
MANUAL CLINICO TERAPEÚTICO

Para La Atención Primaria



R.A.S.D.
Ministerio de
Salud Pública



Ayuda Humanitaria
y Protección Civil



medico international

MANUAL CLINICO TERAPEÚTICO
Para La Atención Primaria

Ministerio de Salud de la R.A.S.D.

2013

medico international,
Frankfurt am Main, Alemania



Ayuda Humanitaria
y Protección Civil

La elaboración del presente Manual Terapéutico y su impresión se han realizado con la asistencia financiera de la oficina de Ayuda Humanitaria de la Comunidad Europea – ECHO.

Los puntos de vista que en él se exponen reflejan exclusivamente la opinión de medico international y de Ministerio de Salud Pública Saharoui, por lo tanto, no representan en ningún caso el punto de vista oficial de la Comisión Europea.

Frankfurt am Main 2013

medico international
Burgstraße 106
RFA-60389 Frankfurt am Main
0049 / 69 / 9 44 38-0
info@medico.de
www.medico.de



ÍNDICE

ÍNDICE	5
PRÓLOGO DEL MINISTRO	10
INTRODUCCIÓN	12
COMO USAR ESTE MANUAL	14
COMO USAR LOS DIAGRAMAS FLUJO	14
Diagramas de Flujos	17
1 DOLOR ABDOMINAL AGUDO SIN FIEBRE	18
2 ADULTO CON EDEMA GENERALIZADO	19
3 DOLOR EN EL PECHO	20
4 OTALGIA	21
5 CEFALEA	22
6A ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL - HOMBRES	23
6B ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL - MUJERES	24
7 DOLOR DE GARGANTA	25
8 HEMORRAGIA VAGINAL	26
Capítulo 1: Enfermedades Cardiovasculares	27
1.01 HIPERTENSIÓN (I10)	28
1.02 ENFERMEDAD VALVULAR (I09.9)	30
1.03 FIEBRE REUMÁTICA (I01)	31
1.04 INSUFICIENCIA CARDIACA (I50)	32
1.05 PATRONES ELECTROCARDIOGRÁFICOS	35
Capítulo 2: Enfermedades de Systema Nervioso Central	39
2.01 EPILEPSIA (G40)	40
2.02 PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (F00-99)	43
Capítulo 3: Enfermedades de la Boca	47
3.01 CANDIDIASIS ORAL (MUGUET) (B37.0)	48
3.02 ABSCESO DENTAL (K04.7)	49
3.03 GINGIVITIS NO COMPLICADA (K05.1)	50
3.04 GINGIVITIS ULCEROSA AGUDA NECROSANTE (A69.1)	51

3.05	ESTOMATITIS HERPÉTICA/HERPES LABIAL (CALENTURA) (B00.2)	53
3.06	ÚLCERAS ORALES (K12.0)	54
3.07	PERIODONTITIS	54
Capítulo 4: Enfermedades ORL		57
4.01	CATARRO COMÚN (J06)	58
4.02	RINITIS AGUDA (J00)	58
4.03	FARINGOAMIGDALITIS AGUDA (J03)	59
4.04	OTITIS EXTERNA (H60.9)	61
4.05	OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) (H66.9)	62
4.06	OTITIS MEDIA CRÓNICA (H66.3)	64
4.07	RINOSINUSITIS AGUDA (J01)	66
Capítulo 5: Enfermedades Respiratorias		69
5.01	ASMA (J 45)	70
5.02	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) (J44)	72
5.03	REAGUDIZACIÓN DE EPOC (J44.1)	75
5.04	BRONQUITIS AGUDA (J20.9)	76
Capítulo 6: Enfermedades del Sistema Endocrino		77
6.01	DIABETES MELLITUS TIPO 1 (E 10)	78
6.02	DIABETES MELLITUS TIPO 2 (E 11)	78
6.03	HIPOGLUCEMIA (E16.2)	82
6.04	ALTERACIONES DEL TIROIDES (E00-07)	83
Capítulo 7: Enfermedades Oftalmológicas		85
7.01	CONJUNTIVITIS (H10)	86
7.02	CONJUNTIVITIS, ALÉRGICA (H10.1)	86
7.03	CONJUNTIVITIS, BACTERIANA (H10.0)	87
7.04	CONJUNTIVITIS, VIRAL Y VIRAL EPIDÉMICA (B30.9)	88
7.05	GLAUCOMA AGUDO (H40)	90
7.06	GLAUCOMA CRÓNICO (H40.2)	91

Capítulo 8: Enfermedades del Tracto Gastro-Intestinal		93
8.01	PIROSIS / REFLUJO GASTRO-ESOFÁGICO (K21)	94
8.02	FISURAS ANALES (K60.2)	95
8.03	HEMORROIDES (I84.9)	96
8.04	ESTREÑIMIENTO (K59.0)	97
Capítulo 9: Ginecología y Obstetricia.....		99
9.01	ABORTO (O06)	100
9.02	ANEMIA EN EL EMBARAZO (O99.0)	100
9.03	HEMORRAGIA DURANTE EL EMBARAZO (O20)	101
9.04	GRIETAS EN EL PEZÓN DURANTE LA LACTANCIA MATERNA (O92.1)	102
9.05	PARTO NORMALO (O80.9)	102
9.06	DISMENORREA (N94.6)	105
9.07	EMBARAZO ECTÓPICO (O00.9)	106
9.08	METRORRAGIA (N92.1)	106
9.09	HEMORRAGIA POSTMENOPÁUSICA (N95.0)	107
9.10	PRECLAMPSIA Y ECLAMPSIA (O16)	107
Capítulo 10: Enfermedades Infecciosas I		111
10.01	NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (J16)	112
10.02	DIARREA AGUDA (A09)	115
10.03	INFECCIONES POR HELMINTOS (B82.0)	118
10.04	INFECCIÓN POR VIH (B24)	119
10.05	INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) (O90)	121
10.06	INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) (N39.0)	128
Capítulo 11: Enfermedades Infecciosas II		131
11.01	MENINGITIS (G00)	132
11.02	TUBERCULOSIS (A16.9)	134
11.03	ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS	134
11.04	VARICELA (B01.9)	135
11.05	SARAMPIÓN (B05.9)	136
11.06	PAROTIDITIS (B26)	138
11.07	RUBÉOLA (B06.9)	139
11.08	HEPATITIS VÍRICA (B15-19)	140
11.09	CÓLERA (A00)	140

Capítulo 12: Enfermedades del Aparato Músculo-Esquelético	143
12.01 LUMBALGIA (M54.4)	144
12.02 MONO Y POLIARTRITIS (M00-25)	145
12.03 TORCEDURAS Y TIRONES (T14.3)	148
Capítulo 13: Enfermedades de la Sangre	151
13.01 ANEMIA (D50.9)	152
13.02 ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO (FERROPÉNICA) (D50.9)	152
13.03 ANEMIA MACROCÍTICA (D52)	154
Capítulo 14: Enfermedades Renales y del Tracto Urinario	155
14.01 CÓLICO NEFRÍTICO (N23)	156
14.02 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (N17)	158
Capítulo 15: Enfermedades de la Piel	159
15.01 ACNÉ VULGAR (L70.0)	160
15.02 FURÚNCULO (L02.9)	161
15.03 IMPÉTIGO (L01.0)	162
15.04 CELULITIS (L03.9)	163
15.05 ECZEMA ATÓPICO (L20.9)	164
15.06 ECZEMA SEBORRÉICO (L21.9)	165
15.07 ECZEMA EXUDATIVO AGUDO (L21.9)	166
15.08 INFECCIONES FÚNGICAS DE LA PIEL (B35)	167
15.08.1 CANDIDIASIS (B37.2)	167
15.08.2 ERITEMA DE PAÑAL (L22)	168
15.08.3 TIÑA (B35.9)	168
15.09 PIOJOS (PEDICULOSIS) (B85.2)	170
15.10 SARNA (ESCABIOSIS) (B86)	171
15.11 ERITEMA DE PAÑAL, NO FÚNGICO (L22)	172
Capítulo 16: Pataloguía General	175
16.01 CEFALEA (G44)	176
16.02 DISNEA (R11)	177
16.03 DOLOR ABDOMINAL (R10)	178
16.04 DOLOR LUMBAL (M54.4)	179
16.05 DOLOR TORÁCICO (R07)	180

16.06 FIEBRE (R50.9)	181
16.07 ICTERICIA (R17)	182
16.08 INSOMNIO (G47.0)	183
16.09 TOS (R05)	183
16.10 VÓMITOS (R11)	184
Capítulo 17: Urgencias	185
17.01 ANGINA / INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (I20-21)	186
17.02 COMA	187
17.03 CONVULSIONES (R56)	189
17.04 CRISIS HIPERTENSIVA (I10-15.1)	190
17.05 LESIÓN OCULAR POR CUERPO EXTRAÑO (S05.5)	191
17.06 EDEMA AGUDO DE PULMÓN (J81)	192
17.07 GOLPE DE CALOR (T67.0)	193
17.08 HEMORRAGIA NASAL (EPISTAXIS) (R04.0)	195
17.09 HERIDAS (T14)	196
17.10 HIPOGLUCEMIA (E16.2)	198
17.11 MORDEDURAS Y PICADURAS (X29.9)	200
17.12 QUEMADURAS (T30.0)	200
17.13 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR	201
17.14 SHOCK (R57.9)	202
17.15 CONTROL DEL DOLOR CRÓNICO EN CÁNCER AVANZADO O INCURABLE (R52.9)	204
LISTA NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES, ABRIL 2013	207
INFORMACIÓN FARMACOLÓGICA	225
BIBLIOGRAFÍA	251

REPÚBLICA ÁRABE
SAHARAUI DEMOCRÁTICA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



الجمهورية العربية الصحراوية الديمقراطية
وزارة الصحة العمومية

Me siento muy complacido por el trabajo realizado tanto por Medico Internacional como por diferentes profesionales, tanto saharauis como de organizaciones que trabajan en salud.

Este trabajo de revisión y adaptación de la antigua Guía Terapéutica del 2002 ha sido un esfuerzo para adecuar el contenido a las patologías prevalentes, condiciones, arsenal diagnóstico, y posibilidades de tratamiento

Este libro que prologo debe ser el libro de Patología de los campamentos. Constituye un logro que estaba pendiente desde hacía tiempo por varias razones. Una de las razones era el propio nombre de la edición anterior (Guía Terapéutica) que producía confusión entre muchas personas y organizaciones que trabajaban o querían trabajar en salud al confundirlo habitualmente con la otra Guía, la de Atención Primaria (GAP). La otra razón se derivaba de la elaboración del nuevo Listado de Medicamentos que precisaba del cambio en los protocolos terapéuticos contenidos en la antigua Guía, ahora Manual. Una última razón era que la edición del año 2002 no había sido utilizada en la medida que se esperaba y quizás se podría deber a que la adecuación al entorno de un campo concreto de población refugiada no era la que se precisaba.

Con la revisión de la Guía Terapéutica y su cambio de nombre por Manual quedan establecidos dos niveles de libros de consulta. Estos niveles están determinados por el grado de formación de quién deba usar los libros de consulta. Mientras que la GAP es el libro de consulta para el personal sanitario con nivel básico de formación, el Manual Terapéutico es un libro de Patología que debe ser la referencia en su uso, tanto para los sanitarios saharauis capacitados/as, como para toda persona que venga a trabajar a los campamentos dentro de programas de salud desde organizaciones solidarias.

Desde el Ministerio se tiene la firme convicción que va a ser un paso importante y, por ese motivo, va a implementar todos los esfuerzos para que este Manual sea accesible y obligatorio para el trabaja en salud en los campamentos.

También solicita de la ONG responsable, el esfuerzo de difusión y formación necesarios para que sea conocida y pueda ser manejada como se precisa para que sea una herramienta útil para el pueblo saharauí.

Asimismo se precisa un instrumento de revisión y actualización con plazos determinados que reavive el Manual adecuándolo a las situaciones que pudieran ser cambiantes.

Una última reflexión la quiero dedicar a lo que significa contar con un Manual Terapéutico adaptado a nuestra realidad sanitaria y un Listado de Medicamentos que para el Ministerio representa una satisfacción enorme. Me refiero a que, tanto en el Listado como en el Manual no están reflejadas todas nuestras necesidades ni Patologías y que hay aspectos sin cubrir que el Ministerio deberá conseguir recabando la financiación necesaria.

Mohamed Iamin Deddi
Ministro de Salud Pública



INTRODUCCIÓN

¿CÓMO NACIÓ ESTE MANUAL TERAPÉUTICO?

medico internacional apoya desde hace más de 36 años a la R.A.S.D. en su lucha por un Sahara Occidental independiente.

Con la reanudación del envío de medicamentos esenciales en 2011 por parte de medico internacional, la necesidad de actualizar el manual terapéutico (anteriormente conocido como “guía terapéutico”) del año 2002, resultó evidente.

En la reunión de la mesa de concertación y coordinación en salud, celebrada en abril del 2012, se decidió conformar el grupo de trabajo llamado “medicamentos” con la finalidad de revisar y actualizar el listado de medicamentos esenciales de la R.A.S.D. y el manual correspondiente. Con la presente entrega del nuevo manual terapéutico cumplimos con esta tarea.

¿PARA QUE SIRVE EL MANUAL TERAPÉUTICO?

Es una ayuda práctica para guiar a los trabajadores de la salud, médicos y enfermeros, en lo referente a las pautas y alternativas para el tratamiento de las enfermedades más importantes y frecuentes en el ámbito de la atención primaria en los campamentos saharauis. También puede ser de utilidad para aquellos médicos que llegaran de otros países con las comisiones médicas para trabajar en los centros de atención primaria, así como para los médicos saharauis que estudiaron en el extranjero, en su adaptación rápida a las normas locales. A los enfermeros les sirve como orientación para los tratamientos que ellos están autorizados a realizar, igualmente para poder hacer énfasis frente al paciente y reiterarle las recomendaciones que el médico les hizo.

Para el paciente tiene la ventaja de asegurar una armonización en los protocolos de manejo y tratamientos entre médicos o enfermeros, lo que promueve la confianza en la atención primaria.

El manual quiere fomentar la estandarización del protocolo de manejo para cada enfermedad descrita así como el uso racional de los medicamentos. Que se elija la terapia adecuada, se utilicen las dosis y cantidades correctas y se tengan en cuenta los riesgos y beneficios de cada terapia.

La estandarización de los tratamientos permite hacer más transparente el consumo de los fármacos. Con esto se espera poder mejorar la planificación de las necesida-

des, optimizar el uso de recursos y así evitar el desabastecimiento o pérdidas por caducidad.

El manual terapéutico resulta un trabajo que no termina nunca. Nuevos estudios, otras posibilidades diagnósticas o terapéuticas, experiencias o necesidades locales siempre harán necesarias actualizaciones, como la que hoy se entrega con esta nueva edición.

El nuevo manual se basa en la primera versión de 2002, en la Guía Para La Atención Primaria, PISIS (2010), en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS (2011) y del ACNUR (2011), y otros documentos de referencia.

Todos los textos fueron ampliamente discutidos y adaptados a la realidad del pueblo saharauí, en un amplio proceso de intercambio por mail y en un taller final impartido en Rabuni.

Queremos agradecer a todas las personas y entidades sin el apoyo de las cuales no hubiera sido posible consensuar la coherencia de la lista de medicamentos esenciales con el manual terapéutico y elaborar esta nueva edición. Entre ellas destacan por sus valiosos aportes:

- Dr. Txema Anda (Cirujano)
- Dr. Labat Mohamed Brahim (Médico general)
- Dr. Brahim Mohamed Deich (Ginecólogo)
- Dr. Eduardo Gasco (Médico general)
- Dr. Azman Habib (Internista)
- Dr. Wali Mujtav Lahsan (Médico general)
- Mohamed Lamin (Farmacéutico)
- Dr. Jalil Lasiad (Gastroenterólogo)
- Dr. Chafik Meziani
- Dr. Abderahman Mohamed Lehbib (Pediátra)
- Dr. Abidin Moh Madan (Médico general)
- Dumaha Mohamed (Psicólogo)
- Dr. Mulay Ahmed Mustafa (Urólogo)
- Dr. Mohamed Salem (Médico general)

- Susana García Pleyán y Anna Goncé - Chafik Meziani; ACNUR
- Nekane Pardo y Miguel Ángel Imizcoz; ANARASD
- Rosa Cañellas, Pep Bibiloni e Inma Caube; Asociación de Amigos del Pueblo Saharauí de Baleares
- Jesús Martíne; Marhabá:
- Tomás Pellicer, Miguel Reyero, Celia Varela y Chiara Domenichini; Médicos del Mundo
- Oriol Yuguero, Susana Sarriegui y Eduardo Gascó; MILPA
- Xabier Onaindia; MUNDUBUT

No quiero dejar de agradecer también a las autoridades Saharauis por su gran apoyo, a ECHO por financiar este trabajo, así como a nuestros consultores Dr. Daniel Cobos y Rocío Villacorta, y a nuestra colega, Sonia Diverres, que constantemente coordinaron este proceso.

Es una enorme satisfacción el ver actualizado este manual terapéutico. Esperamos que sirva y sea útil.

Frankfurt, Abril 2013

Karin Urschel, medico international

COMO USAR ESTE MANUAL

El manual está dividido en capítulos de acuerdo a los diferentes sistemas del cuerpo humano. De cada enfermedad se indica el número correspondiente del ICD10 (clasificación internacional de enfermedades). La enfermedad se describe brevemente, después siguen los objetivos del manejo, el tratamiento no farmacológico, el tratamiento farmacológico y los criterios de evacuación. También se ha incluido un capítulo con información farmacológica de los medicamentos.

Al final del manual se encuentra el índice de enfermedades y un índice de medicamentos.

Al tratar a sus pacientes, la responsabilidad final sobre la terapia elegida siempre reside en el médico o enfermero. La guía solo contiene recomendaciones generales, pero el caso individual suele ser complejo.

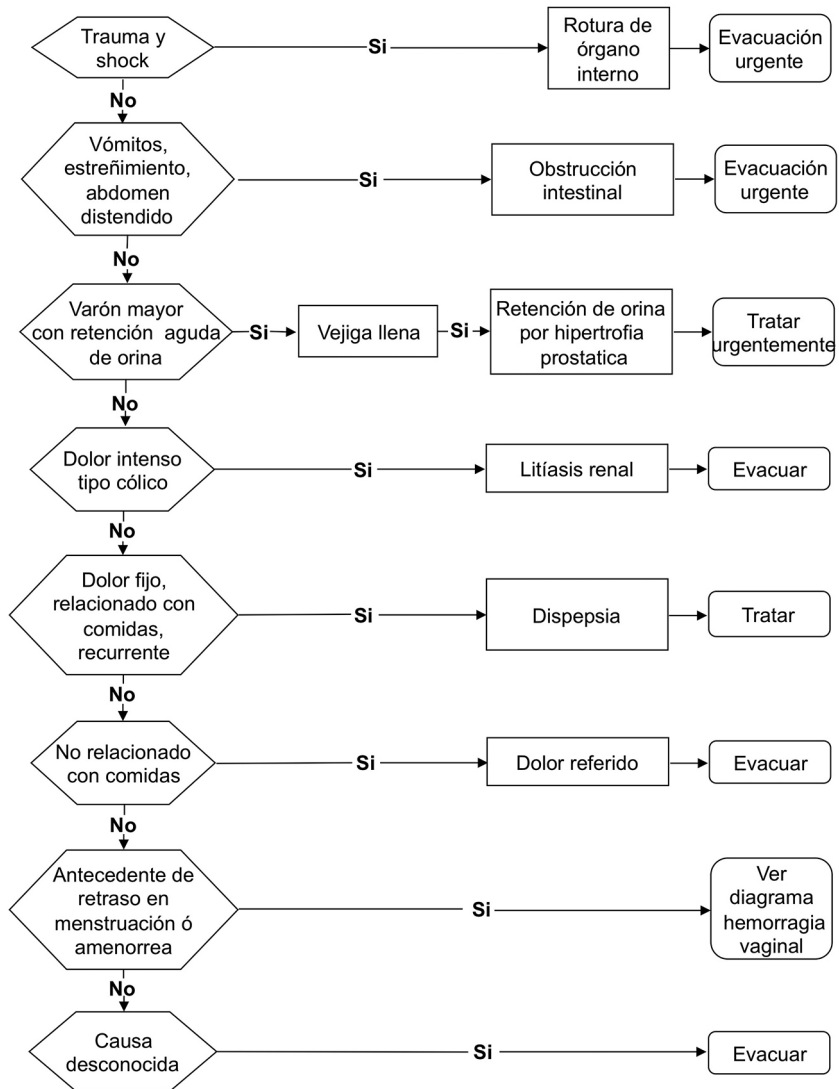
COMO USAR LOS DIAGRAMAS FLUJO

Los diagramas flujo se leen de arriba a abajo y de izquierda a derecha. Contienen 3 diferentes tipos de bloques:

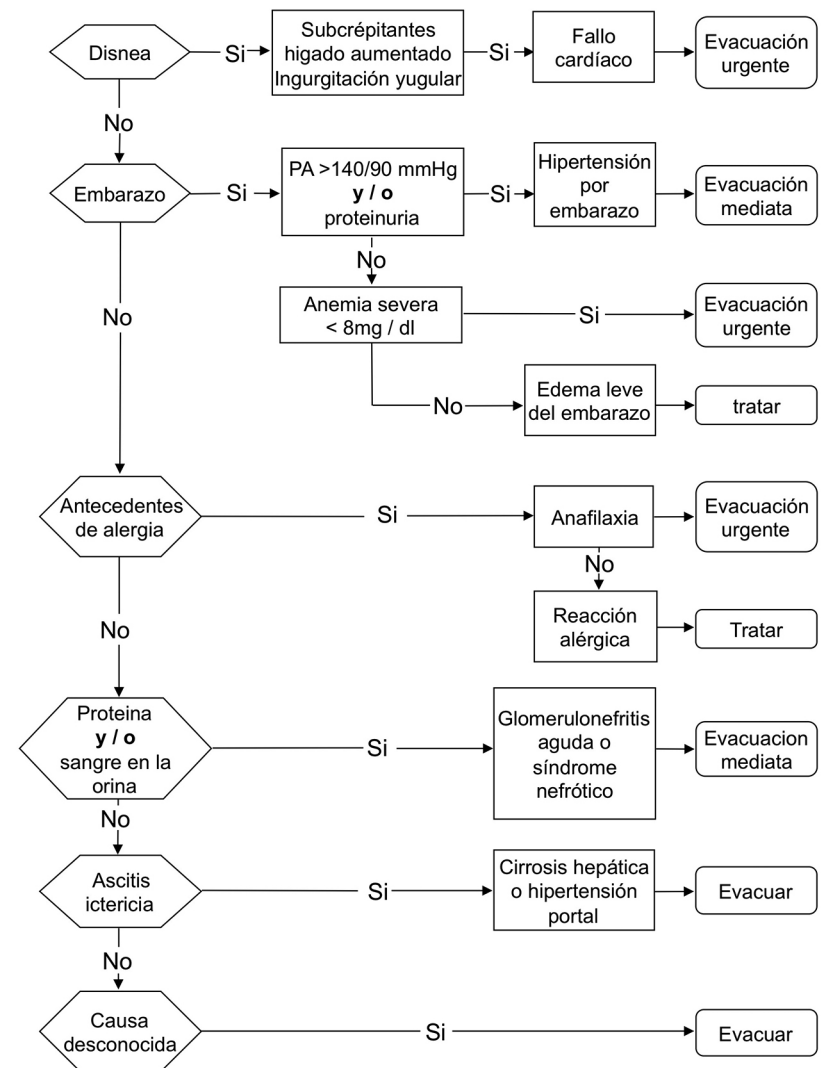
- El bloque hexagonal (6 lados) contiene información que va a guiar al lector para tomar una decisión clínica. Estos bloques siempre se acompañan de las alternativas si o no.
- Los bloques cuadrados normalmente describen una situación clínica o un diagnóstico. Sobre esos diagnósticos en general se puede encontrar más información en el capítulo correspondiente.

- Los bloques ovalados indican como manejar al paciente. Existen 4 tipos:
 - Tratar: tratar según las indicaciones de la guía
 - Evacuar: evacuar según lo establecido para este problema
 - Evacuación mediata: el paciente debe ser evacuado en el mismo día.
 - Evacuación urgente: significa que hay que actuar rápidamente. El paciente debe ser estabilizado y debe organizarse un transporte inmediato.

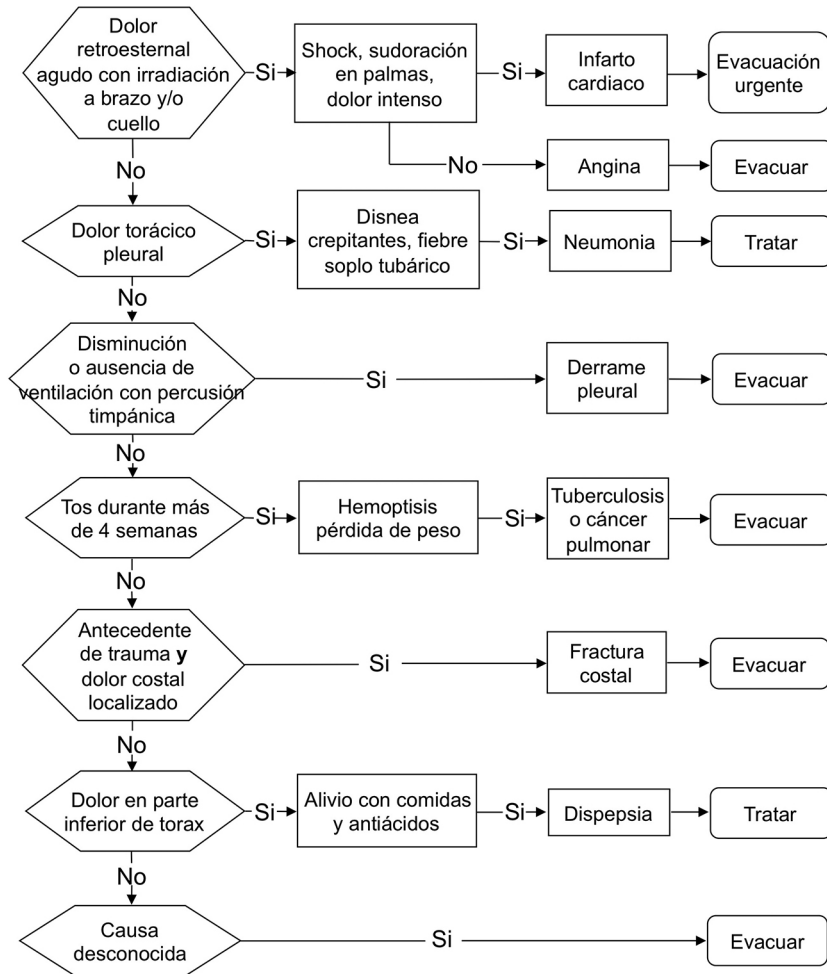
1 Dolor abdominal agudo sin fiebre



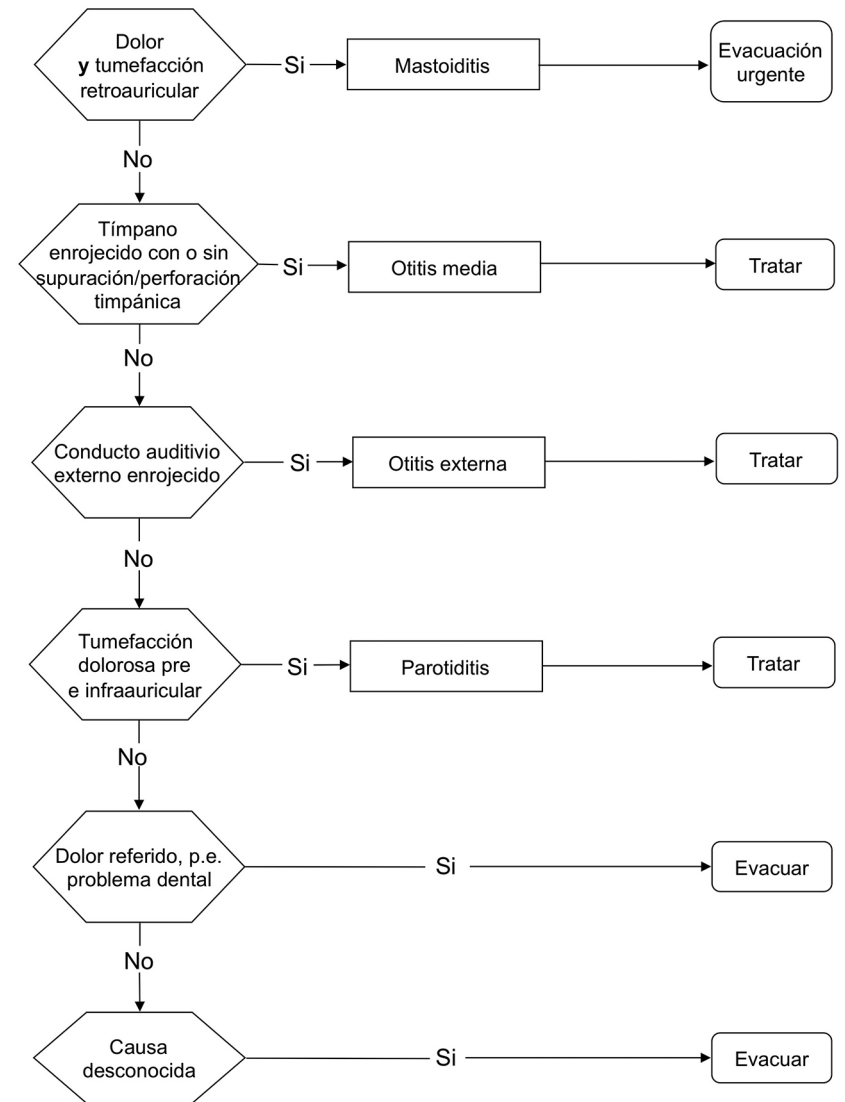
2 Adulto con edema generalizado



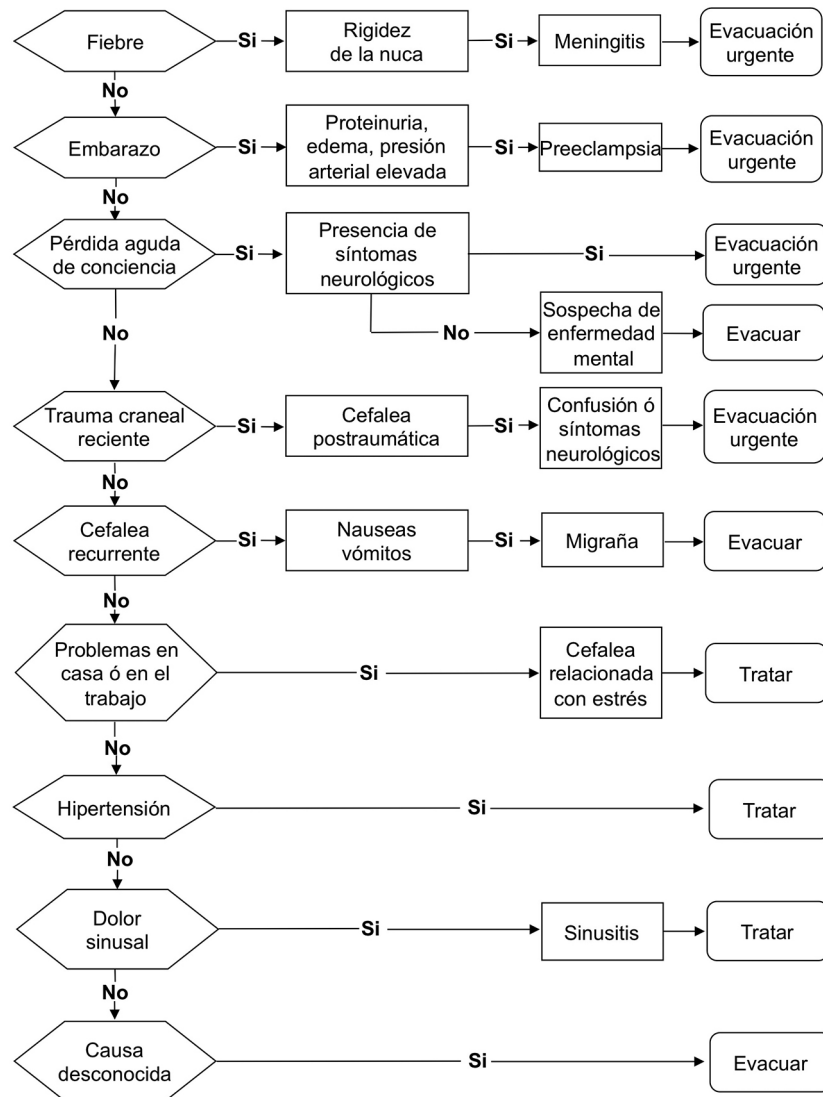
3 Dolor en el pecho



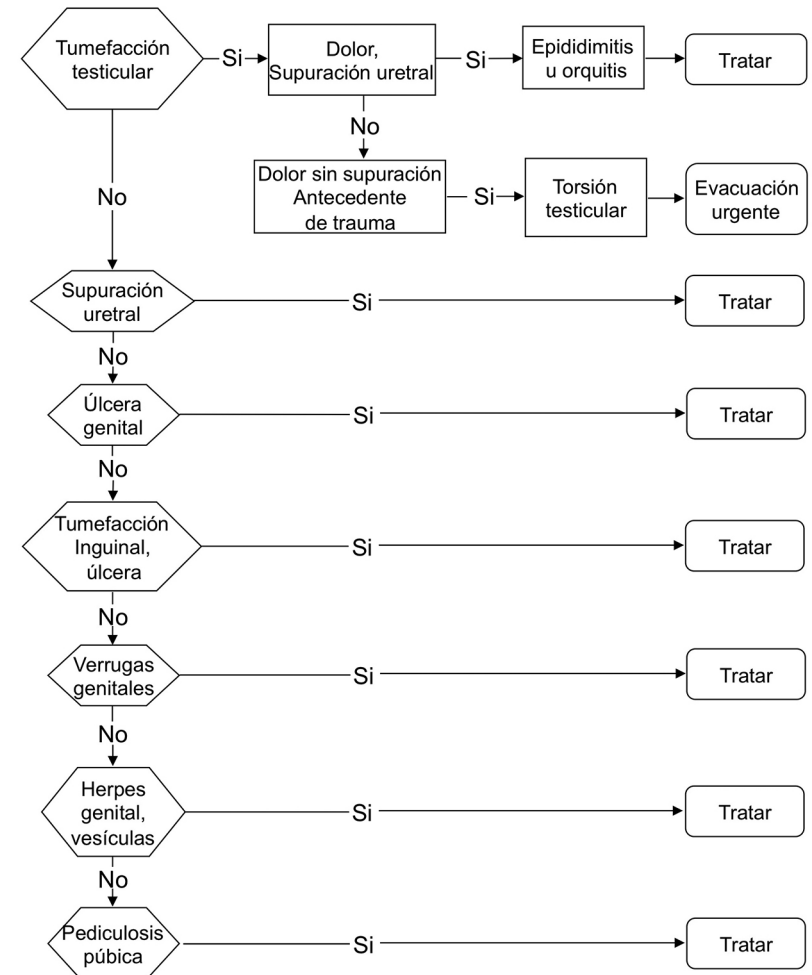
4 Otalgia



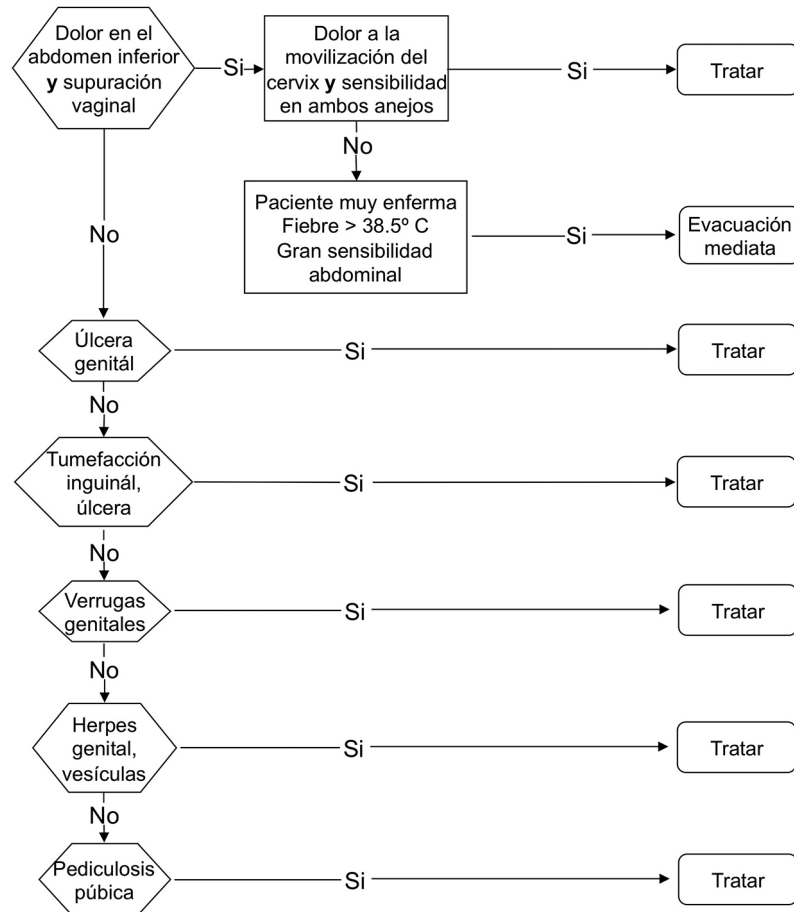
5 Cefalea



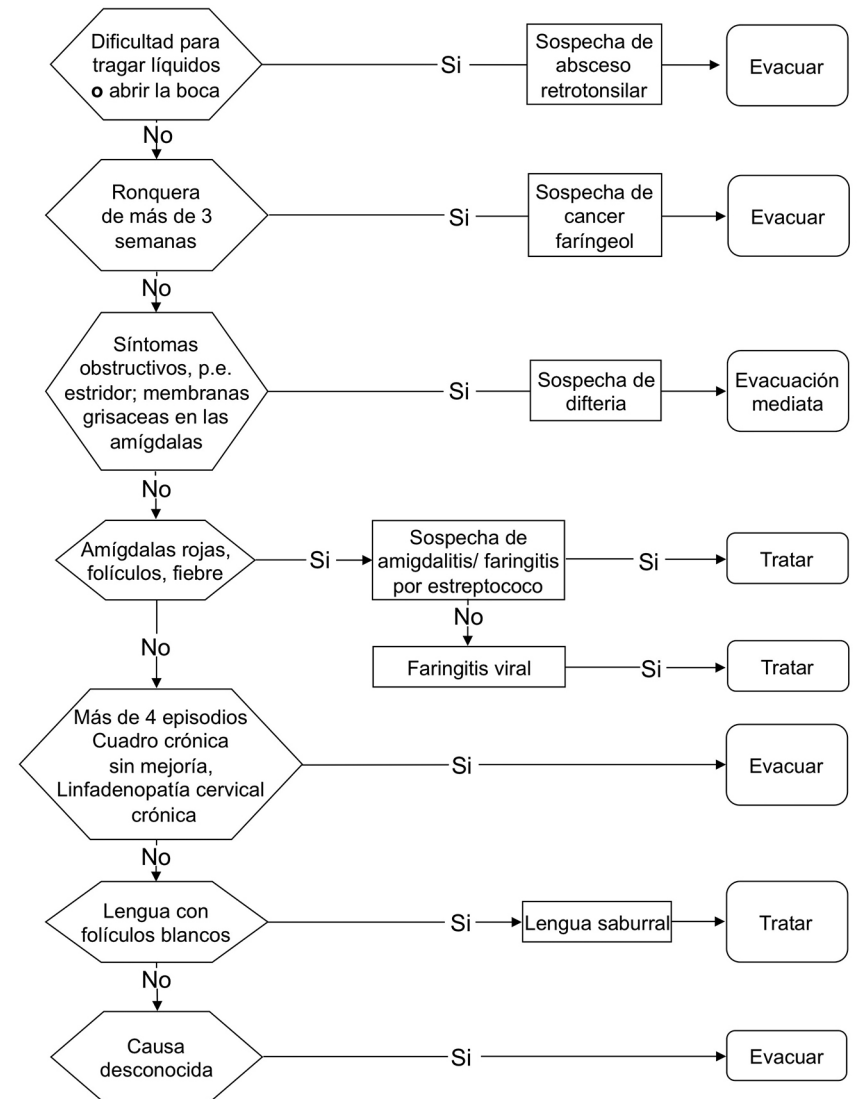
6A Enfermedades de transmisión sexual - hombres



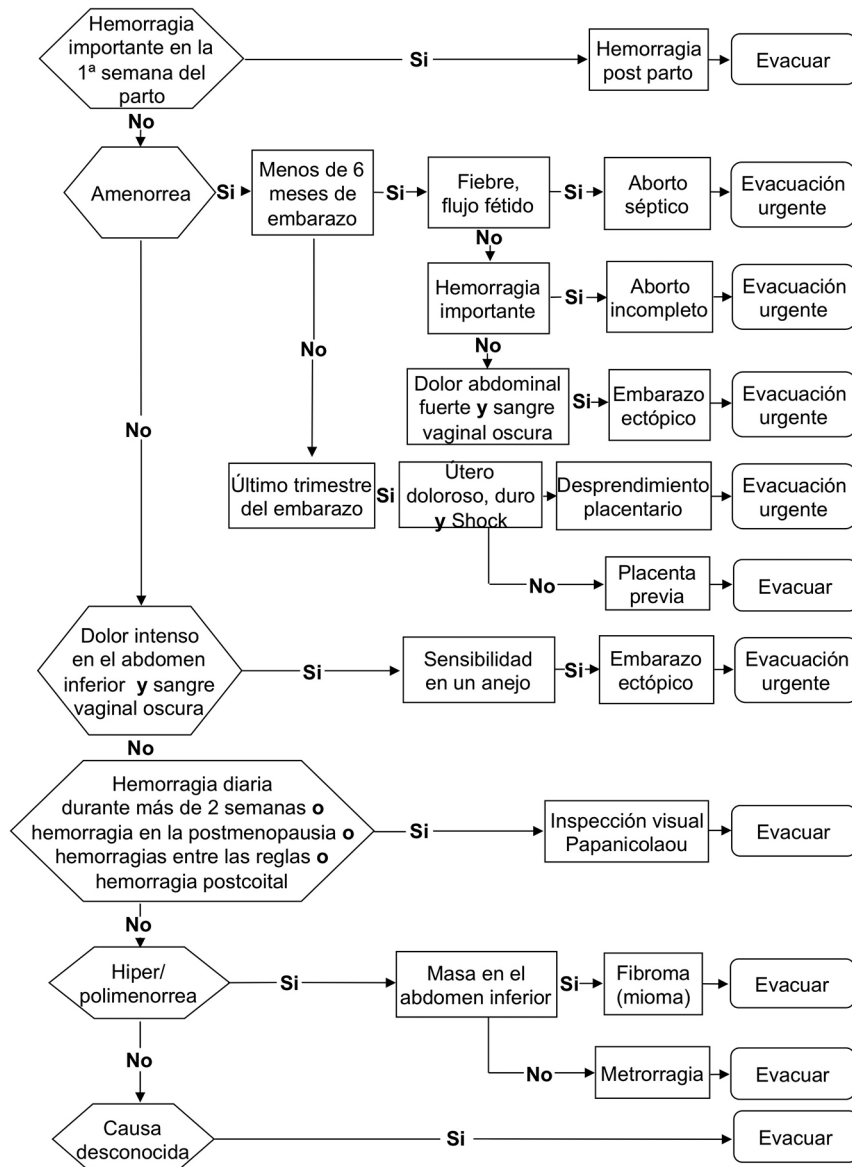
6B Enfermedades de transmisión sexual - mujeres



7 Dolor de garganta



8 Hemorragia vaginal



CAPÍTULO 1

Enfermedades cardiovasculares

HIPERTENSIÓN 1.01

ENFERMEDAD VALVULAR 1.02

FIEBRE REUMÁTICA 1.03

INSUFICIENCIA CARDIACA 1.04

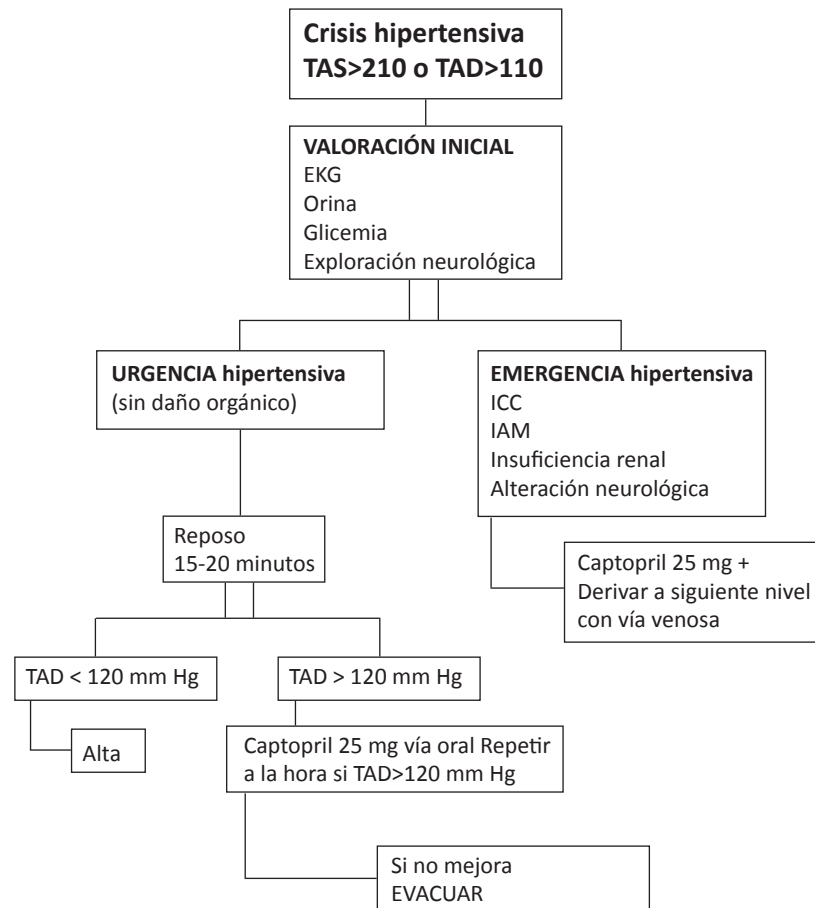
PATRONES ELECTROCARDIOGRÁFICOS 1.05

1.01 HIPERTENSIÓN (I10)

• DESCRIPCIÓN

Diagnosticamos la HTA cuando las cifras promedio de la presión arterial sistólica (PAS) y/o las de la presión arterial diastólica (PAD), medidas en la consulta, son de forma mantenida iguales o mayores a 140/90 mmHg, respectivamente, en adultos mayores de 18 años

Protocolo de manejo del paciente hipertenso



• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

CATEGORÍA	PAS	PAD
Óptima	<120	<80
Normal	120-129 y/o	80-84
Normal-Alta	130-139 y/o	85/89
HTA grado 1	140-159 y/o	90-99
HTA grado 2	160-179 y/o	100-109
HTA grado 3	> 180 y/o	>110
HTA sistólica aislada	>140	<90

The source of this table is (Mancia 2007)

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- Por debajo de 140/85-90 mm Hg en pacientes menores de 80 años
- Por debajo de 150/90 mm Hg en pacientes mayores de 80 años
- Por debajo de 130/90 mm Hg en pacientes diabéticos o con alto riesgo cardiovascular

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Bajar de peso si tienen sobrepeso
- Ejercicio físico regular
- Dejar de fumar
- Restringir el consumo de sal, té y café
- Controlar el consumo de grasas

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Dosis y Pautas

Nombre	Tipo	Dosis habitual DIARIA	Dosis máxima DIARIA
Enalapril	Iniciar con 10 mg, si no hay control de la TA, aumentar 10 mg cada mes	10-20 mg	40 mg
Hidroclortiazida	Dosis única matinal	12.5 mg	100 mg

>

>

Nifedipino (retard)	Iniciar con 30 mg al día	30-60 mg	120 mg
Atenolol	Iniciar con 25 mg al día e ir aumentando progresivamente si no hay control. Cuidado con frecuencia cardíaca y bajo gasto	25-100 mg	100 mg

- CONTRAINDICACIONES

- Hidroclorotiazida: gota
- Bloqueante beta-adrenérgico (p.ej. atenolol):
 - insuficiencia cardíaca
 - diabetes mellitus
 - asma y obstrucción crónica de las vías respiratorias
 - enfermedad vascular periférica
 - bradicardia con un pulso menor de 50/minuto
- Inhibidores ECA (p.ej. enalapril):
 - Embarazo
 - insuficiencia renal

1.02 ENFERMEDAD VALVULAR (I09.9)

- DESCRIPCIÓN

Lesión de las válvulas cardíacas generalmente producida por fiebre reumática, y ocasionalmente por otras causas (defectos cardíacos congénitos, enfermedad isquémica cardíaca). Puede estar complicada con:

- fallo cardíaco
- endocarditis infecciosa
- fibrilación auricular
- embolismo sistémico

- OBJETIVOS DEL MANEJO

- prevenir la endocarditis infecciosa y el fallo cardíaco
- prevenir ataques repetidos de fiebre reumática aguda

- CLASIFICACIÓN, SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- HTA no controlada con combinación de dos fármacos
- Complicación asociada (encefalopatía, cardiopatía isquémica, nefropatía...)

1.03 FIEBRE REUMÁTICA (I01)

- DESCRIPCIÓN

Cuadro en el que el cuerpo desarrolla anticuerpos contra sus propios tejidos tras una infección estreptocócica de garganta

- CLASIFICACIÓN Y MANEJO

Es un cuadro que en los Campos tendrá un diagnóstico clínico y se basa en los Criterios de Jones. La presencia de 2 criterios mayores, o 1 criterios mayor más 2 criterios menores, indica alta probabilidad de fiebre reumática aguda.

CRITERIOS DE JONES	
Datos que apoyan una infección reciente por estreptococo del grupo A +	
CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES
Carditis	Fiebre
Poliartritis migratoria	Artralgia
Corea de Sydenhan	Elevación de VSG/PCR
Nódulos subcutáneos	Intervalo PR alargado en EKG
Eritema marginado	

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

No indicado

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Existen varias opciones si se sospecha infección estreptocócica:

Estenosis Pulmonar	Usualmente congénita Intolerancia al ejercicio Fatigabilidad Disnea Síncopes de esfuerzo	Derivación
Insuficiencia Mitral	Multi-causal (fiebre reumática, endocarditis infecciosa, cardiopatía isquémica...) Habitualmente a partir de los 60 años Frecuentemente asintomática Fatiga o Disnea Soplo sistólico en el ápex	Tratamiento de la causa Si origen reumático, profilaxis de endocarditis infecciosa Resto de tratamiento similar a ICC (ver sección 1.04)
Insuficiencia Tricuspídea	Suele ser funcional (desaparece con la edad) Bien tolerada y suele ser asintomática hasta estadios graves Típicamente congestión venosa sistémica RX tórax: Aumento de la aurícula derecha	Diuréticos si hay signos de congestión Tratamiento de la causa subyacente

1. Penicilina G benzatínica 1.200.000 UI en dosis única
2. Penicilina V 500 mg cada 12 horas durante 10 días
3. Alérgicos a penicilina: Eritromicina 250 mg cada 6 horas durante 10 días

1.04 INSUFICIENCIA CARDIACA (I50)

• DESCRIPCIÓN

Situación que se produce por la incapacidad del corazón a mantener el flujo necesario al resto del organismo. Si bien es cierto que la causa más frecuente es la enfermedad valvular, sin embargo cada vez más pacientes la padecen por enfermedad coronaria crónica, hipertensión arterial crónica no controlada e incluso por enfermedades carenciales.

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

Los síntomas y signos más frecuentes son:

- disnea, que inicialmente puede ser solo de grandes esfuerzos, pero que se convierte en progresiva hasta aparecer en reposo. En ocasiones intolerancia a estar acostado
- edemas en extremidades inferiores, que aparecen a lo largo del día y mejoran o desaparecen con el reposo
- limitación progresiva para realizar la vida cotidiana
- aumento súbito de peso, debido a la retención de líquido, que se puede cuantificar en un aumento de 2 ó 3 Kg en el plazo de una semana, sin relación a otra causa precipitante
- algunos pacientes pueden presentar sensación de palpitación, brusca o progresiva.

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- alimentación sin sal (no añadir sal a los alimentos)
- evitar excitantes del tipo de té y café
- evitar aquellos esfuerzos que no se toleren

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se debe iniciar tratamiento farmacológico:

- una vez diagnosticado, su médico debe iniciar tratamiento, especialmente para mejorar los síntomas.
- este tratamiento se deberá modificar según la evolución clínica, siendo un buen referente la evolución del peso

Fármacos dirigidos a mejorar la expectativa de vida:

Enalapril	Iniciar dosis bajas y aumentar hasta alcanzar la dosis máxima tolerada
Atenolol	Iniciar dosis muy bajas cuando el paciente está estable, aumentando según la tolerancia. De los más utilizados son bisoprolol
Espironolactona	Utilizar dosis de 25 ó 50 mg diarios. Recordad la tendencia a ginecomastia

Fármacos dirigidos a mejorar los síntomas

Diuréticos de asa (Furosemida)	La más conocida es la furosemida, tomadas con desayuno y/o cena. La dosis se modificará según el tipo de patología y la evolución del paciente. La dosis habitual es oral, pero si esta no es eficaz se puede utilizar intravenosa. Recordad que estos fármacos producen pérdida de potasio, por tanto si el paciente no toma además enalapril, captopril, losartan o espironolactona, se debe añadir complemento con potasio oral.
Tiazidas (Hidroclotiazida)	De manera aislada tienen poco efecto diurético, pero asociada a los diuréticos de asa, potencian los efectos de estos.
Digital (Digoxina)	Muy eficaz para mejorar los síntomas, especialmente si el paciente presenta arritmias cardíacas. Se debe tener mucho cuidado ya que la dosis terapéutica y la tóxica están muy próximas. Especial cuidado se debe tener con los ancianos, los que padecen afectación renal o en situaciones de deshidratación.

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- Deberá ser valorado al menos una vez con el fin de conocer la causa etiológica de su patología.
- Pogresión de los síntomas o aparición de nuevos a pesar de llevar correctamente el tratamiento.

1.05 PATRONES ELECTROCARDIOGRÁFICOS

Un electrocardiograma es la representación de la actividad eléctrica del corazón durante la sístole y diástole. Un electrocardiograma normal tiene una serie de ondas y cumple una características concretas:

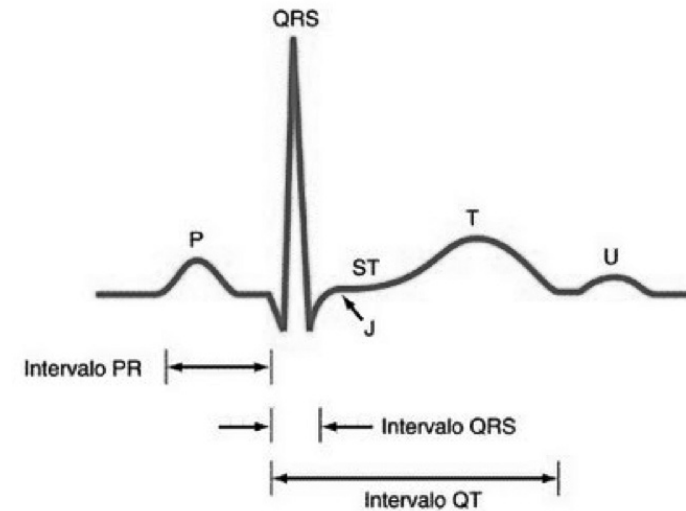


IMAGEN DE UN EKG NORMAL

ONDA P: Despolarización auricular. Ancho ≤ 0.12 seg. y alto ≤ 2.5 mm.

COMPLEJO QRS: Despolarización ventricular. Mide de 0.06 a 0.10 seg de ancho

ONDA T: Repolarización ventricular

SEGMENTO PR: Mide de 0.12 a 0.20 seg. de ancho

SEGMENTO ST: Debe ser isoeléctrico (a la misma altura que los otros segmentos)

• CLASIFICACIÓN

1. Arritmias (tratamiento incluido)
2. Necrosis o isquemia
3. Trastornos de la conducción auriculo – ventricular
4. Crecimiento de cavidades

• ARRITMIAS (con EKG de ejemplo)

SUPRA VENTRICULARES (QRS estrecho)		
Taquicardia sinusal	Ritmo > 100 lpm	No precisa tratamiento específico. Tratar la causa que lo provoca
Bradicardia sinusal	Ritmo < 60 lpm	Usualmente asintomática y no necesita tratamiento
Fibrilación auricular	Ritmo 150-180 lpm Ondas f	Controlar la frecuencia cardiaca con digital o betabloqueante
Flutter auricular	Ritmo 250-350 lpm Ondas F	Similar a Fibrilación Auricular
Taquicardia supraventricular paroxística	Ritmo 150-200 lpm QRS estrecho	Se puede utilizar adenosina durante las crisis o realizar maniobra de Valsalva.

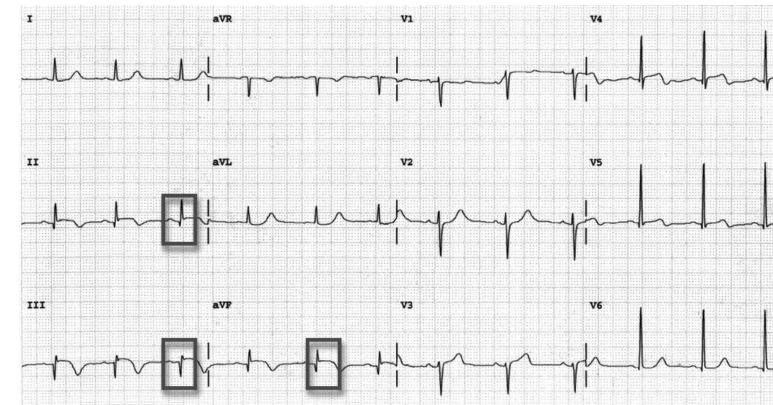
VENTRICULARES (QRS ancho)		
Extrasístole ventricular (EV)	QRS ancho	Habitualmente no precisa. se pueden utilizar betabloqueantes
Taquicardia ventricular	3 o más EV consecutivas	Puede ser mortal si no se dispone de desfibrilador
Fibrilación ventricular	Activación ventricular caótica	Puede ser mortal si no se dispone de desfibrilador

• NECROSIS / ISQUEMIA

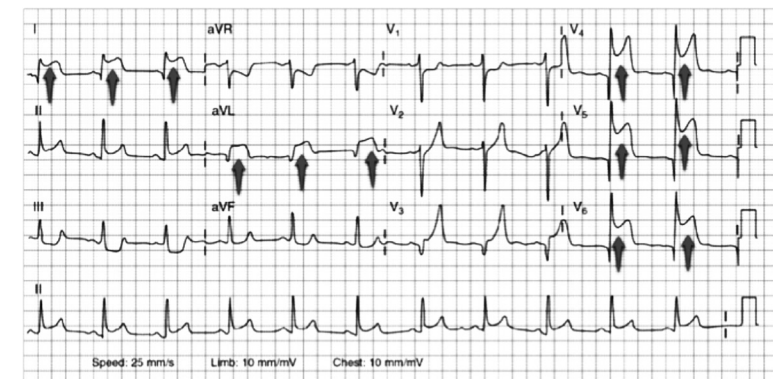
La necrosis en el EKG se manifiesta por una onda Q o un complejo QS. Para que una onda Q se considere como tal debe cumplir:

1. Duración \geq de 0.04 seg.
2. Amplitud:
 - \geq 25% de R en I, II o aVF
 - \geq 15% de R en V4, V5 o V6
 - \geq 50% de R en aVL
3. Cualquier onda Q en V1, V2 o V3

EKG onda Q

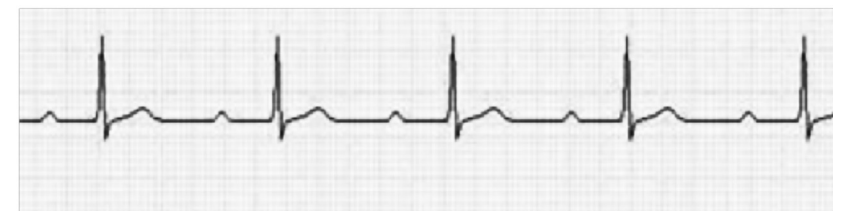


La lesión isquémica se caracteriza por alteraciones en el segmento ST. Un descenso del segmento ST indicaría lesión subendocárdica mientras que una elevación indicaría una lesión subepicárdica



Finalmente, alteraciones en la onda T, también puede indicar isquemia miocárdica.

Bloqueo AV 1er grado



Bloqueo AV 2º grado (Source: ídem)



Bloqueo AV 3er grado (Source: ídem)



(source: <http://www.emagister.com/curso-electrocardiografia-basica/bloqueos-av-1-2-3-grado>)

• TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN

1. Bloqueo AV de 1er grado: El segmento PR está alargado (>0.20 segundos) pero todas las ondas P están seguidas de complejos QRS (EKG)
2. Bloqueo AV de 2º grado: Algunas ondas P no están seguidas de complejo QRS (EKG)
3. Bloqueo AV de 3er grado: Ninguna onda P pasa al ventrículo por lo que se produce una disociación auriculo-ventricular. (EKG)

CAPÍTULO 2

Enfermedades de Systema Nervioso Central

EPILEPSIA 2.01

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL 2.02

2.01 EPILEPSIA (G40)

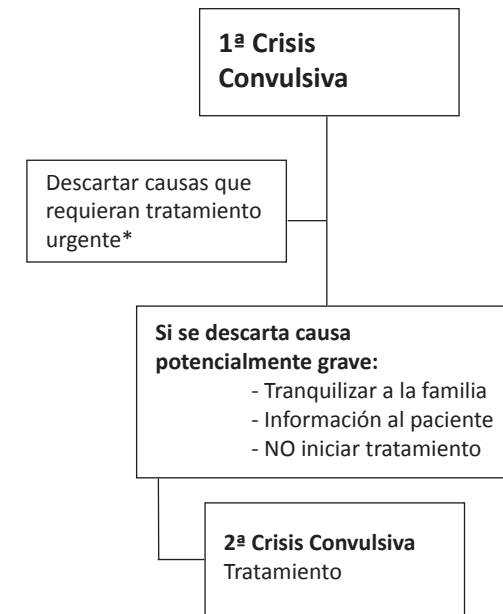
• DESCRIPCIÓN

Afección crónica, de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales (crisis epiléptica) asociada eventualmente con diversas manifestaciones clínicas o paraclínicas. Las crisis epilépticas únicas, las ocasionales o las que aparecen durante una enfermedad aguda no constituyen una epilepsia

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

CRISIS PARCIALES	
Simples	– no hay pérdida de conciencia – convulsión localizada en una parte del cuerpo
Complejas	– Alteración del nivel de conciencia
CRISIS GENERALIZADAS	
Ausencias	– Principalmente en la infancia – Detención repentina de actividad seguida por una mirada fija, vacía – Generalmente sin contracción muscular – Algunos niños presentan chasquidos de labios
Tónico –clónicas	– Pérdida de conciencia precedida por un grito inicial y una fase breve de rigidez y seguida por contracciones de todas las extremidades – Duración 1 – 3 minutos, después duerme el paciente – Al despertar no recuerda lo acontecido (amnesia)
Tónicas	– una o más extremidades se quedan rígidas sin contracciones
Micoclónicas	– contracciones en uno o más músculos en cualquier parte del cuerpo con o sin pérdida de conciencia – contracciones que empiezan en una parte del cuerpo generalizándose

Protocolo de manejo del paciente con una crisis convulsiva



*Signos y Síntomas que nos hacen sospechar crisis comicial no epiléptica

1. Fiebre
2. Alcoholismo
3. Focalidad neurológica después de la crisis
4. Ausencia de estado postcrítico
5. Sin relajación de esfínteres
6. Primera crisis durante el embarazo
7. Traumatismo Craneo-Encefálico (TCE) reciente
8. Toma de Fármacos

! PRECAUCIÓN !

El estatus epiléptico es una serie de convulsiones de más de 10 minutos de duración sin recuperación de la conciencia
Implica peligro mortal, ver tratamiento en capítulo 17

- OBJETIVOS DEL MANEJO

- Prevenir la aparición de nuevas crisis
- Tranquilizar a la familia e informar al paciente

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Los pacientes deben registrar las convulsiones por día con la fecha y, si es posible, con la hora. Estas medidas pueden facilitar la terapia. Se debe Mantener buena relación entre los distintos niveles sanitarios y estos con la familia y/o cuidadores

Factores precipitantes de crisis:

- Emociones fuertes
- Ejercicio físico intenso
- Estimulos luminosos o acústicos intensos
- Fiebre
- Menstruación
- Alteración del ritmo sueño/vigilia
- Alcohol

Para optimizar la adherencia al tratamiento se debe:

- Educación sanitaria a paciente y familia
- Disminuir el estigma que supone la enfermedad
- Utilizar prescripciones sencillas de cumplir

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Dosis y Pautas

En función del tipo de crisis, se administrará un tratamiento específico.

Tipo de epilepsia	1ª Elección	2ª Elección	3ª Elección
Focales	Carbamacepina Ac. Valproico	Fenitoina	Fenobarbital
Tónico – clónicas	Carbamacepina Ac. Valproico	Fenobarbital Fenitoina	–
Ausencias	Ac. Valproico	–	–

Nombre	Notas	Dosis habitual DIARIA	Dosis máxima DIARIA
Carbamacepina	5 mg/kg cada 12 horas 2 semanas y aumentar a 7,5 mg/kg cada 12 horas	5-15 mg/kg	1200 mg
Acido Valproico	Debe administrarse en dos dosis	20-40 mg/kg	2000 mg
Fenitoina	Dosis única nocturna	5 mg/kg	400 mg
Fenobarbital	Dosis única nocturna	3.5-5 mg/kg	

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

Debe evacuarse todo paciente que se sospeche una convulsión de origen distinto a una crisis epiléptica. Algunos de estos síntomas y signos son:

1. Fiebre
2. Alcoholismo
3. Focalidad neurológica después de la crisis
4. Cambio en el tipo de crisis (en paciente epiléptico conocido)
5. Ausencia de estado postcrítico
6. Sin relajación de esfínteres
7. Primera crisis durante el embarazo
8. Traumatismo Craneo-Encefálico (TCE) reciente
9. Toma de Fármacos

2.02 PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (F00-99)

- DESCRIPCIÓN

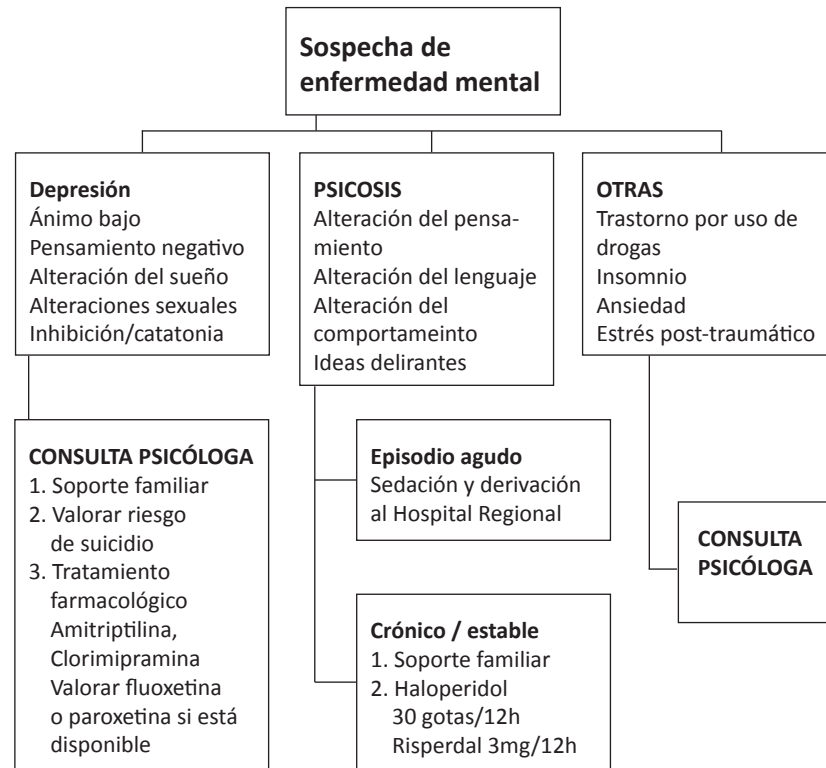
Los trastornos mentales pueden definirse como un conjunto de alteraciones de la conducta, del pensamiento o del carácter que provocan sufrimiento en la persona los sufre y conlleva cierto grado de discapacidad.

- CLASIFICACIÓN Y MANEJO

Existen múltiples clasificaciones de los trastornos mentales con complejos criterios diagnósticos y de manejo. Con objeto de simplificar el manejo de los pacientes en Atención Primaria, se ha decidido hacer tres grandes grupos de trastornos:

1. Trastornos afectivos (centrado principalmente en depresión)
2. Trastornos psicóticos
3. Otros trastornos dónde se incluyen ansiedad, trastornos de la personalidad...

El protocolo de manejo es:



• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Es importante dejar claro que el tratamiento de la enfermedad mental siempre requiere un abordaje psicosocial además del farmacológico. Se debe incluir:

- psicoterapia de apoyo
- consejo al paciente y a la familia
- terapias de rehabilitación (incluyendo terapia ocupacional, acomodo y empleo)

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los distintos fármacos que se pueden utilizar en el tratamiento de trastornos mentales son:

Nombre		Dosis habitual DIARIA	Dosis máxima DIARIA
Amitriptilina	dosis inicial de 75 mg aumentando 25 mg al día a intervalos de 7 – 10 días	75-100 mg	150 mg
Clomipramina	dosis inicial: 25- 37,5 mg cada 12 horas. Aumentar progresivamente en dos semanas	50 – 150 mg	250 mg
Carbamacepina	5 mg/kg cada 12 horas 2 semanas y aumentar a 7,5 mg/kg cada 12 horas	5-15 mg/kg	1200 mg
Ácido Valproico	Debe administrarse en dos dosis	20-40 mg/kg	2000 mg
Clorpromazina	Empezar con 25 mg tres veces al día yaumentar gradualmente hasta el control de los síntomas. Una vez conseguido el control, administrar una sola dosis al acostarse	75-300 mg	1000 mg
Haloperidol	Repartir dosis diaria en dos. Vigilar síntomas extrapiramidales.	60 gotas	
Risperdal	Iniciar con 2 mg al día pudiendo doblar la dosis a partir del segundo día	2-6 mg	10 mg
Levopromazina	dosis inicial 25 mg al día. Aumentar dosis hasta 150 – 200 mg al día.	150 mg	
Diazepam	Dosis mínima necesaria para control de síntomas de ansiedad	2-10 mg	20mg

Síntomas extrapiramidales:

- distonía: espasmo muscular en cara, cuello u ojos.
- Acatisia: intranquilidad, necesidad de estar en continuo movimiento.
- Parkinsonismo: cara inexpresiva, rigidez muscular y temblor
- Síndrome neuroléptico maligno: grave. Rigidez muscular severa, hipertermia, compromiso de conciencia (pudiendo llegar a coma)

Si estando con los neurolépticos aparecen síntomas extrapiramidales:

- Reconsiderar la elección del neuroléptico
- Reducir la dosis si existen movimientos anormales, p.ej. rotación de los ojos, protusión de la lengua, ataxia
- Añadir un agente anticolinérgico, como el **biperideno** (biperideno oral, 1 mg dos veces al día con incremento gradual según respuesta)
 - en general es suficiente con 4 – 6 mg al día en dos tomas
 - no indicar más de 12 mg/día en tres tomas en nivel de atención primaria
 - utilizar con cautela en los ancianos

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- primer episodio psicótico
- falta de respuesta al tratamiento
- deficiente soporte social
- intolerancia a la medicación
- con alto riesgo de suicidio
- coexistencia de otras enfermedades médicas o psiquiátricas
- niños
- ancianos
- embarazo

CAPÍTULO 3

Enfermedades de la Boca

CANDIDIASIS ORAL (MUGUET) 3.01

ABSCESO DENTAL 3.02

GINGIVITIS NO COMPLICADA 3.03

GINGIVITIS ULCEROSA AGUDA NECROSANTE 3.04

ESTOMATITIS HERPÉTICA/HERPES LABIAL (CALENTURA) 3.05

ÚLCERAS ORALES 3.06

3.01 CANDIDIASIS ORAL (MUGUET) (B37.0)

• DESCRIPCIÓN

Infección de la boca y, en ocasiones, de la faringe, causada por el hongo levaduriforme *Cándida albicans*:

- común en lactantes sanos hasta los 3 meses
- placas blancas cremosas y dolorosas que se pueden desprender de la lengua y mucosa oral
- la *C. albicans* también existe en individuos sanos pero sólo causa infección en ciertas condiciones:
 - higiene deficiente
 - biberones esterilizados con hipoclorito
 - inmunosupresión (en el SIDA son frecuentes casos severos)
 - uso prolongado de antibióticos de amplio espectro o corticoides
 - algunas enfermedades crónicas, por ejemplo diabetes mellitus
 - debido a traumatismos, por ejemplo prótesis en malas condiciones

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Medidas preventivas:

- secar adecuadamente los biberones tras la desinfección
- prótesis bien ajustadas
- buena higiene oral

• TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

1. Solución acuosa de violeta de genciana al 0.5%, aplicación tópica
 - pintar el interior de la boca 3 veces al día
 - continuar durante 48 horas después de la curación
2. Nistatina suspensión oral 100 000 IU/ml
 - lactantes / niños: 0,5 ml después de cada comida
 - adultos: 0,5 ml después de cada comida. Mantener la nistatina en contacto con las áreas afectas durante el mayor tiempo posible
3. pastillas/caramelos de nistatina, para chupar cada 6 horas durante 10 días
adultos: 100 000 IU (1 pastilla) al día

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- no mejoría
- dificultad o dolor a la deglución
- diagnóstico dudoso
- extensión a la faringe

3.02 ABSCESO DENTAL (K04.7)

• DESCRIPCIÓN

Supuración aguda o crónica relacionada con los dientes causada por una infección:

- caso agudo: dolor (ocasionalmente muy fuerte) continuo y molesto
- si el diente está afectado hay dolor al tocarlo
- se pierde el diente si la infección afecta el hueso
- hinchazón del maxilar superior o inferior
- caso crónico: puede tener algunos de los síntomas incluyendo el dolor

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- curar el absceso y eliminar el agente patógeno
- alivio del dolor
- mejorar la higiene dental

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- higiene oral después de cada comida para quitar restos de alimentos
- cepillar los dientes frecuentemente

• TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

Debe iniciarse tratamiento para control del dolor y tratamiento antibiótico como sigue:

- Adultos: Amoxicilina 500 mg comprimidos cada 8 horas durante 7 días
- Niños : Amoxicilina suspensión 15mg/kg/ cada 8 horas durante 7 días
- Pacientes alérgicos a la penicilina: Eritromicina y metronidazol

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- todos los casos

3.03 GINGIVITIS NO COMPLICADA (K05.1)

- DESCRIPCIÓN

Inflamación de la encía que causa su separación de los dientes. Es frecuente en fumadores y en los espacios creados pueden coleccionarse pus y bacterias, causando a veces periodontitis (enfermedad del tejido que rodea y sostiene los dientes) Se caracteriza por:

- cambio en el contorno normal de las encías
- puede ser o no dolorosa
- enrojecimiento
- encías tumefactas
- exudado seroso/sanguinolento

- OBJETIVOS GENERALES

- reducir el dolor
- mejorar la higiene bucal
- prevenir recurrencias con objeto de preservar los dientes

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Es necesaria la higiene oral para prevenir las infecciones superficiales de boca y encías

- higiene oral tras cada comida para eliminar la placa y restos de comida
- cepillado frecuente de los dientes
- seda dental al menos una vez al día

Pueden ser útiles los enjuagues con sal, por ejemplo media cucharadita de sal en un vaso de agua templada; gárgaras durante 1 minuto dos veces al día

- TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

- paracetamol oral 15mg/kg cada dosis cada 4–6 horas cuando sea preciso hasta un máximo de cuatro dosis cada 24 horas. En niños menores de 6 meses calcular dosificación en función del peso.

3.04 GINGIVITIS ULCEROSA AGUDA NECROSANTE (A69.1)

- DESCRIPCIÓN

Infección no contagiosa asociada con los bacilos fusiformes y una espiroqueta también conocida como angina de Vincent y está asociada con:

- mala higiene bucal
- estrés
- enfermedades sanguíneas
- tabaquismo importante
- deficiencias nutricionales (vit B y C)

Se caracteriza por aparecer en jóvenes con un inicio súbito de los síntomas. Presenta encías sangrantes y muy dolorosas. Existen membranas grisáceas sobre las encías que se pueden desprender. No es frecuente la fiebre

- OBJETIVOS GENERALES

- disminuir el dolor
- erradicar la infección
- promover una buena higiene bucal

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- higiene bucal tras cada comida para eliminar la placa y restos de comida
- cepillado frecuente de los dientes
- seda dental al menos una vez al día
- mejorar la nutrición
- eliminar las membranas con suavidad

- TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

- Tratamiento para el dolor
- Tratamiento antibiótico
 - Adultos: Amoxicilina 500 mg comprimidos cada 8 horas durante 7 días
 - Niños : Amoxicilina suspensión 15mg/kg cada 8 horas durante 7 días
 - En pacientes alérgicos a la penicilina: Eritromicina y metronidazol
- enjuagues con digluconato de clorhexidina al 0,2%, 2 – 4 veces al día durante 5 días Enjuague con 15 cc después del cepillado y de la seda dental. Se debe tener en cuenta:
 - En una gingivitis no complicada no sería indicado utilizar la clorhexidina
 - No se ha establecido la seguridad de la clorhexidina durante el embarazo.
 - Se desconoce si la clorhexidina se excreta en la leche materna. En un caso, un niño de dos años de edad mostró bradicardia cuando su madre utilizó clorhexidina sobre los pechos para prevenir la mastitis.
 - Los enjuagues orales de clorhexidina pueden ocasionar decoloración de los dientes y tinción del dorso de la lengua, de los empastes, o de otros integrantes de la boca. La coloración puede observarse a partir de la primera semana del tratamiento.
 - Los pacientes tratados con enjuagues orales de clorhexidina pueden experimentar alteraciones del gusto.
 - Se ha comunicado parotiditis (inflamación de las glándulas salivares con obstrucción del conducto parótido) sobre todo en niños de diez a dieciocho años tratados con enjuagues orales de clorhexidina.
 - Los niños pequeños (de unos 10 kg) que accidentalmente ingieren más de 100 ml de clorhexidina en solución oral pueden mostrar síntomas de intoxicación alcohólica, náuseas y vómitos. Se requiere en estos casos tratamiento sintomático.

- CONSULTA ESPECIALIZADA O EVACUACIÓN

- no mejoría en 5 días

3.05 ESTOMATITIS HERPÉTICA/HERPES LABIAL (CALENTURA) (B00.2)

- DESCRIPCIÓN

Inflamación del área oral debida a la infección por el Herpes simplex virus tipo 1.

- puede complicar infecciones como la neumonía, pero usualmente se presenta de forma aislada
- autolimitada y habitualmente se resuelve en 10 días
- úlceras superficiales dolorosas en labios, encías y lengua
- debido al dolor el niño rechaza la alimentación

- OBJETIVOS GENERALES

- aliviar los síntomas
- prevenir complicaciones incluida la sobreinfección

- TRATAMIENTO NO MEDICAMENTOSO

Pueden ayudar los enjuagues con sal, por ejemplo 1/2 cucharadita de sal en un vaso de agua tibia; gárgaras durante 1 minuto 2 veces al día. Para prevenir el dolor:

- dieta adecuada e hidratación
- dieta líquida para niños
- evitar bebidas ácidas, por ejemplo zumo de naranja o refrescos que causan dolor

- TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

Antipiréticos y analgésicos: paracetamol oral 15mg/kg cada dosis cada 4–6 horas cuando sea preciso hasta un máximo de cuatro dosis cada 24 horas.

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- si la enfermedad es severa
- pacientes inmunodeprimidos, por ejemplo SIDA
- no mejoría tras una semana de tratamiento
- pacientes deshidratados

3.06 ÚLCERAS ORALES (K12.0)

- DESCRIPCIÓN

Úlceras muy dolorosas en los labios o en el interior de la boca, incluida la lengua, que pueden ser únicas o agrupadas.

- OBJETIVOS GENERALES

- reducir el malestar
- acelerar el proceso de cicatrización

- TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO

1. Enjuagues con digluconato de clorhexidina al 0,2% 2 – 4 veces al día durante 5 días (ver Gingivitis complicada para más información)
2. Paracetamol oral 15mg/kg cada dosis cada 4–6 horas cuando sea preciso hasta un máximo de cuatro dosis cada 24 horas.

- CONSULTA ESPECIALIZADA O EVACUACIÓN

- recurrencias
- extensión de las úlceras

3.07 PERIODONTITIS (K05.3)

- DESCRIPCIÓN

Gingivitis progresiva hasta el punto de que el hueso subyacente se lesiona. Se caracteriza por:

- es una causa de pérdida de dientes en adultos
- las causas son las mismas que en la gingivitis (ver sección 3.03)
- también conocida como piorrea
- el diente puede perderse en su raíz

- OBJETIVOS GENERALES

- mejorar la higiene oral
- prevenir la progresión de la enfermedad y preservar los dientes
- identificar causas tratables por el dentista

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- mejorar la higiene oral
- retirar todos los implantes dentales (placas, etc)
- seguir medidas de higiene oral
- controles frecuentes

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- lavados orales con clorhexidina al 0,2% 2 – 4 veces al día durante 5 días (ver Gingivitis complicada para más información)

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- todos los casos

Capítulo 4

Enfermedades ORL

CATARRO COMÚN 4.01

RINITIS AGUDA 4.02

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA 4.03

OTITIS EXTERNA 4.04

OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) 4.05

OTITIS MEDIA CRÓNICA 4.06

RINOSINUSITIS AGUDA 4.07

4.01 CATARRO COMÚN (J06)

Infección de las vías respiratorias altas, frecuentemente caracterizado por rinorrea y congestión nasal. Suele ocurrir en brotes epidémicos y en la mayor parte de los casos es auto limitado.

No requiere tratamiento antibiótico si no hay sobreinfección bacteriana. En la mayor parte de los casos el tratamiento consiste en analgésicos (paracetamol) y anti-histamínicos orales (alivio de la congestión y mejora la tos)

4.02 RINITIS AGUDA (J00)

• DESCRIPCIÓN

Definición: Inflamación de la mucosa nasal caracterizada por uno o mas de los siguientes síntomas:

- Congestión nasal
- Rinorrea
- Estornudos
- Prurito

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

Podemos dividir las rinitis en:

1. Rinitis alérgica (los síntomas aparecen con la exposición al alérgeno o de forma estacional)
2. Rinitis no alérgica (principalmente infecciosa)
3. Enfermedades que simulan rinitis (alteraciones estructurales, poliposis nasal...)

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- Mejora de los síntomas
- Descartar enfermedades graves

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Evitar alérgenos

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1. Rinitis alérgica:
 - Clorfenamina oral. Iniciar tratamiento con 4 mg al día y subir dosis hasta un máximo de 12 mg al día
 - Gotas oculares (Oximetozolina 0.25%)
 - Beclometasona inhalador (asma asociado)
2. Rinitis infecciosa (ver faringoamigdalitis)
3. Resto: tratamiento específico por especialista

4.03 FARINGOAMIGDALITIS AGUDA (J03)

• DESCRIPCIÓN

La faringitis es una inflamación de la orofaringe que se caracteriza por la presencia de dolor de garganta (odinofagia). La mayoría de las faringoamigdalitis es vírica y en algunos casos es bacteriana.

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Solución de agua salada puede ayudar: 1/2 cucharita de sal de mesa en un vaso de agua tibia. Hacer gárgaras durante un minuto 2 veces al día.

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La mayor parte de los cuadros de Faringoamigdalitis son víricos y deberán tratarse con antitérmicos (paracetamol) y antiinflamatorios (ibuprofeno).

Deberá valorarse el uso de antibióticos si:

- Repercusión sistémica
- Amigdalitis unilateral

>

- Historia previa de fiebre reumática
- Riesgo elevado de complicaciones asociadas (diabéticos, inmunodeprimidos...)

El tratamiento de elección es:

- Penicilina Benzatínica 1.200.000 UI en dosis única o
- Amoxicilina 500 mg cada 8 horas
- Pacientes alérgicos a penicilinas: eritromicina 250 mg cada 6 horas ANTES de las comidas durante 7 días

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- sospecha de fiebre reumática aguda
- sospecha de glomerulonefritis aguda estreptocócica
- amigdalitis bacteriana recurrente (más de 3 al año)
- soplo cardíaco no diagnosticado previamente

• CRITERIOS PARA LA AMIGDALECTOMÍA

- Infecciones recurrentes sin posibilidad de control con tratamiento médico
- Criterios de sospecha de infección estreptocócica con riesgo de fiebre reumática
Por analítica (VSG, ASLO, PCR)
Por estudio bacteriológico
Por clínica (dolores articulares, astenia habitual)
Con urgencia si hay sintomatología de repercusión en órganos (riñón, valvulopatía)
- Flemón periamigdalino recidivante
- Apnea de sueño
Amigdalectomía total si cumple alguno los supuestos anteriormente descritos
Amigdalectomía parcial (reducción de amígdalas) si no cumpliera ninguno

Imprescindible la cobertura antibiótica profiláctica con betalactámicos para la intervención, sobre todo en los motivados por causas infecciosas. En caso de alergia a betalactámicos se deben utilizar macrólidos.

4.04 OTITIS EXTERNA (H60.9)

• DESCRIPCIÓN

Proceso inflamatorio del oído externo

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

Se divide en dos tipos principales:

Tipo	Descripción
difusa	infección generalmente causada por: - infecciones mixtas - dermatitis alérgica (a menudo provocada por champús o jabones) - agua contaminada, por ejemplo de piscinas, etc.
furuncular	puede ser causada por uno o más de los siguientes microorganismos: - <i>Staphylococcus</i> - <i>Streptococcus</i> - <i>Pseudomonas aeruginosa</i> - <i>Proteus species</i> - <i>Escherichia coli</i>

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- mantener el conducto auditivo limpio y seco
- la mayoría de los casos se recuperan con la limpieza y secado del conducto auditivo
- no dejar nada en el conducto auditivo
- no poner nada en el conducto auditivo
- evitar la humedad en el interior del conducto auditivo

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

1. Otitis externa difusa:

- solución alcohólica de ácido acético al 2% tópico, cada 6 horas durante 5 días
- limpiar y secar el conducto auditivo

>

- >
- utilizar, cuando sea posible, una torunda
 - utilizar un trozo de gasa u otro tejido absorbente
 - empapar la torunda en el líquido,
 - escurrirla e introducirla en el conducto auditivo
 - si no hay torunda, instilar 2 – 3 gotas en el conducto auditivo

2. Otitis externa foruncular:

- Cloxacilina oral 500 mg cada 6 horas durante 5 días

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- No mejora en 7 días de tratamiento

4.05 OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) (H66.9)

• DESCRIPCIÓN

Es una infección aguda del oído medio que se presenta con dolor, pérdida de audición y otorrea (no siempre).

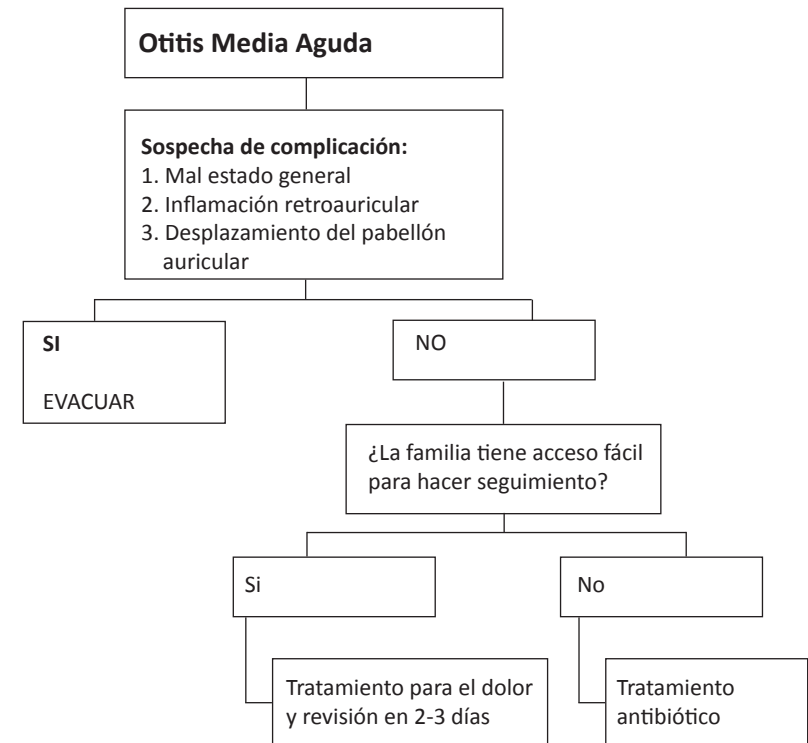
Es típica la presencia de otorrea en oído medio que puede identificarse por:

- Abombamiento del tímpano
- Ausencia de movilidad de la membrana timpánica
- Nivel hidroaéreo detrás del tímpano
- Otorrea

También pueden aparecer otalgia y faringitis asociada.

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

El protocolo de manejo de la OMA será:



• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El principal tratamiento de la OMA es el analgésico (paracetamol o ibuprofeno) y en algunas ocasiones un antihistamínico (Clofenamina). Deberán asociarse antibióticos si:

- Paciente menor de 2 años con diagnóstico definitivo
- Síntomas graves (otalgia grave, OMA bilateral, fiebre de más de 39°C, otitis supurada...)
- Paciente menor de 6 meses con sospecha diagnóstica
- Pacientes en los que no estamos seguros de que podamos hacerle un seguimiento

El antibiótico de elección es Amoxicilina 40 mg por cada kilo de peso del niño al día. Esta dosis se debe repartir en 3 dosis.

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- No respuesta al tratamiento antibiótico
- Dolor persiste
- Otorrea persistente (más de 1-2 semanas)
- Signos de complicación (mastoiditis, laberintitis, meningitis...)
- Mas de tres otitis en 6 meses
- Hipoacusia persistente

4.06 OTITIS MEDIA CRÓNICA (H66.3)

• DESCRIPCIÓN

Supuración del oído durante más de 2 semanas.

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

1. Otitis media crónica con perforación central: a su vez se puede dividir según la fase evolutiva en dos tipos
 - a. Otitis media crónica simple benigna. Se caracteriza por una perforación timpánica central de bordes epitelizados. Presenta lesiones inflamatorias de la mucosa, permaneciendo íntegros los elementos de la cadena osicular.
 - b. Otitis media crónica con osteítis. Aparecen lesiones más graves con zonas necróticas en áreas de oído medio y mastoides, desaparición de áreas de mucosa y áreas hipertróficas y polipoideas con más frecuencia que en la forma anterior.
2. Otitis media crónica con perforación marginal: también llamada OMC colestetomatosa, es una forma de OMC caracterizada por una perforación que tiene como rasgo fundamental la presencia de epitelio queratinizado escamoso en las estructuras del oído medio.

3. Otitis media crónica con tímpano íntegro: dentro de este grupo se hace referencia a diversos cuadros inflamatorios del oído medio de distinta índole como:
 - a. Otitis media crónica con tímpano íntegro. Término que define a los procesos inflamatorios crónicos del oído medio con membrana timpánica íntegra. Otitis media crónica adhesiva. Proceso con tendencia a la fibrosis y adherencia timpánica por alteración del sistema de ventilación del oído medio.
 - b. Otitis serosa crónica. Cuadro caracterizado por la presencia de derrame en las cavidades del oído medio con un tímpano íntegro en cuya patogenia tiene un papel fundamental la obstrucción de la trompa de Eustaquio.

• OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- mantener el oído seco
- curar la infección
- prevenir la pérdida de audición
- prevenir mastoiditis y complicaciones relacionadas

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- limpiar para secar es la medida más importante del tratamiento y debe enseñarse a hacerlo a la persona que cuida al niño, o al propio paciente, si tiene suficiente edad para ello
- hacer una torunda con un pedazo de algodón limpio e impregnarla de ácido acético al 1% o de CINA al 0,9%
- introducirla con precaución en el oído del niño
- mantenerla 1 minuto
- retirarla y sustituirla por una mecha de algodón limpia y seca
- observe como procede el paciente o la persona que cuida el niño hasta que el algodón esté seco al sacarlo
- secar el oído así en casa por lo menos 4 veces al día hasta que el oído quede seco
- no dejar nada en el oído
- no instilar nada en el oído
- evitar que se moje el interior del oído

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Las fluorquinolonas tópicas son las que han demostrado un mayor beneficio, con menor riesgo de ototoxicidad. En caso de otitis crónica aplicar 3 gotas de quinolona 2 veces al día de 5-7 días.

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- hinchazón dolorosa detrás del oído (peligro de mastoiditis)
- si no hay mejoría después de 4 semanas de tratamiento

4.07 RINOSINUSITIS AGUDA (J01)

- DESCRIPCIÓN

Inflamación de la mucosa nasal y de los senos paranasales que dura menos de 12 semanas. Se caracteriza por congestión nasal y rinorrea. También puede aparecer dolor a la presión facial, fiebre o pérdida parcial o total del sentido del olfato.

- CLASIFICACIÓN Y MANEJO

Existen dos grandes tipos de rinosinusitis:

1. Vírica: La mayor parte de los casos que se encuentran en la práctica clínica. Resuelven espontáneamente en 7-10 días
2. Bacteriana: Suelen ser una sobreinfección de una rinosinusitis vírica.

La mayor parte de los casos de rinosinusitis NO necesitan antibióticos. Se valorará el uso de antibióticos vía oral cuando:

- No mejoría con tratamiento conservador 7-10 días
- Dolor a la palpación maxilar
- Rinorrea purulenta persistente

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

La inhalación de vapor (vahos) puede ser eficaz para fluidificar y remover las secreciones que bloquean la nariz.

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En el caso de rinosinusitis vírica (la mayor parte de los casos) en tratamiento será sintomático. En función de la clínica podremos administrar:

- Analgesia: Es el más importante. Con paracetamol o ibuprofeno para controlar el dolor, malestar general y la fiebre.
- Descogestionantes intranasales o por vía oral: Manejarlos durante un periodo máximo de 5 días.
- Antitusivos: Útiles cuando la tos es un síntoma predominante.
- Antihistamínicos: Se deben evitar, salvo en el caso de que exista un componente alérgico. Son útiles para reducir los estornudos, rinorrea y secreción mucosa.
- Corticoides intranasales: Producen una modesta reducción de los síntomas.
- Duchas con solución salina hipertónica y vahos: Pueden aportar una discreta mejoría.
- Mucolíticos: No se aconseja su uso porque requieren altas dosis para obtener alguna mejoría.

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

Se precisa derivación urgente si se presenta:

- Edema periorbitario
- Desplazamiento del globo ocular
- Diplopia
- Oftalmoplejia
- Disminución brusca de la agudeza visual
- Cefalea severa
- Sospecha de tumor sinonasal
- Signos de meningitis o focalidad neurológica

La derivación podrá realizarse de forma diferida en los siguientes supuestos:

- Presencia de anomalías anatómicas
- Ausencia de mejoría clínica tras 4-6 semanas de tratamiento correcto
- Cuatro o más episodios/año de rinosinusitis bacteriana
- Para evaluar la necesidad de tratamiento quirúrgico

CAPÍTULO 5

Enfermedades Respiratorias

ASMA 5.01

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA 5.02

CRÓNICA (EPOC) 5.03

REAGUDIZACIÓN DE EPOC 5.04

BRONQUITIS AGUDA 5.05

5.01 ASMA (J 45)

• DESCRIPCIÓN

El asma es un proceso crónico inflamatorio de la vía aérea, que funcionalmente se caracteriza por la presencia de hiperreactividad bronquial. La intensidad y frecuencia de los síntomas viene determinada por el grado de inflamación y obstrucción bronquial existente. Esta obstrucción es, característicamente, reversible.

Síntomas:

- Sibilancias
- Tos
- dificultad para respirar (fatiga, disnea, sensación de dolor u opresión torácica)

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

Los pacientes con asma se clasifican en función de su estado de control de los síntomas:

	Controlado	Parcialmente controlado Presenta UNO de los siguientes	No controlado Presenta más de 2 características a la vez
Síntomas diurnos	No (menos de 2 veces a la semana)	Si (más de 2 veces a la semana)	Si (más de 2 veces a la semana)
Limitación de actividad	No	Alguna	Alguna
Síntomas nocturnos	No	Alguno	Alguno
Uso de salbutamol	No (menos de 2 veces a la semana)	Si (más de dos veces a la semana)	Si (más de dos veces a la semana)
Flujo Espiratorio Máximo (FEM)	Normal	Menor del 80%	Menor del 80%
Exacerbaciones	No	Más de una vez al año	Más de una vez al año

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- Mantener al paciente en un estado de la enfermedad controlado
- Alivio sintomático
- Prevenir recaídas

La medición de la velocidad del flujo espiratorio pico (PEFR) en casa y en el Centro de Salud es fundamental para optimizar el tratamiento

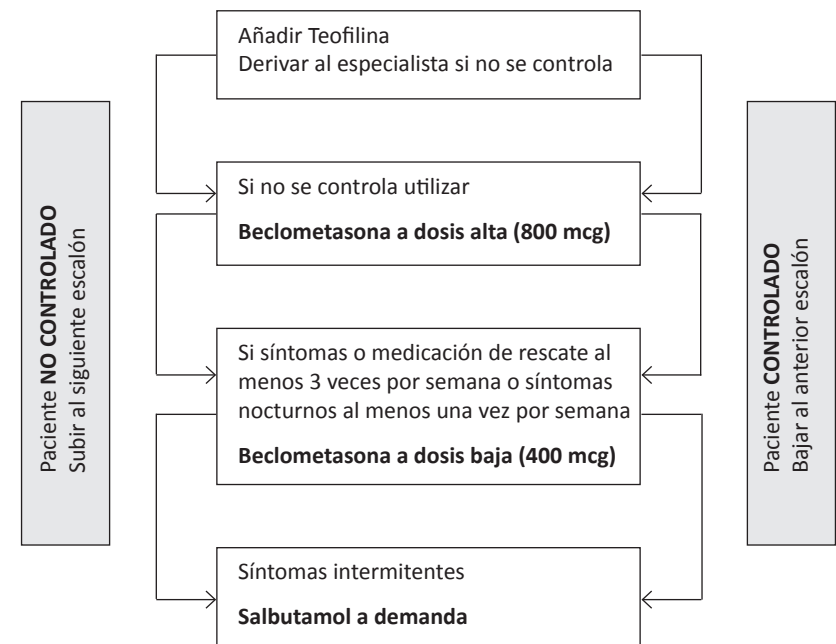
• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Dejar de fumar
- Evitar el contacto de niños con el humo del tabaco
- Medidas de evitar acaros y otros alérgenos
- educación sobre el reconocimiento temprano de una crisis de asma

Educación del paciente incluyendo:

- hacer énfasis en el diagnóstico explicando las características de la enfermedad
- enseñar y supervisar la técnica de utilización de los inhaladores
- Insistir al paciente y a los familiares sobre los beneficios y seguridad de un tratamiento regular y continuo

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



Es preferible usar cámara a la hora de administrar los inhaladores (en todas las edades). La técnica correcta para usarla es:

1. quitar las tapas del inhalador y de la cámara
2. agitar bien el inhalador
3. insertar la parte bucal del inhalador en la parte posterior de la cámara
4. inserte la parte bucal de la cámara en la boca y cierre los labios alrededor de la parte bucal. Evitar fugas
5. presionar el inhalador para hacer pasar el medicamento hacia la cámara
6. Respirar normalmente durante 30 segundos

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- Asma no controlado
- diagnóstico dudoso
- después de un episodio con riesgo vital para el paciente
- mujer embarazada con asma de gravedad progresiva

5.02 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) (J44)

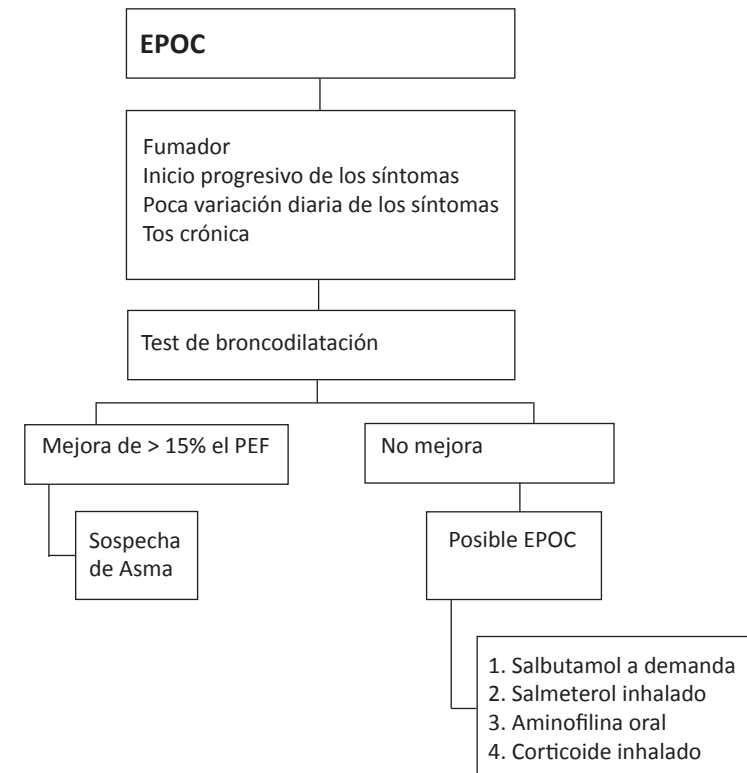
• DESCRIPCIÓN

La EPOC es una enfermedad crónica y progresiva que se caracteriza por una obstrucción crónica al flujo aéreo que no cambia significativamente a lo largo de los meses. El principal factor de riesgo para desarrollarla es el hábito tabáquico.

Se caracteriza clínicamente porque los pacientes presentan:

- Tos crónica
- Expectoración
- Disnea

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO



Se puede diferenciar del asma en función de los siguientes criterios:

Asma	EPOC
Inicio en la juventud	Edad avanzada
Síntomas de rinitis alérgica	Fumador
Variación diaria y un componente estacional marcado	No frecuente componente alérgico
Exploración normal en paciente estable	Progresión lenta con poca variación diaria
Mejora considerable con broncodilatador (PEF mayor de un 15% tras salbutamol inhalado)	Respuesta pobre al broncodilatador (PEF menor de un 15% tras salbutamol inhalado)

- OBJETIVOS DEL MANEJO

- Evitar la progresión de la enfermedad
- Disminuir los síntomas
- Prevenir exacerbaciones

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Dejar de fumar

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Dosis y Pautas

Nombre	Tipo	Dosis habitual DIARIA	Dosis máxima DIARIA
Salbutamol inh.	Fármaco de acción rápida	A demanda	2 inh cada 6 h.
Salmeterol inh.	Fármaco de mantenimiento	1 inh. cada 12-24 horas	2 inh cada 12 horas
Aminofilina oral	Iniciar con 400 mg al día repartidos en 2 dosis durante 3 días y subir a 600 mg al día como mantenimiento	400 – 600 mg al día	900 mg
Corticoide (prednisona)	Utilizado durante las exacerbaciones. Siempre en pautas cortas (7-10 días) en de forma descendente. 3 días 30 mg 3 días 20 mg 3 días 10 mg suspender al décimo día	30 mg	50 mg

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- Presencia de cor pulmonale.
- Indicación de oxigenoterapia domiciliaria.
- Síntomas desproporcionados para la alteración funcional respiratoria.

- Descenso acelerado del FEV1.
- Presencia de hemoptisis o infecciones respiratorias frecuentes.
- Necesidad de rehabilitación pulmonar.
- Sospecha de déficit de alfa1 antitripsina.
- Predominio de bullas o enfisema.
- Valoración quirúrgica del enfisema o trasplante pulmonar.

5.03 REAGUDIZACIÓN DE EPOC (J44.1)

Se define como un empeoramiento brusco y mantenido en el curso evolutivo del paciente diagnosticado de EPOC, más allá de los cambios diarios que puede sufrir en situación estable y que requiere una modificación del tratamiento habitual. La causa más frecuente es la infección respiratoria.

Clínicamente se puede caracterizar por:

- Disnea
- Taquicardia
- Taquipnea
- Sibilancias
- Intolerancia al ejercicio
- Fiebre
- Mal estado general

- MANEJO Y TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento de la reagudización es evitar el ingreso hospitalario. Los fármacos empleados son:

- Salbutamol a demanda
- Corticoide sistémico en pauta descendente (ver arriba tratamiento de EPOC)
- Antibióticos: se deberá añadir antibiótico en pacientes con esputo purulento empeoramiento de la función respiratoria (PEF menor del 50%), clínica que sugiere neumonía o mal estado general. El antibiótico de elección es Amoxicilina – ácido clavulámico (875/125) cada 8 horas durante 8-10 días

Criterios de hospitalización:

1. No respuesta al tratamiento
2. Comorbilidad (diabetes, cardiopatía...)
3. Alteración del nivel de conciencia
4. Hipoxemia mantenida
5. Neumonía

5.04 BRONQUITIS AGUDA (J20.9)

• DESCRIPCIÓN

La bronquitis aguda es la infección, generalmente vírica, del árbol bronquial, con cambios inflamatorios pasajeros, edema bronquial y formación de moco que provoca síntomas de obstrucción de la vía aérea.

Se caracteriza por la presencia de:

- Tos con o sin expectoración
- Sibilancias
- Disnea de esfuerzo

Es frecuente que siga a un cuadro catarral o de infección de la vía respiratoria alta.

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Abundantes líquidos
- Evitar la exposición al polvo u olores irritantes.
- Abandonar el hábito tabáquico

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En la mayor parte de los casos, el tratamiento es sintomático. Se debe administrar:

- paracetamol si fiebre o dolor
- salbutamol inhalado (2 inhalaciones cada 6-8 horas) cuando hay síntomas de obstrucción (sibilancias)
- Si se sospecha infección bacteriana está indicado claritromicina 500 mg cada 12 horas 10-14 días o Azitromicina 500 mg el primer día y posteriormente 250 mg al día durante 4 días más.

CAPÍTULO 6

Enfermedades del Sistema Endocrino

DIABETES MELLITUS TIPO I 6.01

DIABETES MELLITUS TIPO II 6.02

HIPOGLUCEMIA 6.03

ALTERACIONES DEL TIROIDES 6.04

6.01 DIABETES MELLITUS TIPO I (E 10)

• DESCRIPCIÓN

La diabetes mellitus tipo 1 es conocida también como diabetes insulino-dependiente (IDDM) o diabetes juvenil.

- la diabetes mellitus tipo 1 se presenta con:
 - polifagia (hambre)
 - pérdida de peso
 - cetoacidosis
 - polidipsia (sed)
 - poliuria
 - cansancio
 - se maneja con inyecciones de insulina según las necesidades de cada caso
 - todos los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 deben ser evacuados al diagnóstico para el inicio y ajuste de la terapia

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- control de los niveles de glucosa en sangre dentro de los límites aceptables (control de glucemia)
- prevenir las complicaciones crónicas (a largo plazo)
- prevenir complicaciones agudas (emergencias diabéticas), p.ej. el coma hipoglucémico o hiperglucémico
- mejorar y mantener la calidad de vida
- educación y ayuda al paciente para promover el autocontrol

6.02 DIABETES MELLITUS TIPO II (E 11)

• DESCRIPCIÓN

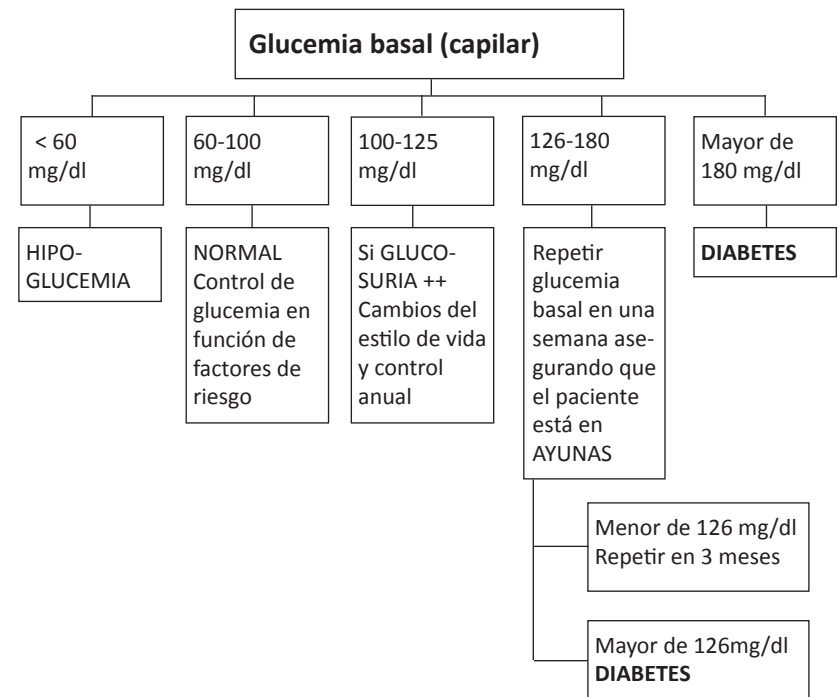
Enfermedad metabólica caracterizada por niveles altos de glucosa en sangre y que se acompaña de complicaciones potencialmente graves. Los síntomas cardinales de diabetes son: poliuria, polidipsia o pérdida de peso

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

El diagnóstico de Diabetes se hace cuando:

- Glucemia al azar mayor de 200 mg/dl con síntomas cardinales
- Glucemia en ayunas mayor de 126 mg/dl (dos determinaciones)

El protocolo de manejo en función de las cifras de glucemia es:



• OBJETIVOS DEL MANEJO

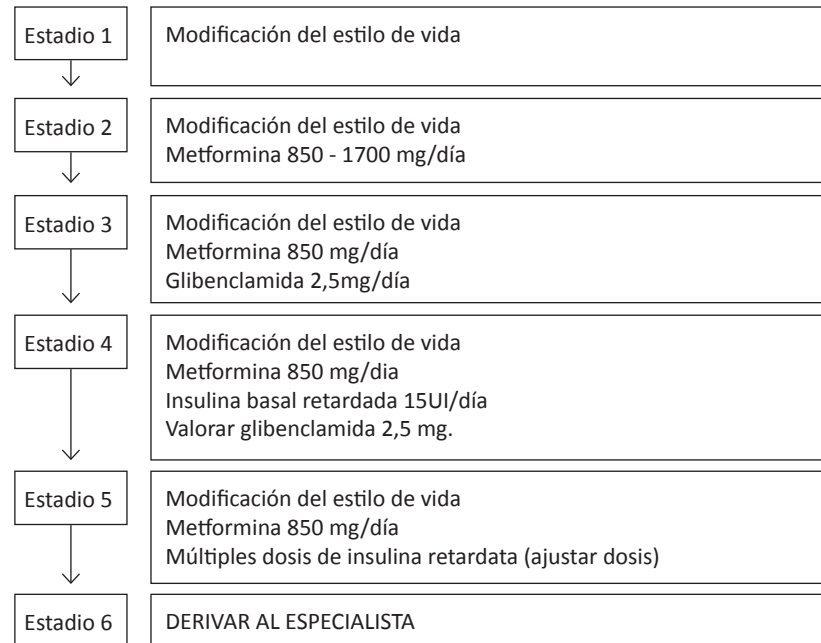
- Mantener una cifras de glucemia entre 70 y 130 mg/dl
- Control de otros factores de riesgo cardiovascular:
 - Hipercolesterolemia
 - Tabaquismo
 - Hipertensión arterial

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Bajar de peso si tienen sobrepeso
- Ejercicio físico regular
- Dejar de fumar

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El paso de un estadio a otro se monitorizará con la glucemia basal en ayunas y la glucosuria cada 3 meses. El algoritmo de manejo del paciente con diagnóstico de diabetes es:



Dosis y Pautas

Nombre	Notas	Dosis habitual DIARIA	Dosis máxima DIARIA
Metformina	Farmaco seguro porque no produce hipoglucemias. Incremento progresivo de dosis. Evitar en embarazo	850-1700 mg	1700 mg
Glibenclamida	Puede provocar hipoglucemia. Iniciar con 2,5 mg al día	2,5-15 mg	20 mg
Insulina NPH	Dosis de inicio 0,2 UI por kilo de peso al día. Administrar antes de acostarse	En función de necesidades	

Contraindicaciones

1. Metformina:

- embarazo
- enfermedad cardiovascular
- enfermedad renal
- enfermedad hepática

2. Glibenclamida

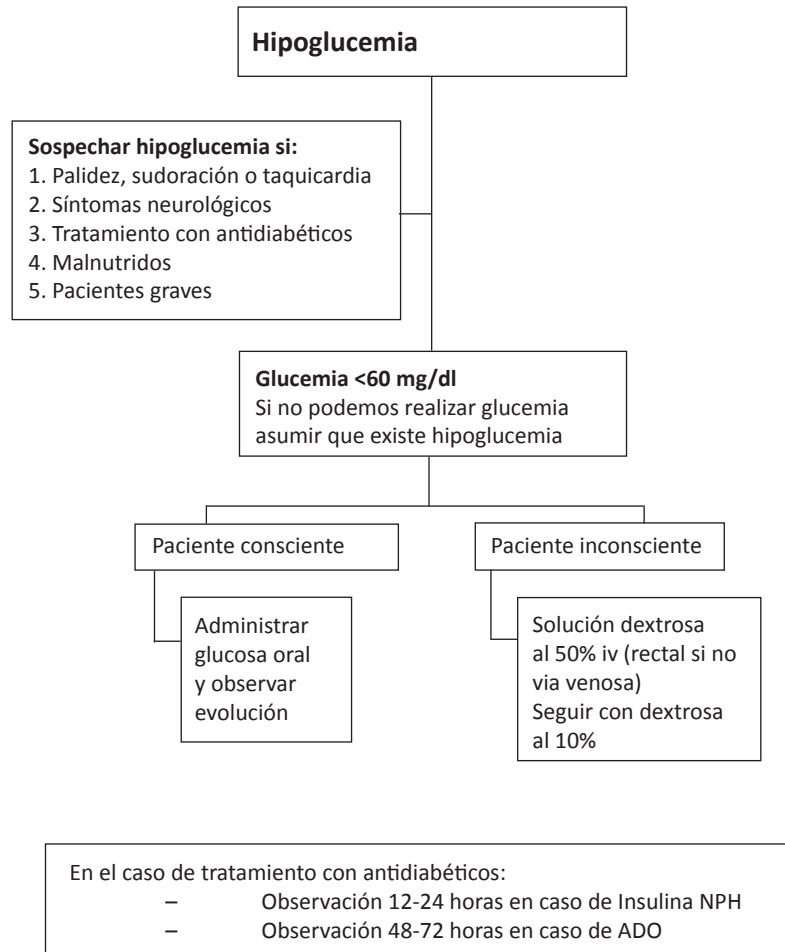
- Diabetes con déficit de insulina: tipo1 o secundaria a enfermedad pancreática.
- Embarazo
- cirugía mayor o enfermedad grave
- Antecedentes de reacciones adversas a sulfamidas
- Enfermedad hepática
- Enfermedad renal

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- De forma rutinaria se debe valorar la aparición de complicaciones anualmente (fondo de ojo, proteinuria en orina, EKG e inspección de los pies)
- No control de las cifras de glucemia a pesar del tratamiento
- Comorbilidad con enfermedad grave
- Hipoglucemias de repetición

6.03 HIPOGLUCEMIA (E16.2)

Situación potencialmente grave e incluso mortal si no se controla a tiempo. Ante un paciente con hipoglucemia el protocolo a seguir será:



6.04 ALTERACIONES DEL TIROIDES (E00-07)

• BOCIO

Se denomina bocio al aumento de volumen de la glándula tiroides. El aumento de la glándula tiroidea se ocasiona por la presencia de estímulos tróficos que desencadenan el crecimiento y proliferación del epitelio tiroideo y la formación de nuevos folículos. El estímulo más importante es la hormona tirotrópica (TSH). En situaciones de carencia de yodo, se estimula su producción. Sin embargo, el exceso de yodo también puede provocar el bocio.

El bocio puede aparecer en situaciones de hipo o de hiperfunción

- hipotiroidismo (por deficiente producción de tiroxina): piel seca, aumento de peso, voz ronca, apatía, estreñimiento y otros síntomas
- hipertiroidismo (por exceso de producción de tiroxina): taquicardia, pérdida de peso, piel húmeda, temblor fino, mirada brillante, exoftalmos y otros síntomas

En los campamentos saharauis de Tindouf se ha detectado en sucesivos análisis un exceso de yodo en el agua de bebida

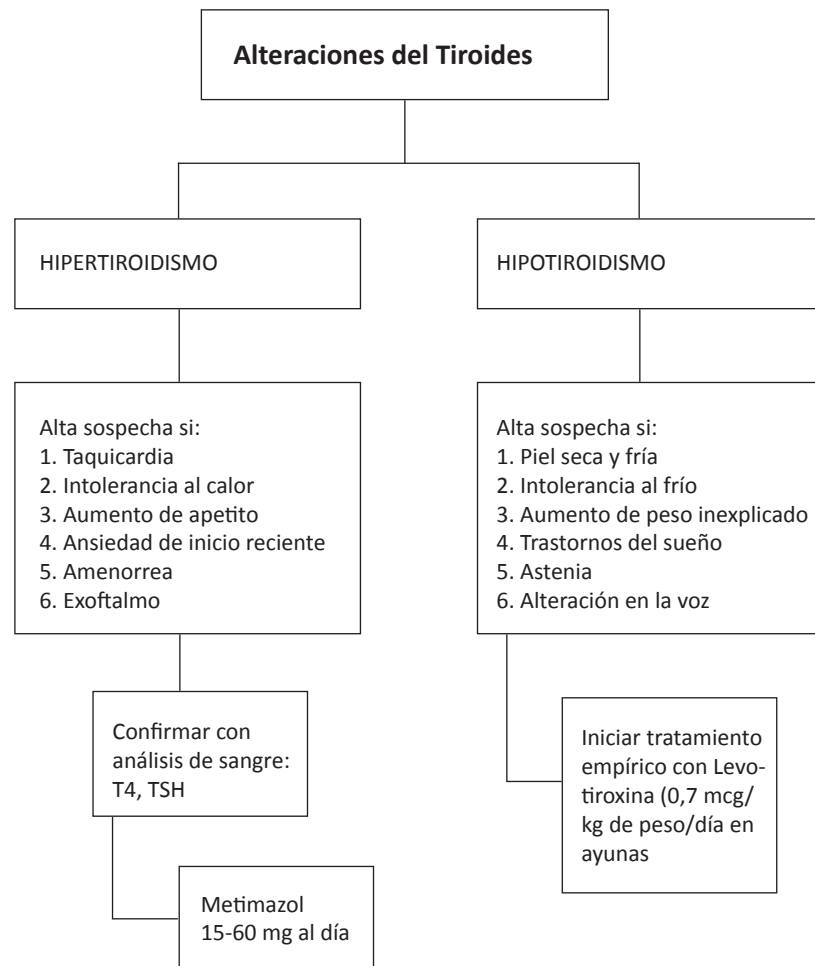
Nota

No está indicado el consumo de sal enriquecida con yodo en los campamentos.

Criterios de evacuación para pacientes con bocio

- si se objetiva aumento del bocio o aparición de síntomas
- bocio acompañado de clínica de hipo/hipertiroidismo
- bocio con nódulo palpable

• MANEJO DE HIPO E HIPERTIROIDISMO



CAPÍTULO 7

Enfermedades Oftamológicas

CONJUNTIVITIS 7.01

CONJUNTIVITIS, ALÉRGICA 7.02

CONJUNTIVITIS, BACTERIANA 7.03

CONJUNTIVITIS, VIRAL Y VIRAL EPIDÉMICA 7.04

GLAUCOMA AGUDO 7.05

GLAUCOMA CRÓNICO 7.06

7.01 CONJUNTIVITIS (H10)

• DESCRIPCIÓN

Inflamación de la conjuntiva:

- puede ser infecciosa, causada por bacterias o virus, o de otras causas como alergia, cuerpo extraño, irritación (química)
- considerar cuerpo extraño o glaucoma si la conjuntivitis aparece en un solo ojo

7.02 CONJUNTIVITIS, ALÉRGICA (H10.1)

• DESCRIPCIÓN

Cuadro inflamatorio de la conjuntiva causado por alergia al polen, hierbas, animales etc.

- normalmente hay antecedentes de alergia, incluyendo fiebre del heno
- ojos con picazón y lagrimeo
- recurrente y estacional

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- aliviar los síntomas

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- eliminar el alérgeno

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- gotas oftálmicas de oximetazolina al 0.25%, 1 gota en cada ojo cada 6 horas durante 7 días
- clorfenamina por vía oral para los casos graves
 - niños 6 meses – 1 año: 1 mg 2 veces al día
 - niños 1 – 5 años: 1 – 2 mg 3 veces al día
 - niños 5 – 12 años: 2 – 4 mg 3 – 4 veces al día
 - niños mayores de 12 años y adultos: 4 mg 3 – 4 veces al día

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- personas que usan lentes de contacto
- sin respuesta al tratamiento

7.03 CONJUNTIVITIS, BACTERIANA (H10.0)

• DESCRIPCIÓN

Inflamación purulenta de la conjuntiva causada por bacterias.

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- aliviar los síntomas
- tratar la infección
- identificar los criterios de referencia

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- la higiene personal es importante para la prevención y el tratamiento
- recomendar al paciente
 - usar solamente sus propias toallas y lavarse frecuentemente cara y los ojos
 - lavarse bien las manos antes de aplicar las gotas oftálmicas
- tratar la conjuntivitis en solo un ojo con precaución extra para no infectar al otro
- enseñar al paciente o a la persona que lo cuida como aplicar la crema

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- gotas oftálmicas gentamicina 0,3% aplicar 1 gota cada 3 horas durante 7 días

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- poca o ninguna mejoría en 7 días

7.04 CONJUNTIVITIS, VIRAL Y VIRAL EPIDÉMICA (B30.9)

• DESCRIPCIÓN

Cuadro inflamatorio causado por virus. Muchas de las infecciones virales del tracto respiratorio superior se acompañan de conjuntivitis. Estos cuadros son altamente infecciosos y muchas veces se propagan por toda la comunidad. Ambos ojos están afectados.

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- aliviar los síntomas
- tratar la infección
- identificar los criterios de referencia

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- higiene personal
- recomendar al paciente
 - usar sus propias toallas
 - lavarse cara y ojos frecuentemente
- desaconsejar al paciente utilizar remedios caseros como leche, orina, saliva etc. que pueden causar infección secundaria.
- evitar la propagación de la infección al otro ojo o a otras personas.
- enseñar al paciente o a la persona que lo cuida la forma de aplicar la medicación (gotas/crema).

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- gotas oftálmicas de oximetazolina al 0,25%, instilando en los ojos 1 gota cada 6 horas durante 7 días

¡ PRECAUCIÓN !

Los pacientes no se deben intercambiar las gotas.

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- enfermedad en un solo ojo salvo conjuntivitis de causa viral
- ulceración de la córnea
- opacificación de la córnea (nubes)
- pupila irregular
- visión reducida
- dolores fuerte
- poca o ninguna mejoría en 7 días

• TRACOMA

Es una inflamación de la conjuntiva ocular por *Chlamidia trachomatis*. Se presenta como:

- como conjuntivitis crónica durante la infancia
- en la conjuntiva aparecen folículos y papilas visibles
- secreción acuosa y mucosa del ojo
- cicatrices extensas en la conjuntiva debajo del párpado superior
- doblamiento de las pestañas hacia adentro (entropion)
- cicatrices en la córnea y ceguera

Es evitable y ningún niño debería padecerla

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- cura individual
- prevenir el contagio a otros
- notificación

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- mejorar la higiene personal
- sobre todo es importante lavar la cara de los niños para prevenir la extensión de la enfermedad

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Profilaxis con la administración rutinaria de pomada oftálmica de tetraciclina a todos los niños al nacimiento (aplicarla en ambos ojos)

Tratamiento cuando aparece:

- tetraciclina crema oftálmica cada 12 horas durante 6 semanas
- y**
- doxiciclina por vía oral cada 12 horas durante 10 días (repetir si no hay cura)
- o**
- eritromicina por vía oral cada 6 horas antes de las comidas durante 10 días

El tratamiento actual del tracoma, es el colirio de Azytromicina, 2 veces al día durante 3 días.

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- diagnóstico incierto
- casos complicados
- sin respuesta al tratamiento

7.05 GLAUCOMA AGUDO (H40)

• DESCRIPCIÓN

Presión intraocular aumentada, normalmente en un solo ojo. Clínicamente se caracteriza por:

- dolor ocular fuerte (agudo)
- a veces pérdida aguda de la visión
- enrojecimiento
- el globo ocular afecto puede sentirse duro
- halos o anillos luminosos brillantes
- una pupila dilatada
- cefalea unilateral, temporal
- en casos severos, náuseas y vómitos

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- identificar todos los casos de glaucoma agudo
- iniciar tratamiento
- normalizar la presión en 2 – 3 horas
- referir para consulta especializada o evacuar todos los casos

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- iniciar tratamiento y referir al paciente en las primeras 12 horas
- acetazolamida oral, 500 mg inmediatamente, seguido de 250 mg cada 6 horas
- instilar gotas de pilocarpina al 1% en el ojo afecto cada 15 – 30 minutos, un total de 4 dosis

¡ PRECAUCIÓN !

El glaucoma crónico puede ocasionar ceguera por el mantenimiento de la hipertensión ocular

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- todos los casos e inmediatamente, tras tratamiento de urgencia

7.06 GLAUCOMA CRÓNICO (H40.2)

El glaucoma crónico esta en presente en los campamentos en un elevado porcentaje.

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Colirio de Timolo 0,5% cada 12 horas.

En caso de incumplimiento del tratamiento o falta de eficacia se recomienda una intervención quirúrgica.

CAPÍTULO 8

Enfermedades del Tracto Gastro-Intestinal

PIROSIS / REFLUJO GASTRO-ESOFÁGICO 8.01

FISURAS ANALES 8.02

HEMORROIDES 8.03

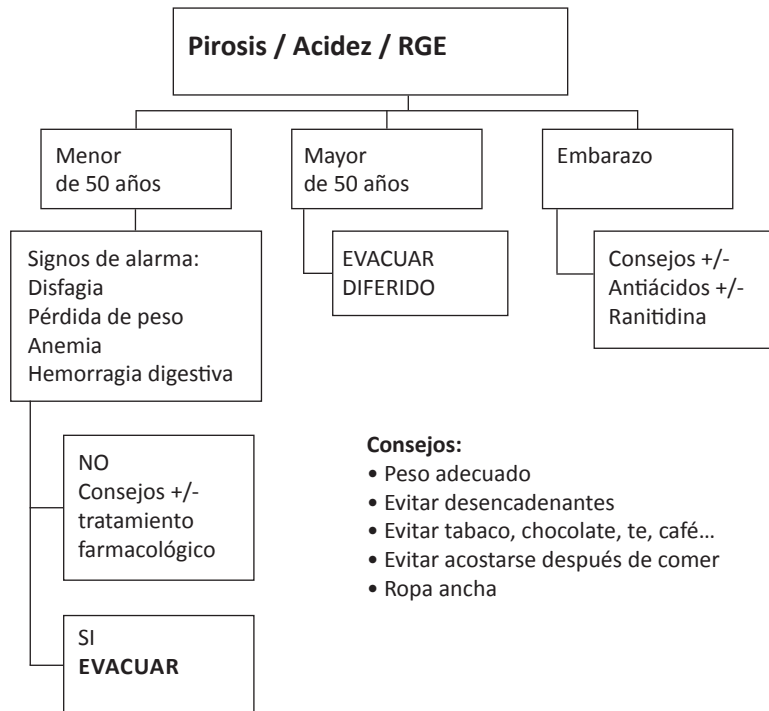
ESTREÑIMIENTO 8.04

8.01 PIROSIS / REFLUJO GASTRO-ESOFÁGICO (K21)

• DESCRIPCIÓN

El ardor, acidez o pirosis retro esternal es una sensación quemante en el centro del pecho que ocurre frecuentemente después de comer, al agacharse, al hacer ejercicio, y a veces, al estar acostado

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO



• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Bajar de peso si tienen sobrepeso
- Ejercicio físico regular
- Dejar de fumar
- Hacer comidas ligeras y frecuentes

- Limitar el consumo de alimentos grasos, chocolates, menta, café, té, bebidas con gas y alcohol
- Cenar dos horas antes de irse a la cama

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Antiácidos después de las comidas y
- Ranitidina 300 mg por la noche u Omeprazol 20 mg cada 24 horas

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- Síndrome constitucional (anorexia, astenia y pérdida de peso)
- Hemorragia digestiva aparente u oculta (melenas)
- Diagnóstico incierto
- No control de los síntomas con tratamiento 2-3 meses
- Masa abdominal

8.02 FISURAS ANALES (K60.2)

• DESCRIPCIÓN

Pequeñas grietas dolorosas en la parte interna del margen anal:

- a menudo acompañadas de hemorroide centinela o hemorroides externas
- puede producir espasmo del esfínter anal

• OBJETIVOS GENERALES

- tratar sintomáticamente
- evacuar los casos graves

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- consejos dietéticos para la producción de heces blandas

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- aplicar crema para hemorroides con tetracaína después de cada deposición
- por unos días se pueden usar comprimidos de bisacodilo 5 mg por la noche o lactulosa oral 0,5ml/kg/día en monodosis.

- CRITERIOS EVACUACIÓN

- dolor severo
- episodios recurrentes
- escasa respuesta al tratamiento sintomático

8.03 HEMORROIDES (I84.9)

- DESCRIPCIÓN

Venas varicosas en el área ano-rectal generalmente con historia de estreñimiento.

- en pacientes de edad avanzada considerar el diagnóstico subyacente de carcinoma

- OBJETIVOS GENERALES

- tratamiento sintomático
- consejo dietético
- evacuar los casos que precisen cirugía

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- dieta alta en fibra
- consejo en contra del uso crónico de laxantes
- baños de asientos tibios
- Evitar sedentarismo

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- crema para hemorroides

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- para tratamiento quirúrgico cuando:
 - no se pueden reducir
 - trombosadas

8.04 ESTREÑIMIENTO (K59.0)

- DESCRIPCIÓN

Cuadro de disminución de la actividad intestinal propia.

- la “normalidad” es muy amplia, por lo que debe valorarse en cada paciente
- se caracteriza por un cambio en el hábito digestivo y deposiciones duras y secas
- el estreñimiento puede tener muchas causas, algunas graves:

- dieta incorrecta (fibra y líquidos)
- sedentarismo
- embarazo
- vejez
- algunas drogas
- metabólicas
- endocrinas
- neurogénicas
- anomalías del intestino grueso
- alteraciones psicogénicas
- uso crónico de enemas y laxantes
- cáncer intestinal
- ignorar la llamada de la naturaleza (contener las ganas de defecar cuando se producen)

¡ PRECAUCIÓN !

Ante un cambio súbito en el hábito intestinal pensar en la posibilidad de un cáncer de intestino grueso. Un estreñimiento severo y prolongado puede ocasionar diarrea por „rebosamiento“.

• OBJETIVOS GENERALES

- alivio sintomático
- consejos sobre dieta y estilo de vida
- identificar casos para evacuación

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- fomentar el ejercicio
- fomentar una dieta rica en fibra: vegetales, maíz y salvado
- aconsejar un horario para defecar, independientemente de la necesidad
- desaconsejar el uso continuo de laxantes

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Niños (>12 meses):

- lactulosa oral 0,5 ml/kg/dosis, una vez al día, si mala respuesta aumentar cada 12h.

Adultos:

- Senna comprimidos 7,5 mg, 1 – 2 tabletas por la noche
- o
- Lactulosa 10-20 ml 1 o 2 veces al día.

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- cambio reciente en hábito digestivo
- impactación fecal
- respuesta pobre a tratamiento no farmacológico
- estreñimiento de causa no clara

CAPÍTULO 9

Ginecología y Obstetricia

ABORTO 9.01

ANEMIA EN EL EMBARAZO 9.02

HEMORRAGIA DURANTE EL EMBARAZO 9.03

GRIETAS EN EL PEZÓN DURANTE LA LACTANCIA MATERNA 9.04

PARTO NORMAL 9.05

DISMENORREA 9.06

EMBARAZO ECTÓPICO 9.07

METRRORRAGIA 9.08

HEMORRAGIA POSTMENOPÁUSICA 9.09

PRECLAMPSIA Y ECLAMPSIA 9.10

9.01 ABORTO (O06)

• DESCRIPCIÓN

Interrupción espontánea del embarazo antes de la 20ª semana de gestación tras el último periodo menstrual normal.

• OBJETIVOS GENERALES

- asegurar la completa eliminación de todos los productos de la concepción
- controlar la hemorragia
- prevenir el sangrado
- prevenir la iso inmunización Rh
- dar apoyo psicológico

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- monitorizar parámetros vitales, p.ej. hemoglobina, pulso, tensión arterial, Tª y FR
- tratar el shock si se produce
- dar consejo y apoyo a las pacientes

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Ante una sospecha de aborto DERIVAR urgentemente al hospital con una vía venosa

9.02 ANEMIA EN EL EMBARAZO (O99.0)

• DESCRIPCIÓN

La anemia durante el embarazo es la palidez cutáneo mucosa con un valor de hemoglobina (Hb) menor de 11 g/dL. Normalmente está relacionada con deficiencia de hierro, ácido fólico o la combinación de ambos

• PREVENCIÓN FARMACOLÓGICA

Todas las pacientes deben recibir durante el embarazo y hasta 6 meses después del parto una terapia suplementaria de hierro y ácido fólico:

- Sulfato de hierro vía oral 200 mg 1 vez al día con alimentos
- y**
- Ácido fólico oral 5 mg por día

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- En el parto Hb menor de 8 g/dL en cualquier estado. En caso de una Hb inferior a 7 mg/dL sería necesaria una transfusión sanguínea.
- En el parto Hb menor de 8 g/dL en pacientes con más de 34 semanas de gestación
- Hb persistentemente bajas sin respuesta al tratamiento
 - un aumento de Hb menor de 1,5 g/dL después de un tratamiento de 2 semanas o
 - un aumento menor de 2 g/dL en 3 semanas en primeras etapas del embarazo precoz
- Cualquier valor bajo de Hb con complicaciones obstétricas
- Síntomas o signos de pérdida de sangre aguda o crónica
- Palidez (anemia) con signos de una enfermedad crónica, p.ej., sospecha de TB, o la presencia de hepatomegalia
- Evidencia de insuficiencia cardiaca
- Anemia aguda

9.03 HEMORRAGIA DURANTE EL EMBARAZO (O20)

Hemorragia vaginal en embarazo de más de 20 semanas de gestación. Toda paciente con una hemorragia durante el embarazo debe ser derivada al hospital.

Se debe tener en cuenta:

- La paciente debe ser derivada con una vía venosa e infusión de suero salino 0.9%
- No se debe realizar tacto vaginal
- Se debe prevenir e identificar el shock hipovolémico

9.04 GRIETAS EN EL PEZÓN DURANTE LA LACTANCIA MATERNA (O92.1)

• DESCRIPCIÓN

La areola y el pezón están protegidos por la secreción lubricante de las glándulas de Montgomery. Las causas desencadenantes de las grietas son una excesiva limpieza p.ej. con una toalla, un proceso de amamantamiento laborioso y la retirada del niño del pecho antes de que acabe la succión. Puede llevar a infección y mastitis

• OBJETIVOS GENERALES

- evitar al inicio una succión excesiva
- no retirar al niño del pecho antes de que haya terminado la succión
- comprobar posición de los labios del recién nacido, evitando que el labio inferior del niño se doble hacia adentro (debe permanecer abierto)
- evitar revestimiento de plástico en los sujetadores

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- limpiar con agua y jabón suave
- usar un emoliente, p.ej. pomada emulsificante entre tomas y lavarse antes de las mismas
- en los casos más severos se puede usar un protector de pezón si la toma resulta demasiado dolorosa, se puede extraer la leche y dársela después al niño hasta que haya mejoría
- no detener lactancia

9.05 PARTO NORMAL (O80.9)

• DESCRIPCIÓN

El parto normal se caracteriza por:

- inicio de contracciones uterinas regulares en embarazo a término
- acompañadas de progresiva dilatación cervical
- nacimiento final del niño

El trabajo del parto se divide en tres etapas:

- primera etapa: desde el comienzo hasta la dilatación completa del cuello
- segunda etapa: desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto
- tercera etapa: desde la expulsión del feto hasta la expulsión de la placenta

• OBJETIVOS GENERALES

- apoyar el proceso normal del parto
- monitorizar la situación de la madre y el niño (TEST DE APGAR)
- reducir la morbimortalidad de madre y niño
- parto atendido por persona cualificado y en un ambiente que garantice seguridad de la madre y el recién nacido.

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- apoyo psicológico
- hidratación y alimentación de la madre

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los posibles tratamientos a administrar a la madre son:

Problema	Droga y Dosis	Indicaciones y Precauciones
analgesia	• si es necesario Tramadol IM 100 mg inmediatamente	• 4-6 cm de dilatación cervical – primera etapa
	• si necesario : lidocaína al 1%	• anestésico local para epi siotomía – segunda etapa • no superar los 20 ml

>

>

contracciones uterinas insuficientes o incoordinadas	<ul style="list-style-type: none"> • oxitocina IV 10–20 IU en 1000 ml de dextrosa al 5% o bien solución sslina 0.9% • iniciar con 0,1 – 0,2 ml/minuto, aumentando 0,1 – 0,2 ml/minuto a intervalos de 40 minutos hasta conseguir la respuesta deseada 	<ul style="list-style-type: none"> • solo en primíparas • establecer las necesidades individuales • la frecuencia de las contracciones no debe ser mayor de 5 en 10 minutos • utilizar solo en contracciones uterinas insuficientes o incoordinadas <p>o</p>
		PRECAUCIONES
hemorragia post-parto	<ul style="list-style-type: none"> • oxitocina IM 5 – 10 IU Solo manejo hospitalario 	<ul style="list-style-type: none"> • después de salir los hombros • pacientes con alto riesgo de sangrado
incompatibilidad RH	<ul style="list-style-type: none"> • inmunoglobulina anti-D IM 100 microgramos 	<ul style="list-style-type: none"> • debe administrarse siempre que se precise a madres Rh negativas

En el caso del niño:

		PRECAUCIONES
profilaxis conjuntivitis neonatal	<ul style="list-style-type: none"> • pomada oftálmica de tetraciclina al 1% 	<ul style="list-style-type: none"> • administrar rutinariamente al niño en ambos ojos tras el nacimiento
profilaxis de sangrado	<ul style="list-style-type: none"> • vitamina K IM 1 mg inmediatamente tras el nacimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • administrar rutinariamente al niño • previene la hipoprotrombinemia

- los recién nacidos deben ser vigilados estrechamente durante 1 – 2 horas antes de ser trasladados a la sala postnatal

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- parto prolongado: A partir del momento en el que hay trabajo de parto (existe dilatación del cuello). 14 horas en multi y 20 en primi

- Líquido amniótico patológico
- Sufrimiento fetal (FC<100)
- hemorragia post-parto
- expulsión incompleta de placenta
- Atonía uterina
- Rotura uterina
- Desgarro
- Anemia severa
- Inestabilidad hemodinámica
- Malformación congénita
- APGAR por debajo de 6
- otras complicaciones de la madre o el niño

9.06 DISMENORREA (N94.6)

• DESCRIPCIÓN

Dolor asociado con el ciclo menstrual:

- primaria: no se conoce la causa
- secundaria: existe causa orgánica

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- determinar causa y tratamiento
- alivio sintomático

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- aconsejar y tranquilizar a la paciente con dismenorrea primaria, explicándole el cuadro
- animar a la paciente a seguir con sus actividades diarias normales

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Ibuprofeno vía oral 200 – 400 mg 3 veces al día después de la comida, en caso necesario durante 2 – 3 días

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- respuesta insuficiente al tratamiento
- si se sospecha una causa orgánica

9.07 EMBARAZO ECTÓPICO (O00.9)

- DESCRIPCIÓN

Es un embarazo que se implanta fuera del endometrio. Se caracteriza por:

- Dolor abdominal bajo
- Amenorrea
- Sangrado vaginal
- Síntomas y signos de embarazo // test de embarazo positivo

Todas las mujeres con sospecha de embarazo ectópico deben ser EVACUADAS

9.08 METRORRAGIA (N92.1)

Duración y/o cantidad y/o frecuencia excesiva de la menstruación, incluyendo metrorragia o hemorragia uterina disfuncional.

Manejo

- información sobre los contraceptivos administrados
- descartar embarazo ectópico o mioma uterino
- evaluar repercusión hemodinámica

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Ibuprofeno vía oral 200 – 400 mg 3 veces al día después de las comidas, si es necesario durante 2 – 3 días. El ibuprofeno reduce la pérdida de sangre en la menorragia asociada con:

- dispositivo intrauterino. Revisar el tipo de anticonceptivo utilizado y administrar contraceptivo oral durante 3-6 meses.

- menstruación en la pubertad cuando todavía no se produce ningún óvulo (ciclo anovulatorio)

Si la pérdida de sangre ha sido grave o hay signos de anemia, se debe administrar sulfato de hierro 200 mg vía oral 3 veces al día después de las comidas durante 1 mes

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- los casos que no responden al tratamiento
- todas las niñas con menos de 12 años con hemorragia vaginal antes del desarrollo de sus caracteres sexuales secundarios para investigar otras causas como abuso sexual, cuerpos extraños, tumores del tracto genital
- anemia grave con repercusión hemodinámica

9.09 HEMORRAGIA POSTMENOPÁUSICA (N95.0)

- DESCRIPCIÓN

Hemorragia que se produce dos años después de la última menstruación regular (en ese intervalo no son infrecuentes hemorragias irregulares en tiempo y de pequeña cantidad).

Todas las mujeres con hemorragia de inicio reciente no estudiada deberán ser evacuadas para descartar procesos malignos u otras patologías. En el caso de hemorragia importante o repercusión hemodinámica, colocar una vía venosa y administrar fluidoterapia para el traslado.

9.10 PRECLAMPSIA Y ECLAMPSIA (O16)

- DESCRIPCIÓN

Hipertensión entre la 20ª semana de gestación y la 1ª semana después del parto:

- proteinuria o edema, o ambos
- hipertensión: TA > de 140/90 mmHg o más en dos ocasiones con más o menos 6 horas de intervalo
- eclampsia es la presencia de convulsiones con hipertensión

La preeclampsia puede aparecer antes de la 20ª semana en caso de embarazo múltiple, mola hidatiforme o polihidramnios.

• OBJETIVO

- reducir la gravedad del cuadro y la mortalidad materno-fetal
- referir a las pacientes según el grado de la hipertensión
- Primera revisión siempre por especialista

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

Grado	TA mmHg	Proteinuria	Edema
leve	• sistólica 135–140 o • diastólica 85–90	–	+
moderado	• sistólica 140–160 o • diastólica 90–110	+	++
severo	• sistólica superior a 160 y • diastólica TA superior a 100	++	++

El tratamiento va en función del grado de la pre eclampsia:

Grado	Medidas Farmacológico	Tratamiento
leve	• indicar señales de alerta (cefalea, diplopia, visión borrosa, zumbidos de oído) • ingreso en la semana 38 para parto • dieta normal • no usar diuréticos	ninguno
moderado	• ver arriba	• metildopa vía oral 250–500 mg 3 veces al día • dosis máxima 500 mg 4 veces al día

severo (Eclampsia)	<ul style="list-style-type: none"> • oxígeno • estabilizar para referencia urgente e ingreso 	<ul style="list-style-type: none"> • Cloruro de sodio 0,9% IV Sulfato de magnesio de siguiente forma: • diluir sulfato de magnesio 4 g en 1000 ml dextrosa al 5% o agua, infundir en un tiempo mínimo de 30 minutos y • Sulfato de magnesio 10 g IM administrando 5 g en cada músculo glúteo • después 5 g IM cada 4 horas alternando el sitio de aplicación • en caso de persistencia de hipertensión dihidralazina 6,25 mg IV en 2 minutos
--------------------	--	--

Si hay sospecha de intoxicación por sulfato de magnesio administrar Gluconate calcio 10% en IV

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

Inmediata

- en casos graves: estabilizar a la paciente para ser referida después de iniciar infusión de sulfato de magnesio e inyección IM

De rutina

- poca cooperación en grado leve
- casos de grado moderado

CAPÍTULO 10

Enfermedades Infecciosas I

NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD 10.01

DIARREA AGUDA 10.02

INFECCIONES POR HELMINTOS 10.03

INFECCIÓN POR VIH 10.04

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) 10.05

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) 10.06

10.01 NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (J16)

• DESCRIPCIÓN

Es una infección aguda del parénquima pulmonar. Típicamente, presenta los siguientes síntomas:

- Fiebre
- Escalofríos
- Aparición de tos (o empeoramiento de tos crónica o cambio de color del esputo)
- Dolor pleurítico
- Disnea
- LESIÓN RADIOLÓGICA compatible

Por tanto, el diagnóstico de neumonía debe confirmarse con la realización de una radiografía de tórax.

Factores de riesgo para el desarrollo de una neumonía adquirida en la comunidad son:

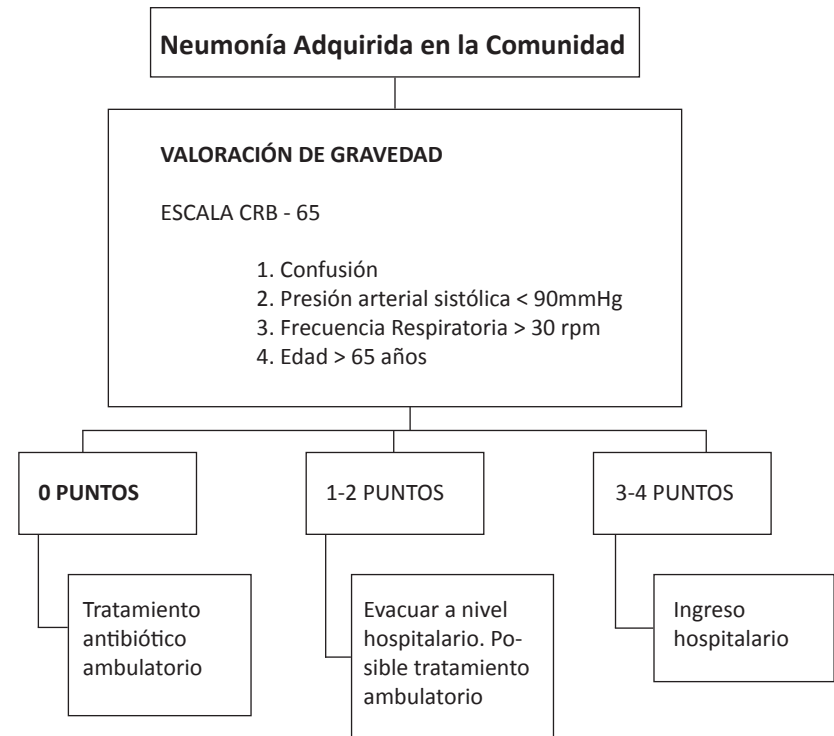
- Consumo de tabaco (> 20 cigarrillos/día).
- Enfermedades crónicas (diabetes, hepatopatías, cardiopatías, enfermedad renal, neoplasias, EPOC).
- Malnutrición.
- Demencia.
- Edad avanzada.
- Esplenectomía.
- Tratamiento crónico con corticoides.

Factores de riesgo de sospecha de neumonía por gérmenes no habituales son:

- Anaerobios
- Senilidad
- Comorbilidad.
- Falta de respuesta a tratamiento empírico correcto a las 48-72 horas de iniciado.
- Presencia de signos radiológicos indicativos de patógeno no habitual (cavitación).
- Sospecha de aspiración.
- Presentación inicial muy grave.

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

En función de la gravedad del cuadro podremos clasificar la Neumonía:



• OBJETIVOS DEL MANEJO

- Curar la infección
- Evitar progresión de la enfermedad a neumonía severa

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Reposo
- Hidratación
- No utilizar de antusivos de forma rutinaria

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento consiste en:

- Antitérmicos y/o analgésicos
- Antibióticos

Dosis y Pautas

Nombre	Nota	Dosis habitual DIARIA	Dosis máxima DIARIA
Amoxicilina	Tratamiento de primera elección. 1000 mg cada 8 horas 10 días	1000 mg cada 8 horas	3.000 mg
Azitromicina	Añadir a amoxicilina si el paciente no mejora en 2 días. 500 mg al día durante 5 días	500 mg	500 mg
Amoxicilina / Ac clavulámico	Cuando se sospechan gérmenes no habituales. Criterios <ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor de 65 años • Alcoholismo • Tratamiento previo con corticoides • Diabetes Amox/Ac. Clav. 1000/125 mg 2 comprimidos cada 12 horas	1000/125 mg cada 8 horas	1000/125 mg cada 8 horas

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

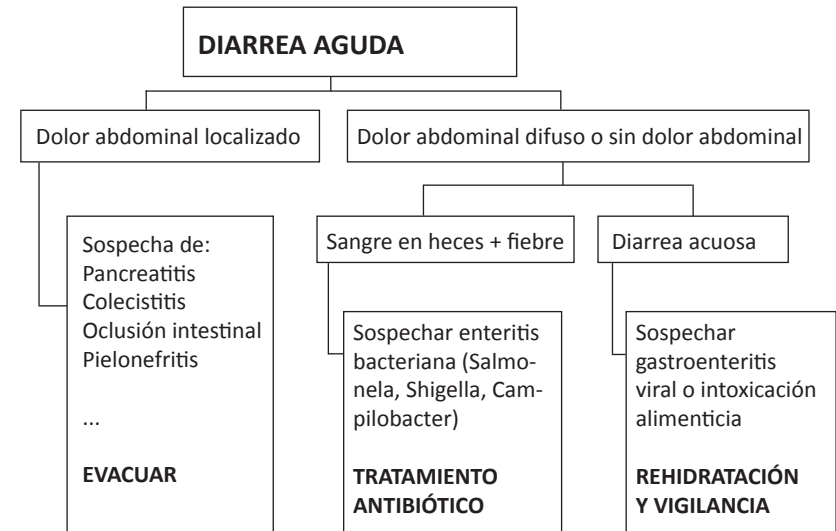
- No respuesta al tratamiento en 48-72 horas
- Estado séptico
- Ver esquema arriba

10.02 DIARREA AGUDA (A09)

- DESCRIPCIÓN

Aumento de la frecuencia, fluidez y/o volumen de las deposiciones, con pérdida variable de agua o electrolitos con una duración menor de 14 días.

- CLASIFICACIÓN Y MANEJO



Criterios para referir a un paciente:

- Imposibilidad para rehidratación oral (vómitos persistentes)
- Signos de deshidratación moderada/severa en niños y ancianos
- Estado séptico
- Fiebre >39°C con rectorragia
- Dolor abdominal intenso que hace sospechar abdomen agudo

TRATAMIENTO		
1. PREVENCIÓN DE DESHIDRATACIÓN	3. CRITERIOS DE ANTIBIOTERÁPIA	
- Suero de rehidratación oral	- Prematuros	
- Líquido a demanda	- Malnutrición	
	- Mal estado general	
2. PREVENCIÓN DE DESNUTRICIÓN	- Fiebre + sangre/moco en heces	
- Dieta blanda		
- No interrumpir lactancia		

La complicación más grave de la diarrea aguda, sobre todo en niños, es la deshidratación. En función del grado de deshidratación, podemos clasificar a los pacientes en:

Hidratación Adecuada	Deshidratación moderada	Deshidratación Severa
- No está sediento - Prueba del pliegue cutáneo negativa (la piel vuelve a su sitio normalmente) - Pulso fuerte - Diuresis normal	- Agitado e irritable - Ojos hundidos - Boca y lengua secas - Sediento - Prueba del pliegue cutáneo positiva (la piel vuelve despacio a su sitio) - Diuresis disminuida - En niños: fontanelas hundidas, llanto disminuido	- Aletargamiento e inconsciencia - Boca y lengua muy secas - Prueba del pliegue cutáneo positiva (la piel vuelve muy despacio a su sitio) - Pulso débil o ausente - TA baja - Oliguria o Anuria

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- Evitar deshidratación
- Evitar desnutrición
- Prevenir recaídas
- Evitar brotes epidémicos

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Dieta blanda
- Líquidos a demanda (preferiblemente suero oral)
- NO interrumpir lactancia o alimentación con leche maternizada

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Rehidratación con Suero de Rehidratación Oral
- Zinc 10 mg al día durante dos semanas
- Antibiótico si:
 - Prematuros
 - Malnutrición
 - Mal estado general
 - Fiebre + sangre/moco en heces

Tratamiento antibiótico:

- Tratamiento empírico: Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas durante 5 días
- Sospecha de amebiasis: Metronidazol 750 mg cada 8 horas durante 5 días
- Sospecha de giardiasis (síntomas durante más de una semana): Metronidazol 250 mg cada 8 horas durante 7 días

SOLUCIÓN CASERA DE AZÚCAR Y SAL DE 1 LITRO

- Sal
 - niños: 1/4 cucharadita de sal de mesa con cualquier tipo de agua, 1/2 cucharadita para agua mineral
 - adultos: 1/2 cucharadita de sal de mesa, y 1 cucharadita si se usa agua mineral
- 1/2 cucharadita de bicarbonato (si es posible)
- zumo de limón o naranja (si es posible)
- 8 cucharaditas de azúcar (no más)
- disolver en un 1 litro de agua hervida y dejar enfriar

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- Imposibilidad para rehidratación oral (vómitos persistentes)
- Signos de deshidratación moderada/severa en niños y ancianos
- Estado séptico
- Fiebre >39°C con rectorragia
- Ancianos o inmunodeprimidos con sangre en heces y fiebre
- Dolor abdominal intenso que hace sospechar abdomen agudo

10.03 INFECCIONES POR HELMINTOS (B82.0)

• DESCRIPCIÓN

Las infecciones pueden ser asintomáticas. Revisar anemia.

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

Tipos de infestación por helmintos y sus características

Nemátodo intestinal gigante <i>Ascaris lumbricoides</i>	<ul style="list-style-type: none"> • helminto largo blanco/rosado • frecuentemente aislado en las heces 	<ul style="list-style-type: none"> • tos • si se presentan vómitos y distensión abdominal considerar obstrucción intestinal
Nemátodo <i>Enterobius vermicularis</i> (<i>Oxiuris</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • blancos y filiformes frecuentemente aislados • en las heces 	<ul style="list-style-type: none"> • prurito anal acentuado en la noche • auto-infección común
Nemátodo con ganchos <i>Ancylostoma duodenale</i>	<ul style="list-style-type: none"> • excretado en las heces 	<ul style="list-style-type: none"> • sin síntomas o con dolor • anemia severa
Nemátodo / Lombriz espiraliforme <i>Trichuris trichiura</i>	<ul style="list-style-type: none"> • lombrices y huevos en heces 	<ul style="list-style-type: none"> • asintomático en infestaciones leves • dolor abdominal • diarrea • posible anemia y <u>prolapso rectal</u> • malestar abdominal • pérdida de peso

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- fomentar la lactancia materna
- lavarse las manos con agua y jabón:
 - después de cada deposición
 - antes de manipular alimentos
- mantener las uñas cortas
- lavar bien o cocinar las frutas y verduras
- mantener la taza del retrete limpia
- enseñar a los niños a usar el retrete y lavarse las manos

- limpiar el piso de lodo o aguas residuales
- defecar de forma higiénica
- utilizar pañal nocturno en niños para evitar el contacto anal

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Niños (menores de dos años): Albendazol 200 mg diarios durante 3 días

Niños (mayores de 2 años y adultos : Albendazol 400 mg al día durante 3 días.

¡ PRECAUCIÓN !

- los medicamentos antihelmínticos incluyendo el Albendazol no son seguros en el embarazo. Pueden causar defectos congénitos
- posponer el tratamiento hasta después del parto

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- resistencia al tratamiento
- obstrucción abdominal
- embarazo
- dificultad de diagnóstico

10.04 INFECCIÓN POR VIH (B24)

• DESCRIPCIÓN

Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Síntomas iniciales:

- Fiebre
- Exantema
- Herpes zóster
- Artralgias

que posteriormente evoluciona a:

- Inflamación glandular generalizada
- Pérdida de peso
- Fiebre intermitente



>

- Malestar
- Fatiga
- Diarrea crónica
- Anemia
- Infecciones recurrentes

Infecciones oportunistas:

- Candidiasis oral de lenta respuesta al tratamiento
- Tuberculosis
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma no-Hodgkin

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

Se debe realizar test rápido de VIH con consejería previa a todas aquellas personas que cumplan alguno de estos criterios:

1. Diagnóstico de alguna infección de Transmisión Sexual
2. Conducta de riesgo
3. Aparición de infecciones oportunistas
4. Embarazo
5. Diagnóstico de Tuberculosis
6. Síndrome constitucional no explicado
7. Pérdida de peso >10%
8. Fiebre sin foco prolongada de más de 1 mes
9. Diarrea de más de 1 mes sin causa aparente
10. Mala respuesta a tratamiento antibiótico con infecciones frecuentes

Recordar que existe un „intervalo ventana“, que es el período de tiempo transcurrido entre la infección y la aparición de anticuerpos detectables mediante test sanguíneo. Asegurar que el diagnóstico quede registrado de tal forma que no se lesione el derecho a la confidencialidad del paciente.

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Prevención de transmisión de la enfermedad

- utilizar condones (hombre o mujer infectados) durante la relación sexual
- las personas con infecciones ETS son más susceptibles a la infección por VIH
- evitar el contacto con sangre y productos sanguíneos, agujas y jeringas usadas
- evitar transmisión de madre VIH-positiva al niño:
 - Puede ocurrir:
 - durante el embarazo: Aplicar protocolo de prevención de transmisión de VIH madre – hijo (tratamiento antirretroviral a la madre)
 - durante el parto: promover cesárea y tratamiento antirretroviral al niño
 - en el período neonatal a través de la leche materna: Aconsejar uso de leche maternizada en lugar de la lactancia
- se debe animar a los pacientes, y ayudarles a permanecer activos todo el tiempo posible
- también se debe animar a los pacientes y sus familias a unirse a grupos de apoyo

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Ver guía de manejo de pacientes VIH

10.05 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) (O90)

• DESCRIPCIÓN

Conjunto de infecciones que se caracterizan por transmitirse por vía sexual.

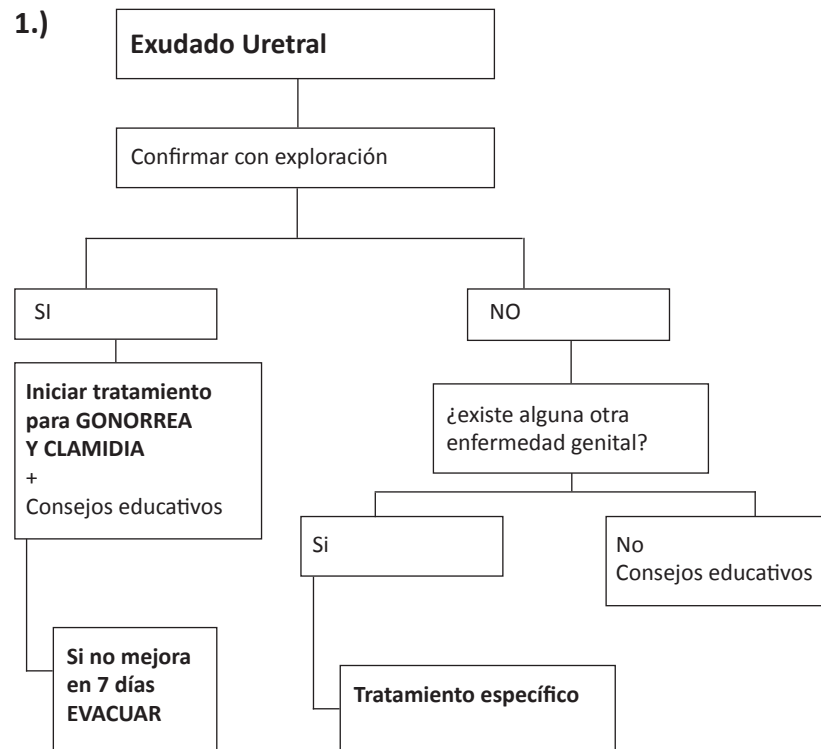
• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

En lugar de centrar el diagnóstico en identificar el germen específico que produce la infección, se va a realizar un abordaje sindrómico.

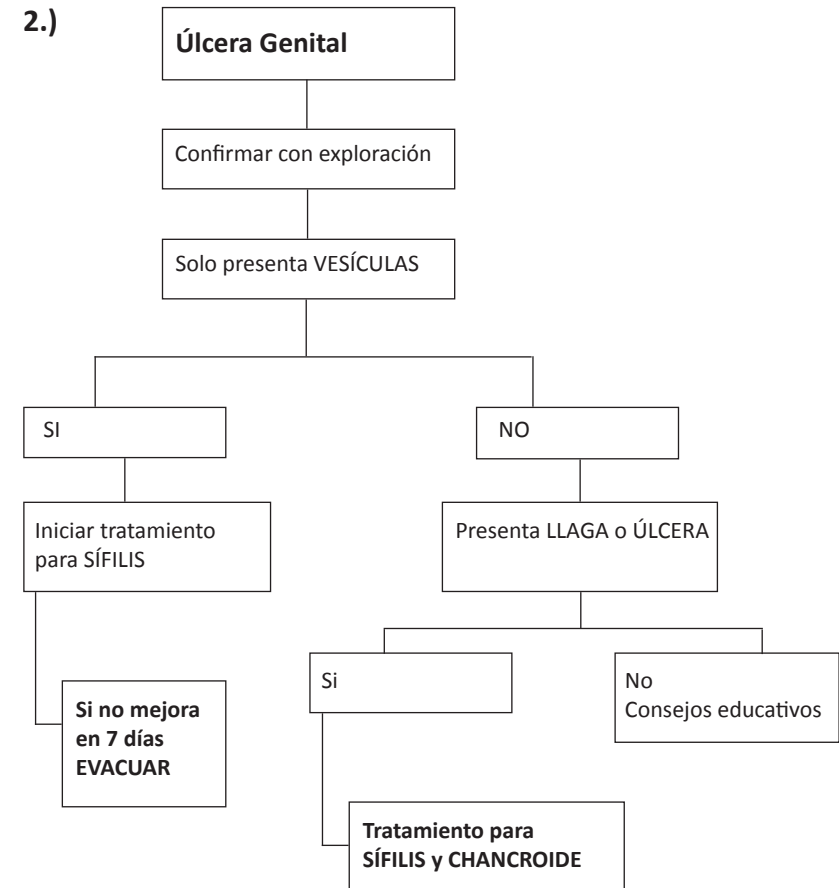
Es decir, se han agrupado signos y síntomas en 7 síndromes generales que tendrán un manejo distinto:

1. Exudado uretral
2. Úlcera genital
3. Exudado vaginal
4. Dolor abdominal bajo
5. Tumefacción escrotal
6. Ganglio en la ingle

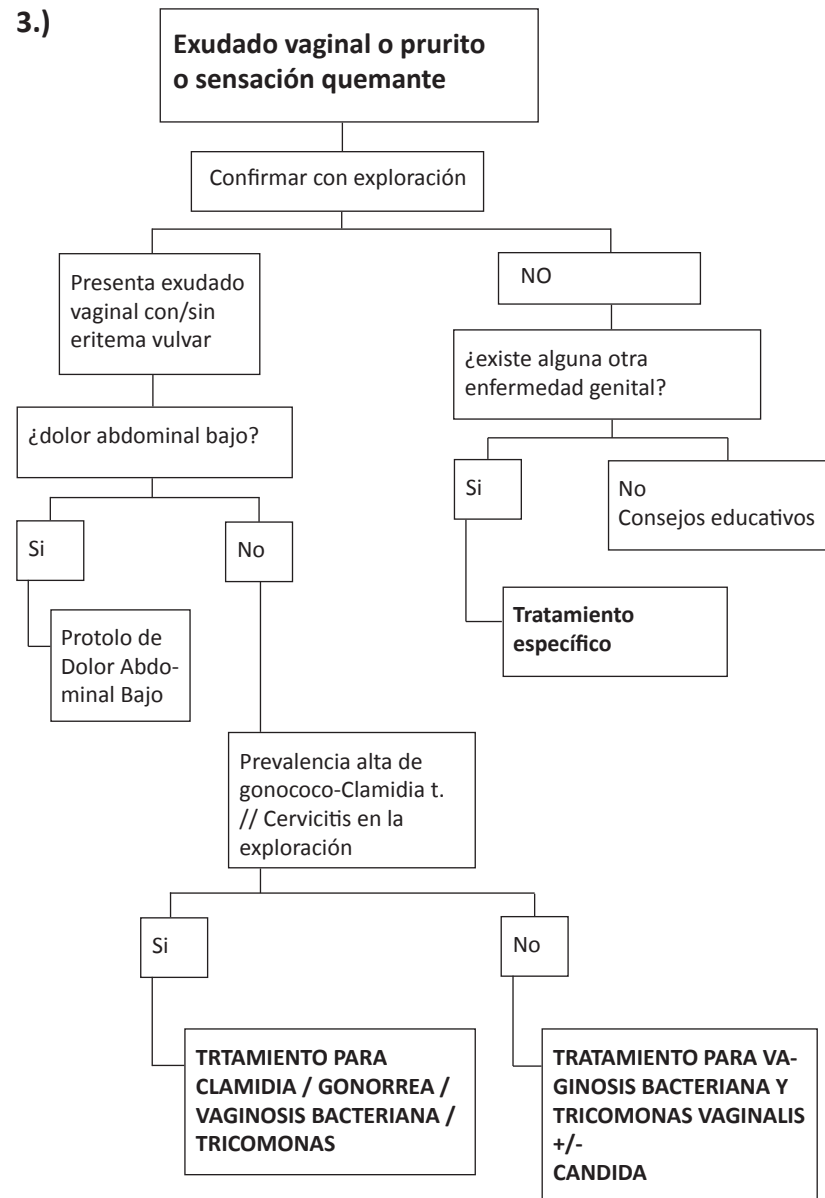
Los esquemas de manejo son los siguientes:



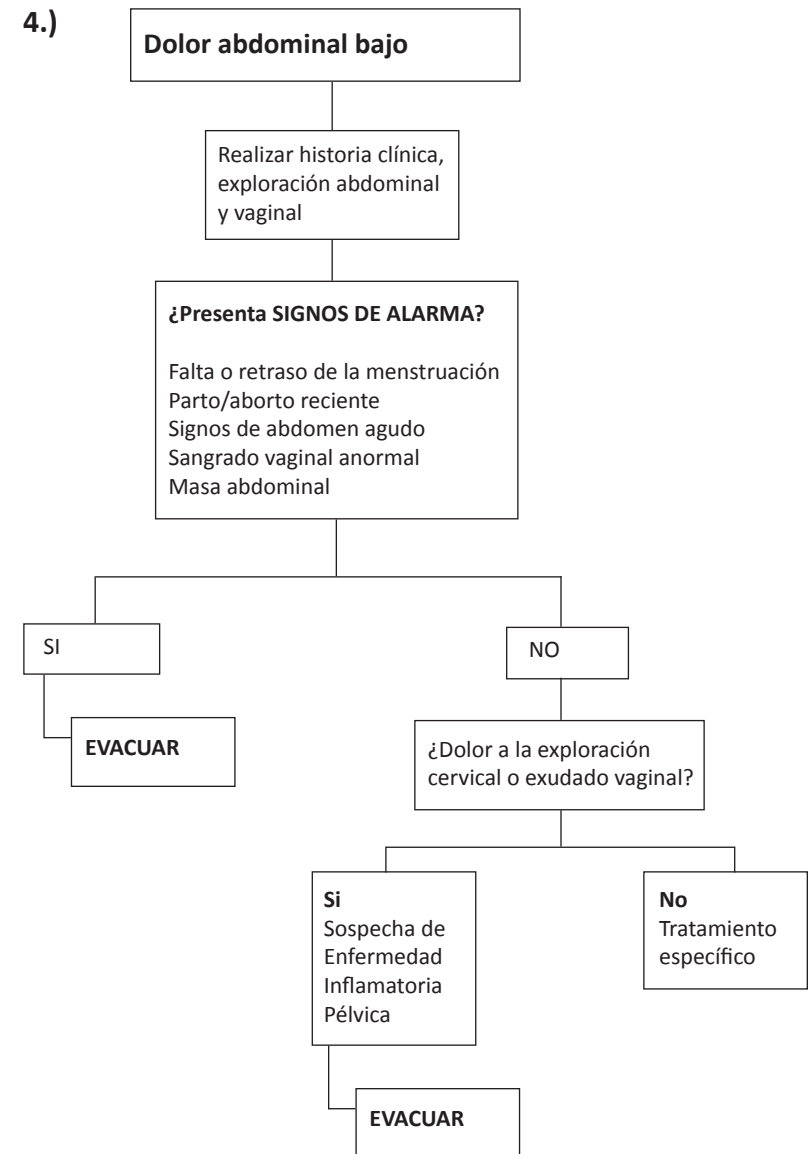
2.)

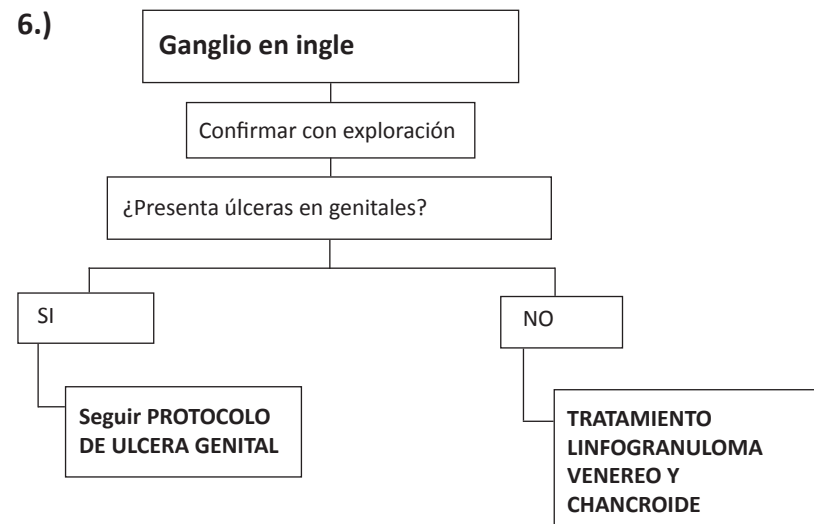
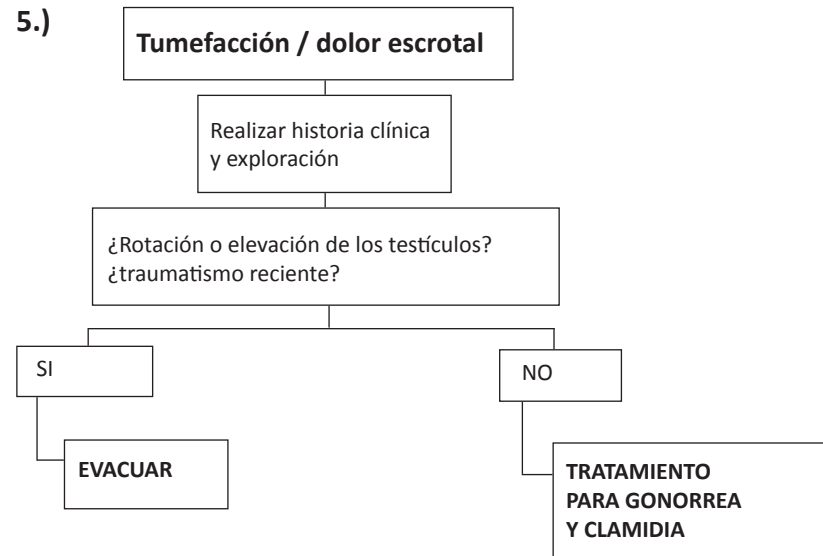


3.)



4.)





• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Ante la sospecha de una ITS siempre se debe:

- Dar educación sanitaria al paciente
- Ofrecer diagnóstico de VIH
- Promover el uso de preservativo para evitar infección
- Hacer un estudio de contactos sexuales
- Tratamiento a las parejas sexuales (si se confirma infección)

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Al final de cada árbol de decisión (ver arriba Clasificación y manejo) se propone tratamiento en función de la sospecha diagnóstica.

Síndrome	Infección	1ª Elección	2ª Elección
Exudado uretral; Dolor abdominal bajo; Tumefacción escrotal	Clamidia	Azitromicina 1 gr. Dosis única	Doxiciclina 100mg cada 12 horas durante 7 días
	Gonorrea	Ciprofloxacino 500 mg dosis única	Ceftriaxona 250 mg im dosis única
Úlcera genital	Sífilis	Penicilina Benzatina 2,4 millones im dosis única	Doxiciclina 100mg cada 12 horas durante 7 días
Úlcera genital Ganglio inguinal	Chancroide	Azitromicina 1 gr dosis única	Ceftriaxona 250 mg im dosis única
	Linfogranuloma Venéreo	Azitromicina 1 gr a la semana durante 3 semanas	Doxiciclina 100mg cada 12 horas durante 2-3 semanas
Exudado vaginal	Vaginosis bacteriana	Metronidazol 500 mg cada 12 horas durante 7 días	
	Tricomona vaginalis	Metronidazol 500 mg cada 12 horas durante 7 días	
	Candidiasis	Clotrimazol ovulo o crema vaginal	

10.06 INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) (N39.0)

• DESCRIPCIÓN

Es la existencia de gérmenes patógenos en la orina por infección de la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata.

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

Se pueden dividir en:

1. Cistitis aguda: Síndrome miccional asociado a bacteriuria (en algunos casos hematuria). Típico de mujeres jóvenes.
2. Cistitis aguda complicada: Clínica de cistitis pero en el que aparecen al menos unos de éstos factores de riesgo:
 - Sexo masculino
 - Edades extremas
 - Menopausia
 - Diabetes
 - Insuficiencia renal
 - Síntomas más de 7 días de evolución
3. Pielonefritis aguda: Infección del parénquima renal
4. Prostatitis aguda: Infección de la glándula prostática

Clinicamente:

1. CISTITIS AGUDA NO COMPLICADA
 - Disuria
 - Tenesmo
 - Fiebre
 - Hematuria
 - Piuria
 - Náuseas
 - Vómitos
 - Malestar general

2. CISTITIS COMPLICADA
 - Mismos síntomas que la cistitis aguda
 - Hematuria
 - Piuria
 - Fiebre elevada
3. PIELONEFRITIS NO COMPLICADA
 - Dolor lumbar
 - Fiebre
 - Náuseas
 - Vómitos
 - Malestar general
 - Se puede acompañar de síntomas de la cistitis
4. PIELONEFRITIS COMPLICADA
 - Mismos síntomas más
 - Malestar general marcado
 - Hipotensión
 - Síntomas de cuadro vagal intenso

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Ingesta de líquidos abundantes
- Orinar siempre que se tengan ganas, evitando la retención
- Limpiar el perineo de adelante hacia atrás
- Cremas lubricantes en el coito
- Orinar después de las relaciones sexuales
- Ropa interior de algodón
- En la crisis
 - Reposo físico y sexual
 - Ingesta de líquidos

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

CISTITIS AGUDA NO COMPLICADA

- **1ª elección: Fosfomicina en dosis única**
- Amoxicilina+Clavulánico durante 5 días

CISTITIS COMPLICADA

- Los mismos fármacos pero con un plazo mínimo de 7 días

PIELONEFRITIS NO COMPLICADA

- **1ª elección: Amoxicilina+Clavulánico 10-14 días**
- Quinolonas 10-14 días

PIELONEFRITIS COMPLICADA

- Evacuar

PROSTATITIS AGUDA

- **1ª elección: Ciprofloxacino 500 mg cada 12 horas** durante 14 días
- Ceftriaxona 2 g/24h

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- En caso de Pielonefritis aguda
- No respuesta al tratamiento
- Datos de sepsis
- Mal estado general

CAPÍTULO 11

Enfermedades Infecciosas II

MENINGITIS 11.01

TUBERCULOSIS 11.02

ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS 11.03

VARICELA 11.04

SARAMPIÓN 11.05

PAROTIDITIS 11.06

RUBÉOLA 11.07

HEPATITIS VÍRICA 11.08

CÓLERA 11.09

11.01 MENINGITIS (G00)

• DESCRIPCIÓN

La respuesta inflamatoria aguda o reciente de las meninges, que frecuentemente está causada por los siguientes microorganismos:

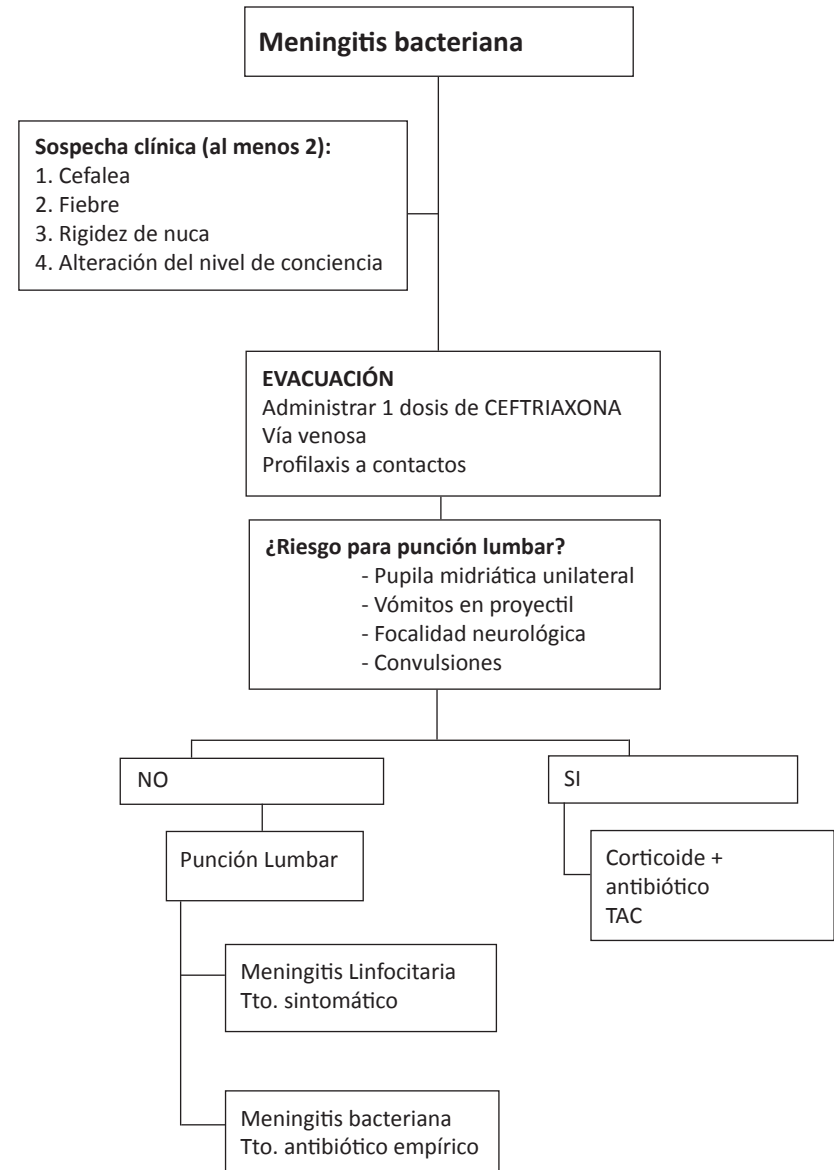
- Haemophilus influenzae
- Neisseria meningitidis
- Streptococcus pneumoniae

Se trata de una emergencia médica

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- iniciar el tratamiento lo más rápido posible para disminuir las complicaciones neurológicas
- iniciar el tratamiento con antibióticos inmediatamente
- estabilizar al paciente para poder ser evacuado
- prevenir el contagio
- realizar una punción lumbar, si es posible, y enviar el líquido cefalorraquídeo (LCR) en un recipiente estéril, con el paciente

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO



Profilaxis a contactos cercanos:

- Adultos:
Rifampicina 600 mg cada 12 horas 2 días o Ciprofloxacino 500 mg dosis única
- Niños:
 - Mayores de un mes: Rifampicina 10mg por kg de peso cada 12 horas 2 días
 - Menores de un mes: Rifampicina 5mg por kg de peso cada 12 horas 2 días

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- SIEMPRE con las medidas identificadas anteriormente

11.02 TUBERCULOSIS (A16.9)

Ver documentos del Plan Nacional de Tuberculosis

11.03 ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS

Enferme- dad	Contagio	Prodromos	Fiebre	Signos	Exantema
Sarampión	+++	Catarro	Alta	Koplik	Confluente
Rubeóla	++	Catarro	Febrícula	Adenopatías retroauriculares	No confluyente
Eritema infeccioso	+/-	No hay	No	Cara abofeateada	Reticulado
Exantema súbito	+/-	No hay	Alta durante 3 días	-	Rubeoliforme
Mono-nucleosis	+/-	Faringo amigdalitis	Alta	Adenopatías Esplenomegalia	Rubeoliforme
Escarlatina	+	Amigdalitis	Alta 1-2 días	Legua fresa Líneas de Pastia	Puntiforme

11.04 VARICELA (B01.9)

• DESCRIPCIÓN

Infección viral de poca gravedad severa que aparece 2-3 semanas después del contacto, con:

- manchas pruriginosas, rojas, pequeñas que se vuelven vesículas y después se rompen para formar costras. Todas estas formas pueden confluír en el tiempo
- se inician en el tronco y cara, extendiéndose a brazos y piernas
- la fiebre es ligera y precede al rash

Es contagiosa hasta 6 días después de aparecer las lesiones o hasta que todas ellas estén en fase de costra. La infección es autolimitada con una duración aproximada de una semana. Las complicaciones del tipo de encefalitis o neumonía son muy poco frecuentes y casi siempre se presentan en adultos

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- apartar al paciente de inmunocomprometidos y embarazadas hasta que todas las lesiones estén en fase de costra
- asegurar una hidratación adecuada
- cortar las uñas y evitar el rascado
- baño diario con jabón para reducir el riesgo de infección secundaria

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- evitar el uso de aspirina en niños por su asociación al Síndrome de Reye
- paracetamol oral cada 4 – 6 horas cuando sea necesario hasta un máximo de 4 dosis al día
 - niños 3 meses – 1 año: 2,5 ml (125 mg/5 ml jarabe)
 - niños 1 – 5 años: 5 – 10 ml
 - niños 5 – 12 años: 1/2 – 1 tableta (500 mg por tableta)
 - niños mayores de 12 años y adultos: 1 – 2 tabletas

>

>

- clorfeniramina oral
 - niños 6 meses – 1 año: Clorferamina suspensión 1 mg dos veces al día
 - niños 1 – 5 años: Clorferamina suspensión 1 – 2 mg tres veces al día
 - niños 5 – 12 años: Clorferamina 2 – 4 mg 3 – 4 veces al día
 - niños mayores de 12 años y adultos: 4 mg 3 – 4 veces al día

Si se produce infección de piel como consecuencia del rascado, tratar como una infección bacteriana de piel

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- Complicaciones tales como:
 - meningitis
 - encefalitis
 - neumonía
- adultos con afectación severa
- lactantes por debajo de los 6 meses
- embarazadas

11.05 SARAMPIÓN (B05.9)

• DESCRIPCIÓN

Infección viral potencialmente peligrosa . La clínica se inicia 10 días después del contacto con una persona infectada y suele presentar:

- signos de resfriado
- el paciente puede empeorar, con fiebre
- puede presentar diarrea
- conjuntivitis exudativa
- tos, bronquitis y otitis media

Normalmente el cuadro se desarrolla en el siguiente orden:

1. A los 2 o 3 días aparecen unas manchitas blancas, pequeñas, como granos de sal, en la mucosa bucal
2. El rash cutáneo aparece 1 – 2 días más tarde y dura alrededor de 5 días
 - empieza detrás de las orejas y en el cuello
 - después en la cara y cuerpo
 - por último en los brazos y piernas
3. Puede producirse una sobreinfección bacteriana (bronquitis, bronco neumonía, otitis media), especialmente en niños desnutridos o con otras enfermedades

• OBJETIVOS DE MANEJO

- dar tratamiento sintomático y prevenir las complicaciones
- prevención y puesta al día a través de PAI

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- una buena alimentación
- aislar al paciente para prevenir la diseminación
- verificar si el paciente está vacunado
- vaporización en caso de bronquitis
- aislamiento hospitalario para evitar propagación. El sarampión es infeccioso hasta 5 días después de la aparición del exantema. Tras el aislamiento tratar en domicilio sí:
 - mayor de 6 meses
 - bien nutrido
 - no complicado (neumonía u otitis media)

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En principio el tratamiento del sarampión es sintomático con paracetamol. También debe administrarse Vitamina A oral en dosis única:

- niños menores de 12 meses: 100 000 IU
- niños mayores de 12 meses: 200 000 IU

Debe aislarse al paciente durante 5 días y vigilar estrechamente para identificar la aparición de complicaciones.

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- niños menores de 6 meses
- laringitis (que puede necesitar adrenalina nebulizada)
- bronquitis o bronconeumonía severas o resistentes
- malnutrición
- deshidratación
- signos o síntomas neurológicos, como confusión
- inmunocomprometidos o con enfermedad asociada, como SIDA, TB
- asma

11.06 PAROTIDITIS (B26)

- DESCRIPCIÓN

Infección viral que afecta a las glándulas salivares. Los síntomas aparecen 2-3 semanas después de la exposición:

- fiebre
- dolor a la apertura de la boca o al comer
- unos dos días más tarde aparece una tumefacción sensible entre las orejas y el ángulo mandibular
- A menudo primero en un lado y luego en el otro
- la inflamación desaparece aproximadamente en 10 días

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- guardar cama durante el período febril
- aislamiento hasta que desaparezca la inflamación
- incrementar la higiene oral
- recomendar muchos líquidos y comida blanda durante la fase aguda
- el paciente es contagioso desde 3 días antes de que aparezca la inflamación parotídea hasta 7 días después de su inicio
- los niños pueden volver al colegio 1 semana después del inicio de la inflamación

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Tratamiento sintomático con Paracetamol oral 15mg/kg cada dosis cada 4–6 horas cuando sea preciso hasta un máximo de cuatro dosis cada 24 horas.

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- fiebre alta que no cede con antitérmicos
- dolor fuerte de cabeza
- dolor abdominal
- dolor testicular u orquitis
- sospecha de encefalitis
- pancreatitis

11.07 RUBÉOLA (B06.9)

- DESCRIPCIÓN

Enfermedad viral con lesiones cutáneas. Se caracteriza por:

- menos grave que el sarampión
- dura sólo 3 – 4 días
- el rash se inicia en la cara y se extiende al tronco, brazos y piernas. Normalmente se va aclarando conforme se extiende
- rara vez se complica por infecciones bacterianas

La infección durante el primer o segundo trimestre del embarazo puede ocasionar graves y permanentes deformidades en el niño.

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- reposo en cama si es necesario
- aislar de embarazadas y mujeres en edad fértil

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Tratamiento sintomático con Paracetamol oral 15mg/kg cada dosis cada 4–6 horas cuando sea preciso hasta un máximo de cuatro dosis cada 24 horas.

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- embarazo

11.08 HEPATITIS VÍRICA (B15-19)

	HEPATITIS A	HEPATITIS B	HEPATITIS C
Transmisión	Fecal - oral	Principalmente exposición a sangre infectada o transmisión sexual	Vía parenteral principalmente
Síntomas y signos	Suele ser asintomática Astenia Mialgias Ictericia con anorexia Coluria Acolia	Anorexia y astenia que precede 2 semanas a la ictericia. Dolor HCD Febrícula Artralgias Diarrea Coluria Acolia	Paucisintomática Similar a hepatitis B
Incubación	3-6 semanas	6-24 semanas	4-12 semanas
Tratamiento	Reposo y seguimiento cercano	EVACUAR	EVACUAR
Prevención	Vacunación	Vacunación	

11.09 CÓLERA (A00)

- DESCRIPCIÓN

ENFERMEDAD DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

Diarrea acuosa muy aguda y severa debida a la infección por el micro-organismo *Vibrio cholerae*. El cuadro clínico se caracteriza por:

- deposiciones con aspecto de agua de arroz
- heces sin sangre
- heces sin pus
- no olor fecal
- posibles vómitos
- deshidratación rápida y severa

- OBJETIVOS GENERALES

- prevenir deshidratación
- prevenir el contagio a otras personas
- aislamiento de los casos
- evacuar los casos graves
- notificar la enfermedad

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Tratar enérgicamente como una diarrea aguda
 - solución de rehidratación oral
 - solución glucosalina casera (ver 7.06)
- Administración de Zinc
 - niños (menores de 6 meses): Zinc: 10mg comprimidos una vez al día durante 2 semanas
 - niños (de 6 meses a 12 años): Zinc 20mg comprimidos una vez al día durante 2 semanas
- líquidos IV: Solucion Ringer lactato para todos
 - niños: solución Ringer lactado con dextrosa al 5%
 - adultos: dextrosa al 5% en cloruro sódico al 0,9%

- TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO

Clasificación del Paciente	1ª elección	2ª elección
Adultos	Doxiciclina: 300mg vía oral dosis Única	Azitromicina:1g Dosis Única Ciprofloxacino 1g dosis única Eritromicina: 500mg c/6h durante 3 días

>

Mujeres embarazadas	Azitromicina: 1g Dosis Única	Eritromicina: 500mg c/6h durante 3 días
Niños de 6 meses o más	Azitromicina: 20mg/Kg dosis Única Eritromicina: 12,5mg/Kg c/6h durante 3 días	Doxiciclina: 2-4mg/Kg Dosis Única

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- Deshidratación moderada / severa
- Niños malnutridos
- Niños con signos graves (alterado nivel de conciencia, convulsiones, inhabilidad de comer o beber, vomito intratable)
- Sospecha de abdomen agudo

Hidratación Adecuada	Deshidratación moderada	Deshidratación Severa
<ul style="list-style-type: none"> - No está sediento - Prueba del pliegue cutáneo negativa (la piel vuelve a su sitio normalmente) - Pulso fuerte - Diuresis normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Agitado e irritable - Ojos hundidos - Boca y lengua secas - Sediento - Prueba del pliegue cutáneo positiva (la piel vuelve despacio a su sitio) - Diuresis disminuida - En niños: fontanelas hundidas, llanto disminuido 	<ul style="list-style-type: none"> - Aletargamiento e inconsciencia - Boca y lengua muy secas - Prueba del pliegue cutáneo positiva (la piel vuelve muy despacio a su sitio) - Pulso débil o ausente - TA baja - Oliguria o Anuria

CAPÍTULO 12

Enfermedades del Aparato Músculo-Esquelético

LUMBALGIA 12.01

MONO Y POLIARTRITIS 12.02

TORCEDURAS Y TIRONES 12.03

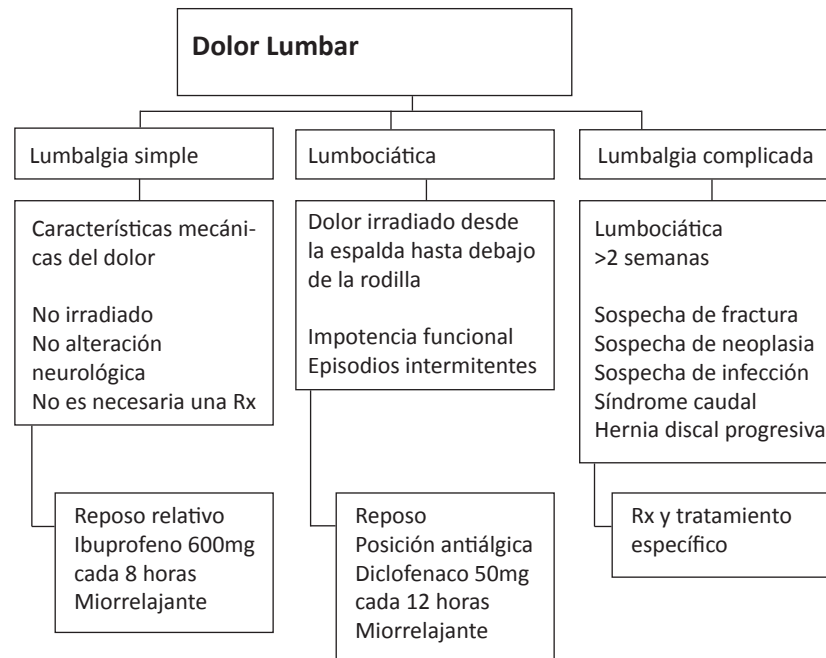
12.01 LUMBALGIA (M54.4)

• DESCRIPCIÓN

Dolor de características mecánicas en la región lumbar baja. Se relaciona frecuentemente por ser autolimitado y de intensidad variable (puede llegar a ser incapacitante)

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

En función de la clínica lo clasificaremos en:



• OBJETIVOS DEL MANEJO

- controlar el dolor
- evitar recidiva
- descartar procesos potencialmente graves (Lumbalgia complicada)

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- bajar de peso si tienen sobrepeso
- reposo relativo
- posición antiálgica

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Dosis y Pautas

Nombre	Tipo	Dosis habitual DIARIA	Dosis máxima DIARIA
Paracetamol	500mg a 1 gr cada 8 horas	1500-3000 mg	4000 mg
Ibuprofeno	600 mg cada 8 horas	1800 mg	1800 mg
Diclofenaco	50 mg cada 12 horas	100 mg	150 mg
Diazepam	5 mg cada 24 horas. Miorrelajante	5 mg	15 mg

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- Lumbalgia complicada

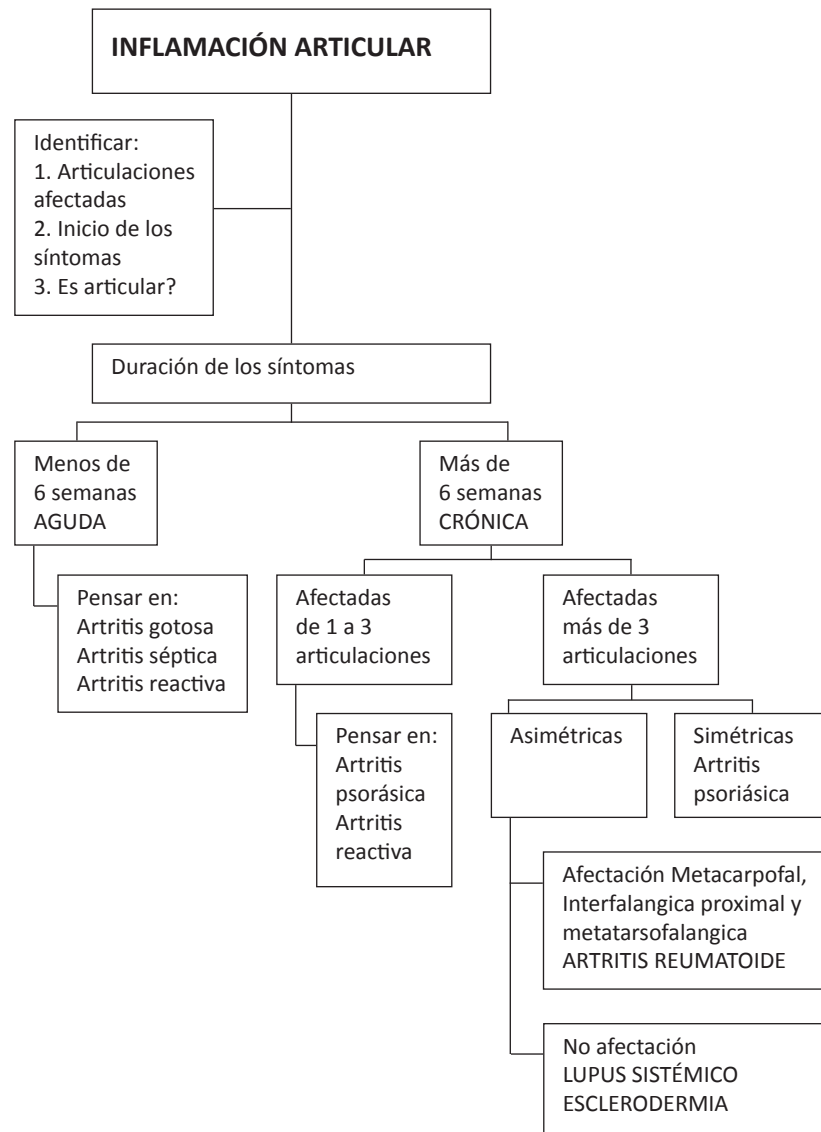
12.02 MONO Y POLIARTRITIS (M00-25)

• DESCRIPCIÓN

Cuadro clínico que abarca una multiplicidad de enfermedades y en las que típicamente existe inflamación de una o varias articulaciones de forma aguda, crónica o a brotes.

La clínica de artritis se caracteriza por edema, eritema e impotencia funcional de la articulación/es afectadas. En algunos casos puede existir destrucción articular con deformidades.

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO



• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- continuar con las actividades diarias normales y seguir tan activo como sea posible
- seguir trabajando o volver al trabajo cuando sea posible. El reposo en cama no es efectivo, un reposo prolongado puede conducir a debilidad o cronicidad.

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Se recoge aquí únicamente el tratamiento de la Artritis Reumatoide y Artritis Séptica por ser dos de los procesos más frecuentemente diagnosticados en los campos (dentro de las artritis)

El tratamiento farmacológico de la **artritis reumatoide** se centra en antiinflamatorios de potencia creciente (Ibuprofeno, diclofenaco, prednisona) para el control de los síntomas. El tratamiento debe ser con la mínima dosis y menor tiempo posible.

Los fármacos de elección cuando hay un diagnóstico de certeza de artritis reumatoide son los FAME (fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad) En la actualidad no hay en los campos acceso a este tipo de fármacos (principalmente Metotrexato) y no están incluidos en la lista esencial de medicamentos. Asimismo, estos fármacos requieren una serie de controles analíticos periódicos que dificultan su manejo. A pesar de ello, ante un paciente con artritis reumatoide debe valorarse su administración.

El tratamiento de la **artritis séptica** se centra en tratamiento antiinflamatorio para el dolor y tratamiento antibiótico específico:

- **S. aureus:** cloxacilina i.v. 2 g cada 6 horas durante 7 – 10 días seguido por cloxacilina oral 1000 mg cada 6 horas durante 2 – 4 semanas
- **otros gérmenes:** ampicilina 1 g cada 6 horas seguido por amoxicilina oral 500 mg cada 6 horas durante 2 – 4 semanas
- sospecha de infección por *Neisseria gonorrea:* penicilina G 50.000 UI/kg cada 4 horas i.v. durante 7 a 10 días, seguido de amoxicilina 500 mg cada 6 horas durante 2 a 4 semanas

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- Sospecha de artritis séptica
- Artritis crónicas para diagnóstico de certeza

12.03 TORCEDURAS Y TIRONES (T14.3)

• DESCRIPCIÓN

Lesión de tejido blando clara o inadvertida. Suele localizarse en:

- articulaciones
- proximidad de articulaciones
- extremidades
- espalda o cuello

Las principales causas son:

- lesiones deportivas
- resbalones
- torsiones
- sobreesfuerzo muscular
- posturas anormales

Los hallazgos clínicos típicamente son:

- dolor, especialmente a la movilización
- sensibilidad al tacto
- limitación de movimiento
- no hematomas o edemas

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- diagnóstico correcto
- descartar lesiones graves
- descartar infección
- inmovilizar y aliviar el dolor

• TRATAMIENTO DE URGENCIA

- inmovilizar con un vendaje firme y/o entablillado
- ibuprofeno oral cada 6 – 8 horas

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- dolor progresivo severo
- edema progresivo
- hematoma extenso
- deformidad
- sensibilidad en hueso articular
- no respuesta al tratamiento
- limitación severa del movimiento
- sospecha de lesión grave
- recurrencia

CAPÍTULO 13

Enfermedades de la Sangre

ANEMIA 13.01

ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO (FERROPÉNICA) 13.02

ANEMIA MACROCÍTICA 13.03

13.01 ANEMIA (D50.9)

• DESCRIPCIÓN

Lo más característico es la palidez cutaneomucosa. Se define por la disminución, respecto a valores normales, de los hematíes y/o la hemoglobina (Hb).

Las causas más frecuentes son:

- deficiente producción de hematíes (nutricional)
- aumento de la destrucción de hematíes (hemólisis)
- pérdida sanguínea (parásitos, úlceras, tumores, menstruación excesiva)
- otras posibles causas incluyen: infiltración /sustitución de la médula ósea, anomalías de la hemoglobina o los hematíes y enfermedades crónicas sistémicas

Para conocer el tipo de anemia (normocrómica, hipocrómica, macrocítica o microcítica) son necesarios la exploración clínica y el examen de una extensión de sangre periférica (si es posible).

Por otro lado, la mayor parte de las anemias que se encuentran en los campos son anemia ferropénica (microcítica e hipocrómica).

13.02 ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO (FERROPÉNICA) (D50.9)

• DESCRIPCIÓN

Es la causa más frecuente de anemia en los campos, siendo más frecuente en mujeres en edad fértil. El diagnóstico debe ser confirmado con una determinación de hemoglobina en sangre. Los valores de referencia son:

- en mujeres y niños de 1 – 5 años: Hb menor de 11 g/dL
- hombres: Hb menor de 12 g/dL

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- debe identificarse la causa, y si es posible, eliminarla: p.ej. en niños las lombrices son una causa frecuente
- modificación hábitos de vida
- consejos al paciente
- educación sobre alimentos que favorecen o dificultan la absorción del hierro.

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- sulfato ferroso oral en tres dosis diarias coincidiendo con las comidas
 - adultos con riesgo de anemia: 200 mg
 - embarazadas: 200 mg
- la inyección de hierro se justifica solamente cuando hay una severa intolerancia al sulfato ferroso oral

Tomar el sulfato ferroso en ayunas aumenta la absorción pero también produce más efectos secundarios como epigastralgia o náuseas. Tomar el sulfato ferroso con las comidas reduce la absorción, pero reduce también los efectos secundarios.. Si después de 15 días de tratamiento no se observa mejoría referir al paciente.

La respuesta esperada es un incremento en la Hb de 2 g/dL o más en 3 semanas y el tratamiento debe continuar con el tratamiento 3 – 4 meses después de la normalización de la Hb para rellenar los almacenes de hierro

¡ PRECAUCIÓN !

La sobredosis de hierro es extremadamente tóxica, sobre todo en niños. El hierro intramuscular no hace efecto con más rapidez, y raramente está indicado por el elevado riesgo de reacciones anafilácticas.

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- causa o etiología no diagnosticada
- síntomas de anemia – síncope, palpitaciones, disnea
- evidencia de fallo cardíaco



>

- signos de enfermedad crónica: p.ej. TB, hepato-esplenomegalia
- síntomas o signos de hemorragia aguda
- presencia de sangre en heces o melenas
- embarazo de más de 34 semanas de gestación con un Hb menor de 8 g/dL
- no mejoría después de tratamiento con hierro y/folato, definida por:
 - aumento de la Hb menor de 1,5 g/dL en 2 semanas o
 - menor de 2 g/dL en 3 semanas

13.03 ANEMIA MACROCÍTICA (D52)

• DESCRIPCIÓN

Es la anemia con hematíes grandes, generalmente debida a deficiencia en folato (Vitamina B9) o vitamina B12. La deficiencia de folato es frecuente en mujeres embarazadas, en ancianos y en niños alimentados con leche de cabra. La deficiencia de vitamina B12 se presenta específicamente en adultos. Se precisan estudios especiales para confirmar el diagnóstico.

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- todos los pacientes con sospecha de Anemia Megaloblástica, excepto durante el embarazo, deben ser referidos para diagnóstico y tratamiento

CAPÍTULO 14

Enfermedades Renales y del Tracto Urinario

CÓLICO NEFRÍTICO 14.01

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA 14.02

14.01 CÓLICO NEFRÍTICO (N23)

• DESCRIPCIÓN

Obstrucción aguda supravescical con distensión retrógrada del sistema calicial cuya traducción clínica es el cólico nefrítico, cuya causa más frecuente es la litiasis

Típicamente los síntomas son:

- Dolor en área renoureteral (ángulo costo-lumbar)
- Irrradiado a vejiga y genitales
- Unilateral
- Agitación
- Cortejo vegetativo
- Timpanismo
- Hematuria
- Disuria

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

En función de las causas del cólico se puede clasificar en:

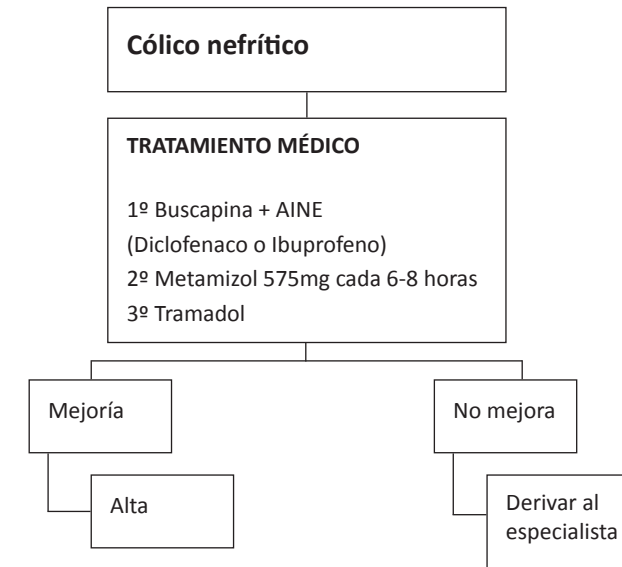
1. Causas intrínsecas

- **Litiasis (causa más frecuente)**
- Coágulos o pus
- Estenosis pieloureterales o ureterales
- Tumores del urotelio

2. Causas extrínsecas

- Procesos benignos del aparato genital femenino (embarazo, endometriosis, quistes,)
- Tumores malignos: vesicales, prostáticos
- Lesiones vasculares
- Enfermedades del tracto intestinal: apendicitis, diverticulitis
- Procesos retroperitoneales benignos, hematomas
- Tumores retroperitoneales: linfoma, metástasis retroperitoneales

El manejo del paciente con un cólico nefrítico es:



• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Reposo
- Ingesta abundante de líquidos
- Calor local

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Dosis y Pautas

Nombre	Tipo	Dosis habitual DIARIA	Dosis máxima DIARIA
Buscapina (Butilbromuro de hioscina)	10-20 mg cada 8 horas	60 mg	100 mg
Metamizol	500 mg cada 6-8 horas	1500 mg	3000 mg
Diclofenaco	50 mg cada 8 horas	150 mg	150 mg
Tramadol	50 mg cada 8 horas. Provoca estreñimiento	150 mg	150 mg

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- No control de dolor tras utilizar toda la batería de analgésicos.
- Disminución de la diuresis
- Fiebre
- Estado séptico

14.02 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (N17)

- DESCRIPCIÓN

Disminución de la capacidad de filtrado glomerular irreversible . Las causas más frecuentes son:

- Deshidratación aguda
- Diabetes
- HTA
- Glomerulonefritis
- Uropatías obstructivas
- Enf. Sistémicas

Clínicamente se debe sospechar ante un paciente con disminución de la diuresis, edemas y hematuria en el contexto de un cuadro general compatible. El diagnóstico se confirma con los niveles de creatinina en sangre.

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- Deberá evacuarse a todo paciente con la sospecha de una insuficiencia renal.

CAPÍTULO 15

Enfermedades de la Piel

ACNÉ VULGAR 15.01

FURÚNCULO 15.02

IMPÉTIGO 15.03

CELULITIS 15.04

ECZEMA ATÓPICO 15.05

ECZEMA SEBORRÉICO 15.06

ECZEMA EXUDATIVO AGUDO 15.07

INFECCIONES FÚNGICAS DE LA PIEL 15.08

CANDIDIASIS 15.08.1

ERITEMA DE PAÑAL 15.08.2

TIÑA 15.08.3

PIOJOS (PEDICULOSIS) 15.09

SARNA (ESCABIOSIS) 15.10

ERITEMA DE PAÑAL, NO FÚNGICO 15.11

15.01 ACNÉ VULGAR (L70.0)

• DESCRIPCIÓN

Cuadro cutáneo con hipertrofia de glándulas sebáceas que conduce a una obstrucción de las mismas y/o infección por *Propionibacterium acnes*. Varía en severidad desde leve (pocos puntos negros o espinillas) a grave, con nódulos y quistes. Es más frecuente en la adolescencia pero puede aparecer posteriormente. La distribución en la cara, pecho y espalda

• OBJETIVOS GENERALES

- eliminación de las lesiones
- mejorar el estado de la piel

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- lavar con agua y jabón 2 – 3 veces al día
- evitar cosméticos y lacas
- no manipular las lesiones

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En los casos severos de acné inflamatorio:

- Doxiciclina oral 100 mg al día 1-3 meses (recordar al paciente que un efecto de este fármaco es la fotosensibilidad).

Nota para el uso prolongado de doxicilina

Si se utilizan contraceptivos orales, es necesario usar medidas contraceptivas adicionales (preservativo) durante su uso. Interacciona con múltiples fármacos. Precaución durante la ingesta (no acostarse una hora después de su ingesta...)

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- sin mejoría en 3 meses
- complicaciones severas

15.02 FURÚNCULO (L02.9)

• DESCRIPCIÓN

Infección bacteriana localizada de la piel, afectando al folículo piloso o la dermis y producida generalmente por *Estafilococos aureus*. La piel a su alrededor se pone:

- tumefacta
- roja
- caliente
- dolorosa al tacto

Nota

Los furúnculos en diabéticos e inmunocomprometidos requieren manejo especial, puede haber una pseudomona asociada.

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- estimular la higiene general
- en furúnculos incipientes aplicar compresas frías
- aplicar compresas locales calientes tres veces al día hasta que el furúnculo inicie el drenaje
- Si hay formación de un absceso, realizar el drenaje del absceso, en la zona más declive

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- si la lesión es incipiente: antibiótico tópico/12h:Mupirocin 2% pomada
- antibioterapia sistémica solo como terapia de soporte si existen:

- ganglios linfáticos inflamados
- fiebre
- lesión muy inflamatoria

- cloxacilina oral cada 6 horas durante 5 días

- niños menores de 2 años: 125 mg
- niños de 2 – 10 años: 250 mg
- niños mayores de 10 años y adultos: 500 mg

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- sin respuesta a tratamiento antibiótico
- progresión del proceso

15.03 IMPÉTIGO (L01.0)

- DESCRIPCIÓN

Una infección frecuente de la piel debida a *S. aureus* y *Streptococos*. Es más frecuente en niños. Los hallazgos clínicos:

- erosiones mínimas con costras de color miel
- generalmente se inicia en la cara
- se extiende a cuello, manos, brazos y piernas

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- prevención manteniendo las lesiones de la piel limpias
- evitar picaduras de insectos
- cortar las uñas
- lavar las lesiones dos veces al día en agua jabonosa y retirar las costras (con cuidado para evitar cicatrices y sobreinfecciones)
- instruir a los padres o al paciente para el lavado diario
- continuar con el tratamiento hasta que las lesiones se hayan curado completamente
- Informar a los familiares que se trata de una patología infecciosa

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- solución de povidona yodada al 10% – aplicar dos veces al día
- antibiótico tópico: mupirocina 2 % pomada dos veces al día
- solo es necesario el tratamiento antibiótico sistémico si se presenta alguna de las siguientes situaciones:
 - lesiones generalizados
 - fiebre
 - ganglios linfáticos inflamados

El tratamiento antibiótico consiste en Cloxacilina oral cada 6 horas durante 10 días

- niños menores de 2 años: 125 mg
- niños de 2 – 10 años: 250 mg
- niños mayores de 10 años y adultos: 500 mg

Embarazadas y/o alérgicos a penicilinas: eritromicina

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- si no se produce mejoría en 10 días
- si se presentan complicaciones como glomerulonefritis

15.04 CELULITIS (L03.9)

- DESCRIPCIÓN

Generalmente causada por estreptococos, pero también puede ser ocasionada por estafilococos y ocasionalmente por otros microorganismos. Es una infección aguda difusa de la piel y tejido celular subcutáneo que caracterizada por:

- edema
- incremento de la temperatura local
- rubor
- sin supuración

Principalmente se presenta en extremidades inferiores pero puede darse en cualquier parte y puede aparecer tras un traumatismo menor o un eccema, p. ej. en úlceras varicosas. Frecuentemente existe linfangitis y afectación de ganglios linfáticos regionales, con inflamación dolorosa

Puede haber manifestaciones sistémicas severas:

- fiebre
- escalofríos
- taquicardia
- cefalea
- hipotensión
- delirio
- puede presentarse de forma aguda fulminante

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- fomentos tibios
- reposo
- evitar traumatismos locales
- si la infección está localizada en las piernas, elevación del miembro inferior afecto

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- nunca utilizar AINES, por el riesgo de enmascarar una fascitis necrotizante
- casos leves: cloxacilina oral 250 mg cada 6 horas durante 7 días
- pacientes alérgicos a penicilinas: eritromicina oral 250 mg cada 6 horas durante 7 días
- en celulitis estreptocócica comprobada: penicilina benzatina IM 1.2 MU en monodosis generalmente es adecuado
- casos severos: derivar para antibioterapia parenteral

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- Celulitis recurrente asociada a condiciones predisponentes ej. úlceras varicosas
- Celulitis severa aguda o fulminante con manifestaciones sistémicas
- Fascitis necrotizante

15.05 ECZEMA ATÓPICO (L20.9)

- DESCRIPCIÓN

Placas eritematosas, planas, xeróticas, generalmente escoriadas. En los lactantes aparece alrededor de los 3 meses. Es frecuente una historia familiar de asma, fiebre de heno o dermatitis atópica. El cuadro clínico se caracteriza por:

- lesiones en la superficie interna (flexura) de codos, rodillas y pliegues cervicales
- en los lactantes puede estar afectada cualquier parte del cuerpo muy pruriginoso por la noche
- puede convertirse en crónico e infectarse

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- evitar los desencadenantes de los brotes (generalmente, irritantes de la piel)
- evitar la ropa de lana para prevenir el sobrecalentamiento
- mantener las uñas cortas
- evitar el rascado
- evitar el jabón varias veces al día
- explicar que se trata de una patología que cursa a brotes (por lo que recidivará)

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Crema hidratante varias veces al día en todo el cuerpo
- aplicar una crema de corticoides sobre las lesiones. En función de la localización, se escogerá una potencia u otra:
 - en pliegues, cara y niños: crema de hidrocortisona al 1% dos veces al día, en las lesiones de eccema
 - aplicar poca cantidad en la cara
 - en resto de piel: corticoide potencia III (ej: betametasona)
 - aplicar en pauta descendente. Iniciar unos días (máximo 7días) dos veces al día, después varios días una vez al día y posteriormente de 2 a 3 veces por semana. Los días variarán en función del brote.
- valorar asociar antibióticos tópicos si hay escoriaciones o antibióticos orales en lesiones extensas

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- si no hay mejoría en varias semanas

15.06 ECZEMA SEBORRÉICO (L21.9)

- DESCRIPCIÓN

En su forma más simple se manifiesta como caspa, que tiende a ser bastante oleosa. Puede existir o no prurito, y son raras las vesículas. Puede llegar a generalizarse mucho, especialmente en lactantes y personas obesas.

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- evitar la ropa de lana para prevenir el sobrecalentamiento
- mantener las uñas cortas
- evitar el rascado
- exponer al sol las zonas afectas
- evitar el jabón varias veces al día

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Crema hidratante varias veces al día
- Antifúngico clotrimazole 1% crema cada 12 horas
- si no mejora o se trata de lesiones muy inflamatorias: crema de hidrocortisona al 1% en pauta descendente (ver eccema atópico)

15.07 ECZEMA EXUDATIVO AGUDO (L21.9)

- DESCRIPCIÓN

Se trata de un eccema agudo con vesículas ampolla, exudación y se resuelve con escamas y costras.

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- fomentos con suero fisiológico dos veces al día en las vesículas y las ampollas
- evitar el uso de jabón en las zonas afectas varias veces al día
- emulsión hidratante dos veces al día.

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Corticoides tópicos: hidrocortisona al 1%, corticoide potencia III (ej: betametasona), en función de la intensidad del cuadro y de la localización. En pauta descendente
- Antibióticos para la infección secundaria por estafilococo:
- Cloxacilina oral cada 6 horas durante 5 días

15.08 INFECCIONES FÚNGICAS DE LA PIEL (B35)

15.08.1 CANDIDIASIS (B37.2)

- DESCRIPCIÓN

Infección de la piel causada por *Cándida albicans*. La localización más frecuente son los pliegues cutáneos, como:

- debajo de mamas
- axila
- ingle
- periné
- pliegues ungueales

Nota

Esta infección puede darse en inmunodeficientes. Por ello:

- **excluir diabetes u otras enfermedades endocrinas**
- **sospechar VIH si la infección es grave o crónica**

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Nistatina en solución oral (aplicar de forma tópica en los pliegues) 100 000 IU/g aplicada /6horas hasta unos días tras remisión del cuadro

o

Crema de Clotrimazol 1%

Aplicar 2 veces al día hasta unos días tras remisión del cuadro. Si no mejora o las lesiones son extensas o muy inflamatorias: fluconazol (50mg-200mg)/ 24h 7días.

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- si la infección no responde al tratamiento

15.08.2 ERITEMA DE PAÑAL (L22)

Pasta al agua /12-8horas como preventivo

Si se observa, sobreinfección por *Candida*, retirar la pasta al agua y tratar la candidiasis

Nota

Puede ser resistente al tratamiento debido a que la *Candida* esté acantonada en el tracto gastrointestinal.

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- cambiar frecuentemente los pañales para mantener el área del pañal seca.
- descartar candidiasis materna

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- si el tratamiento tópico indicado arriba falla
- suspensión oral de nistatina 100.000 IU/ml 0,5 ml /6h

15.08.3 TIÑA (B35.9)

• DESCRIPCIÓN

Infección fúngica de la piel altamente contagiosa que puede aparecer en cualquier parte, sobretodo pliegues. Hallazgos clínicos:

- placas anulares que en ocasiones, son pruriginosas
- bordes algo sobreelevados y descamativos
- lesiones que lentamente se hacen más grandes
- conforme el parche se va agrandando, aparece un área blanca en su centro

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- evitar el contagio
- no compartir:
 - ropas
 - artículos de aseo personal
 - toallas
- lavar y secar bien la piel antes de aplicar la pomada

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- tratar todos los niños infectados
- tratar también las sobreinfecciones, si existen
- antifúngico clotrimazole 1% crema /12h de 4 a 8 semanas en función de la localización (hasta unos días tras remisión de las lesiones), Lavar las zonas afectas con un antifúngico en crema una vez al día durante el mismo periodo, por ejemplo: clotrimazole 1% crema

Para uñas e infecciones del cuero cabelludo:

- Griseofulvina oral, una vez al día durante un mínimo de 8 semanas
- niños: 20 mg/kg (comprimidos 125 mg)
- adultos: 500 mg (1 comprimido)
- tomar con comidas grasas o con leche
- tener precaución con el uso de la griseofulvina en mujeres en edad fértil, a menos que estén usando métodos anticonceptivos eficaces. La griseofulvina es teratogénico en mujeres y hombres
- contraindicado en embarazadas
- iniciar tratamiento solo bajo control médico, una vez que el diagnóstico sea claro

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- infección grave
- complicaciones de la infección en cuero cabelludo y cara
- infección generalizada
- falta de respuesta al tratamiento en 4 semanas.

15.09 PIOJOS (PEDICULOSIS) (B85.2)

• DESCRIPCIÓN

Infestación de las zonas corporales pilosas por piojos

- los huevos aparecen como motas blancas pegadas al pelo
- los piojos viven en las costuras de la ropa y solo van a la piel a comer
- cuadro clínico:
 - prurito
 - puede haber eczema e infección secundaria

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- retirar los huevos con un peine fino después de aplicar el champú
- se puede afeitar el pelo, pero no es necesario
- tratar a todos los miembros de la familia afectados ya que la diseminación es muy fácil
- lavar la ropa con agua muy caliente o en su defecto meterla en bolsas cerradas una semana.

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

¡ PRECAUCIÓN !

- no utilizar insecticidas comerciales en spray – pueden producir enfermedades graves

- las lociones utilizadas para el tratamiento de los piojos son tóxicas si se ingieren

Loción de benzoato de benzoilo al 25%

- adultos y niños mayores:
 - aplicar la loción en las zonas afectas
 - evitar el contacto con los ojos
 - no diluir la loción
 - repetir una vez a la semana durante 2-3 semanas

- niños menores de 6 años:
 - diluir la loción en partes iguales con agua
 - aplicar la loción en las zonas afectas
 - evitar el contacto con los ojos
 - dejar toda la noche y bañarse al día siguiente
 - repetir una vez a la semana durante 3 semanas

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- infección secundaria complicada

15.10 SARNA (ESCABIOSIS) (B86)

• DESCRIPCIÓN

Infestación por el parásito *Sarcoptes scabiei*, comúnmente en los pliegues cutáneos.

- se disemina fácilmente y con frecuencia hay más de un miembro familiar afectado
- cuadro clínico:
 - intenso prurito que empeora por la noche
 - pequeños surcos subcutáneos en los que se acantonan los parásitos, entre los dedos de manos y pies, codos y zonas de pliegues
 - infección secundaria por rascado con uñas sucias

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- se debe examinar a todos los habitantes de la casa
- mantener las uñas cortas y limpias
- lavar toda la ropa con agua caliente a 90°C, dado que en los campamentos no es posible, meter toda la ropa en bolsas cerradas 7 días
- ponerse ropa limpia tras el tratamiento

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- loción de benzoato de benzoilo al 25%
 - aplicar por todo el cuerpo, desde el cuello hasta los pies
 - dejar secar la loción
 - mantenerla toda la noche y lavarse 24 horas después
 - niños mayores y adultos: utilizar sin diluir y repetir a los 7 días
 - niños menores de 6 años: diluir la loción con agua a partes iguales
 - repetir a los 7 días

Nota

- **la loción es tóxica si se ingiere**
- **el prurito puede continuar durante 2 – 3 semanas tras el tratamiento**
- **no continuar si aparece rash o inflamación**
- **evitar el contacto con los ojos y piel no intacta**
- **controlar el prurito con antihistamínicos orales e hidratación cutánea dos veces al día**

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- infección secundaria grave
- inflamación ganglionar
- fiebre

15.11 ERITEMA DE PAÑAL, NO FÚNGICO (L22)

- DESCRIPCIÓN

Erupción difusa y eritematosa causada principalmente por restos de jabón o detergente en los pañales, e irritación por heces diarreicas.

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- educación, consejos de higiene a la madre
- cambiar pañales regularmente y aclararlos bien después de cada lavado
- no usar bragas ni calzoncillos resistentes al agua
- exponer el pañal al aire y a la luz del sol

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- pomada de óxido de zinc al 15% aplicada después de cada cambio de pañal si se usan pañales
- si no hay respuesta, sospechar candida (ver sección 15.09)

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- si no hay respuesta en 10 días

CAPÍTULO 16

Patología General

CEFALEA 16.01

DISNEA 16.02

DOLOR ABDOMINAL 16.03

DOLOR LUMBAL 16.04

DOLOR TORÁCICO 16.05

FIEBRE 16.06

ICTERICIA 16.07

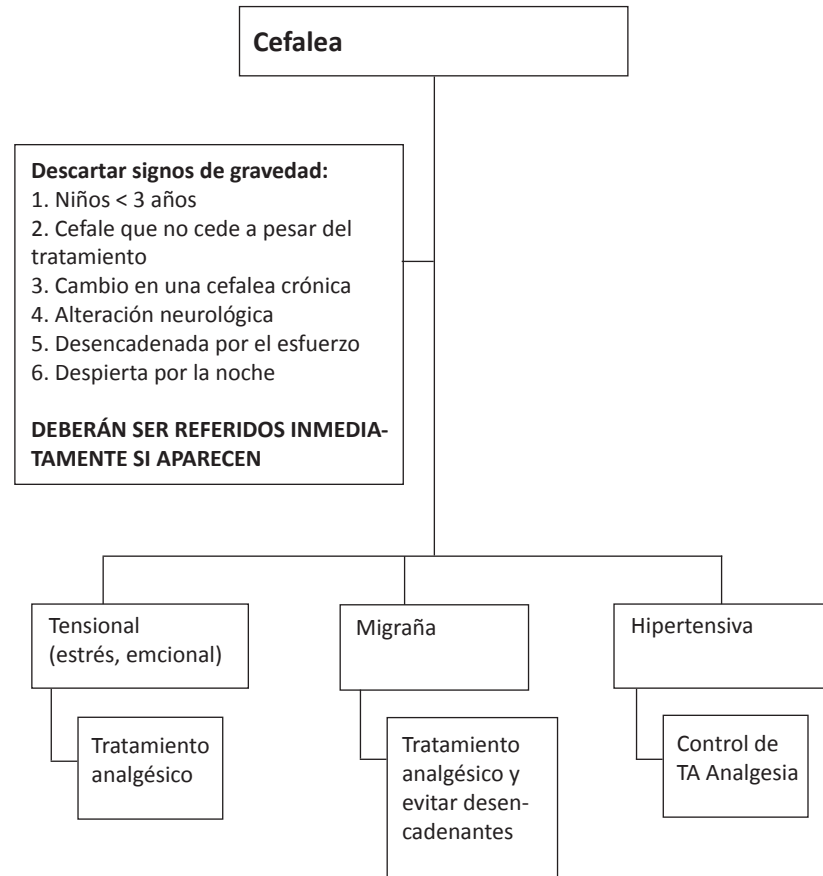
INSOMNIO 16.08

TOS 16.09

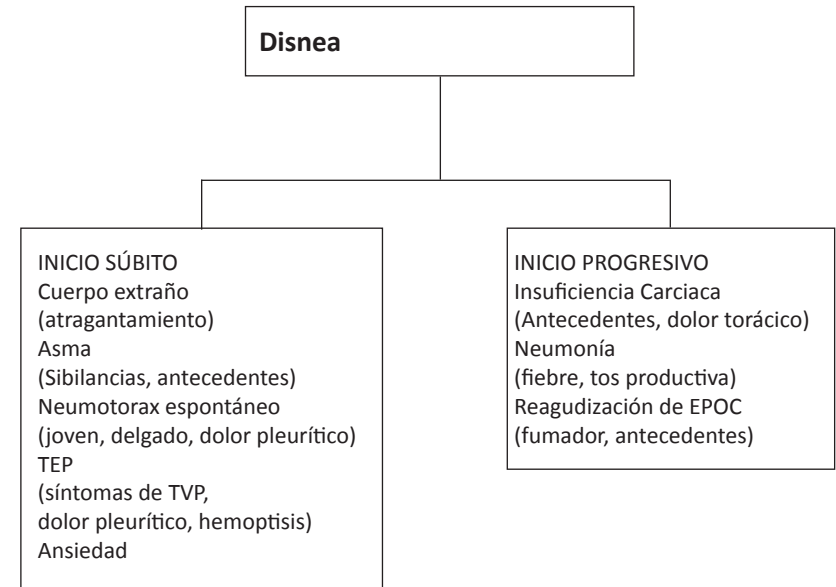
VÓMITOS 16.10

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17

16.01 CEFALEA (G44)



16.02 DISNEA (R11)



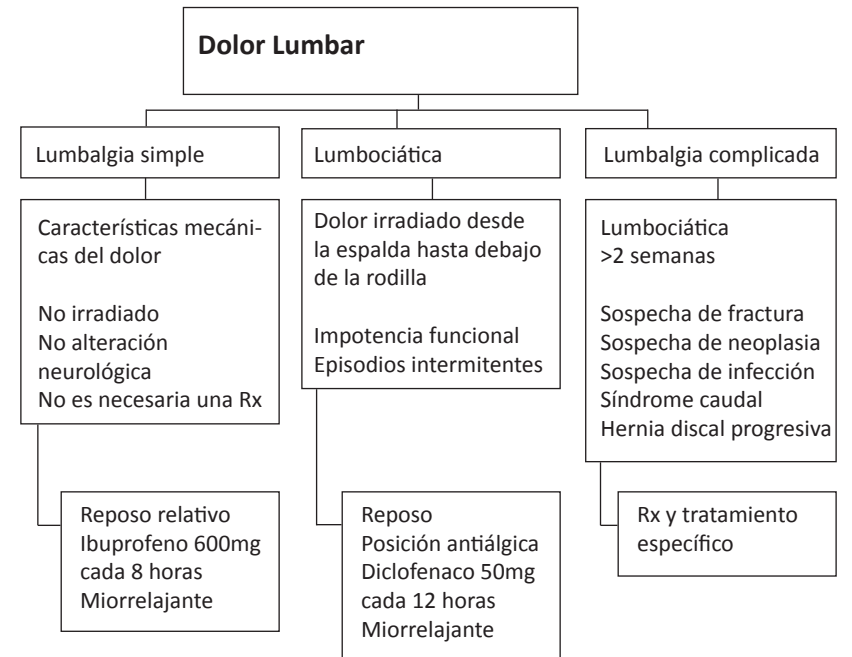
16.03 DOLOR ABDOMINAL (R10)

Cuadrante superior derecho Alt. vesícula biliar Pancreatitis Perforación gástrica Neumonía Alt. riñón derecho	Epigástrico Úlcera gastro-duodenal Pancreatitis IAM Esofagitis Apendicitis	Cuadrante superior izquierdo Úlcera gastro-duodenal Pancreatitis Aneurisma de aorta Alt. riñón izquierdo Hernia hiato Neumonía IAM
	Periumbilical Pancreatitis Obstrucción intestinal Úlcus péptico Apendicitis Diverticulitis Aneurisma	
Cuadrante inferior derecho Apendicitis aguda Adenitis mesentérica Ileitis (Crohn) Alt. ovárica Torsión testicular Alt. renal derecha	Hipogastrio Apendicitis aguda Alt. ginecológicas Torsión testicular Patología reno-ureteral EII	Cuadrante inferior izquierdo Diverticulitis Estreñimiento Alt. ovárica EII Epididimitis Torsión testicular Alt. riñón izquierdo

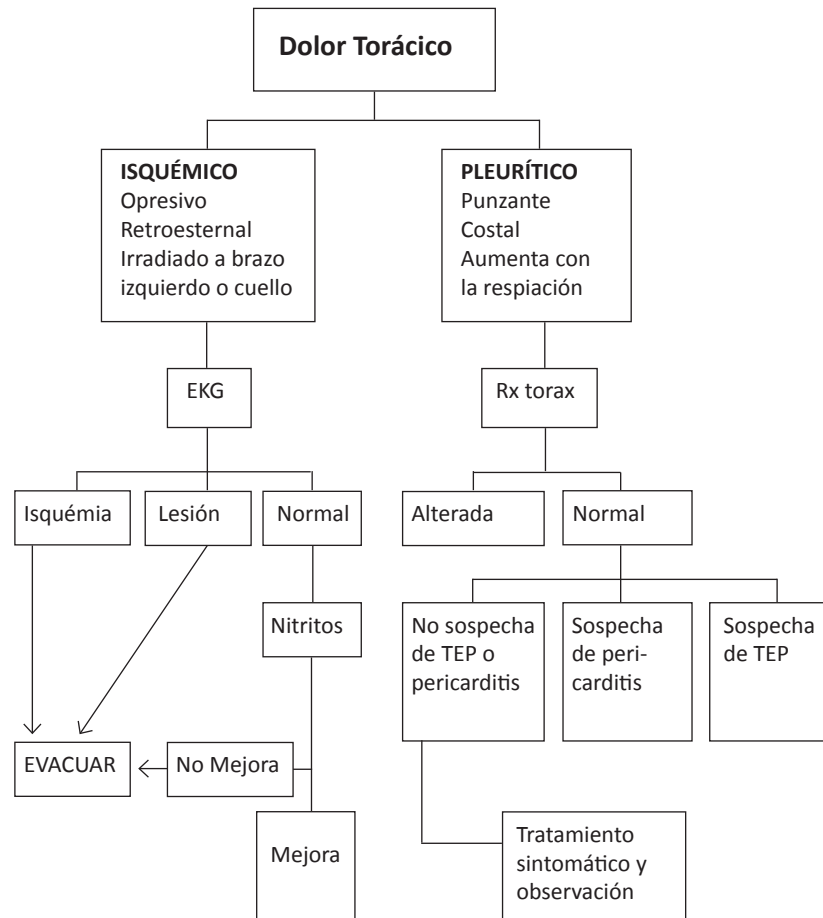
• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

1. Hemodinámicamente inestable
2. Defensa abdominal
3. Ictericia
4. Distensión abdominal
5. Hemorragia digestiva evidente o melenas
6. EKG alterado
7. Vómitos fecaloideos
8. Alteración del nivel de conciencia
9. Dolor abdominal que no cede con tratamiento

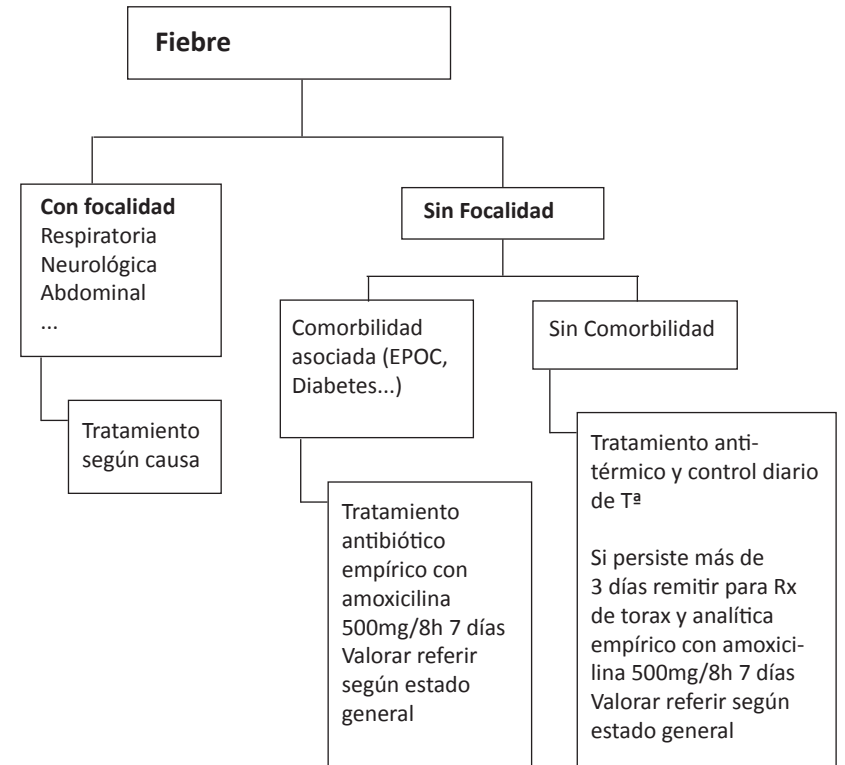
16.04 DOLOR LUMBAL (M54.4)



16.05 DOLOR TORÁCICO (R07)



16.06 FIEBRE (R50.9)



16.07 ICTERICIA (R17)

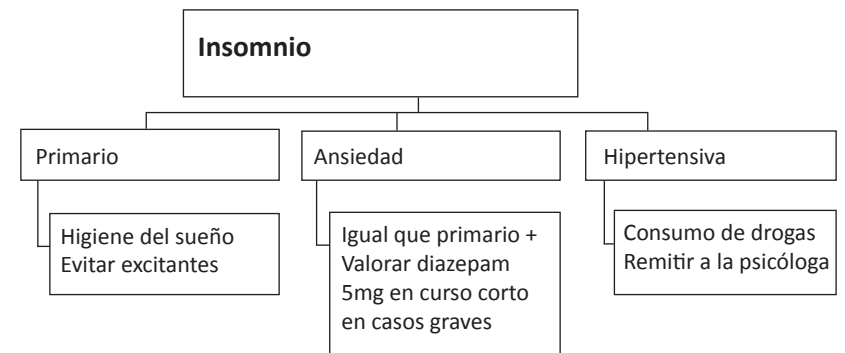
Causas de ictericia en función de la frecuencia:

1. MUY FRECUENTES
 - a. Hepatitis vírica
 - b. Enfermedad litiásica
2. INFRECUENTES
 - a. Carcinoma bilio-pancreático
 - b. Cirrosis hepática
 - c. Hepatitis crónica activa
3. RARAS
 - a. Pancreatitis aguda
 - b. Sepsis
 - c. Cirrosis biliar primaria
 - d. Insuficiencia cardiaca
 - e. Medicamentos

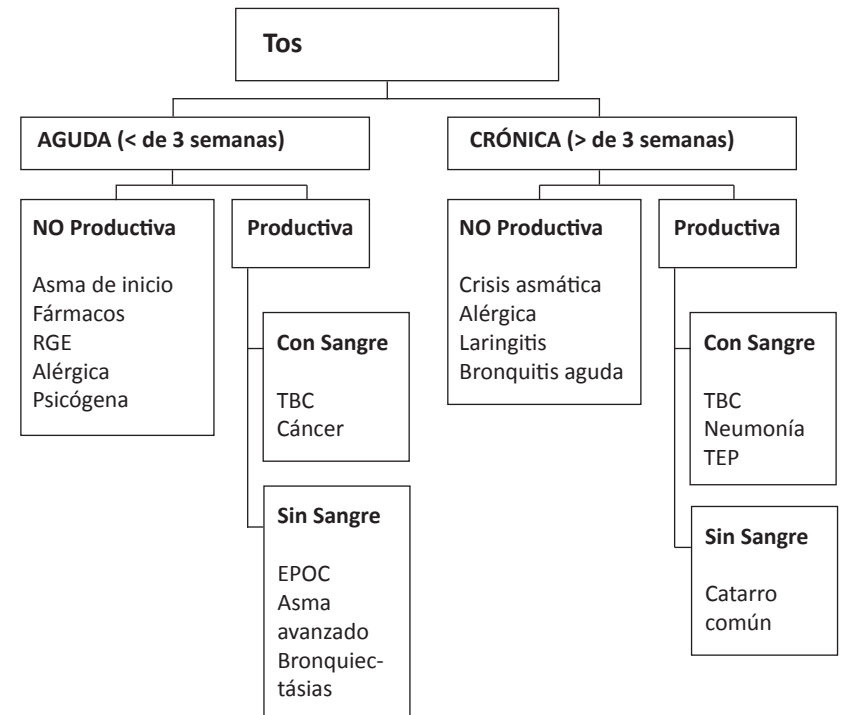
Causas de ictericia en función de su origen:

1. PREHEPÁTICO
 - a. Hemolisis
 - b. Sepsis
2. HEPÁTICO
 - a. Hepatitis
 - b. Tumor hepático
3. POSTHEPÁTICO
 - a. Litiasis
 - b. Tumores pancreáticos

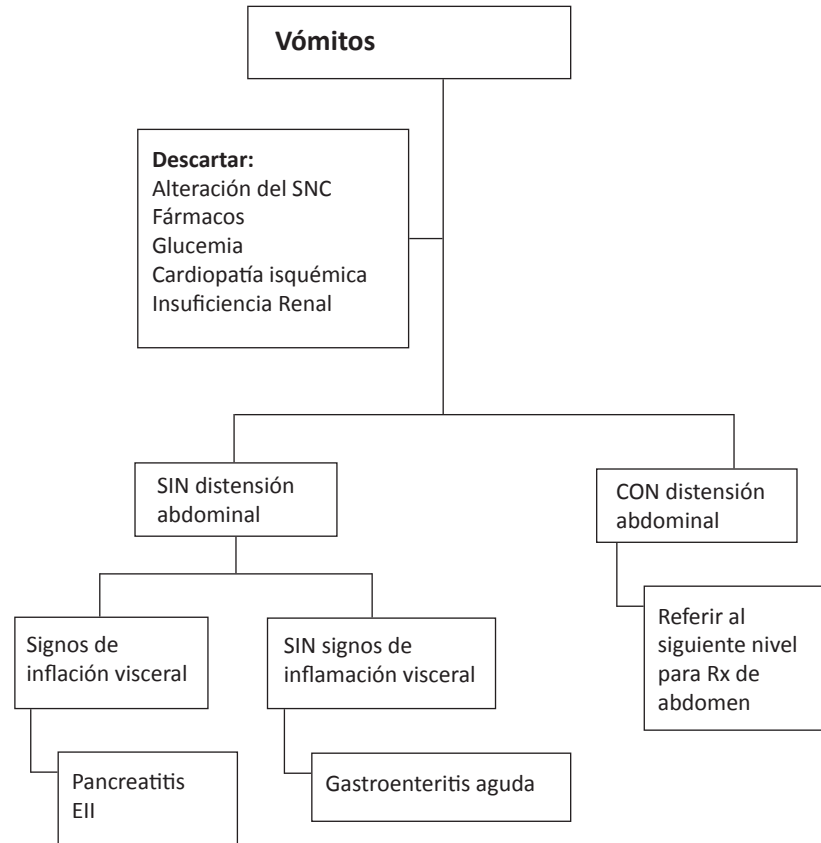
16.08 INSOMNIO (G47.0)



16.09 TOS (R05)



16.10 VÓMITOS (R11)



CAPÍTULO 17

Urgencias

ANGINA / INFARTO AGUDO DE MIOCARTIO 17.01

COMA 17.02

CONVULSIONES 17.03

CRISIS HIPERTENSIVA 17.04

LESIÓN OCULAR POR CUERPO EXTRAÑO 17.05

EDEMA AGUDO DE PULMÓN 17.06

GOLPE DE CALOR 17.07

HEMORRAGIA NASAL (EPISTAXIS) 17.08

HERIDAS 17.09

HIPOGLUCEMIA 17.10

MORDEDURAS Y PICADURAS 17.11

QUEMADURAS 17.12

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR 17.13

SHOCK 17.14

**CONTROL DEL DOLOR CRÓNICO
EN CÁNCER AVANZADO O INCURABLE 17.15**

17.01 ANGINA / INFARTO AGUDO DE MIOCARTIO (I20-21)

• DESCRIPCIÓN

El síntoma clínico principal es el dolor torácico con las siguientes características:

- localización retroesternal o epigástrica con irradiación hacia el cuello y/o hacia parte interna del brazo izquierdo
- duración de al menos 20 minutos y hasta varias horas
- suele aparecer con el esfuerzo aunque posteriormente permanezca en reposo
- asociado a síntomas vagales (palidez, sudoración fría, náuseas)

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- mantener funciones vitales
- aliviar el dolor y la ansiedad
- estabilizar el ritmo cardíaco y la TA
- reducir la progresión de la lesión

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Dolor torácico compatible:

- Intenso
- + de 30 minutos de duración
- Irrradiado a brazo izquierdo y/o cuello (no siempre)
- Típicamente aparece con el ejercicio (no siempre)
- Acompañado de cortejo vegetativo

Manejo por niveles:

1. Dispensario:

- Valorar estabilidad hemodinámica
- Administración de ácido acetil salicílico
- Vía venosa
- EKG si está accesible
- Transporte urgente

2. Hospital Regional

- EKG para diagnóstico
- Nitroglicerina sublingual cada 5 min (máximo 3 dosis o hasta cese del dolor)
- Calmar dolor (mórfico)
- Evacuar al nivel con mayores posibilidades terapéuticas (fibrinólisis)

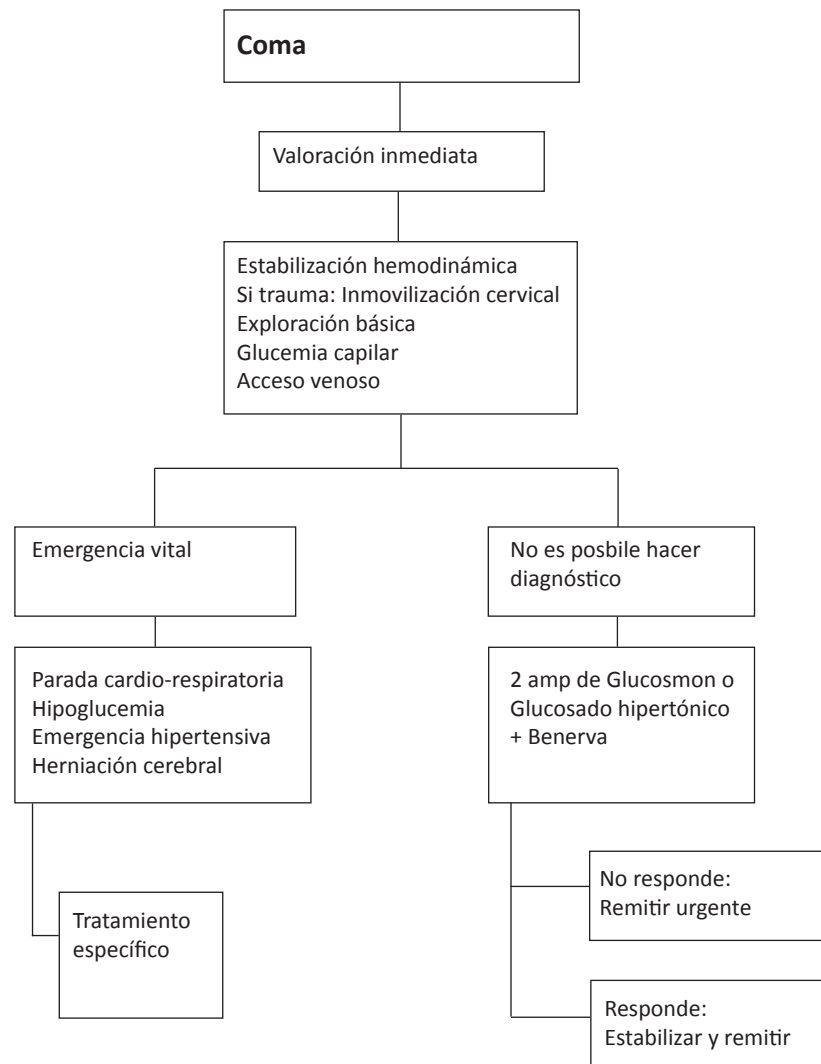
17.02 COMA

• DESCRIPCIÓN

Alteración del nivel de conciencia en el que el paciente es incapaz de despertarse. Existen distintos estados del nivel de conciencia y el coma es uno de ellos

1. Confusión: El enfermo es incapaz de pensar con claridad y rapidez habituales. Ligera somnolencia
2. Somnolencia: El paciente está semidormido pero se despierta rápido ante estímulos verbales o movimientos
3. Estupor: El paciente solo se despierta ante estímulos muy vigorosos o dolorosos
4. Coma: El paciente es incapaz de despertarse aunque presenta reflejos y respuestas primitivas.
5. Muerte cerebral: Ausencia de actividad en el córtex.

El manejo de un paciente en coma es:

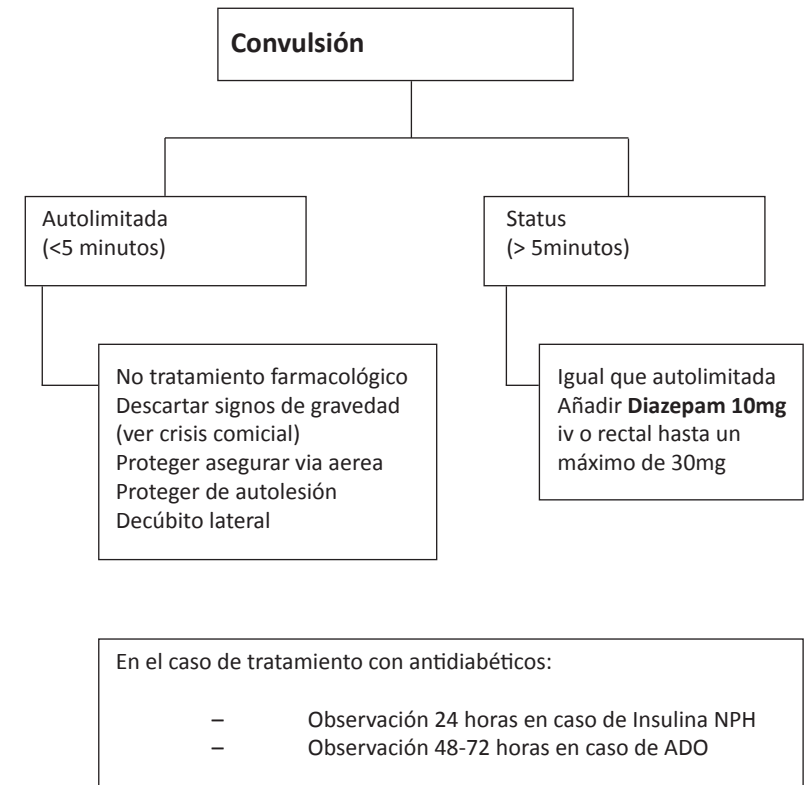


17.03 CONVULSIONES (R56)

• DESCRIPCIÓN

Movimientos descontrolados del cuerpo con pérdida de conciencia.

El manejo de una crisis convulsiva es:

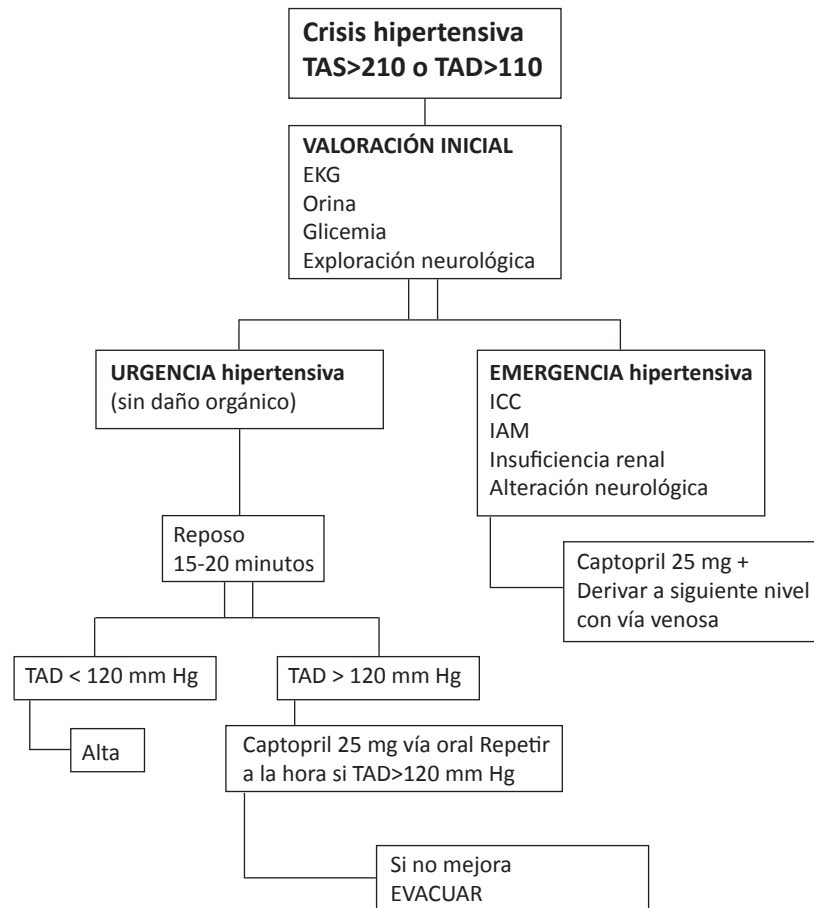


17.04 CRISIS HIPERTENSIVA (I10-15.1)

• DESCRIPCIÓN

Situación en la que el paciente tiene una tensión arterial sistólica mayor de 210 mm de Hg y/o una tensión arterial diastólica mayor de 90 mm de Hg.

El manejo de la crisis hipertensiva es:



17.05 LESIÓN OCULAR POR CUERPO EXTRAÑO (S05.5)

• DESCRIPCIÓN

Un cuerpo extraño se puede localizar en la conjuntiva, la córnea o más profundamente. Los cuerpos extraños en la conjuntiva o los párpados pueden producir abrasión corneal

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- aliviar el dolor
- prevenir la infección
- prevenir la pérdida permanente de función

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- valorar la agudeza visual antes de utilizar la fluoresceína
- teñir con fluoresceína para valorar el cuerpo extraño o la abrasión corneal (su complicación)
- valorar después de la retirada del cuerpo extraño

• TRATAMIENTO DE URGENCIA

Retirar el cuerpo extraño mediante lavado o irrigación. También se pueden utilizar bastoncillos de algodón o una cabeza de una aguja.

Para retirar el cuerpo extraño, se utilizarán gotas de tetracaína al 0.5% y suero fisiológico o agua estéril para irrigar los ojos. Posteriormente se indicarán:

- Pomada de tetraciclina oftálmica 3 – 4 veces al día
- Gotas oftálmicas de atropina al 1% inmediatamente y solo una vez, para lesiones profundas
- Revisión diaria de la lesión

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- Hifema (sangre en la cámara anterior del ojo)
- Lesión corneal difusa tras la aplicación de gotas oftálmicas de atropina al 1%
- Laceración de esclerótica y córnea
- Edema oclusivo
- Hemorragia subconjuntival persistente más de 24 horas
- Dilatación post-traumática de la pupila
- Defecto corneal persistente u opacidad corneal

17.06 EDEMA AGUDO DE PULMÓN (J81)

- DESCRIPCIÓN

Situación amenazante para la vida con acúmulo anormal de líquido en los pulmones. Suele estar causado por:

- insuficiencia cardiaca agudo (la causa más frecuente)
- sobre hidratación con líquidos IV
- cardiopatía isquémica

- OBJETIVOS DE MANEJO

- determinar la causa del edema agudo y tratarla
- disminuir el trabajo respiratorio y el cardiaco mediante:
 - disminución de la agitación
 - inducción de dilatación arterial y venosa transitoria
 - disminución de la frecuencia respiratoria
 - enlentecimiento de la frecuencia cardiaca

- TRATAMIENTO DE URGENCIA

- colocar al paciente en posición sentada, Fowler o semi
- administrar oxígeno en mascarilla al 40% a una frecuencia de 6-8 L por minuto

- administrar furosemida IV 20 mg, para iniciar diuresis en 15 – 20 minutos
 - si no hay respuesta administrar 40 – 80 mg tras 30 minutos
 - si la respuesta es inadecuada seguir con 20 – 40 mg en 2 – 4 horas
- Morfina, IV.
 - diluir 10 mg en 10 mL y administrar despacio a 1mg/minuto
 - para cuando el paciente se encuentre mejor
 - dosis máxima de 10 mg
 - no administrar a pacientes con asma
- Nitroglicerina sublingual 0.5 mg cada 6 horas
 - puede ser muy efectiva al producir dilatación de las venas y redistribución de volumen sanguíneo hacia fuera del tórax
 - el edema pulmonar debido a una crisis hipertensiva o a una hipertensión sistólica alta puede responder a un vasodilatador
 - Nifedipina oral, 10 mg inmediatamente, absorbiendo el contenido de una cápsula vertida en la boca

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- urgente en todos los casos
- administrar oxigenoterapia durante el traslado

17.07 GOLPE DE CALOR (T67.0)

- DESCRIPCIÓN

Cuadro sindrómico caracterizado por la elevación de la temperatura corporal por encima de los 40 – 41^o. Se produce por un fracaso de los mecanismos termoregulado-

res de eliminación de calor, en temperaturas ambiente muy elevadas, o tras ejercicio físico intenso en ambiente caluroso. Es un cuadro de extrema gravedad.

Los síntomas que aparecen son debidos a:

- Lesión celular directa por el calor
- Hipovolemia absoluta por la deshidratación secundaria a la pérdida de líquido por sudor, o relativa por la redistribución de líquidos inducida por la vasodilatación cutánea
- Trastornos electrolíticos por fallo en la depuración renal y/o hepática
- En el caso del golpe de calor por ejercicio, puede sumarse una insuficiencia renal secundaria a rhabdmiolisis, con acúmulo de mioglobina o ácido úrico

El cuadro es más grave en niños pequeños, lactantes, ancianos, y pacientes con enfermedad cardiovascular

Síntomas clínicos

1. iniciales:
 - náuseas, vómitos, cefalea y alteración de conciencia
 - hiperemia
 - hipertermia > 41°
 - taquicardia. hipotensión. oliguria
2. al progresar el cuadro:
 - convulsiones
 - shock
 - anuria

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- prevenir el cuadro
 - evitando exposición prolongada al sol
 - evitando ejercicio físico excesivo en ambiente caluroso
 - no abrigando mucho a los niños con el calor
- evitar la muerte
- evitar lesiones residuales, cerebrales o renales

• TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- poner al paciente en corriente de aire, o abanicarle
- desnudarlo
- ponerle compresas de agua fría por todo el cuerpo (no de alcohol) o mojarle con una esponja

• TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- poner una sonda nasogástrica y hacer lavados con suero frío
- suero intravenoso, cloruro sódico al 0,9%, a 20 cc/kg inmediatamente
- si hay convulsiones, tratar con diazepam (ver sección 17.03)
- tratar las alteraciones electrolíticas

• CRITERIOS DE EVACUACIÓN

TODOS LOS CASOS

17.08 HEMORRAGIA NASAL (EPISTAXIS) (R04.0)

• DESCRIPCIÓN

La mayoría de las hemorragias se producen en la zona anteroinferior del septo nasal (área de Kieselbach). Puede estar causada por enfermedades locales o sistémicas o por trauma. Siempre se han de investigar otros cuadros asociados a la hemorragia nasal, especialmente cuando es recurrente, p.ej. hipertensión, tendencia al sangrado.

• OBJETIVOS DEL MANEJO

- parar la hemorragia
- determinar la causa

- TRATAMIENTO

La mayoría de las hemorragias se pueden parar pinzando simultáneamente ambas alas nasales durante 5 – 10 minutos. Si no es eficaz, taponar las fosas nasales con gasa impregnada por ejemplo con vaselina y eventualmente impregnar la gasa con adrenalina, si no hay hipertensión o enfermedad cardiaca coronaria

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- hemorragia nasal recurrente
- imposibilidad de yugular la hemorragia para determinar la causa

17.09 HERIDAS (T14)

- DESCRIPCIÓN

La lesión de tejido blando puede tener muchas formas

- Solo dolor
- hinchazón traumática
- cardenales (piel intacta)
- cortes
- abrasiones
- heridas punzantes
- otras heridas abiertas de distinto tamaño y severidad

Consideraciones a tener en cuenta:

- La contaminación con suciedad y tierra complica la evolución
- las mordeduras humanas o por animales pueden causar grandes lesiones e infección
- deben descartarse fracturas, aún cuando se haya establecido tratamiento con reposo e hielo
- yugular el sangrado evidente
- debe diagnosticarse la lesión de órganos internos y evacuar al paciente
- la evacuación no se debe retrasar en espera del diagnóstico

- OBJETIVOS DEL MANEJO

- prevenir mayores daños
- evitar infección
- evitar incapacidades y cicatrices
- alivio del dolor y la hinchazón
- prevenir el tétanos mediante, precaución de la herida e inmunización

- TRATAMIENTO URGENTE

- limpieza de la herida
- inmovilizar la extremidad lesionada
- monitorizar frecuencia cardiaca
- monitorizar los pulsos por debajo de la lesión en una extremidad con hinchazón

No realizar sutura primaria si la herida:

- está infectada
- está sucia/contaminada
- es anfractuosa
- necesita desbridamiento
- es por proyectil
- está causada por mordedura

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Tratamiento del dolor con paracetamol o ibuprofeno

- PROFILAXIS ANTITETÁNICA

- vacuna con toxoide tetánico (TT) IM, 0,5ml (actualmente no disponible en la RASD)
- inmunoglobulina humana antitetánica (TIG) IM (actualmente no disponible)

Nota

En una persona totalmente inmunizada, el toxoide tetánico o la inmuno-globulina pueden provocar una reacción molesta, p.ej. enrojecimiento, picor, hinchazón o fiebre, pero su administración está justificada cuando la herida es importante.

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- heridas grandes, abiertas o cerradas
- lesión de estructuras vitales/órganos internos
- sepsis
- shock
- anemia aguda
- sangre en orina
- lactantes y niños pequeños
- hinchazón pulsátil o en aumento

17.10 HIPOGLUCEMIA (E16.2)

- DESCRIPCIÓN

El cuadro clínico de la hipoglucemia es muy variado. Puede presentar

- Síntomas debidos a la estimulación simpática
 - palidez
 - sudoración
 - taquicardia
 - dolor abdominal
 - hambre
- Síntomas neurológicos
 - cefalea
 - irritabilidad
 - falta de concentración
 - confusión
 - delirio
 - coma
 - convulsiones
 - afasia transitoria (alteraciones del lenguaje)

No suelen aparecer síntomas en los siguientes casos:

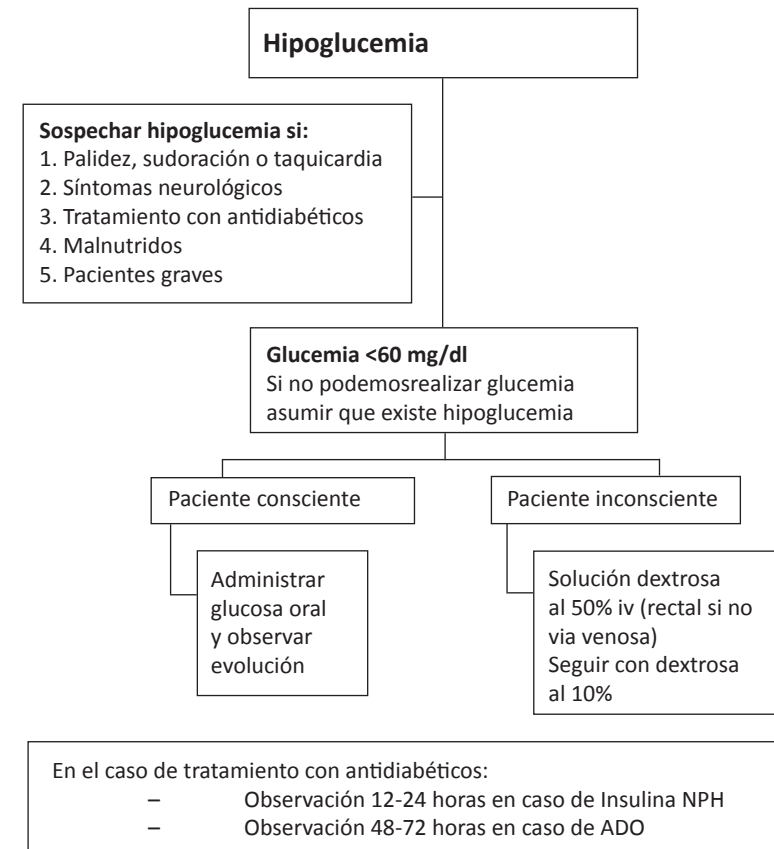
- el azúcar en sangre está crónicamente bajo
- el paciente está muy enfermo
- en malnutrición

- hay una alteración de la respuesta del sistema nervioso autónomo, p.ej. en muy ancianos, muy enfermos, malnutridos, diabetes mellitus de larga evolución, medicación con beta-bloqueantes

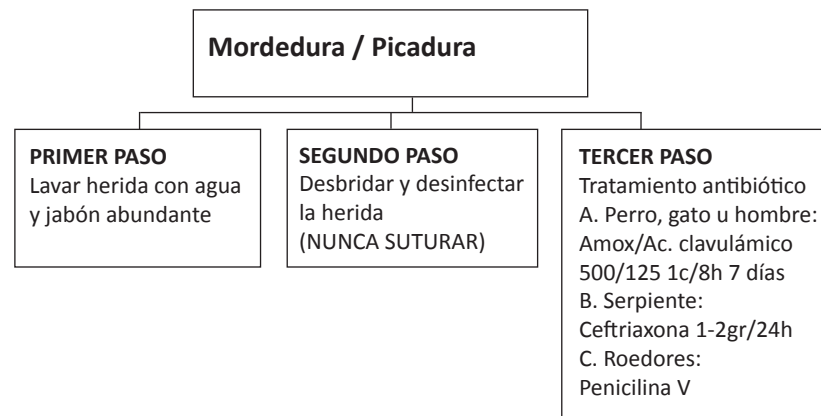
La población con riesgo de hipoglucemia es:

- neonatos con bajo peso natal enfermos o que no comen bien
- niños malnutridos o enfermos en ayunas durante más de 8 horas
- pacientes shockados, inconscientes o convulsionando
- diabéticos en tratamiento que presentan síntomas o conducta anormales

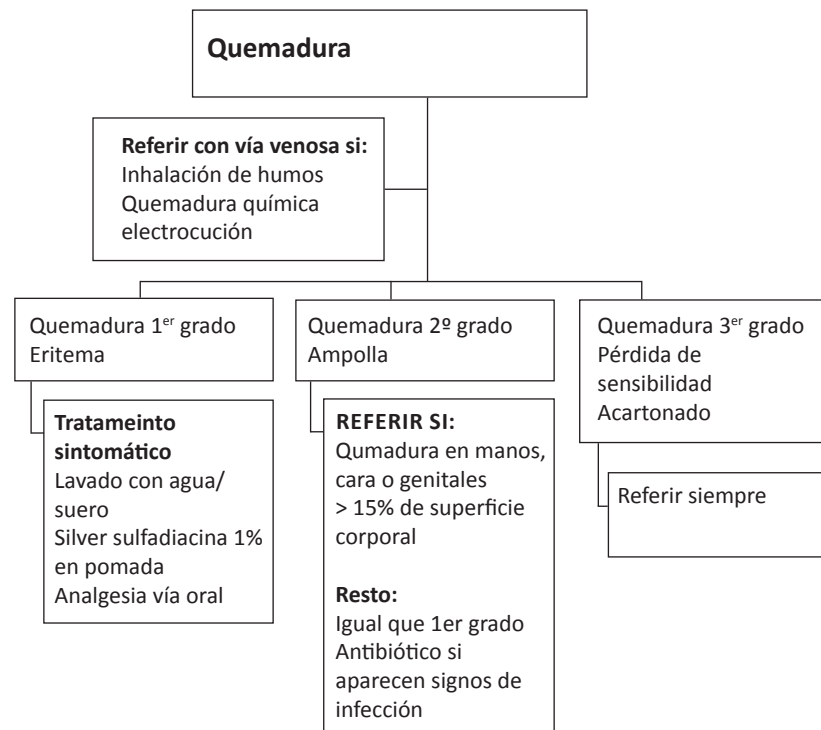
El manejo de una hipoglucemia es:



17.11 MORDEDURAS Y PICADURAS (X29.9)

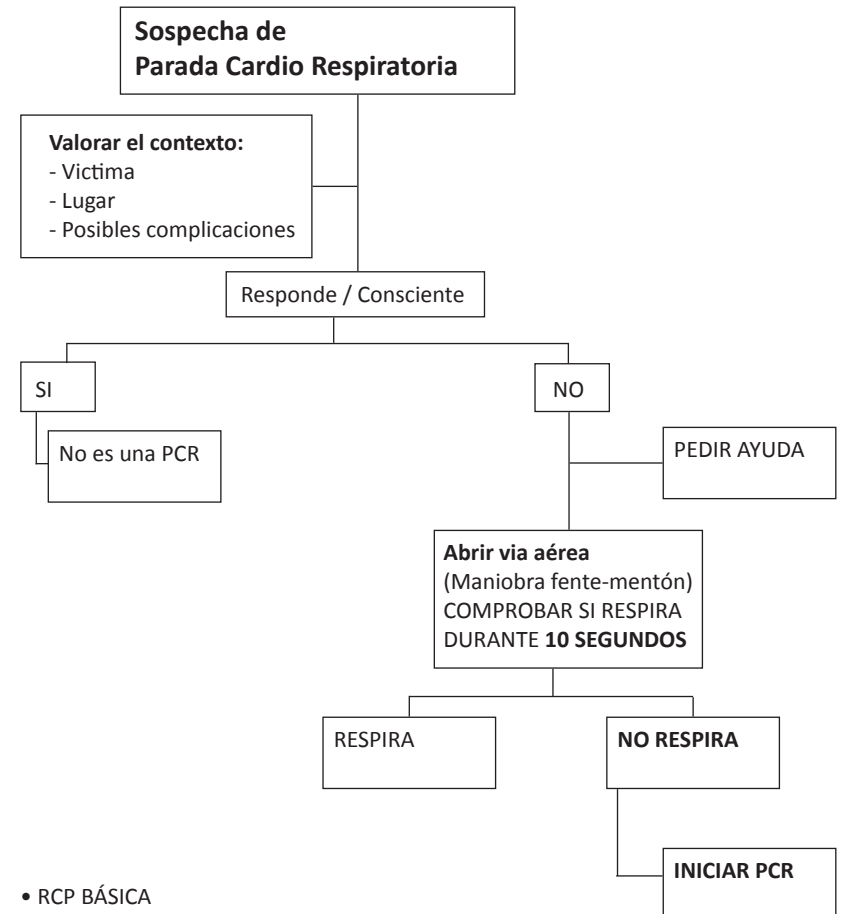


17.12 QUEMADURAS (T30.0)



17.13 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Este protocolo debe aplicarse ante todo paciente inconsciente:



• RCP BÁSICA

- Compresiones: 30 en adultos y 15 en niños
- Ventilación: 2 en adultos o niños
- Administrar Adrenalina 1mg cada 5 minutos hasta un máximo de 3 dosis
- RCP durante 30 minutos excepto en niños y adolescentes que deberá alargarse.
- Si fibrilación ventricular: Desfibrilación con 360 Julios (máximo 3 descargas). 4 Julios/kg en niños

17.14 SHOCK (R57.9)

• DESCRIPCIÓN

Síndrome amenazante para la vida en el que son inadecuados el flujo sanguíneo periférico y la perfusión tisular. La perfusión periférica pobre conduce a un aporte inadecuado de oxígeno, respiración anaeróbica y aumento en la producción de ácido láctico. Las manifestaciones clínicas incluyen:

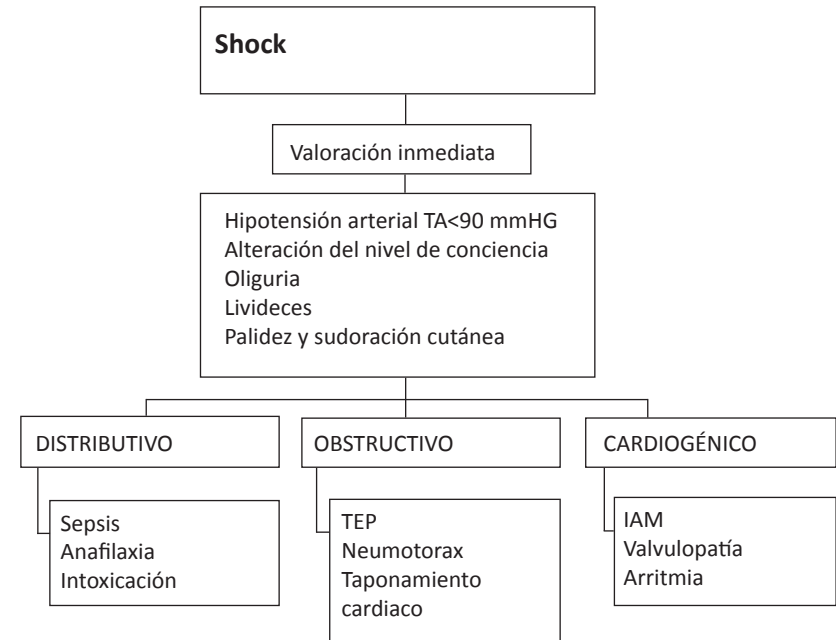
- presión arterial sistólica inferior a 80 mmHg
- alteración del estado mental
- oliguria (poca diuresis)
- extremidades frías y pálidas, a menudo cianóticas, con mal relleno capilar

Es esencial el rápido diagnóstico de las causas subyacentes para asegurar un tratamiento óptimo

• CLASIFICACIÓN Y MANEJO

Los mecanismos de shock incluyen:

1. Hipovolemia debida a hemorragia aguda o aumento de pérdidas de otros líquidos corporales (shock hipovolémico)
2. Fallo cardiaco por disminución de la función sistólica, anomalía del ritmo cardiaco o defectos valvulares (shock cardiogénico)
3. Mecanismos obstructivos extracardiacos tales como embolismo pulmonar
4. Hipovolemia debido a un aumento de la permeabilidad vascular que hace que el líquido se acumule en el tercer espacio. Se produce en el shock séptico y anafiláctico



• OBJETIVOS DEL MANEJO

- restaurar perfusión tisular y oxigenación

• TRATAMIENTO URGENTE

- mantener las funciones vitales
- mantener al paciente caliente
- posición con las piernas elevadas
- controlar la hemorragia
- iniciar la resucitación con líquidos tan pronto como sea posible
- perfundir solución de cloruro sódico al 0,9% o Ringer Lactato, al menos 40 ml/kg lo más rápidamente posible
- oxigenar
- en la sospecha de shock séptico administrar una dosis de antibiótico, 2 gr. de ampicilina en el adulto y 100 mg/kg en el niño
- en la sospecha de shock anafiláctico, administrar adrenalina IM o SC (no IV), 0,5 ml en el adulto y 0,01ml/kg en el niño de la solución 1:1000

- CRITERIOS DE EVACUACIÓN

- enviar al hospital lo más rápido posible, después de la estabilización

17.15 CONTROL DEL DOLOR CRÓNICO EN CÁNCER AVANZADO O INCURABLE (R52.9)

Debe realizarse por un médico o enfermero con formación específica en manejo del dolor. Hay que tener en cuenta:

- los cuidados paliativos domiciliarios se realizan por la familia con la ayuda de los profesionales sanitarios
- la severidad del dolor determina las necesidades de tratamiento, no su presencia
- el dolor del cáncer generalmente es crónico y resistente
- la valoración del dolor requiere entrenamiento especial para:
 - o recoger los datos de la historia
 - o examen físico
 - o valoración psicosocial

- OBJETIVOS DEL MANEJO

- valoración de las características del dolor
- control eficaz del dolor
- proporcionar apoyo moral a los cuidadores
- procurar calidad de vida y una muerte digna

- TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- manejo de los factores psicosociales
- reajustes en el estilo de vida

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los opioides (p.ej. el tramadol) son el tratamiento de elección para el dolor crónico del cáncer. No se deben suspender otras medicaciones concomitantes para el dolor. Recomendaciones escalonadas en el control del dolor en pacientes con cáncer

- Escalón 1: Paracetamol y AINEs
- Escalón 2: Opiode débil (tramadol) en combinación con el escalón 1. Suele necesitarse un antiemético (metoclopramida) para el control de las náuseas al comienzo del tratamiento
- Escalón 3: Morfina oral 0.2-0.4mg/kg/dosis cada 4-6 horas dependiendo de la gravedad del dolor. Se puede utilizar el paracetamol y el ibuprofeno en combinación con la morfina.

El estreñimiento es un problema frecuente en el uso prolongado de opioides que puede tratarse con un laxante como la Lactulosa 0.5ml/kg/dosis una vez al día.

**LISTA NACIONAL DE
MEDICAMENTOS ESENCIALES,
ABRIL 2013**

1. ANESTETICOS

1.1 ANESTÉTICOS GENERALES Y OXIGENO

1.1.1 Medicamentos de inhalación

Halotabe 250ml BTL
Oxígeno de inhalación

1.1.2 Medicamentos inyectables

Ketamina 50mg/ml, 10ml Amp
Propofolol 10mg/ml

1.2 ANESTÉTICOS LOCALES

Bupivacaina 0,5% 20ml Vial
Lidocaina Hcl 2% 50ml Vial
Lidocaina HCl 1% 50ml Vial
Lidocaina HCL 5% spinal heavy 2ml
Lidocaina HCl 2%+ Epinephrina 1:200 000 in vial

Lista complementaria

1.3 MEDICACIÓN PREOPERATORIA Y SEDACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS BREVES

Atropina 1mg/1ml Iny.
Morfina 1% 10mg/ml 1ml inj

2. ANALGESICOS, ANTIPIRETICOS, ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS, ANTIGOTOSOS Y ANTIRREUMATICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD

2.1 ANALAGÉSICOS NO OPIÁCEOS Y ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

Acetil salicilico, Acido 100mg Cmp.
Acetil salicilico, Acido 500mg Cmp.
Diclofenaco sodio 25mg/ml, 3ml Iny.
Ibuprofeno 200 mg Cmp.
Ibuprofeno 400 mg Cmp.
Ibuprofeno 200 mg/ 5ml Líquido oral
Paracetamol 100mg Cmp.
Paracetamol 500mg Cmp.
Paracetamol 100mg, suppositorios

Paracetamol 125 mg/5ml Líquido oral
Lista complementaria

2.2 ANÁLGESICOS OPIÁCEOS

Morfina 10 mg Cmp.
Morfina 1% 10mg/ml 1ml iny.
Tramadol 50 mg Cap.
Tramadol 50mg/ml 2ml amp.

2.3 ANTIGOTOSOS

Alopurinol 100 mg Cmp.

2.4 ANTIRREUMATICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD

*Lista complementaria***3. ANTIALERGICOS Y MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA ANAFILAXIA**

Clorfenamina maleate 2mg/5ml Líquido oral
Clorfenamina maleate 4mg Cmp
clorfenamina mal. 10mg/ml Iny
Dexametasona 0,5 mg Cmp.
Dexametasona Na phosph 4mg/ml, 1ml Iny.
Epinefrina (adrenaline) 1mg/ml
Hidrocortisona succin. sodico 100mg, Iny
Prednisolona 5 mg Cmp.
Prometacina 25mg/ml, 2ml Iny

4. ANTIDOTOS Y OTRAS SUSTANCIAS UTILIZADAS EN INTOXICACIONES

4.1 INESPECÍFICOS

Carbon adsorbente 125mg Polvo

4.2 ESPECÍFICOS

Acetilcisteina 200 mg/ml in 10ml amp

Anti-snake-bite serum polyv. 10 ml
 Gluconato Calcico 10% 10ml

5. ANTICONVULSIVOS/ANTIEPILEPTICOS

Carbamazepina 100mg Cmp.
 Carbamazepina 200mg Cmp.
 Diazepam 5mg/ml in 0.5 ml Solución rectal
 Fenitoina 50mg Cmp.
 Fenitoina 100mg Cmp.
 Fenobarbital 15mg Cmp (pt)
 Fenobarbital 100mg Cmp (pt)
 Fenobarbital 15/mg/5ml (pt)
 Sulfato de Magnesio 500mg/ml 10ml iny
 Valproico, Acido 200mg/5ml Líquido oral
 Valproico, Acido 200mg Cmp
 Lista complementaria

6. ANTIINFECCIOSOS

6.1 ANTIHELMINTICOS

6.1.1 Antihelminticos intestinales
 Albendazol 400 mg Cmp

6.1.2 Antifilariasicos
 Albendazol 400 mg Cmp

6.1.3 Antiesquistosomiásicos y otros medicamentos contra trematodos
 Triclabendazol 250 mg Cmp.

6.2 ANTIBACTERIANOS

6.2.1 Betalactámicos
 Amoxicilina 250mg Cmp.
 Amoxicilina 500mg Cmp.
 Amoxicilina 125/5ml polvo para líquido oral 100ml
 Amoxicilina 250mg/5ml polvo para líquido oral 100ml
 Amoxicilina 125 mg + Ácido Clavulánico 31.65mg / 5ml Susp
 Amoxicilina 250 mg + Ácido Clavulánico 62.5mg / 5ml Susp
 Amoxicilina 500 mg + Ácido Clavulánico 125mg Cmp.

Ampicilina 500mg polvo para Iny
 Fenoximetilpenicilina 250mg (Penicilina V)
 Penicilina Benzatina 1,2 MIU iny
 Penicilina Benzatina 2,4 MIU iny
 Ceftriaxona Polvo para inyección: 250 mg; 1 g (como sal sodica)
 en viales
 Cloxacilina 500 mg iny.
 Cloxacilina 500 mg cmp
 Bencilpenicilina-procaína (1g) 1MIU
 Bencilpenicilina-procaína (3g) 3MIU

6.2.2 Otros antibacterianos

Azitromicina 250 mg Cmp.
 Ciprofloxacino, 250 mg cmp.
 Ciprofloxacino 250mg/5ml polvo para líquido oral 100ml
 Cloramfenicol 250mg Caps
 Cloramfenicol sodico succ. 05 mg 0.5 g (Como succinato sodico)/ml en 2-ml amp
 Cloramphenicol sodico succ. Ig amp
 Doxiciclina 100mg Cmp.
 Eritromicina 125mg/5ml polvo para líquido oral 100 ml
 Eritromicina 250mg Cmp.
 Fosfomicina 500mg Cap.
 Fosfomicina 250mg /5ml polvo para líquido oral 100 ml.
 Gentamicina 80mg/2ml iny
 Metronidazol 250mg Cmp.
 Metronidazol 500mg Cmp.
 Metronidazole 200mg/5ml polvo para líquido oral, 100ml
 Nitrofurantoin 100mg Cmp.

Lista complementaria

6.2.3 Antileprosos

6.2.4 Antituberculosos

Etambutol HCl 100mg Cmp.
 Etambutol HCl 400mg Cmp.
 Etambutol HCL 400mg + Isoniazida 150 mg cmp.
 Etambutol 275mg + Isoniazid 75mg + Pirazinamida 400 mg
 + Rifampicina 150 mg Cmp.
 Etambutol 275mg + Isoniazida 75mg + Rifampicina 150 mg Cmp.
 Isoniazida 50mg Cmp.
 Isoniazida 100mg Cmp.
 Isoniazida 300mg Cmp.

Isoniazida 75 mg + Pirazinamida 400 mg + Rifampicina 150 mg Cmp.
 Isoniazida 75 mg + Rifampicina 150 mg Cmp.
 Isoniazida 150 mg + Rifampicina 300 mg Cmp.
 Pirazinamida 400 mg Cmp.
 Pirazinamida 150 mg Cmp (Dispersible)
 Rifampicina 150mg Cmp.
 Rifampicina 300mg Cmp.
 Estreptomina 1g Iny. (vial)

Lista complementaria

6.3 ANTIFUNGICOS

Clotrimazol 1% Cream
 Clotrimazol 500 mg Comprimido vaginal
 Fluconazol 50mg Caps.
 Griseofulvina 125mg Cmp
 Griseofulvina 250mg Cmp
 Nistatina 100,000 IU vaginal
 Nistatina 100.000 iu/ml líquido oral. 30ml

Lista complementaria

6.4 ANTIVIRICOS

6.4.1 ANTIHERPETICOS

6.4.2 ANTIRRETROVÍRICOS

6.4.3 OTROS ANTIVÍRICOS

6.5 ANTIPROTOZOARIOS

6.5.1 Antiamebianos y anti giardiásicos
 Metronidazol 200mg Cmp.
 Metronidazol 500mg Cmp.
 Metronidazol 200mg/5ml polvo para líquido oral, 100ml

6.5.2 Antileishmaniásicos

6.5.3 Antipalúdicos

6.5.4 Antineumocistósicos y antitoxoplasmósicos

7. ANTIMIGRAÑOSOS

7.1 PARA EL TRATAMIENTO DEL ATAQUE AGUDO

Acetil salicilico, Acido 100mg Cmp.
 Acetil salicilico, Acido 500mg Cmp.
 Ibuprofeno 200 mg Cmp.
 Ibuprofeno 400 mg Cmp.
 Paracetamol 500mg Cmp.
 Paracetamol 125 mg/5ml Líquido oral

7.2 PARA PROFILAXIS

8. ANTINEOPLÁSICOS, INMUNODEPRESORES Y MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

8.1 INMUNODEPRESORES

8.2 CITOTÓXICOS

8.3 HORMONAS Y ANTIHORMONAS

Lista complementaria

Hidrocortisona succin. sodico 100mg, Iny.

8.4 MEDICAMENTOS USADOS EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Dexametasona 4mg/ml in 1ml amp.
 Dexametasona 2mg Cmp.
 Diezapam 5mg/ml Iny
 Diazepam 2.5 mg Cmp
 Diazepam 5 mg Cmp
 Diazepam 5mg/ml Solución rectal
 Hyoscine hydrobromide 400mcg/ml iny
 Ibuprofeno 200 mg Cmp.
 Ibuprofeno 400 mg Cmp.
 Ibuprofeno 200 mg/ 5ml Líquido oral
 Lactulosa 3.1-3.7g/5ml
 Midazolam 1mg/ml Inj
 Morfina 10 mg Cmp.
 Morfina 1% 10mg/ml 1ml inj
 Senna 7.5 mg Cmp.

9. ANTIPARKINSONIANOS

Biperiden 2mg Cmp.
Levodopa 250mg + carbidopa 25mg, blister (10x10 tabs)

10. MEDICAMENTOS QUE AFECTAN A LA SANGRE

10.1 ANTIANÉMICOS

Hier. Sulf. 200mg/ml (40mgFe), 30ml
Hierro fumarate 100mg/5ml oral suspension,
Ferrous salt (Equivalente a 60 mg Hierro) + folic acid 400 mcg Cmp.
Hierro dextrano (5%) 100mg/2ml Iny.
Acido folico 5mg Cmp.
Hydroxocobalamin 1mg in 1-ml Ampoule

10.2 MEDICAMENTOS QUE AFECTAN A LA COAGULACIÓN

Vit. K (fitomenadiona.) 10mg Cmp.
Vit.K (fitomen.)1mg/ml,5ml Iny. Ida:1ml Iny.
Vit. K (fitom.) 10mg/ml, 5ml Iny. Ida:1ml Iny.

11. PRODUCTOS SANGUINEOS Y SUCEDANIOS DEL PLASMA

11.1 SUCEDANEOS DEL PLASMA

11.2 FRACCIONES PLASMÁTICAS PARA USOS ESPECÍFICOS

12. MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES

12.1 ANTIANGINOSOS

Atenolol 25 mg Cmp.
Atenolol 50 mg Cmp.
Bisoprolol 1.25 mg Cmp
Bisoprolol 5mg Cmp
Nitroglicerina 0.5mg (glyceryl trinitrate) Cmp.
Verapamilo HCl 40mg Cmp.

12.2 ANTIARRÍTMICOS

Bisoprolol 1.25 mg Cmp
Bisoprolol 5mg Cmp
Digoxina 65 mcg cmp
Digoxina 250 mcg cmp
Digoxin 0,5mcg / 2ml Iny.
Verapamilo HCl 40mg, coated Cmp.

12.3 ANTIHIPERTENSORES

Bisoprolol 1.25 mg Cmp
Bisoprolol 5mg Cmp
Captopril 25mg Cmp.
Enalapril 5mg Cmp.
Enalapril 10 mg Cmp.
Hidralazina 25mg Cmp.
Metildopa 250mg Cmp.
Nifedipino retard 10 mg Cmp

12.4 MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA

Bisoprolol 1.25 mg Cmp
Bisoprolol 5mg Cmp
Digoxina 65 mcg cmp
Digoxina 250 mcg cmp
Digoxina 0,5mcg / 2ml Iny.
Enalapril 5mg Cmp.
Enalapril 10 mg Cmp.
Furosemida 40mg Cmp.
Furosemida 20mg/2ml Iny.
Hidroclorothiazida 25mg Cmp.

12.5 ANTITROMBÓTICOS

Acetil salicilico, Acido 100mg Cmp.

12.6 HIPOLIPIDEMIANTES

Simvastatina 10 mg Cmp

13. MEDICAMENTOS DERMATOLÓGICOS (TÓPICOS)**13.1 ANTIFÚNGICOS**

Clotrimazol 1%, 20g Cma.

13.2 ANTIINFECCIOSOS

Gentamicina Violeta 25g (p.5l)
Mupirocin 2% Pomada
Sulfadiazina de plata 1% cream, 50g

13.3 ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIPRURIGINOSOS

Betametasona 0,1%, 15g Cma.
Hidrocortisona acetate 1% 15g Cma

13.4 ASTRINGENTES

Oxido de Zinc 10 %, 800g Pda.

13.5 MEDICAMENTOS QUE EFECTAN A LA DIFERENCIACIÓN Y PROLIFERACIÓN CUTÁNEAS**13.6 ESCABIDAS Y PEDICULICIDAS**

Ac.benz. 6% + ac. salicyl. 3%, 800g Pda.
Benzoato de benzilo 25%, 1000ml Sol.
Lindane1% (gammabenzenehexachloride) locion (Permetrin)

14. AGENTES DE DIAGNÓSTICO**14.1 MEDICAMENTOS OFTÁLMICOS**

Fluorescein 1% oftalm/diagnosti
Tropicamida 0.5%

14.2 MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLÓGICO**15. DESINFECTANTES Y ANTISEPTICOS****15.1 ANTISÉPTICOS**

Alcohol 70% - 96%
Digluconato de clorhexidina al 20%, solución, 5 ltr
Digluconato de clorhexidina al 0.2%, solución
Povidona yodada 10%, 200ml Sol.

15.2 DESINFECTANTES**16. DIURÉTICOS**

Furosemida 40mg Cmp.
Furosemida 20mg/2ml Iny.
Hidroclorotiazida 25mg Cmp.
Mannitol 10%, 500ml Sro.
Espiro lactona 25mg Cmp

17. MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES**ANTIÁCIDOS**

Alumin.hydrox 500 mg.+magnes.trisilic.500 mg Cmp.

17.1 ANTIÚLCERAS

Omeprazol 20 mg Cap
Ranitidina 25mg/ml in 2ml amp
Ranitidina 150mg Cmp.

17.2 ANTIEMÉTICOS

Dexametasona 4mg/ml in 1ml amp.
Dexametasona 1.5mg Cmp.
Dexametasona 4mg Cmp.
Metoclopramida HCl 5mg/5ml Líquido oral
Metoclopramida HCl 10 mg Cmp.
Metoclopramide HCl 5mg/2ml inj

17.3 ANTIESPASMÓDICOS

17.4 ANTIINFLAMATORIOS

17.5 LAXANTES

Senna 7.5 mg Cmp.
Lactulosa 3.1-3.7g/5ml

17.6 Medicamentos utilizados en la diarrea

Loperamida 2mg Cap.

17.6.1 Rehidratación oral

Sales de rehidratación orales (OMS fórmula)
Sales de rehidratación de osmolaridad reducida

17.6.2 Medicamentos para diarreas en niños

Sulfato de Zinc 20 mg Cmp

18. HORMONAS, OTROS MEDICAMENTOS ENDOCRINOS Y ANTICONCEPTIVOS

18.1 HORMONAS SUPRARRENALES Y SUCEDÁNEOS

18.2 ANDRÓGENOS

Testosterona 200mg/ml
Lista complementaria

18.3 ANTICONCEPTIVOS

18.3.1 Anticonceptivos hormonales orales

Etinilestradiol and norgestrel 35mcg/1mg Cmp.
Levonorgestrel 1.5 mg Cmp

18.3.2 Anticonceptivos hormonales inyectables

Medroxioprogest.acet.150mg/ml, 1ml Iny

18.3.3 Dispositivos intrauterinos

18.3.4 Métodos barrera
Condoms

18.3.5 Anticonceptivos implantes

18.4 ESTRÓGENOS

Etinilestradiol 0.05g Cmp.

18.5 INSULINAS Y OTROS ANTIDIABÉTICOS

Glibenclamida 5mg Cmp.
Glucagón 1mg/ml Iny
Insul.intermedia isophanica 100 IU/ml, 10 ml MH
Insulina rapida (soluble) 100 IU/ml, 10 ml
Insul.retarda zinc susp.(lente) 100U/ml, 10 ml
Insulin, biphasic, 30/70
Metformina 500 mg Cmp

18.6 INDUCTORES DE LA OVULACIÓN

Clomifena citrato 500mg Cmp

18.7 PROGESTÁGENOS

Medroxyprogesterona acetate 5mg cmp.

18.8 HORMONAS TIROIDEAS Y ANTITIROIDEAS

Levotiroxina sodium 25 mcg Cmp.
Levotiroxina sodium 50 mcg Cmp.
Levotiroxina sodium 100 mcg Cmp.

Lista complementaria

19. PRODUCTOS INMUNOLÓGICOS

19.1 AGENTES DE DIAGNÓSTICO

19.2 SUEROS E INMUNOGLOBULINAS

19.3 VACUNAS

20. PREPARADOS OFTALMOLÓGICOS

20.1 ANTIINFECCIOSOS

Aciclovir 3% w/w pomada
Gentamicina 0,3%, 5ml Col.
Tetraciclina 1%, Pda. oft.

20.2 ANTIINFLAMATORIOS

Prednisolona 0.5% gotas oftálmicas Col.

20.3 ANESTÉSICOS LOCALES

Tetracaina HCl 0,5% gotas oftálmicas col 10ml

20.4 MIÓTICOS Y ANTIGLAUCOMATOSOS

Acetazolamida 250mg Cmp.
Timolol 0.5% oftalm, 5ml

20.5 MIDRIÁTICOS

Atropina 1%, 5ml Col. (eye drops)

20.6 OTROS

Oximetozolina 0.25% gotas oftálmicas

21. OXITÓCICOS Y ANTIOXITÓCICOS

21.1 OXITÓCICOS

Ergometrina 0.2mg Cmp
Misoprostol 200 microgramos Cmp
Metilergom. Maleate 0,2mg/ml, 1ml
Oxitocina 10UI/ml, 1ml Iny.

21.2 ANTIOXITÓCICOS

Nifedipina 10mg Cmp.

22. MEDICAMENTOS PSICOTERAPÉUTICOS

22.1 MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Fluoxetina 20mg Caps.
Fluphenazine 25mg/ml, 1ml
Haloperidol 5mg Cmp.
Haloperidol 5m/ml
Risperidal 1mg Cmps.

22.2 MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN TRASTORNOS DEL HUMOR

22.2.1 Medicamentos utilizados en trastornos depresivos
Amitriptilina 25mg cmp (pt)

22.2.2 Medicamentos utilizados en los trastornos bipolares
Carbamazepina 100mg Cmp.
Carbamazepina 200mg Cmp.
Valproico, Acido 100mg Cmp.
Valproico, Acido 200mg Cmp.

22.3 MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA ANSIEDAD GENERALIZADA Y LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO

22.4 MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN EL DESORDEN COMPULSIVO OBSESIVO

Clomipramine 10 mg Cap.
Clomipramine 25 mg Cap.

22.5 MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

23. MEDICAMENTOS QUE ACTÚAN EN LAS VIAS RESPIRATORIAS

23.1 ANTIASMÁTICOS Y MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA NEUMOPATÍA OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Aminofilina 100mg, Cmp
Aminofilina 25mg/ml, 10ml Iny.
Beclometasona 50 mcg/dose inh. 200 doses

Salbutamol 0,5mg/ml, 1ml iny
Salbutamol 0,1mg/dose 200 doses

23.2 OTRO MEDICAMENTOS QUE ACTÚAN EN LAS VIAS RESPIRATORIAS

Bromhexin (AMBROXOL 100 ml)

24. SOLUCIONES CORRECTORAS DE LOS TRASTORNOS HIDRO-ELECTROLÍTICOS Y DEL EQUILIBRIO ACIDOBÁSICO

24.1 ORALES

Sales de rehidratacion orales (OMS formula)

24.2 PARENTERALES

Bicarbonato sodico 8.4%, 20ml Solucion
Cloruro sodico 0.9%, 500ml Sro.
Glucosa (dextrose) 5%, 500 ml Sro.
Glucosa 50%(50ml) vial
Glucosa 4% con cloruro sodico 0.18% Iny.
Glucosa 5% con cloruro sodico 0.9% Iny.
Glucosa 5% con cloruro sodico 0.45% Iny.
Potasio cloruro 11.2% en 20 ml amp
Ringer's lact. (Hartmanns) solution, 500 ml

24.3 DIVERSOS

Agua destilada, 5ml
Agua destilada 10ml

25. VITAMINAS

Acido Ascórbico 50 mg Cmp.
Ergocalcifrol 1.25 mg (50 000 UI)
Piridoxina HCl 25 mg cmp.
Retinol 100.000UI Caps.
Retinol 200.000UI Caps.
Tiamina HCl 50mg Cmp. Complex
Multivitaminas
Multivit. Para 500ml

Salmeterol, 25 mcg/dose Inh.
Vitamina B (Complex)

Lista complementaria

26. CONDICIONES EN NIÑOS DE OIDO, NARIZ Y GARGANTA

Ciprofloxacina 0.3% gotas oticas

27. MEDICAMENTOS ESPECIFICOS PARA CUIDADO NEONATAL

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Ácido fólico Antianémico	Raramente hipersensibilidad	Alergia al producto		Disminuye concentración de fenitoína	Seguro	Seguro	
Ácido valproico Antiepiléptico	Cansancio, irritabilidad, náuseas (12%), ataxia, temblor, pérdida del cabello, edema, alteración de función hepática	Insuficiencia hepática	Monitorizar función hepática en los primeros 6 meses	Pueden disminuir la concentración de A. Valproico: carbamazepina, fenitoína, cimetidina, fenobarbital	Posiblemente teratogénico. Riesgo de defectos del tubo neural	Compatible	Después de las comidas
Adrenalina Vasopresor	Ansiedad, temblor, taquicardia, hiperglucemia, arritmias, angor, IAM		Cardiopatía isquémica, diabetes mellitus, hipertensión, hipertiroidismo				
Albendazol Anthelmíntico	Dolor abdominal, diarrea, cefalea, zumbidos, hipersensibilidad	Embarazo, lactancia, niño < 1 año, alergia al fármaco	Tratar familiares próximos. Recuentos hematológicos periódicos en las primeras semanas		Contraindicado	Contraindicado	
Ambroxol Mucolítico	Trastornos GI, elevación de transaminasas	Embarazo, lactancia. Alergia al fármaco. Úlcera péptica activa			No utilizar	No utilizar.	
Aminofilina	Ver teofilina						

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Amitriptilina Antidepresivo	Anticolinérgico (sequedad de boca, retención urinaria etc.), hipotensión, sedación, temblor, fotosensibilidad, confusión, delirio	IAM reciente, manía, feocromocitoma, hepatopatía	Ancianos (50% de la dosis inicial), glaucoma, retención urinaria, hepatopatía, diabetes	Antiepilépticos: puede aumentar el riesgo de ataques. Puede aumentar el efecto depresor respiratorio de analgésicos opioides (p.ej. Tramadol)	Posiblemente teratogénico en el 1er trimestre. Parece aceptable si hay riesgo materno	Compatible. Se excreta en pequeñas cantidades	
Amoxicilina Antibiótico	Reacciones alérgicas, shock anafiláctico, molestias gastro-intestinales	Hipersensibilidad a las penicilinas		Antiácidos: reducen la reabsorción No combinar con tetraciclinas o administrar horas antes que la tetraciclina.	Seguro	Se excreta en la leche y puede alterar la flora intestinal en el lactante.	
Ampicilina Antibiótico	Reacciones alérgicas, shock anafiláctico, molestias gastro-intestinales, exantema no alérgico	Hipersensibilidad a las penicilinas		Antiácidos reducen la reabsorción. Disminuye el efecto de anticonceptivos orales. No combinar con tetraciclina o administrar horas antes que la tetraciclina	Seguro	Se excreta en la leche y puede alterar la flora intestinal en el lactante	

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Atenolol Betabloqueante cardioselectivo: antihipertensivo antiarrítmico antianginoso	Bradicardia, hipotensión, impotencia en hombres, broncoespasmo, tos	Insuficiencia cardíaca descompensada, bradicardia <50/min., bloqueo AV 2º o 3º grado, asma moderado o severo, claudicación intermitente	Asma, depresión, hepatopatía, diabetes mellitus	Aumenta el efecto de teofilina. AINES: reducen el efecto hipotensor. Digitálicos: aumento de riesgo de bloqueo A-V. Estrógenos: antagonizan efecto hipotensor	Riesgo de daño fetal, retraso de crecimiento intrauterino. Parece aceptable si hay riesgo materno	Se excreta en la leche materna. Monitorar efectos en el niño.	
Beclometasona Antiinflamatorio (grado moderado y severo)	Candidiasis oral, a dosis altas sistémicas y uso prolongado: vea prednisolona	Alergia al fármaco	Preferiblemente usar cámaras espaciadoras. Enjuagar la boca con agua tras su uso. TB		Puede afectar a las glándulas suprarrenales fetales. Parece aceptable si hay riesgo materno	Parece aceptable si hay riesgo materno.	
Benzilpenicilina (Penicilina G) Antibiótico	Reacciones alérgicas, shock anafiláctico, molestias gastro-intestinales	Hipersensibilidad a las penicilinas		Disminuye el efecto de anticépticos orales. No combinar con tetraciclinas o administrar horas antes que la tetraciclina	Seguro	Se excreta en la leche y puede alterar la flora intestinal en el lactante.	

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Benzilpenicilina Benzatina (Penicilina G-benzatina) Antibiótico	Reacciones alérgicas, shock anafiláctico, molestias gastro-intestinales	Hipersensibilidad a las penicilinas		Disminuye el efecto de anticépticos orales. No combinar con tetraciclinas o administrar horas antes que la tetraciclina	Seguro	Se excreta en la leche y puede alterar la flora intestinal en el lactante.	
Benzilpenicilina Procaína (Penicilina G-procaína) Antibiótico	Reacciones alérgicas, shock anafiláctico, molestias gastro-intestinales	Hipersensibilidad a las penicilinas		Disminuye el efecto de anticépticos orales. No combinar con tetraciclinas o administrar horas antes que la tetraciclina	Seguro	Se excreta en la leche y puede alterar la flora intestinal en el lactante.	
Benzoilo, peróxido Antiacnéico	Irritación, descamación, dermatitis alérgica de contacto	Alergia al compuesto					

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Biperiden Antiparkinsoniano	Sequedad oral, midriasis, cícloplejia, taquicardia, palpitaciones, confusión	Glaucoma, broncoespasmo severo, estenosis pilórica, hipertrofia prostática	Retención urinaria, insuficiencia cardíaca, renal o hepática, estenosis mecánica del tracto digestivo	Efectos secundarios se pueden potenciar con otros medicamentos con efectos similares	Utilizar con cuidado	Utilizar con cuidado.	Después de comidas
Bisacodil Laxante	Retorciones abdominales	Dolor abdominal no diagnosticado, obstrucción intestinal	Riesgo de habituación, hipopotasemia		Parece aceptable si hay riesgo materno.	Parece aceptable si hay riesgo materno.	Después de la cena
Butilescopolamina Espasmolítico	Sequedad oral, midriasis, cícloplejia, taquicardia, palpitaciones, alucinaciones	Glaucoma, broncoespasmo severo, estenosis pilórica, hipertrofia prostática	Taquicardia, insuficiencia cardíaca, renal o hepática, asma, hipertiroidismo, prostatismo	Los efectos secundarios se pueden potenciar con otros medicamentos con efectos similares	Utilizar con cuidado	Utilizar con cuidado.	

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Carbamazepina Antiepiléptico	Sedación, mareo, nistagmus, ataxia, náuseas, neuropatía, ictericia, leucopenia, anemia aplásica		Control de hemograma bisemanal en primeros tres meses	Disminuye el efecto de anticoagulantes, anticonceptivos orales, ácido valproico, diazepam, haloperidol, isoniazida, fenitoína	Riesgo de defectos del tubo neural. Riesgo de hemorragia en .del RN. (dar Vit. K)	Cantidad excretada en la leche probablemente demasiado pequeña para causar daño.	
Carbón activado Absorbente intestinal.	Náuseas, vómitos, estreñimiento, coloración negra de las heces	No administrar con antidotos específicos, puede impedir su absorción	Disminuye la absorción de múltiples fármacos	Disminución de la absorción de digital y paracetamol			
Captopril Antihipertensivo (inhibidor de ECA)	Tos (20%), erupción cutánea, cefalea, mareos, eccema, edema angioneurótico	Embarazo, alergia al compuesto, enfermedad renovascular, insuficiencia renal	Riesgo de hipotensión en primera dosis.	Los AINES reducen el efecto hipotensor	Evitar	Se excreta en peñías can-tidades. Compatible.	1 hora antes de las comidas

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Ciprofloxacina Antibiótico	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, cefalea, pruritus, anorexia, fotodermatitis, halucinaciones, convulsiones	Embarazo, lactancia, alergia al fármaco	No utilizar en niños y adolescentes por posible daño a articulaciones	Los AINES aumentan el riesgo de convulsiones Sulfato ferroso reduce la absorción intestinal	No utilizar	No utilizar	
Cloranfenicol Antibiótico	Leucopenia, trombopenia, raramente anemia aplásica	Alergia al fármaco, lactancia	Hemogramas periódicos. Evitar uso concomitante de fenitoína	Rifampicina: disminuye el efecto cloranfenicol, Paracetamol: lo puede alterar	Próximo al término riesgo del síndrome gris	Contraindicado.	
Clorfenamina Antihistamínico	Sequedad de boca, midriasis, cicloplejia, sedación, hipotensión, nerviosismo paradójico	Embarazo, lactancia, alergia al fármaco.	Epilepsia, glaucoma, hepatopatía	Los efectos secundarios se pueden potenciar con otros medicamentos de efectos similares	Evitar, sobre todo en el primer trimestre	No utilizar	

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Clorpromazina Antipsicótico (neuroléptico), antiemético	Sedación, somnolencia, sequedad de boca, visión borrosa, síntomas extrapiramidales, hipotensión, alteraciones cardíacas, ictericia, leucopenia, fotodermatitis	Alergia a fenotiazinas, agranulocitosis	Cardiopatía, E.de Parkinson, epilepsia, nefropatía, glaucoma, hipertrofia de próstata o retención urinaria, hepatopatía. Moinitorizar periódicamente TA, pulso, función hepática, hemograma	Antácidados: disminuyen su resorción. El efecto puede potenciarse por: diazepam, amitriptilina, beta-bloqueantes	Parece aceptable si hay riesgo materno. El uso de altas dosis en el primer trimestre puede ser teratogénico	Puede producir galactorrea en la madre y sedación en el lactante. Supervisar.	
Codeína Antitusivo, analgésico opiáceo	Estreñimiento, somnolencia, miosis, depresión respiratoria, íleo paralítico	Depresión respiratoria, riesgo de íleo, abdomen agudo	Puede causar dependencia, reducir dosis en insuficiencia renal	Antidepresivos tricíclicos: prolongación y potenciación del efecto depresor respiratorio. Combinación con clorpromazina: puede producir hipotensión y depresión del SNC.	Posible depresión de la respiración en el RN	Se excreta en pequeñas cantidades. Compatible.	

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Cotrimoxazol (Trimetoprim-Sulfametoxazol) Quimioterápico (sulfonamida)	Trastornos GI, alergia, rash, urticaria, prurito, lupus eritematoso, cefalea, depresión, fotodermatitis, fiebre, nefrotóxico	Alergia a sulfonamidas o fármacos relacionados, embarazo a término, niños < 2 meses, anemia megaloblástica, obstrucción urinaria	Déficit de G-6-P-desidrogenasa	C.: reduce el efecto de anticonceptivos orales. Antiácidos reducen su resorción intestinal. C.: aumenta el efecto de anticoagulantes orales	Teóricamente riesgo teratogénico. puede producir ictericia y anemia hemolítica en el RN	Compatible excepto en niños prematuros con hiperbilirubinemia o déficit de encima G6PD.	
Diazepam Tranquilizante, ansiolítico	Somnolencia 5%, confusión 0,8%, depresión 0,3%, descenso de TA, depresión respiratoria	Miastenia gravis, glaucoma, embarazo, lactancia	Puede causar dependencia. Evitar combinación con levodopa	Aumentan concentración: ácido valproico, propranolol, cimetidina, fenitoína	Posiblemente teratogénica. Evitar si es posible	Evitar.	
Diclofenaco Antiinflamatorio no esteroideo	Molestias gastrointestinales (5-30%), dispepsia, gastritis erosiva, úlcus, disminución del filtrado glomerular, retención hidrosalina	Antecedentes de alergia a ácido salicílico u otros AINEs, úlcus péptico activo	Edad >65, antecedente de úlcus péptico, embarazo, lactancia. Antiácidos: reducen su resorción	Inhibidores ACE (reduce el efecto hipotensor), antiagregantes, diuréticos: Aumenta concentración de aminoglicósidos	Puede cerrar ductus arteriosus, puede prolongar el parto. Evitar	Se excreta en cantidades mínimas. Compatible.	Con alimentos

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Dihidralazina Antihipertensivo, vasodilatador	Taquicardia, palpitaciones, raramente Lupus eritematoso	Cardiopatía isquémica, valvulopatía mitral, aneurisma disecante	Disminución brusca de TA		Posiblemente teratogénica. Evitar hasta tercer trimestre	Se excreta en cantidades mínimas. Seguro.	
Doxiciclina Antibiótico	Náuseas, vómitos, diarrea. Raro: alergia, fotosensibilización	Embarazo, lactancia, niños de <8 años por tinción dental, alergia al fármaco	Tomar con un vaso de agua para evitar irritación esofágica. Nunca usar tetraciclinas caducadas	No combinar con antiácidos o sulfato ferroso. Antiépilepticos: reducen concentración de doxiciclina	Efectos adversos en dientes y huesos, posiblemente teratogénica	No usar.	Evitar su administración con comidas por reducción reducida.
Eritromicina Antibiótico	Vómitos, diarrea. Alergia	Hipersensibilidad, tratamiento con tetraciclina o astemizol	Porfiria, hepatopatía	Eritromicina: puede aumentar la concentración de ácido valproico, carbamazepina y teofilina	Segura	Se excreta con la leche. Seguro.	En ayunas con 1 vaso de agua

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Estreptomicina Antibiótico (aminoglucósido)	Toxicidad acústica, zumbidos, nefrotóxico (5-20%), bloqueo neuromuscular, hipersensibilidad	Miastenia gravis	Audiometrías frecuentes con el uso prolongado	Furosemida: aumenta riesgo de toxicidad ótica y renal. Estreptomina puede aumentar el efecto de anticoagulantes	Riesgo de daño del nervio ótico y el vestibular. Evitar si es posible	Se excreta en la leche, pero la absorción es escasa.	
Ethinilestradiol Hormona sexual (Estrógeno)	Náuseas, alteraciones del flujo menstrual, cefalea, calambres	Embarazo, lactancia, sangrado vaginal no diagnosticado, IAM, fumadoras > 35 años, enfermedad tromboembólica y TVP, diabetes, porfiria, depresión, cefaleas severas, hepatopatía, antecedente de cáncer de mama o endometrio	Hiperplasia endometrial, fibroma uterino, enfermedad fibroquística de la mama, endometriosis, HTA	Disminuyen el efecto de E.: fenitoína, carbamazepina, cotrimoxazol, griseofulvina, penicilinas, rifampicina, tetraciclina. Aumento de concentración de E. por amitriptilina y betabloqueantes	No utilizar	No utilizar.	

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Ethinilestradiol / Norgestrel Anticonceptivo hormonal (Estrógeno y progestágeno)	Náuseas, alteraciones del flujo menstrual, aumento de peso, granos y manchas, varices, ictericia colostática, adenomas hepáticos, candidiasis, cefalea, irritabilidad, depresión, HTA, enfermedad tromboembólica	Embarazo, lactancia, sangrado vaginal no diagnosticado, IAM, enfermedad tromboembólica y TVP, hepatopatía, antecedente de cáncer de mama o endometrio	Hiperplasia endometrial, fibroma uterino, enfermedad fibroquística de la mama, endometriosis, HTA	Disminuyen el efecto: fenitoína, carbamazepina, cotrimoxazol, griseofulvina, penicilinas, rifampicina, tetraciclina. Aumento de concentración por amitriptilina y betabloqueantes	No utilizar	No utilizar.	
Fenitoína Antiepiléptico	Dependiente de la dosis: náuseas, nistagmus, ataxia, confusión. Hiperplasia gingival, alteraciones dentales, acné, neuropatía, lupus eritematoso, leucopenia		En caso de suspensión del fármaco, realizarla gradualmente. Monitorizar concentración plasmáticas si es posible. Reducir dosis en hepatopatía	Reduce la concentración de amitriptilina, teofilina y tiroxina. Antipsicóticos: pueden antagonizar el efecto antiépiléptico. Ácido fólico: reduce la concentración	Teratogena. Hemorragias en el RN. Siempre que sea posible sustituir por otro medicamento antiépiléptico	Probablemente no daña para el lactante.	

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Fenobarbital Antiepileptico	Dependiente de la dosis: sedación, nistagmus, ataxia, dificultad para el aprendizaje. Anemia megaloblástica, rash, dermatitis exfoliativa	Ancianos. Disminución de la función respiratoria. Porfiria	Monitorizar niveles plasmáticos. Para retirar el fármaco, disminuir la dosis durante meses. Produce tolerancia	Puede disminuir concentración de ácido valproico, anovulatorios orales, cimetidina, cloranfenicol, teofilina. Antipsicóticos: pueden antagonizar el efecto antiepileptico	Riesgo de malformaciones menores, retraso de crecimiento intrauterino, hemorragia en el RN (administrar Vit. K)	Adormecimiento en el lactante. Debe utilizarse con supervisión de dosis y vigilancia del niño.	
Fitomenadiona (Vitamina K) Hemostático	Irritación venosa, flebitis, reacciones alérgicas, hematomas	Hipersensibilidad a la vitamina K	Evitar sobredosificación. No emplear por vía i.m. durante tratamiento anticoagulante	Disminución del efecto de anticoagulantes			
Fluorescina Diagnóstico	Puede producir irritación ocular e hipersensibilidad	Alergia al compuesto	Si previamente se ha administrado anestésico, esperar 5 minutos				

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Furosemida Diurético	Hiponatremia, hipopotasemia, hipotensión, deshidratación, hiperglucemia	Alergia a fármacos derivados de sulfonamidas, encefalopatía hepática		AINES y fenitoína: reducen el efecto. Aminoglucósidos: aumento de riesgo de ototoxicidad y nefrotoxicidad. Captopril: aumento de respuesta hipotensora	Evitar uso en el primer trimestre. Parece aceptable si hay riesgo materno. No usar como antihipertensivo	Se excreta en la leche en pequeñas cantidades. Compatible.	
Gentamicina Antibiótico (aminoglucósido)	Toxicidad acústica, zumbidos, nefrotóxico (5-20%), bloqueo neuromuscular, hipersensibilidad	Miastenia gravis	Audiometrías frecuentes con el uso prolongado	Furosemida: aumenta riesgo de toxicidad. Puede aumentar el efecto de anticoagulantes	Posiblemente puede afectar desarrollo fetal. Utilizar solo en infecciones con riesgo vital	Se excreta en la leche, pero la absorción en el tracto intestinal es escasa.	
Glibenclamida Hipoglucemiante	Hipoglucemia prolongada, sobre todo en ancianos e insuficiencia renal. Náuseas, ardor retroesternal, eritema, prurito, reacciones alérgicas severas	Embarazo, lactancia, historia de reacciones adversas a sulfonilureas o sulfonamidas	Insuficiencia renal: aumenta efecto. Ancianos. Los betabloqueantes pueden enmascarar síntomas de hipoglucemia	Cloranfenicol y cotrimoxazol: pueden aumentar el efecto Anticonceptivos orales, furosemida y tiazidas: pueden antagonizar efecto hipoglucemiante	No usar	No usar	30 minutos antes de la comida

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Griseofulvina Antimicótico sistémico	Exantema, urticaria, náuseas, diarrea, cefalea	Embarazo, lactancia, insuficiencia hepática, alergia al fármaco, porfiria, lupus eritematosos	Evitar exposición solar. Posible teratogénico. Mujeres: deben utilizar métodos anticonceptivos hasta 1 mes después de terminar el tratamiento. Hombres: 6 meses	Reduce la eficacia de la anticoncepción oral y de los anticoagulantes	Evitar	Sin datos disponibles	Con las comidas (grasas) o con leche
Haloperidol Neuroléptico	Sequedad de boca, cicloplejía, distonía, parkinsonismo, hiperquinesia, alteraciones cardíacas	Enfermedad de Parkinson, feocromocitoma	Glaucoma, insuficiencia cardíaca, renal o hepática, asma, hipertiroidismo, prostatismo	Analgésicos opioides y benzodiazepinas: pueden aumentar depresión del SNC. Carbamazepina: reduce la concentración	Posible riesgo de teratogenicidad en dosis altas en el 1er trimestre. Después parece aceptable si hay riesgo materno	Puede producir galactorrea y sedación en el niño, se excreta en pequeñas cantidades. Evitar si posible.	

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Hidroclorotiazida Diurético	Hipopotasemia, hipotensión, deshidratación, hiperuricemia, hiperuricemia, gota, impotencia	Alergia a fármacos derivados de sulfonamidas, encefalopatía hepática	Hiperuricemia, gota, tratamiento con digoxina	AINES: reducen el efecto hipotensor. Digoxina: aumento del riesgo de toxicidad digital por hipokalemia	Riesgo de malformaciones, hipoglucemia, trombocitopenia muerte fetal	Se excreta en la leche.	
Hidrocortisona Corticoide de corta duración de acción	S. de Cushing, diabetes, hipertensión, osteoporosis, gastritis, úlcus péptico, susceptibilidad a las infecciones	Infección sistémica.	No suspender bruscamente el tratamiento. Periódicamente determinar glucemia, TA, presión ocular, gastritis o úlcus péptico	Evitar vacunar: respuesta inmunológica disminuida. Alteración del efecto de anticoagulantes orales. Efecto antagónico a antihipertensivos y diuréticos	Puede afectar a las glándulas suprarrenales fetales. Parece aceptable si hay riesgo materno	Puede excretarse en pequeñas cantidades.	
Hidróxido de aluminio Antiácido	Estreñimiento	Porfiria		Reducen la reabsorción de ácido salicílico, atropina, tetraciclina, digital, ranitidina, clorpromazina, cimetidina	Indicado	Indicado.	1-3 horas después de las comidas

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Ibuprofeno Antiinflamatorio no esteroideo	Molestias gastrointestinales (5-30%), dispepsia, gastritis erosiva, ulcus,, disminución del filtrado glomerular, retención hidrosalina	Antecedentes de alergia a ácido salicílico u otros AINEs, ulcus péptico activo. No usar en niños < 1 año	Edad >65, antecedentes de ulcus péptico, embarazo, lactancia. Antácidos: reducen su resorción	Inhibidores ACE, betabloqueantes: reduce el efecto hipotensor. Reduce el efecto de diuréticos. Anticoagulantes: aumentan riesgo de sangrado intestinal	Puede cerrar ductus arteriosus, puede prolongar el parto	Se excreta en cantidades mínimas	Con alimentos
Insulina Antidiabético	Reacción dérmica/lipohipertrofia o/atrofia en la zona de inyección, hipoglucemia, edema insulínico	Alergia al compuesto (muy raramente), hipoglucemia	Cambio del tipo de insulina: puede requerir ajuste de dosis		Indicado	Indicado	Dosis individualizada según el paciente
Levodopa / Carbidopa Antiparkinsoniano	Anorexia, náuseas, hipotensión postural, arritmias. Con el tiempo: pérdida de eficacia, disquinias, alucinaciones, psicosis	Glaucoma, historia previa de melanoma	No suspender bruscamente	Fenotiazina: antagoniza su efecto y aumenta parkinsonismo	No utilizar	No hay informaciones disponibles.	Después de las comidas.

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Levotiroxina Hormona tiroidea	Precipitación de angina o insuficiencia cardíaca, arritmias, pérdida de peso, temblor, calambres	Fase aguda de IAM, sospecha de hipertiroidismo, insuficiencia suprarrenal no tratada.	Cardiopatía, diarrea, malabsorción, ancianos	Potenciación del efecto de anticoagulantes orales	Compatible	Compatible.	
Lidocaína Anestésico local	Confusión, depresión respiratoria, convulsiones, hipotensión, bradicardia	Hipovolemia, bloqueo cardíaco completo. No emplear en combinación con adrenalina en órganos irrigados por arterias terminales ni en partes acras.	Epilepsia, insuficiencia hepática o respiratoria, bradicardia. Reducir dosis en pacientes mayores		Indicado	Se excreta en pequeñas cantidades. Compatible.	
Metformina Antidiabético	Acidosis láctica (raramente) sobre todo con insuficiencia renal, náuseas, diarreas	Insuficiencia hepática / renal o cardíaca severa, embarazo, lactancia, predisposición a acidosis láctica	Ancianos	Cimetidina: puede aumentar concentración	Contraindicado	Contraindicado	
Metildopa Antihipertensivo	Sequedad de boca, sedación, depresión, cefalea, bradicardia, impotencia, fiebre, retención hidrosalina	Antecedentes de depresión, hepatopatía activa	Disminuir dosis en ancianos	Sulfato ferroso: reduce la respuesta hipotensora. Evitar su asociación	Hipotensor de elección	Se excreta en la leche. Compatible.	

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Metoclopramida Antiemético	Somnolencia, mareos, sedación, diarrea, síntomas extrapiramidales. En tratamiento prolongado: galactorrea, disquinesias tardías	Disquinesias tardías por neurolépticos, posible obstrucción intestinal. Evitar su uso hasta 3-4 días después de cirugía abdominal. Alergia al fármaco. Epilepsia	Puede enmascarar enfermedad de base. Puede aumentar síntomas en enfermedad de Parkinson		No teratogéno. Parece aceptable si hay riesgo materno	Consi- derar posibles efectos sobre el lactante.	Tomar 10-20 minutos antes de las comidas
Metronidazol Antibiótico	Náuseas, vómitos, cefalea, orina oscura, trombocitopenia, en tratamientos prolongados neuropatía periférica	Primer trimestre de embarazo. Alergia a nitroimidazoles	Enfermedad del SNC. Disminuir dosis en enfermedad hepática severa	Aumenta el efecto de anticoagulantes orales. Cimetidina: aumenta la concentración	Evitar uso en el primer semestre del embarazo. Después parece aceptable si hay riesgo materno	Si se adminis- tra dosis única, suspender lactancia por 24 horas y luego re- anudar.	Con comida

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Nifedipina Antagonista del calcio: antihipertensivo, antianginoso, vasodilatador	Sofocos, enrojecimiento facial, edemas periféricos, náuseas, estreñimiento, hipotensión, sequedad de boca	Alergia a las dihidropiridinas, shock cardiogénico, hipotensión severa, bloqueo A-V de 2º o 3º grado, porfiria.	Insuficiencia cardíaca coronaria: la administración sublingual puede producir un descenso brusco de la TA. Discontinuar si aparece o aumenta el angor tras iniciar el tratamiento	Aumenta la concentración de betabloqueantes. Nitroglicerina: puede potenciar el efecto hipotensor Cimetidina: aumenta la concentración plasmática	Experiencia limitada. Utilizar en HTA severa que no responde a otros fármacos. Parece aceptable si hay riesgo materno	Se excreta en la leche. Compatible.	
Nistatina Antimicótico	Raramente alergia, eritema, prurito. En aplicación oral: síntomas gastro-intestinales	Alergia a antimicóticos polienos	Lavar y secar zona a tratar. No emplear terapia oclusiva. Evitar contacto con los ojos		Aplicación local probablemente sin riesgo	Aplicación local probablemente sin riesgo	
Nitrofurantoina Antiinfeccioso urinario	Náuseas, vómitos, erupciones. Neuropatía periférica. hepatopatía. La orina puede colorarse de amarillo o marrón	Insuficiencia renal, embarazo a término, deficiencia de G-6 P-deshidrogenasa	Cuidado en ancianos. Glucosurias falsamente positivas	Antiácidos: pueden reducir la absorción intestinal de nitrofurantoina	Puede producir hemólisis neonatal cuando administra próximo al término	Se excreta en la leche Compatible.	Con alimentos.

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Nitroglicerina Vasodilatador periférico, antianginoso	Cefalea, taquicardia, hipotensión, síncope, sofoco, rubefacción, náuseas, dolor abdominal, pérdida de control de esfínteres	Alergia a nitratos, shock cardiogénico, anemia severa, TEC, hemorragia subaracnoidea	Desarrollo de tolerancia: evitar con terapia intermitente. Cuidado en ancianos, IAM reciente, hipotensión, hipovolemia	Aumenta el efecto hipotensor de otros antihipertensivos y diuréticos	Parece aceptable si hay riesgo materno	No se sabe si se excreta en la leche.	
Oximetazolina Descongestivo adrenérgico tópico oftálmico	Escozor, quemazón, visión borrosa, congestión de rebote	Glaucoma de ángulo estrecho, enfermedades cardiovasculares, hipertiroidismo, alergia a alguno de los componentes					
Oxido de zinc Protector dérmico	Lesiones granulomatosas	Dermatitis inflamatorias agudas o subagudas. Alergia a componentes	No aplicar en piel lesionada. Evitar contacto con mucosas				

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Oxitocina Estimulante del parto	Espasmo uterino, a dosis elevadas contracción uterina intensa y asfíxia fetal, retención de líquidos, HTA, hemorragia subaracnoidea, arritmias	Desproporción pelvi-cefálica, enfermedad cardíaca/renal / pulmonar/ hepática activa, contracciones uterinas hipertónicas, placenta previa, predisposición a rotura uterina	Mujeres > 35 años, antecedente de sepsis uterina, evitar administración en bolos >5 UI por riesgo de hipotensión				
Paracetamol Analgésico, antipirético	Toxicidad hepática a dosis elevadas o uso prolongado, Raro: rash, aplasia medular, fiebre, hipoglicemia		Aumenta el riesgo de insuficiencia renal asociado a AINES. Evitar dosis superiores a 2 g/día	Disminuye los valores de glucosa en sistemas de detección por tiras	Seguro	Seguro. Preferible administrar después de las tomas.	
Prednisolona Corticoide con duración de acción intermedia	S. de cushing, diabetes, hipertensión, osteoporosis, gastritis, úlcus péptico, susceptibilidad a las infecciones	Infección sistémica	No suspender bruscamente el tratamiento. Periódicamente determinar glucemia, TA, presión ocular, gastritis o úlcus péptico	Evitar vacunar: respuesta inmunológica disminuida. Alteración del efecto de anticogulantes orales. Efecto antagónico a hipotensores y diuréticos	Puede afectar a las glándulas suprarrenales fetales. Parece aceptable si hay riesgo materno	Puede excretarse en pequeñas cantidades	

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Prometazina Antihistamínico H1, sedante	Sedación, efectos anticolinérgicos: sequedad de boca, retención urinaria, visión borrosa	Embarazo, lactancia, alergia al fármaco	Epilepsia, hipertrofia prostática, glaucoma, hepatopatía. En ancianos reducir dosis al 33-50%	Amitriptilina: puede aumentar el efecto anticolinérgico y la sedación	Contraindicado	No se dispone de suficientes datos.	
Popranolol Betabloqueante no cardioselectivo: antihipertensivo antiarrítmico antianginoso	Bradycardia, hipotensión, impotencia en hombres, broncoespasmo, tos	Insuficiencia cardíaca descompensada, bradicardia <50/min., bloqueo AV 2º o 3º grado, asma moderado o severo, claudicación intermitente	Asma leve, depresión, hepatopatía, diabetes mellitus	Aumenta el efecto de teofilina: evitar la asociación. AINES: reducen el efecto hipotensor. Calcioantagonistas: aumentan concentración	Riesgo de daño fetal, retraso de crecimiento intrauterino. Parece aceptable si hay riesgo materno	Se excreta en la leche materna. Monitorear efectos en el niño.	
Ranitidina Antiulceroso (Antagonista H2)	Alteración del ritmo intestinal, mareos, cansancio, confusión reversible. Raramente: hepatitis severa	Alergia al fármaco		Separar de la toma de antiácidos. Aumenta el efecto de glibenclámina: controlar glucemia	No se ha observado teratogenicidad. Parece aceptable si hay riesgo materno	Se excreta en la leche. Compatible.	

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Retinol (Vitamina A) Vitamina	Administración crónica en dosis alta: náuseas, alteraciones psiquiátricas, edema papilar		Insuficiencia renal o hepática	Hepatotóxico en combinación con INH	No dar dosis excesivas (>3.300 UI/día)	Aceptable hasta dosis de 6.000 UI./ día.	
Rifampicina Antibiótico	Náusea, alteraciones de enzimas hepáticas, ictericia, urticaria, rash, leucopenia	Embarazo. Ictericia. Porfiria	Tinción roja de saliva y secreciones	Puede reducir el efecto de anticonceptivos orales	No utilizar, sobre todo en los primeros 3 meses	Se excreta con la leche. Compatible	
Salbutamol Broncodilatador (β2 agonista selectivo de acción corta)	Temblores finos de las manos, palpitaciones, taquicardia, cefalea, nerviosismo, hiperglucemia, hipopotasemia después de dosis altas	Alergia al fármaco. Embarazo, lactancia	Hipertiroidismo, cardiopatía isquémica, HTA, ancianos, diabetes mellitus	Los β-bloqueantes antagonizan su acción. Riesgo de hipokalemia cuando se asocia a diuréticos	No se dispone de estudios clínicos suficientes. Posible taquicardia en el feto		
Sulfato ferroso Antianémico (suplemento de hierro)	Epigastralgia, náuseas, diarrea, erupción cutánea, estreñimiento, coloración negra de las heces	Anemia con niveles de ferritina elevados. Hemosiderosis, hemocromatosis	Úlcera péptica, gastritis, colitis ulcerosa: los síntomas pueden aumentar	Tetraciclina: reducen la absorción de sulfato ferroso	De elección	De elección.	Antes de las comidas (aumentar la absorción).

Fármaco	Efectos secundarios	Contraindicaciones	Precaución	Interacciones	Embarazo	Lactancia	Comida
Teofilina Broncodilatador	Náuseas, cefalea, irritabilidad, insomnio, hipoglucemia	Alergia al fármaco. Insuficiencia hepática severa, hipopotasemia severa, porfiria severa	Hepatopatías, hipertiroidismo, cardiopatía isquémica, HTA severa, anemia, diabetes mellitus, epilepsia, glaucoma, úlcera gástrica	Aumentan su concentración.: betabloqueantes, cimetidina, INH, eritromicina. Reducen su concentración: carbamazepina, fenitoína, rifampicina	De elección. Puede causar taquicardia transitoria, irritabilidad y vómitos en el RN	Puede causar irritabilidad en el lactante. Compatible.	
Timolol Antiglaucomatoso, betabloqueante	Sequedad ocular, conjuntivitis alérgica	Agudización de asma, bradicardia, bloqueo A-V, insuficiencia cardiaca	Asma, EPOC, diabetes mellitus	Aumenta el efecto de teofilina	Riesgo de daño fetal, retraso de crecimiento intrauterino. Parece aceptable si hay riesgo materno	Se excreta en la leche materna. Monitorear efectos en el niño.	
Tramadol Analgésico	Mareo, náuseas, vómitos, cansancio, sequedad de boca, estreñimiento, espasmo de la vía biliar, retención de orina, broncoespasmo, visión borrosa, sudoración, miosis. Dependencia, tolerancia	Embarazo, lactancia, niños < 1 año. Depresión respiratoria aguda, abdomen agudo, TEC	En tratamiento prolongado: dosificación progresiva con vigilancia del paciente. Asociar a laxantes. No suspender bruscamente	Antidepresivos tricíclicos: prolongación y potenciación del efecto depresor respiratorio. Combinación con clorpromazina: puede producir hipotensión y depresión del SNC	Falta de experiencia, No utilizar	Falta de experiencia, No utilizar	

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Saharaui. Guía terapéutica para la Atención Primaria. Medico Internacional, editor; 2002.
2. Ministerio de Salud Saharaui. Guía para la Atención Primaria Saharaui; 2010.
3. Organización Mundial de la Salud. Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual; 2005.
4. World Health Organization. Guidelines for Management of Bronchial Asthma in India at Primary and Secondary Levels of Health Care. 2005.
5. Organización Mundial de la Salud. Módulos de capacitación para el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual; 2008.
6. Organización Panamericana de la Salud. Manejo clínico de trastornos mentales en atención primaria de la salud; 2011.
7. Carlavilla A, Castellbon F, Garcia J, Gracia V, Ibero C, Lalueza A, et al., editors. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Madrid: MSD; 2007.
8. Casado S, Otero S, Sangrador A, Gómez N. Boletín del uso racional del medicamento. In: Servicio de farmacia de APS en Cantabria, editor. Infecciones del tracto respiratorio superior en el adulto; 2008.
9. Ministry of Health South Africa. South African Primary Health Care guidelines 2008.
10. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, et al. Harrison. Principios de Medicina Interna: Mc Graw Hill; 2009.
11. Gilbert D, Moellering R, Eliopoulos G, Chambers H, Saag M. Guía Sanford de tratamiento antimicrobiano. 40, editor; 2010.
12. Jimenez A. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Grupo SANED, editor: Consejo Hospitalario de Toledo,; 2010.
13. Ministerio de Salud de Cuba. Guía terapéutica para la Atención Primaria de Salud. Ciencias Médicas, editor; 2010.
14. García-Herrera J, Noguera E, Muñoz F. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Grupo para el estudio de la depresión en Atención Primaria (GAEDAP), editor; 2011.
15. Medimecum. Guía Terapéutica farmacológica. Madrid: Adis; 2011.
16. Molina J, Torre M. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. Mellado M, editor; 2011.
17. Fernández R, Serrano C, Corral S. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe. Distrito Sanitario Aljarafe, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, editors. Sevilla; 2012.
18. Sociedad Española de Medicina de Familia. Guías Clínicas (varias). SEMFYC; 2013 [updated 25 de Marzo de 2013; cited 2013]; Available from: <http://www.semfyc.es/es/biblioteca/virtual/>.
19. FISTERRA. Guía clínica de actividades preventivas (varias). 2013 [25 de Marzo de 2013]; Available from: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/actividades-preventivas/>.
20. FISTERRA. Guías clínicas (varias). FISTERRA; 2013 [cited 2013 25 de Marzo de 2013]; Available from: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/>.
21. Lasiad J. Cólera A00-0 (presentación power point); 2013.

