medición del FEP o VEF. Las exacerbaciones reflejan usualmente un mal manejo del asma o en otras ocasiones la exposición a un desencadenante.

La severidad de la exacerbación puede variar de muy leve a tan severa que comprometa la vida. El deterioro usualmente progresa en horas o días, pero ocasionalmente ocurre en algunos minutos. Las terapias principales para las exacerbaciones son la administración de B2 agonista



**MINISTERIO DE SALUD**  
Hospital General - Valdivia

**CARLOS CHAVEZ ASCOR**  
Medicina Interna  
C.P. 1166

de acción corta por vía inhalatoria y al introducción temprana de corticoide sistémico de acción corta (oral o parenteral).

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Protocolo de tratamiento de Asma. IPSS. 1998
2. Pineda J. Consenso Nacional de Manejo del Asma. Colegio Médico del Perú. 1998.
3. Guías para el Tratamiento Ambulatorio SEPS. Vol I. 1998.
4. Colaboración de la Dra. Mónica Flores. Médico Neumólogo perteneciente al staff de Rímac Internacional EPS.

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Hermito Valdivia

DR. CARLOS CHAVEZ AGOS  
Medicina Externa  
C.M.P. 1440



# CONJUNTIVITIS

(CODIGO CIE 10: H10)



MINISTERIO DE SALUD  
Hoja para la historia clínica  
  
DR. CARLOS CHAVEZ ACOSTA  
Medicina Interna  
C.E.P. 1965

# CONJUNTIVITIS (CODIGO CIE 10: H10)

## DEFINICIÓN

Bajo el término de conjuntivitis se agrupan todas las inflamaciones de la mucosa conjuntival.

## CLASIFICACIÓN

Existen diversos criterios de clasificación:

1. Según su modo de presentación:
  - a) Conjuntivitis Aguda
  - b) Conjuntivitis Subaguda
  - c) Conjuntivitis Crónica
2. Según la naturaleza de la secreción:
  - a) Conjuntivitis Serosa
  - b) Conjuntivitis Mucosa
  - c) Conjuntivitis Purulenta
3. Según las alteraciones estructurales de la propia mucosa:
  - a) Folicular
  - b) Papilar
  - c) Papilar Gigante
4. Según su agente causal:
  - a) Cáusticas
  - b) Atóxicas
  - c) Traumáticas
  - d) Alérgicas
  - e) Infecciosas: virales, bacteriana, micóticas.

## OBJETIVOS

1. Diagnosticar y tratar adecuada y oportunamente al paciente con conjuntivitis.
2. Evitar las complicaciones previsibles.

Dada la frecuencia, desarrollaremos las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de Conjuntivitis Infecciosa y Alérgica.

## CONJUNTIVITIS INFECCIOSA

### DEFINICIÓN

Proceso inflamatorio de la mucosa conjuntiva producida por un agente infeccioso. Puede afectar uno o ambos ojos.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

1. Historia Clínica:
  - Puede afectar a individuos de cualquier edad, sexo o raza



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital de Maternidad y Neonatología

DR. CARLOS CHAVEZ ABOOD  
Medicina Interna  
C.P. 1146

- El paciente refiere prurito, irritación y secreción ocular, generalmente en ambos ojos, aunque puede ser unilateral.
  - Lagrimeo, visión borrosa intermitente y eventualmente pseudoptosis palpebral.
  - Puede presentar fotofobia y/o sensación de cuerpo extraño.
2. Examen Físico:
- Hiperemia de mucosa conjuntival tarsal y/o bulbar.
  - Secreción serosa (sugiere etiología viral), mucosa o purulenta (sugiere etiología bacteriana), que puede ubicarse en los bordes, comisuras palpebrales o en el fondo del saco conjuntival.
  - Puede presentarse una reacción folicular en la conjuntiva tarsal que puede extenderse a la conjuntiva bulbar, sobre todo en conjuntivitis viral o por Chlamydia.
  - Puede haber hemorragia subconjuntival y/o pseudomembranosa, más frecuentemente en algunas conjuntivitis virales epidémicas.
3. Exámenes Auxiliares:
- Estos exámenes estarán indicados en aquellos pacientes que no respondan al tratamiento inicial o en pacientes con cuadros iterativos.
  - Gram y cultivo de secreción conjuntival, tomado mediante hisopado del fondo de saco conjuntival. Orientado para sustentar el diagnóstico de conjuntivitis bacteriana.
  - El diagnóstico de conjuntivitis por Chlamydia o Herpes debe estar sustentado mediante la coloración de Giemsa en una muestra de secreción.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Uvitas anterior
- Escleritis y Epiescleritis
- Conjuntivitis Tóxicas y alergicas
- Glaucoma agudo congestivo
- Fístula anteriorvenosa orbitaria
- Úlcera Corneal
- Cuerpo extraño conjuntival o corneal.

## TRATAMIENTO

1. Medidas Generales:
- Limpieza de secreciones con material desechable
  - Lavadote manos antes y después de aplicación de tratamientos.
  - Compresas de agua fría cada 6 horas, con excepción de aquellos casos en los que hay presencia de secreción purulenta.
  - Evitar frotarse los ojos
  - Lavado de ojos, con agua hervida fría, cada 6 horas.
2. Tratamiento Farmacológico.
- En los casos de conjuntivitis infecciosa se recomienda utilizar un colirio antibiótico. Si se tiene un cultivo y antibiograma debe emplearse el agente anti-infeccioso tópico según la sensibilidad.
  - Cuando se sospecha o confirma conjuntivitis viral, se recomienda el empleo de agentes bacterostáticos (sulfacetamida al 15%, 1 gota en cada ojo cada 6 horas) o Cloranfenicol al 0.5%, 1 gota en cada ojo cada 6 horas, durante 5 días, para prevenir las sobre infecciones



**MINISTERIO DE SALUD**  
 Hospital General de Panamá  
 DR. CARLOS CHAVEZ ASCOS  
 Medicina Interna  
 P. M. P. 1066

bacterianas, en especial cuando las condiciones de higiene del paciente no son seguras o no es posible realizar estudios microbiológicos.

- En los casos de Conjuntivitis por Chlamydia, el tratamiento de elección es Tetraciclina al 1% en ungüento oftálmico, alicata 3 veces al día en el fondo de saco conjuntival, durante 2 semanas.

- Los agentes antimicrobianos recomendados para el tratamiento de Conjuntivitis Bacterianas son:

Cloramfenicol, colirio al 0.5 ó 1%

Gentamicina, solución al 0.3%

Neomicina + Polimixina, solución al 0.35% - 10,000 U

Sulfacetamida, solución al 0.3%

Ciprofloxacino, solución al 0.3%

También pueden aplicarse en forma de ungüento por las noches, al acostarse.

## INDICACIONES PARA REFERENCIA

1. Todos los casos en los que no se observa mejoría clínica después de 48 horas de tratamiento.
2. Todos los casos sospechosos o confirmados de Tracoma.
3. Todos los casos en los que hay disminución permanente de la agudeza visual, fotofobia o sensación de cuerpo extraño. Requieren evaluación con lámpara de hendidura.
4. No hay indicación para tratamiento quirúrgico ni procedimientos invasivos.

## INDICACIONES PARA HOSPITALIZACIÓN

Los casos de Conjuntivitis gonocócicas en el recién nacido confirmada mediante tinción de gram que muestre presencia de cocos Gram negativos intracelulares. Requiere terapia intravenosa.

## CONJUTNIVITIS ALÉRGICA

### DEFINICIÓN

Es la inflamación de la mucosa conjuntival producida por un agente alergénico en niños y adultos de cualquier sexo o raza.

Existen 3 formas de conjuntivitis alérgica:

1. Atópica
2. Vernal o catarral
3. Flictenular o Eccematosa, que corresponde realmente a una forma de Conjuntivitis por Hipersensibilidad de tipo IV (respuesta inmune celular retardada).



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital General de México y Estado

DR. CARLOS CHAVEZ ASCOS  
Medicina Interna  
C.M.F. 1460

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

	<b>CONJUNTIVITIS ATÓPICA</b>	<b>CONJUNTIVITIS VERNAL</b>	<b>CONJUNTIVITIS FLICTENULAR</b>
<b>HISTORIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación aguda o subaguda, de meses o años, de evolución recurrente.</li> <li>• Historia de exposición a alérgenos específicos: polen, pelo de animales, polvo, proteínas bacterianas, cosméticos y drogas.</li> <li>• Historia de prurito, irritación, fotofobia y lagrimeo de ambos ojos. No hay historia de secreción purulenta.</li> <li>• Suele acompañarse de congestión nasal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De presentación estacional, generalmente en primavera o verano.</li> <li>• La condición mejora en invierno.</li> <li>• Más frecuentes en individuos jóvenes varones.</li> <li>• Tiende a desaparecer espontáneamente luego de 10 a 15 años de evolución.</li> <li>• Existe la forma palpebral y bulbar.</li> <li>• Hay secreción viscosa filante además de los otros síntomas locales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuente en niños y adultos jóvenes.</li> <li>• Exacerbaciones recurrentes, muchas veces unilateral acompañado de lagrimeo.</li> <li>• Antecedentes de infecciones crónicas o recurrentes como amigdalitis, adenoiditis y ocasionalmente tuberculosis.</li> <li>• Antecedentes de blefarconjuntivitis estafilocócica.</li> <li>• Exposición a tuberculosis.</li> </ul>
<b>EXAMEN FÍSICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcada hiperemia de la mucosa tarsal o bulbar</li> <li>• Presencia de papilas en la conjuntiva tarsal.</li> <li>• Puede haber queratopatía punteada que ocasiona fotofobia.</li> <li>• Ausencia de adenopatías.</li> <li>• Puede acompañarse de lesiones dérmicas atópicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de papilas hipertróficas en la conjuntiva tarsal, usualmente del párpado superior.</li> <li>• La conjuntiva bulbar puede pigmentarse cuando hay compromiso papilar de la misma.</li> <li>• Lesiones puntiformes blanquecinas en el limbo corneal.</li> <li>• Secreción viscosa filante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de pequeños nódulos o flictenas en la conjuntiva bulbar, cerca al limbo corneal (queratoconjuntivitis flictenular).</li> <li>• Hiperemia alrededor de las flictenas.</li> <li>• Presencia de pequeñas úlceras por ruptura de la flictenas.</li> </ul>
<b>EXAMENES AUXILIARES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen citológico que debe demostrar la presencia de eosinófilos.</li> <li>• Nivel elevado de IgE en plasma y lágrimas durante las exacerbaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La citología muestra abundantes eosinófilos algunos degranulados.</li> <li>• Puede encontrarse eosinofilia y niveles elevados de IgE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda investigar focos de infección: blefaritis, amigdalitis, adenoiditis, sinusitis, caries dental, etc.</li> </ul>

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

<b>CONJUNTIVITIS ATÓPICA Y VERNAL</b>	<b>CONJUNTIVITIS FLICTENULAR</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tracoma</li> <li>2. Uveítis anterior</li> <li>3. Escleritis y Epiescleritis</li> <li>4. Conjuntivitis Tóxicas</li> <li>5. Glaucoma Agudo Congestivo</li> <li>6. Cuerpos Extraños Conjuntivales o Corneales.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pingueculitis</li> <li>2. Pterigion pequeño inflamado</li> <li>3. Acné rosácea ocular</li> <li>4. Queratitis limbar por herpes simple</li> </ol>



**MINISTERIO DE SALUD**  
 Hospital General de Valdivia  
 Dr. CARLOS CHAYEZ ASCO  
 Medicina Interna  
 O.E.F. 11660

## TRATAMIENTO

- Evitar el contacto con alérgenos
- En los casos leves pueden emplearse colirios descongestionantes cada 4 a 8 horas mientras persistan los síntomas.
- En pacientes atópicos se recomienda el uso de estabilizadores de membrana del mastocito en gotas, 4 a 6 veces al día.
- En casos severos se recomienda el uso de antihistamínicos sistémicos.
- En caso de infección sobreagregada, seguir el tratamiento correspondiente.
- **No hay indicación para tratamiento quirúrgico ni procedimientos invasivos.**
- **No hay indicación para hospitalización.**

### Fármacos recomendados:

Colirios Descongestionantes	
AGENTE	PRESENTACIÓN
Nafazolina	Solución al 0.01%, 0.025% y 0.05%
Fenilefrina	Solución al 0.12%
Oximetazolina	Solución al 0.025%
Tetrazolina	Solución al 0.025%
Agentes estabilizadores de la membrana del mastocito	
AGENTE	PRESENTACIÓN
Cromoglicato disódico	Solución al 2%
Locoxamina	Solución al 0.1%

### INDICACIONES PARA REFERENCIA

1. Casos severos, pueden requerir el tratamiento complementario con médico alergista.
2. Síntomas relacionados con disminución permanente de la agudeza visual, fotofobia y sensación de cuerpo extraño; se recomienda examen con lámpara de hendidura.
3. Todo el caso de Conjuntivitis Flictenular.

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guías para el Tratamiento Ambulatorio. SEPS. Vol I, año 1998.
2. El Manual Merck, 10ª Edición, año 1999.
3. Pitta D., Fonotenia JR. GRAÚ M, conjuntivitis Infecciosa y no infecciosa. Barcelona: Edika - Med, S. A. CIBA VISION, 1992.
4. Colaboración del Dr. Manuel Perez Martinot, Médico Oftalmólogo, Mediconsulta Rímac Internacional EPS.
5. Protocolos de Atención en Consultorio Externo, Conjuntivitis, IPSS, 1997.



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital General - Quito

DR. CARLOS CHAVEZ ASCO  
Medicina Interna  
C.M.P. 11660

**INFECCION DEL**

**TRACTO  
UNIRARIO EN  
ADULTOS**

**CODIGO CIE 10: N39.0**



**MINISTERIO DE SALUD**  
Hospital Morasso, Iquitos  
  
**DR. CARLOS CHAVEZ ABON**  
Medicina Interna  
C.M.S. 11660

# INFECCION DEL TRACTO UNIRARIO NO COMPLICADA EN EL ADULTO

Código CIE 10: N 39.0

**POBLACION:** Adultos mujeres y varones

## DEFINICION:

Proceso inflamatorio infecciosos que compromete el tracto urinario: se consideran las infecciones urinarias bajas (uretricitis) y altas (pielonefritis).

## ETIOLOGIA:

El agente etiológico mas frecuente es la E. Coli en 80% seguido de Klebsiella, Enterobacter spp y Proteus spp.

Considerar también a la Pseudomona aeruginosa (intra hospitalarios) Serratia y Estafilococo.

## FACTORES DE RIESGO:

- La mujer con actividad sexual tiene mayor predisposición de presentar infecciones del tracto urinario que el varón, siendo la vía ascendente el mecanismo más importante.
- El uso de diafragma (anticoncepción) incrementa el riesgo en 3 a 5 veces. No sucede así con el uso de preservativos o anticonceptivos orales
- La Bacteriuria asintomática es de presentación frecuente en ancianos y gestantes, en estos casos debe decidirse conducta terapéutica.

## FACTORES QUE PREDISPONEN A COMPLICACIONES

- Diabetes mellitus
- Embarazo
- Anomalías urológicas estructurales y/o funcionales
- Nefrolitiasis
- Hospitalización reciente
- Catéteres
- Manipulación de tracto urinario.
- Inmunodepresión.
- Síntomas por un tiempo mayor a 7 días.

## ELEMENTOS BASICOS CLINICOS:

- Disuria con polaquiuria o urgencia para miccionar, en ausencia de síntomas vaginales: 70-80% de probabilidad de ITU.
- Disuria sola: 25% de probabilidad de ITU.
- Disuria con síntomas vaginales: 25% de probabilidad de ITU.
- Fiebre mayor 38.5 °C asociados a sintomatología general.
- Dolor en flanco lumbar en infecciones altas.
- Puntos reno-uretrales (PRU) y puño percusión lumbar (PPL) positivos.

## MEDIOS AUXILIARES DE CONFIRMACION:

- Los exámenes de laboratorio deben ser solicitados solo si existen la probabilidad de que los resultados alteren el proceso o el resultado del manejo.
- Examen de orina: leucocituria, piuria (sensibilidad de 80-90% y especificidad de 50% para predecir ITU).



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital General Valdivia

DR. CARLOS CHÁVEZ ASCOB  
Medicina Interna  
S.M.P. 11660

- Norfloxacin 500 mg BID VO
- ITU recurrente: más de 03 episodios por año:
- El 89% de mujeres que tuvieron ITU presentaron otro episodio en sus vidas, de ellas, solo el 5 al 10% presentaron más de tres episodios por año. La mayoría es por reinfección (diferente organismo en diferentes veces), más que por recaída. Rara vez tiene anomalía urológica estructural, por lo tanto las evaluaciones estructurales no están indicadas.
- Se requiere urocultivo y sensibilidad, e iniciar tratamiento con el esquema de 1ª o 2ª líneas señalados anteriormente pero por 2 a 6 semanas. Hacer seguimiento con urocultivos.
- Se recomienda educación además de tratamiento profiláctico continuo por 6 a 12 meses o post-coital
- TMP 40-80 SMZ 200-400 mg por día.
- Cefalexina 125-250 mg. por día.
- Nitrofurantoina 50-100 mg por día.

#### ITU en embarazo:

- Es la causa más frecuente de complicación médica en el embarazo.
- Bacteriuria asintomática: ocurre en 4 – 7% de gestantes, de ellas el 40% desarrollará pielonefritis si no es tratada. El urocultivo es recomendado. Las drogas de categoría B de la FDA pueden ser indicadas en curso de siete días y control con urocultivo: amoxicilina, cefalosporinas, nitrofurantoina y TMP/SMZ. Se contraindican las quinolonas.
- Considerar el tratamiento en la bacteriuria asintomática de gestantes y ancianos.
- Cefalexina 125-250 mg BID 3-7 DIAS
- Nitrofurantoina 50 – 100 mg QID 3-7 días.
- TMP 160 mg – SMZ 800 mg BID 3-7 días

#### INFECCION DE VIAS BAJAS DEL TRACTO URINARIO EN VARONES

En las mismas dosis, y esquemas descritos anteriormente:

- TMP – SMZ
- Cefalexina
- Nitrofurantoina
- Quinolonas.

#### ITU ALTA: PIELONETRITIS AGUDA NO COMPLICADA: en mujeres o varones.

- Puede ser manejo ambulatorio por vía oral o en hospitalización para uso vía endovenosa cuando:
- Pacientes agudamente tóxicos, gestantes, inmunocomprometidos, o intolerancia oral a fluidos.
- Se recomienda tratamiento por dos semanas, la respuesta a la terapia se valora en 48 a 72 hs (no es necesario incluir desaparición de la fiebre).
- Fluoroquinolonas EV
- Cefalosporina de amplio espectro más Amnioglicósido.
- Ampicilina – Sulbactam más Aminoglicósido

#### COMPLICACIONES



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital General de Valdivia  
*[Firma]*  
DR. CARLOS CHAVEZ ASESOR  
Medicina Interna  
G.M.F. 11669

- Sepsis, Shock séptico.

#### CRITERIO DE CONTROL Y ALTA:

- Control ambulatorio al tercer día de tratamiento en el esquema 3 y 7 a 10 días.
- Control de respuesta terapéutica en pacientes con ITU alta a las 72 horas y 7 días de tratamiento.
- Respuesta terapéutica adecuada y evolución clínica favorable alta, considerar urocultivo de control.

#### ANEXO N° 1: BIBLIOGRAFIA

- Urinary Tract Infection. Adult women with uncomplicated UTI, June 1999, University of Michigan, Steven Gradwonhl MD. Team members.
- Bailey RR: Duration of antimicrobial treatment and the use of drug combination for the treatment of uncomplicated acute pyelonephritis. J UROL 1995; 79: 619-49.
- Gupta K.: Increasing prevalence of antimicrobial resistance among uropathogens causing acute uncomplicated alstitis JAMA 1999; 281:736-B.
- Warren J.: Guidelines for antimicrobial treatment of uncomplica acute bacterial cystitis and acute pyelonephritis in women. CID 1999; 29:745-58.

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Herminio Valdizán

  
DR. CARLOS CHAVEZ ABOSO  
Medicina Interna  
C.R.P. 1669



# FARINGOAMIGDALITIS

## AGUDA

### CODIGOS CIE10:

J02.0 J02.8 J02.9 J03.0 J03.8 J03.9



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Hernilio Valdivia  
  
DR. CARLOS CHAYLLA ASCAN  
Medicina Interna  
C.E.P. 11669

**FARINGOAMIGDALITIS AGUDA**  
**CODIGOS CIE10: J02.0 J02.8 J02.9 J03.0 J03.8 J03.9**

Códigos CIE 10: J02.0 Faringitis estreptocócica, J02.8 Faringitis aguda debida a otros microorganismos no específicos, J02.9 Faringitis aguda, no especificada J03.0 Amigdalitis aguda estreptocócica, J03.8 Amigdalitis aguda debida a otros microorganismos especificados, J03.9 Amigdalitis aguda, no especificada.

**DEFINICION:**

Faringo-amigdalitis aguda es una de las mas comunes enfermedades en consulta ambulatoria siendo producida por virus en el 80% (Rinovirus, Coronavirus, Adenovirus principalmente ) y en el 20% por bacterias principalmente Streptococcus pyogenes grupo A en el 5 a 10% de adultos (1,2,3) A continuación presentaremos la Faringo – amigdalitis aguda por Streptococcus pyogenes grupo A debido a que es importante la identificación de aquellos pacientes que requieren tratamiento antibiótico por presentar una infección bacteriana la mas frecuente y así minimizar el uso innecesario de antimicrobianos.

El reconocimiento de esta condición y tratamiento antibiótico temprano esta indicado no solo para disminuir la duración de los síntomas sino para prevenir las complicaciones no supurativas (fiebre reumática y glomerulonefritis).

**EVALUACION Y DIAGNOSTICO**

Histórica:

1. Fiebre de inicio súbito.
2. Dolor de garganta.
3. Malestar general.
4. Ausencia de tos.

**EXAMEN FISICO:**

1. Eritema y excudado purulento tonsilofaríngeo.
2. Linfadenitis cervical anterior.
3. Petequias en paladar blanco.

**DIAGNOSTICO:**

La evidencia clínica de la presencia de 3 o 4 de los siguientes síntomas y signos:

1. Fiebre.
2. Excudado purulento tonsilar.
3. Linfadenopatía cervical anterior y
4. La ausencia de tos

Es suficiente para plantear el diagnostico de Faringo-amigdalitis por Streptococcus pyogenes, con indicación de tratamiento antibiótico. La presencia de uno de ellos no indica inicio de tratamiento y si hay la presencia de dos, se indicara tratamiento según el criterio del medico tratante y del estado del paciente (2,4,5).

El cultivo de hisopado faríngeo no es una prueba de rutina y la recomendación de su uso es para monitorizar el desarrollo de resistencia o para investigación de brotes.



**MINISTERIO DE SALUD**  
Hospital Nacional Valdivia  
*[Signature]*  
**DR. CARLOS CHAVEZ ACERO**  
Medicina Interna  
C.R.P. 11660

## TRATAMIENTO:

### Farmacológico:

1. La droga de elección es Penicilina y para pacientes alérgicos a esta droga, los macrólidos son los antibióticos alternativos.

### Medicación para el tratamiento de la Faringo – amigdalitis o amigdalitis estreptocócica

Nombre	Presentación	Dosis adulto (Dosis niño)	Intervalo	Costo	Duración
Penicilina Benzatinica	Frasco ampoll	1.2 millones (>30kg). 0.6 millones (<30kg)		Benzatina bencilpenicilina (1.2 millones)	1 d 1 d
Penicilina V	Comp. 1 millón UI Susp. 0.3 mill UI/5ml	1 millón UI (0.3 millones UI)	BID	Megacilina* Comp. X12	10 d 10 d
Amoxicilina	Comp. 500mg. Susp. 250mg/5ml 500mg/5ml	500mg (30mg/kg/día)	TID	Amoxicilina comp. X 30 Susp 500mg/5ml	10 d 10d
Azitromicina	Comp. 500mg Susp. 200 mg/5ml	500mg (10 mg/k/d)		Azitromicina tab 500 mg x 3 Susp. 200 mg/5ml	3 d

### 2. Tratamiento sintomático

Acetaminofen tb. 500 – 1000mg condicional a fiebre y/o malestar

### Indicaciones Clínicas para Hospitalización:

1. Formación de absceso periamigdaliano.
2. Hipertrofia que causa obstrucción de vía aérea.
3. Deshidratación e incapacidad para seguir un tratamiento oral, con cuadro que afecta severamente el estado general.

### Referencias Bibliograficas:

1. Bisno. L. Acute Pharyngitis. N Engl J Med 2001; 344: 205-211.
2. Cooper R., Hoffman J., Barlett J. et al. Principles of apropiate antibiotic use for acute pharyngitis Ann Emerg Med 2001; 37:711 – 719.
3. Pharyngitis. Mandell Gl., Bennett JE, Dolin R, Madell, D. and Bennett's. Principles and Practice of Infectious Diseases.: 2000:656-61. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia.
4. Gonzales R., Steiner JF, Sande MA. Antibiotic prescribing for adults with colds, upper respiratory tract infections, and pronchitis by ambulatory care physians. JAMA. 1997; 278: 901-4.
5. Bisno AL, Gerber MA, Gwltney JM Jr., Kaplan EL., Schwartz RH. Diagnosis and Management of Group A streptococcal pharyngitis: a practice guideline. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 1997;25:574-83.



MINISTERIO DE SALUD  
Compras, Abastecimiento y Almacén  
  
DR. CARLOS CHÁVEZ ASCÓ  
Medicina Interna  
C.M.F. 11669

# ENFERMEDAD DIARREICA EN ADULTOS

(CODIGO CIE 10: A09)



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Morales Valdivia

*[Handwritten Signature]*  
DR. CARLOS CHAVEZ ASCORRA  
Medicina Interna  
C.M.P. 11660

# ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA EN EL ADULTO

(CODIGO A09)

## DEFINICION

Existen algunas definiciones de diarrea aguda. Una de ellas menciona a la diarrea como el aumento de la frecuencia, el contenido líquido o volumen de la descarga fecal.

Otros definen la diarrea aguda en el adulto como pasaje de tres o más deposiciones sueltas por día, de duración no mayor a tres días.

## OBJETIVOS

1. Diagnostica y tratar adecuadamente el cuadro de diarrea aguda en el adulto.
2. Evitar las complicaciones previsibles, entre ellas, la deshidratación y sus secuelas.

## ETIOLOGIA Y CLASIFICACION

Múltiples agentes infecciosos son causales de diarrea aguda, incluyendo bacterias, virus y parásitos, aunque predominan los primeros.

Se reconocen dos tipos de diarrea aguda en el adulto:

1. Diarrea secretoria, producida por toxinas de bacterias o por virus. Se caracteriza por diarrea líquida sin síntomas sistémicos, salvo que el paciente se encuentre deshidratado.
2. Diarrea invasiva o disentérica, causada por bacterias y parásitos, caracterizada por deposiciones con sangre y moco, mínima deshidratación y síntomas sistémicos prominentes.

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS

### 1. Historia Clínica

- La diarrea puede ser líquida, voluminosa, sin otros síntomas generales.
  - Puede haber diarrea con escaso volumen, pero caracterizada por la presencia de moco y/o sangre.
  - La diarrea invasiva puede acompañarse de síntomas generales tales como fiebre, malestar general, anorexia, decaimiento, así como tenesmo y pujo.
  - Historia de exposición a una fuente de contaminación común. En este caso, se presentara un brote en el que varias personas son afectadas al mismo tiempo.
  - Otros síntomas tales como dolor abdominal, náuseas y vómitos pueden presentarse, mas frecuentemente en pacientes con intoxicación alimentaria.

### 2. Examen Físico

- Es fundamental evaluar el estado de hidratación del paciente: frecuencia cardiaca, intensidad del pulso, ortostatismo, sequedad de mucosas, turgencia de la piel, globos oculares, estado de conciencia.



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital General de la Universidad de la Habana  
*[Signature]*  
DR. CARLOS CHAVEZ ASCORRA  
Medicina Interna  
C.E.F. 11689

- Examen del abdomen, presencia e intensidad de los ruidos hidroaereos, dolor a la palpación sin signos de irritación peritoneal.

### 3. Exámenes Auxiliares

- El cultivo de heces esta indicado en casos de sospecha de cólera, debido a que es una enfermedad que debe ser notificada con documentación sustentatoria.
- En casos de diarrea invasiva en los que se sospeche parasitosis tales como amebiasis y balantidiasis puede solicitarse examen coproparasitológico.

### Diagnostico Diferencial

1. Diarreas inducida por medicamentos incluidos los antibióticos.
2. Exacerbación de colitis ulcerativa o Enfermedad de Crohn

### TRATAMIENTO

- No es necesario aplicar ninguna dieta especial.
- Algunos componentes de la dieta pueden empeorar la diarrea como la lactosa (leche, helados, yogurt, quesos blandos), fructosa (zumo de frutas tales como manzana, pera, uvas, miel, dátiles, frutos secos, higos, bebidas no alcohólicas, extractos de frutos, etc.) hexitoles (sorbitol, manitol presentes en zumos de manzana, pera chicles, caramelos), sacarosa, antiácidos con contenido de magnesio, cafeína.
- Aumentar la ingesta de líquidos, soluciones de rehidratación oral.
- Bajar la fiebre por medios físicos.
- Las sales de rehidratación oral a libre demanda están indicadas en pacientes con deshidratación leve a moderada que no vomitan en exceso.
- El uso de antimicrobianos esta indicado solo en diarrea invasiva producida por bacterias o parásitos y ara casos de cólera severo (ver tabla I).
- No se recomienda tratamiento antimicrobiano en huéspedes inmuno competentes con sospecha de infección por Salmonella no typhi, como ocurre en brotes de diarrea asociada a exposición a fuente común. Solo esta indicada la terapia antibiótica en pacientes con formas severas, inmunosuprimidos o en ancianos.
- El empleo de antiespasmódicos y antieméticos solo están indicados ante síntomas persistentes.
- Los antidiarreicos como Loperamida o Difenoxilato están contraindicados en pacientes con diarrea invasiva.
- Drogas antisecretorias están indicadas en caso de diarreas secretorias con síntomas moderados o severos.
- No hay indicación para tratamiento quirúrgico ni procedimientos invasivos.



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Herminio Valdizán  
*[Handwritten Signature]*  
DR. CARLOS CHAVEZ ASCOR  
Medicina Interna  
C.M.P. 11400

## Tratamiento antibacteriano

FARMACO DE ELECCION	FARMACO ALTERNATIVO	INDICACION
Cotrimoxazol 160/800mg VO. BIDX 5 días.	Ciprofloxacino 500mg VO, BIDX 5 días Norfloxacino 400mg VO, BID x 5 días	Infecciones por Shigella
Doxiciclina 300 mg. VO, dosis única	Tetraciclina 500 mg VO. QID x 3 días. Furazolidona 100. VO. QID x 3 días	Cólera*
Ciprofloxacino 500mg. VO. BID x 5 días	Norfloxacino, 400 mg. VO x 5 días Cefalosporina de 3ra generación, EV x 5 días	Salmonela no typhi, en pacientes inmunocomprometidos, en formas severas o en ancianos.

\* En casos de cólera, debe notificarse inmediatamente a la Oficina de Epidemiología de la Dirección de Salud de su jurisdicción.

## INDICACIONES PARA HOSPITALIZACION

1. Signos de deshidratación en pacientes con pobre tolerancia oral.
2. Signos de deshidratación severa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guías para el Tratamiento Ambulatorio. SEPS. Vol I. 1998
2. Manuel Merck 10ª Ed. 1999.
3. Frank BW. Diarrhea. En.: Problem – Oriented Medical Diagnosis, Harold Friedman ed. 7ª 2001: 180 – 187.



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital General de Heredia Valdez

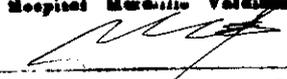
*[Firma]*  
DR. CARLOS CHAVEZ AROCA  
Medicina Interna  
G.E.P., 2008

# DERMATOMICOSIS

(CODIGO CIE 10: B35, B36)



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Hermita Valdivia

  
DR. CARLOS CHAVEZ ASCOB  
Medicina Interna  
C.M.P. 11660

# DERMATOMICOSIS

(CODIGO B35 – B36)

## DEFINICION

Son micosis superficiales producidas por hongos dermatofitos y, excepcionalmente por mohos, que pueden afectar la piel y anexos (pelo y uñas).

Dependiendo de su localización presenta diferentes denominaciones: Tiña capitis, Tiña corporis, Tiña cruris, tiña pedís y tiña unguis.

Los gérmenes mas frecuentes corresponden a los géneros: Trichophyton, Epidremophyton y Microsporium. La especie mas frecuente en el Perú es Trichophyton rubrum.

## OBJETIVOS

1. Hacer un diagnostico precoz.
2. Que se administre un tratamiento eficaz, pero económico.
3. Evitar las complicaciones (sobreinfecciones) y la diseminación.

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS

El diagnostico es eminentemente clínico.

### 1. Historia

- Antecedentes de prurito.
- Presencia de lesiones generalmente en zonas de pliegues, aunque pueden afectar cualquier zona del cuerpo.

### 2. Examen Físico

- Presencia de placas eritemato-escamosas, a veces vesiculares.
- Lesiones escamosas que usualmente presentan borde anular inflamatorio, con crecimiento científico.
- El compromiso ungueal se presenta con pérdida del brillo y coloración amarillenta o blauecina de la uña, con engrosamiento de la misma. Puede haber onicolisis.

### 3. Exámenes Auxiliares

- Están indicados cuando hay dudas en el diagnostico clínico.
- El examen directo con KOH al 10% de las escamas, uñas o pelo, para identificar hifas o esporas.
- Se solicitará cultivo en caso de examen directo negativo con sospecha clínica de enfermedad. Solo podrá ser solicitado por Dermatólogo.

## Diagnostico Diferencial

1. Dermatitis o eczemas.
2. Granuloma anular
3. Alopecia areata.



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Bernalillo y Udzizán  
*[Signature]*  
DR. CARLOS CRUZ ARON  
Medicina Interna  
01.11.1988

4. Eritema figurado
5. Eritrasma
6. Impétigo
7. Picadura de insecto

## TRATAMIENTO

1. Aseo personal diario, secarse bien luego del baño.
2. Evitar el uso de prendas de vestir de material sintético.
3. Emplear zapatillas solo para la práctica de deportes y no como calzado de uso diario.

## TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- Las tiña corporis y tiña cruris pueden tratarse eficazmente en forma tópica durante 3 a 4 semanas.
- El control clínico se realizara al cabo de dicho tiempo.

## CREMAS PARA USO TOPICO

Nombre Genérico	Presentación	Dosis
Clotrimazol	Crema al 1%	BID
Tolnaftato	Crema al 1%	BID, TID

- El tratamiento sistémico oral esta indicado en casos de tiña capitis, onicomycosis, tiña pedis, tiña corporis extensas y tiñas inflamatorias.
- El control clínico se efectuara cada 4 semanas.

## MEDICAMENTO PARA EL TRATAMIENTO SISTEMICO

Forma Clínica	Droga de elección	Alternativa
Tiña Corporis o Tiña Cruris	Griseofulvina 500 mg/día x 4 semanas	Fluconazol 150 mg/sem x 4 sem.
Tiña capitis	Griseofulvina 500 mg/día x 8 semanas	Terbinafina 250 mg/día x 4 semanas a 8 semanas
Tiña pedis	Terbinafina 250 mg/día x 4 semanas	Fluconazol 150 mg/sem x 4 semanas
Onicomycosis	Terebinafina 250 mg/día x 12 semanas	Fluconazol 150 mg/sem x 12 a 24 semanas.

- No está indicado el tratamiento quirúrgico.
- Solo esta indicada la hospitalización en caso de infección secundaria severa (celulitis).

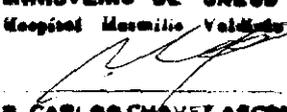


MINISTERIO DE SALUD  
Hospital General de la Universidad  
*[Signature]*  
DR. CARLOS CHAVEZ AGUIRRE  
Medicina Interna  
C.M.P. 11660

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guías para el tratamiento ambulatorio. SEPS. Vol. I. 1988
2. El Manual Merck. 10ª ed. 1999. P 805-808.
3. Andrews C. Tratado de dermatología. Barcelona: Salvat, 1993.

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Herminio Valdizán

  
D. CARLOS CHAVEZ ASCOB  
Medicina Interna  
1980



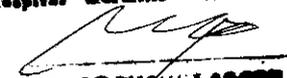
# PARASITOSIS

# INTESTINALES

# CODIGOS CIE 10: A06, A07, B65 – B83)



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Hermitico validado

  
DR. CARLOS CHAVEZ AGUDO  
Medicina Interna  
C.H.P., 11600

# PARASITOSIS INTESTINALES

## CODIGOS CIE 10:

### A06, A07, B65 – B83)

Códigos CIE 10: A06 (Amebiasis); A07 (Otras Enfermedades debidas a protozoarios); B65 – B83 (Helmimntiasis)

#### DEFINICIÓN

Infecciones del tracto intestinal ocasionadas por parásitos protozoarios o helmintos. Son infecciones muy frecuentes en población carente de recursos como agua y desague, especialmente en zona urbana marginales y zonas rurales.

En nuestro país constituye una enfermedad endémica en zonas de selva, afectando el crecimiento y desarrollo de los niños.

#### OBJETIVOS

1. Detectar precozmente los casos de parasitosis.
2. Tratar la enfermedad a fin de prevenir la diseminación.
3. Prevenir las complicaciones: anemia y desnutrición.

#### EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

1. Historia y Síntomas
  - Puede ser asintomática
  - No hay síntomas específicos
  - Puede haber dolor abdominal, diarrea, dispepsia, flatulencia, náuseas, vómitos.
  - Prurito anal asociado a infección por oxiuros.
  - Pérdida de peso.
2. Examen Físico
  - No hay hallazgos específicos y el examen puede ser normal.
  - Puede evidenciarse signos de desnutrición.
  - Puede haber distensión y dolor abdominal a la palpación.
  - Pueden detectarse signos de anemia.
3. Exámenes auxiliares
  - El examen seriado de heces (03 muestras), por el método de concentración, para detectar huevos y parásitos de la mayor parte de las especies.
  - Examen de heces frescas cuando se sospecha de amebiasis.
  - Coloración de Ziehl-Nielsen para diagnóstico de coccidias.
  - Las pruebas inmunológicas para detectar antígenos parasitarios sólo estarán indicadas ante la fuerte sospecha de parasitosis, en pacientes provenientes de zonas endémicas, en los que no se ha logrado documentar el diagnóstico por métodos convencionales y sólo podrán solicitarse por especialistas infectólogos o gastroenterólogos.
  - Podrá solicitarse un Hemograma y dopaje de hemoglobina como parte del estudio en un paciente con diagnóstico de parasitosis intestinal.



MINISTERIO DE SALUD  
Muestre el documento validado

DR. CARLOS CHAVEZ AGUIRRE  
Medicina Interna  
C.E.P. 1999

## TRATAMIENTO

PARASITO	DROGA DE ELECCIÓN	DROGA ALTERNATIVA
Uncinarias, Ascaris lumbricoides	Mebendazol 100 mg. BID x 3 días ó 500 mg. dosis única Niños igual	Albendazol 400 mg. dosis única Niños igual
Balantidium coli	Sulfato de aminosidina: 250mg VO + 500 mg IM repetir en 12 hrs. Niños: 4.5 mg/kg VO + 9mg/kg IM, repetir a las 12 horas	Metronidazol: 750 mg TID x 10 días Niños: 35 mg/kg/día, TID x 10 días.
Blastocystis hominis	En los casos sintomáticos: Metronidazol: 750 mg. TID x 10 días. Niños: 4.5 mg/kg/día, TID x 10 días.	
Cryptosporidium	No hay tratamiento específico Paromomicina 500 a 750 mg/día VO, QID, duración no establecida.	Azitromicina: 1200 mg BID x 1 día, luego 1200 mg/día x 27 días Luego 600 mg/día para supresión.
Cyclospora cayentanensis	Cotrimoxazol 160/800 BID x 7 días Niños: 5 mg/kg TMP +25 mg/kg SMZ, BID x 7 días.	
Diphyllobothrium	Prazicuantel 10mg/kg Niños igual	Niclosamida 1 gr masticado, repetir en 1 hr. Niños: 20 mg/kg masticado, repetir en 1 hr.
Dipylidim caninum	Prazicuantel 10 mg/kg, dosis única Niños igual	Niclosamida 1 gr masticado, repetir en 1 hr. Niños: 20 mg/kg masticado, repetir en 1 hr.
Entamoeba histolytica	Portador asintomático: Lodoquinol: 650 mg, TID x 20 días Niños: 30-40 mg/kg/día, máximo 2 gr, TID x 20 días Colitis: Metronidazol 500 a 750mg TID x 10 días. Niños: 35-50 mg/kg/día, TID x 10 días	Portador asintomático: Secnidazol: 1 gr VO, BID x día Niños: 30 mg/Kg/día x 1 día. Colitis: Tinidazol: 2 gr/día x 3 días. En casos severos: 800 mg. TID x 5 días. Niños: 50 mg/kg/día, máximo 2 gr x 3 días, en casos severos: 5 días
Enterobius vermicularis	Mebendazol: 100 mg, dosis única Repetir en 2 semanas Niños: igual	Albendazol: 400 mg dosis única. Repetir en 2 semanas. Niños: igual
Fasciola hepática	Tiabendazol: 10 – 12 mg/kg/día, repetir en 2 días. Niños igual	
Giardia lamblia	Metronidazol: 250 mg TID x 5 días	Tinidazol: 2 gr dosis única Niños: 50 mg/kg, máximo 2 gr, dosis única Secnidazol: 2 gr, BID x 1 día Niños: 30 mg/kg x 1 día.



MINISTERIO DE SALUD  
Hospital ...

DR. CARLOS CHAVEZ ASCOS  
Medicina Interna  
C.M.P. 1960

Isospora belli	Trimetropin-sulfametoxazol: 160/800-	
Hymenolepis nana	Prazicuantel 25 mg/kg, dosis única, repetir en 10 días Niños igual	
Strongyloides stercoralis	Ivermectina: 150 – 200 mcg/kg en dosis única Autoinfestación: Misma dosis x 1 a 2 días. Repetir cada 15 días x 2 veces adicionales. Niños igual	Tiabendazol: 25 mg/kg máximo 1.5 gr BID x 3 días. Autoinfección: Misma dosis diaria x 30 días Niños: igual Albendazol: 400 mg/día x 3 días, repetir en 3 semanas. Niños a partir de 2 años: igual Niños menor de 2 años: 200 mg/día x 3 días. Repetir en 3 semanas.
Taenia saginata o tenia solium	Parazicuantel: 10 mg/kg, dosis única Niños igual	Niclosamida: 1 gr masticada, repetir en 1 hr. Niños: 20 mg/kg masticado, repetir en 1 hr.
Trichuris trichura	Mebendazol 100 mg, TID x 3 días ó 500 mg en dosis única. Niños: igual	Oxantel-pyrantel: 10-20 mg/kg dosis única Niños: igual

## SEGUIMIENTO Y CONTROL

- En casos de infestación por protozoarios: hacer examen de heces a la semana de haber terminado el tratamiento.
- En el caso de Nemátodos e himenolepiasis: examen de heces a las 2 semanas de terminado el tratamiento.
- En estrombiloidiasis: examen de heces a las 2 semanas, 30 días y 3 meses de terminado el tratamiento.
- En infecciones por tenia: examen de heces a 1, 2 y 3 semanas de terminado el tratamiento.

## INDICACIONES PARA HOSPITALIZACIÓN

1. Cuadro oclusivo con abdomen agudo
2. Deshidratación severa
3. Pobre tolerancia oral
4. mal estado general, desnutrición severa, edema.
5. compromiso multisistémico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guías para el tratamiento ambulatorio, SEPS, Vol I 1998.
2. El manual Merck 10º Ed. 1999. P. 1262 – 1274.
3. Giles HM Soil-transmitted helminths (geohelminths) En: Cook GC. Manson's Tropical Disease. London: Bailliere Tindall, 1996: 1369-1412.



MINISTERIO DE SALUD  
 República del Perú  
 Dirección General de Epidemiología y Control de Infecciones  
 DR. CARLOS CHAVEZ ROSA  
 Medicina Interna  
 G.E.P. 1999