

GUIAS DE MANEJO DE LAS 10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN MANIZALES (Tercera y última entrega)

DOCENTE DR. JORGE URIEL LÓPEZ HERRERA,
COAUTORES ESTUDIANTES: ADRIANA MORALES ACOSTA, JEFFERSON PERDOMO CORDOBA,
LEONARDO MURILLO RAMÍREZ Y OSCAR DAVID PALMA LOZADA

Guía de manejo (6) Dolor lumbar

Definición

El dolor lumbar es un síndrome que se presenta en el 80 a 90 por ciento de la población adulta en algún momento de su vida y frecuentemente se manifiesta con episodios repetitivos.

El dolor agudo o crisis se define como la situación que provoca intolerancia a la actividad cotidiana, por dolor en la parte baja de la espalda o por síntomas en los miembros inferiores, durante un período inferior a los tres meses. El dolor lumbar agudo tiende a mejorar entre 4 a 6 semanas en el 90% de los pacientes, así no se conozca exactamente la causa anatómica o fisiológica que lo produjo. Los pacientes con dolor recurrente necesitan un enfoque diagnóstico y manejos similares para los diferentes episodios.

Clasificación

Según la presentación e intensidad del dolor lumbar, se puede clasificar en tres categorías:

DOLOR LUMBAR NO RADICULAR: cuando el dolor es regional, sin irradiación definida y sin evidencia de compromiso en el estado general del paciente.

DOLOR LUMBAR RADICULAR (LUMBO-CIÁTICA): se acompaña de síntomas en el miembro inferior que sugiere un compromiso radicular.

LUMBALGIA COMPLEJA, o potencialmente catastrófica: el dolor aparece después de un accidente importante, con o sin lesión neurológica.

Se habla de "síndrome de cauda equina" (cola de caballo) cuando el paciente presenta, además del dolor, hallazgos neurológicos en ambos miembros inferiores, compromiso esfinteriano y de la sensibilidad perineal en silla de montar.

DOLOR LUMBAR NO RADICULAR: Es la presentación más frecuente de dolor lumbar. La molestia es regional, no se irradia y se modifica con el movimiento o con cambios de posición. Con frecuencia se ha denominado también lumbalgia mecánica, postural, funcional o muscular. Los hallazgos clínicos son escasos.

En algunos pacientes se aprecia falta de acondicionamiento físico: debilidad de los músculos abdominales, acortamiento de los músculos isquiotibiales y trastorno postural.

Otros pacientes experimentan una crisis dolorosa por sobreuso: son personas normales que luego de una práctica exagerada en el deporte o en el trabajo y sin un acondicionamiento previo o entrenamiento, desarrollan dolor en la parte baja de la espalda. Los hallazgos radiológicos usualmente son negativos y la presencia

de signos de espondilosis, en pacientes de edad avanzada, no necesariamente explican el dolor.

Para los pacientes con dolor lumbar, los factores sobreagregados como la obesidad y el tabaquismo, empeoran el pronóstico.

Dolor lumbar radicular

• Enfermedad discal

Para definir la patología del disco intervertebral se utilizarán los siguientes términos:

- a. Profusión discal: el anillo del disco intervertebral está intacto, pero se observa engrosado o abultado.
- b. Extrusión discal: el núcleo pulposo ha penetrado el anillo fibroso y puede alojarse debajo del ligamento longitudinal posterior o aun romperlo.
- c. Disco secuestrado: el material nuclear ha roto su contención en el anillo y ligamento y los fragmentos libres entran en contacto con la raíz nerviosa. El material secuestrado ocasionalmente migra a otros niveles, superior o inferior del disco comprometido.

En la práctica clínica es muy difícil y poco práctico diferenciar estas posibilidades.

La hernia del núcleo pulposo ocurre en el 90% de las veces en los espacios L4-L5 y L5-S1.

La hernia L4 - L5 produce dolor lumbar, espasmo, escoliosis antálgica, cojera, sensación dolorosa en parte externa de la pierna, parte media del pie y en el hallux. Se encuentra debilidad dorsiflexora del pie y dedos y los reflejos osteotendinosos pueden estar normales.

La hernia L5-S1 igualmente da síntomas lumbares, espasmo, dolor glúteo, molestias en parte posterior del muslo, pierna y borde

externo del pie. Con frecuencia se encuentra arreflexia aquiliana y debilidad plantar flexora y en los músculos peroneos.

La lesión a nivel de L3 - L4 se manifiesta en la metámera L4 que se relaciona con la fuerza del cuádriceps, el reflejo patelar y la insensibilidad en banda en la cara lateral del muslo y medial de la pierna.

Para el diagnóstico de la hernia discal, es de gran valor semiológico el signo positivo de Lassegue. Al levantar la extremidad con la rodilla extendida, se reproduce o se incrementa el dolor en la extremidad. Este es más frecuente en hernias a nivel L4-L5 y su valor diagnóstico aumenta al encontrar el Lassegue contralateral.

La discopatía crónica por osteocondrosis, engrosamiento del anillo fibroso, esclerosis ósea, osteofitosis y estrechamiento del foramen intervertebral, puede comprimir la raíz nerviosa en la unidad funcional vertebral y producir un cuadro clínico de irritación radicular, o presentar el síndrome de dolor facetario con irradiación del dolor a la cadera, a la arcada inguinal y región proximal de la extremidad.

• Espondilolistesis

La espondilolistesis es un desplazamiento de una vértebra lumbar sobre su vecina inferior. Muchas veces se encuentra asociada con una espondilolisis en el pedículo de la vértebra que se desliza. La presentación más frecuente es a nivel L5-S1.

Desplazamientos mínimos pueden ser asintomáticos. Las espondilolistesis mayores, o sea, con deslizamientos por encima del 50% suelen ser sintomáticas y acompañadas de dolor radicular uni o bilateral.

La espondilolistesis y la espondilolisis son causales frecuentes de deformidades y de dolor lumbar radicular o no en pacientes jóvenes y adolescentes.

Historia clínica y examen físico

El médico debe observar al paciente como un todo, donde el área lumbosacra es apenas una parte de la exploración clínica. Debe evaluar el estado general, el examen regional y el análisis cuidadoso de su estado neurológico periférico. Se deben inspeccionar las deformidades, la simetría pélvica, la presencia de espasmos musculares, las posiciones antálgicas y la marcha. También debe observarse el movimiento lumbar, su relación con el dolor y buscar puntos dolorosos a la palpación.

Deben evaluarse las articulaciones de la cadera y las sacroilíacas, buscando su relación

con el dolor. Así mismo, debe examinarse la musculatura abdominal, los isquiotibiales y gastrosóleos.

Se sugiere una minuciosa inspección de las extremidades: estado articular, deformidades, permeabilidad vascular periférica y diferencia en la longitud mayor de 15 milímetros.

En la apreciación neurológica se resalta la importancia de la fuerza muscular, la sensibilidad y los reflejos osteotendinosos.

La prueba de tensión neurológica o signo de Lassegue tiene gran validez clínica cuando se acompaña de compromiso motor y sensitivo en la metámera correspondiente. El diagnóstico de irritación y posible compresión de la raíz nerviosa, se obtiene fundamentalmente en el examen clínico del paciente.

Semiología de las raíces nerviosas

Dolor	L4	Sensibilidad
DEBILIDAD MOTORA	PRUEBA TAMIZ	REFLEJOS
Extensión del cuádriceps	Dificultad para levantarse desde la posición de cuclillas	Patelar disminuido

Dolor	L5	Sensibilidad
DEBILIDAD MOTORA	PRUEBA TAMIZ	REFLEJOS
Para dorsiflexión del Hallux y del pie	Dificultad para la marcha sobre los talones	No constante

Dolor	S1	Sensibilidad
DEBILIDAD MOTORA	PRUEBA MATIZ	REFLEJOS
Para flexión plantar del Hallux y del pie	Dificultad para la marcha empujado	Aquiliano disminuido

Hallazgos semiológicos

- El dolor severo, no remitente, que se presenta aun en reposo y en la noche, puede sugerir presencia de tumor maligno, sobre todo si existen antecedentes de alto riesgo, como cáncer o pérdida de peso.
- Las fracturas o aplastamientos vertebrales aparentemente espontáneos orientan el diagnóstico de mieloma múltiple, linfoma, leucemia, o metástasis secundarias a carcinoma de mama, próstata, pulmón, estómago, tiroides, y osteoporosis.
- El dolor con pérdida del estado general, fiebre y sospecha de infección orientan el diagnóstico hacia osteomielitis espinal, discitis, abscesos peridurales o TBC.
- Con alguna frecuencia podemos observar espondiloartropatías inflamatorias, como la espondilitis anquilosante, que aparece entre los 20 y los 40 años de edad, con dolor y

rigidez dorsolumbar progresiva. La molestia tiene predominio matutino y los hallazgos característicos en la radiología son tardíos.

- Los pacientes con osteoporosis y otras enfermedades metabólicas óseas, pueden tener episodios vertebrales dolorosos. En pacientes ancianos, con o sin dolor lumbar importante, se observan en los estudios radiológicos cambios de envejecimiento o espondilosis (enfermedad degenerativa).

En el diagnóstico diferencial debemos analizar otras causas médicas, que se manifiestan con dolor lumbar: enfermedades renales, gastrointestinales, pélvicas, ginecológicas y vasculares (aneurisma disecante de la aorta, ateromatosis aortailíacas).

La actividad laboral del paciente debe ser evaluada de acuerdo con las tareas que realiza, para definir si participa en la génesis del dolor lumbar. La relación causal debe ser cuidadosamente examinada mediante un análisis ergonómico del puesto de trabajo, y debe realizarse tempranamente para evitar tratamiento médico que no lograría la mejoría del paciente.

El análisis del puesto de trabajo comprende el reconocimiento de las tareas que el paciente realiza en sus actividades laborales, identificando en ellas las posturas que deben adoptarse, las características del diseño de la estación de trabajo y las herramientas que se utilizan. También se miden los esfuerzos que deben realizarse y se cuantifica el número de movimientos a ejecutar. Con esta información se pueden encontrar las situaciones potencialmente nocivas y elaborar las recomendaciones para su modificación.

Lumbalgia en el embarazo

Se presenta casi en el 50% de las mujeres embarazadas y en la tercera parte llega a ser severo. La época de ocurrencia más frecuente es entre el quinto y séptimo mes de embarazo. El riesgo de padecer lumbalgia se incrementa en mujeres múltiparas.

El dolor lumbar del embarazo no siempre mejora con el parto y puede persistir en un buen número de casos. En la patogénesis se han sugerido causas vasculares, mecánicas por compresión, desequilibrio muscular y laxitud ligamentaria por influencia hormonal.

En su manejo debe informarse inicialmente a la paciente sobre el curso benigno de la enfermedad. Se indica higiene lumbar y medios físicos. En caso de requerir medicamentos, se utilizará acetaminofén. En el caso de diagnóstico de hernia discal, la cirugía se evitará, ya que generalmente son de buen pronóstico, y sólo está indicada en caso de que produzca incontinencia urinaria o intestinal.

Dolor lumbar no orgánico

Algunos pacientes tienen trastornos en su entorno psicosocial y puede aparecer la somatización, en una personalidad ya predispuesta. La tríada neurótica de ansiedad, depresión e hipocondriasis favorece esta situación. La singular autopercepción del dolor de estos pacientes, puede ser tomada del estilo de vida de su familia o de su estado cultural.

El paciente con dolor no orgánico es quejumbroso, sus dolores son múltiples, sin un patrón racional, difícilmente mira a los ojos del médico, puede realizar gesticulaciones desproporcionadas a su condición patológica. La digitopresión es dolorosa para el paciente en casi toda su espalda, sus respuestas a preguntas pueden ser agresivas, responder cosas diferentes a lo preguntado o entrar en relativo mutismo.

Durante el examen clínico, el paciente evita o rehusa activar alguna de sus articulaciones de los miembros inferiores por supuesto dolor y al dejarlas movilizar, expresa sensación dolorosa sin encontrar bases que expliquen este hallazgo. La marcha y la postura del paciente son atípicas, no se encuentra correlación lógica entre la evaluación motora y sensitiva, el doliente puede manifestar entumecimiento,

hipoestesia en toda la extremidad inferior sin seguir un dermatoma específico.

Ayudas diagnósticas

Para la gran mayoría de pacientes con dolor lumbar, con o sin radiculopatía, no son necesarios los estudios de radiología y laboratorio en las primeras cuatro semanas de evolución.

Justificaríamos las ayudas diagnósticas desde la primera consulta para determinados casos:

- Trauma evidente.
- Sospecha de enfermedad catastrófica en pacientes de alto riesgo.
- Para síndromes de cauda equina .
- Para los accidentes laborales bien definidos.

La mayoría de pruebas de laboratorio son inespecíficas y son de poca ayuda en la patología lumbar.

A los pacientes cuya evolución es mayor de cuatro semanas, se les solicita:

- Hemograma completo.
- Eritrosedimentación.
- Citoquímico de orina,
- Antígeno prostático en hombres con más de 50 años de edad.

Radiología

En caso de requerirse la evaluación radiológica, la placa anteroposterior de columna lumbosacra con el paciente en posición de pie y la proyección lateral son suficientes para el estudio inicial.

Resulta claro que necesitamos de una muy buena correlación entre la clínica del paciente y las imágenes radiológicas.

En las proyecciones anteroposteriores se deben evaluar la simetría pélvica, el estado de la articulación coxofemoral y sacroilíaca. Patología radiológica a este nivel puede tener relación con el dolor lumbar irradiado a la cadera o a la región glútea.

Gamagrafía ósea

Los estudios de medicina nuclear con radionucleótidos, aunque son bastante sensibles para el sistema óseo, no son específicos y menos en la patología lumbar más corriente. Ante la sospecha de infección vertebral o de tumores óseos primarios o metastásicos, la gamagrafía ósea es más sensible que el estudio radiológico básico, pero no resulta diagnóstica. Un estudio gamagráfico positivo para enfermedad osteoblástica u osteolítica deberá complementarse con otros estudios para aproximarse a un diagnóstico. Procesos inflamatorios en trauma lumbar y de envejecimiento discal-facetario, así como en pacientes con cirugías de columna recientes, pueden mostrar una gamagrafía ósea hipercaptante, sin que este hallazgo explique la causa del dolor.

Electromiografía

La electromiografía con velocidad de conducción nerviosa puede ser útil para identificar la metámera comprometida en pacientes con dolor en una extremidad. Este estudio no es práctico en pacientes que padecen dolor lumbar sin irradiación a la extremidad.

Resonancia nuclear magnética (R.N.M.)

En general, la R.N.M. la utiliza el médico especialista, neurocirujano u ortopedista, como dispositivo táctico para decidir un posible tratamiento quirúrgico; este estudio es útil en pacientes con síndrome de cola de caballo, en el trauma raquimedular, en sospecha de enfermedad infecciosa de columna

lumbar o de enfermedad tumoral vertebral o intraespinal.

Tomografía axial computarizada (tac y mielo-tac)

La TAC simple presenta su mayor utilidad en la evaluación del canal lumbar estrecho secundario a espondiloartropatías y en el trauma toracolumbar, lumbosacro o de pelvis sin compromiso neurológico. La TAC simple no visualiza el espacio subaracnoideo y se escapan al diagnóstico lesiones del tejido neural. Con frecuencia pacientes con estudio previo de TAC simple, deben ser complementados con una resonancia nuclear magnética para definir el tratamiento quirúrgico.

Tratamiento del dolor lumbar

La historia natural del dolor lumbar, en ausencia de lesión tumoral u otro proceso de patología severa, se caracteriza por un alivio rápido en un tiempo no mayor a 6 semanas.

El reposo durante 2 a 3 días acompañado de analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos y miorrelajantes, son suficientes para aliviar el dolor. En muy esporádicas ocasiones se utilizan analgésicos narcóticos. La hospitalización es necesaria sólo en aquellos casos severos o cuando existe compresión de la cola de caballo.

RECOMENDACION GRADO A: Retorno temprano a la actividad física normal y la limitación del tiempo de quietud absoluta en cama. La incapacidad laboral prolongada estimula la percepción negativa que el paciente tiene de su enfermedad.

Los pacientes son instruidos sobre ejercicios aeróbicos, control de peso, evitar el cigarrillo, evitar flexiones y rotaciones repetidas del tronco, no levantar objetos pesados, facilitar cambios frecuentes de posición y sentarse en

una silla con buen apoyo lumbar. Es importante recalcar sobre la higiene lumbar.

Si los resultados de los exámenes de laboratorio de evaluación inicial del paciente son negativos, se inicia un programa de fisioterapia conocido como "programa de dolor lumbar", que incluye:

- La aplicación de medios físicos.
- Masaje.
- Estiramientos músculo-tendinosos.
- Fortalecimiento muscular.
- Reeducación postural y los cuidados generales ya anotados.

El médico general deberá realizar una remisión temprana al servicio de fisiatría solicitando la inclusión en el "programa de dolor lumbar".

Los estiramientos mejoran la elasticidad de los músculos isquiotibiales, flexores de las caderas, fascia lumbar y se complementan con el fortalecimiento de los músculos flexores y extensores del tronco.

La instrucción y las estrategias para evitar las actividades que produzcan dolor, tales como posturas para dormir, para conducir automóviles, para sentarse, para levantar objetos, en sus actividades laborales, etc., y la eliminación de factores de riesgo como la obesidad, el perfil psicológico y el consumo de cigarrillo, complementan el programa. Además siempre considerar el producto de la evaluación del puesto de trabajo.

Los soportes mecánicos (corsés, fajas) previene la hiper-flexión del tronco, pero los resultados para disminuir el dolor son contradictorios y actualmente muy controvertidos.

El candidato ideal para la cirugía de disco lumbar es aquel con predominio de la ciática sobre el dolor lumbar, con déficit neurológico objetivo y evidencia de hernia discal en la R.N.M. o en la mielo T.A.C. La cirugía no está indicada si la imagenología es normal.

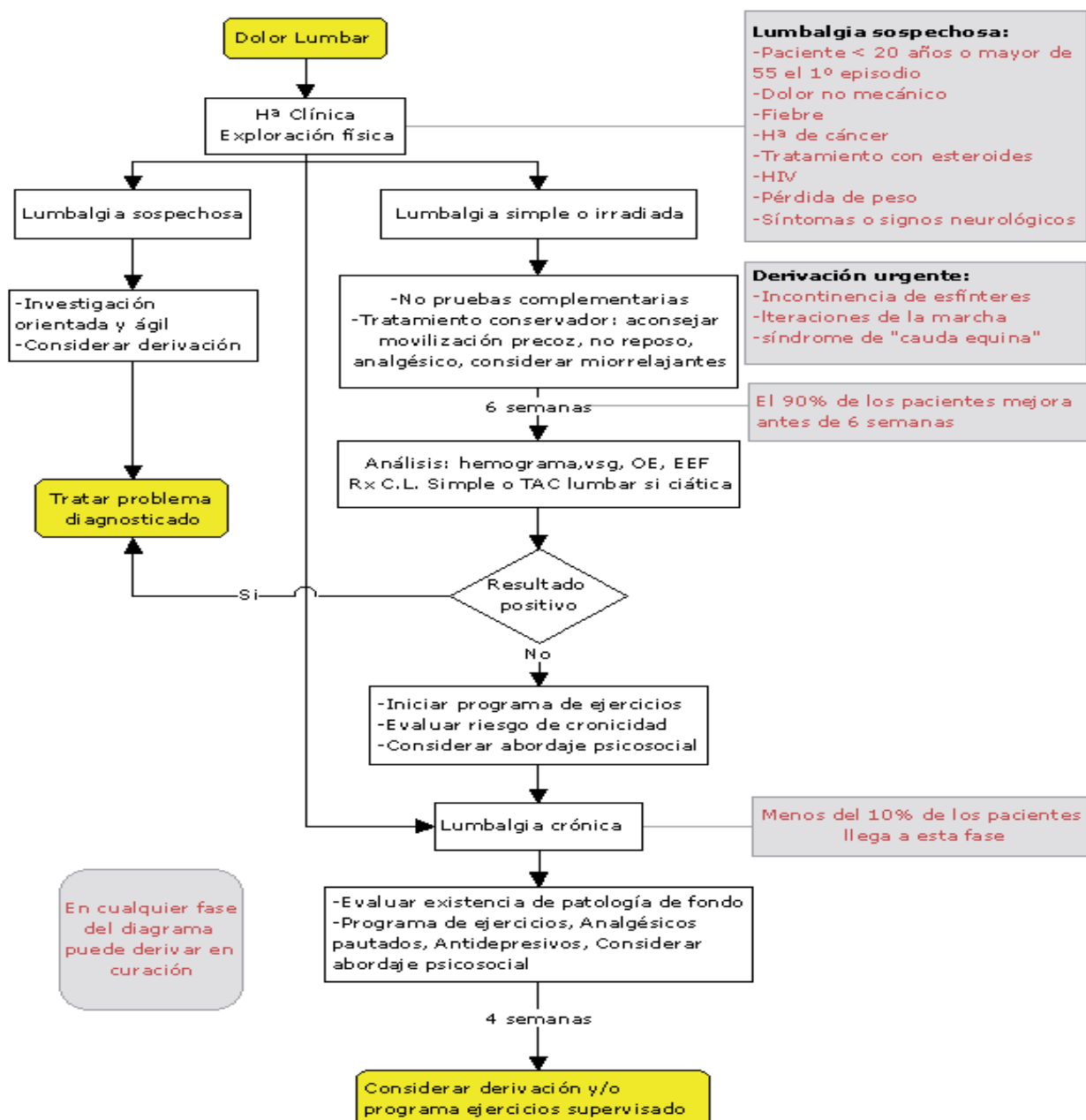
El tratamiento quirúrgico es urgente en los pacientes con dolor severo y déficit radicular progresivo. La cirugía es de extrema prioridad en el "síndrome de la cola de caballo".

La nucleotomía lumbar convencional es exitosa en un 80% de los casos. La principal causa de fracaso es la mala selección del paciente. El pronóstico en los pacientes con "síndrome

de la cola de caballo" por herniación central del disco, es reservado, pero mejora si la intervención quirúrgica es inmediata.

Bibliografía

1. ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA, GUIAS DE PRACTICA CLINICA, DOLOR LUMBAR.



Guía de manejo (7) Vulvovaginitis

Introducción

Entidad multicausal que no necesariamente se asocia con cambios inflamatorios de la pared vaginal.

Etiología

Protozoarios, bacterias y hongos. Las tres entidades que principalmente se asocian con descarga vaginal son la vaginitis bacteriana, la tricomoniasis vaginal y la candidiasis vaginal, sin embargo, en algunos casos de cervicitis mucopurulenta también puede presentarse.

La vaginitis bacteriana, principalmente debida a *Gardnerella vaginalis*, es la causa más frecuente de descarga vaginal y en mujeres embarazadas aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas y bajo peso al nacer.

En la vaginitis bacteriana hay una disminución en la población de lactobacilos y un aumento en la de otros microorganismos, entre los que sobresalen *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella* sp., *Mycoplasma hominis*, *Chlamidia trachomatis*, bacteroides, *peptococcus* y *mobiluncus*.

La tricomoniasis vaginal es producida por *T. Vaginalis* mientras que la candidiasis vaginal es generalmente debida a *C. albicans*.

La cervicitis mucopurulenta es producida por *Neisseria gonorrhoeae* o *Chlamidia trachomatis*.

Epidemiología

En los Estados Unidos de Norteamérica, el 16 % de las mujeres embarazadas padece

Vaginitis bacteriana, con diferencias étnicas: 6 % en asiáticas, 9 % en blancas, 16 % en hispanas y 23 % entre afroamericanas. No existen datos confiables acerca de la incidencia de vaginitis bacteriana entre mujeres no embarazadas.

Se estima que en Estados Unidos de Norteamérica se presentan 600.000 casos nuevos de infección por *N. Gonorrhoeae* cada año.

Factores de riesgo

No está clara la importancia de las relaciones sexuales en la génesis de la vaginitis bacteriana, aunque sí es definitiva en las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* o *Trichomonas vaginalis*; sin embargo, existen factores de riesgo, como:

- Cambio de compañero sexual
- Múltiples compañeros sexuales
- Uso de DIU como método de planificación
- Utilización de duchas vaginales

Complicaciones

La vaginitis bacteriana no tratada puede acarrear complicaciones tales como:

EMBARAZO

- Corioamnionitis
- Ruptura prematura de membranas
- Parto pretérmino
- Peso bajo al nacer
- Endometritis post-parto
- Infección post-cesárea
- Enfermedad pélvica inflamatoria

Las infecciones vaginales por *C. trachomatis* o *N. gonorrhoeae* pueden conducir a secuelas tales como enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico e infertilidad.

La infección neonatal por *C. trachomatis* o *N. gonorrhoeae* resulta de la exposición perinatal al cervix infectado de la madre.

La prevalencia de infección por *C. trachomatis* en mujeres embarazadas no varía con la raza o el nivel socioeconómico. La profilaxis ocular neonatal con solución de nitrato de plata o ungüentos de antibióticos no previene la transmisión neonatal de *C. trachomatis* de la madre al bebé, sin embargo, sí previene la oftalmia neonatorum gonocócica, por tanto debe seguir utilizándose.

La infección perinatal por *C. trachomatis* involucra las membranas mucosas de ojos, orofaringe, tracto urogenital y recto; se reconoce mas comúnmente por conjuntivitis que se desarrolla 5 a 12 días después del nacimiento; la chlamidia es también una causa común de neumonía afebril, subaguda, que inicia 1 a 3 meses de edad; infecciones asintomáticas también pueden ocurrir en la orofaringe, tracto genital y recto de los neonatos.

La infección neonatal por *N. gonorrhoeae* es usualmente una enfermedad aguda que se manifiesta 2 a 5 días después del nacimiento, caracterizada por oftalmía neonatorum y las formas severas por sepsis, incluyendo artritis y meningitis; formas menos severas incluyen rinitis, vaginitis, uretritis e inflamación en sitios de monitoreo fetal.

La infección gonocócica diseminada resulta de una bacteriemia gonocócica y a menudo provoca lesiones cutáneas petequiales o pustulosas, artralgias asimétricas, tenosinovitis o artritis séptica; ocasionalmente se complica con perihepatitis y raramente con endocarditis o meningitis. Algunas cepas de *N. gonorrhoeae* que causan infección diseminada pueden causar mínima inflamación genital.

Diagnóstico:

Vaginosis bacteriana:

- ✓ Aspecto del flujo: Líquido homogéneo de baja densidad, de color grisáceo que puede ser adherente, en ocasiones fétido; el olor puede intensificarse después del coito o ser apreciable sólo después de éste.
- ✓ pH: mayor de 4.5 debido a la presencia de aminas.
- ✓ Células guía: Presentes, se trata de células del epitelio vaginal con innumerables coco-bacilos adheridos a su superficie.
- ✓ Olor a aminas: Característico olor a aminas (a pescado) al alcalinizar artificialmente la secreción vaginal.
- ✓ Predominio del ácido succínico (no aplicable al diagnóstico de rutina por la complejidad tecnológica).
- ✓ Ausencia de lactobacilos.
- ✓ El diagnóstico se establece con tres de los cinco criterios corrientes.

La tinción de Gram en el extendido de la secreción vaginal que muestra la concentración relativa de los morfotipos bacterianos característicos de la flora alterada es un método de laboratorio aceptable para vaginosis bacteriana.

El cultivo para *G. vaginalis* no se recomienda por su baja especificidad, sin embargo, una prueba basada en DNA para altas concentraciones de *G. vaginalis* (no en 1r nivel) puede ser de utilidad clínica.

Cervicitis mucopurulenta:

- ✓ Exudado purulento o mucopurulento endocervical.
- ✓ Cervix fácilmente sangrante.
- ✓ Cultivo de exudado endocervical.

- ✓ Pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (para *C. Trachomatis*).
- ✓ Tinción de Gram del exudado endocervical que muestra diplococos gramnegativos intracelulares (para *N. gonorrhoeae*).

Tratamiento

Vaginosis bacteriana

- _ Metronidazol oral, 1 g/día por 7 días (primera elección).
- _ Metronidazol tópico (gel), 5 g intravaginalmente, una vez al día por 5 días.
- _ Clindamicina crema al 2 %, 5 g intravaginalmente al momento de acostarse por 7 días.

Tratamientos alternativos

- _ Metronidazol oral, 2 g, dosis única.
- _ Clindamicina oral, 300 mg dos veces al día por 7 días. (NO POS)
- _ Clindamicina óvulos, 100 g intravaginalmente al momento de acostarse por 3 días.

Aunque la FDA aprobó el uso de metronidazol tabletas vaginales de 750 mg, una vez al día por 7 días, no se han publicado datos acerca de la equivalencia de este régimen con respecto a otros.

En caso de infección aislada por *gardnerella* no complicada, puede utilizarse una dosis única de ciprofloxacina de 2 g.

Tratamiento de pareja

No se recomienda el tratamiento de las parejas sexuales.

Consideraciones especiales

- ✓ Alergia: En caso de alergia o intolerancia al metronidazol se recomienda clindamicina

oral o en crema. Pacientes que no toleran el metronidazol oral pueden recibir metronidazol gel pero pacientes alérgicos al metronidazol oral no deben recibir metronidazol vaginalmente.

- ✓ Embarazo: No existen datos actualmente que soporten el uso de agentes tópicos durante el embarazo. Hay evidencia con respecto a un incremento en eventos adversos (prematuridad e infección neonatal) después del uso de clindamicina crema.

Múltiples estudios y meta-análisis no han demostrado una correlación consistente entre el uso de metronidazol durante el embarazo y efectos teratogénicos o mutagénicos en los recién nacidos.

Se recomienda:

- _ Metronidazol oral, 250 mg tres veces al día por 7 días, o
- _ Clindamicina 300 mg V.O. dos veces al día por 7 días.

Infección por VIH

Pacientes con infección por VIH y vaginosis bacteriana deben recibir el mismo régimen de tratamiento que aquellas VIH negativas.

Tricomoniasis

- _ Metronidazol oral, 2 g, dosis única.

Régimen alternativo

- _ Metronidazol 500 mg dos veces al día por 7 días.

Tratamiento de pareja

Los compañeros sexuales de pacientes con tricomoniasis vaginal deben ser tratados.

- ✓ Alergia: Pacientes con alergia de tipo inmediato al metronidazol pueden ser sometidos a desensibilización.

- ✓ Embarazo: Metronidazol oral, 2 g, dosis única.
- ✓ Infección por VIH: Igual tratamiento.

Cervicitis mucopurulenta

Chlamidia trachomatis

- _ Azitromicina oral, 1 g, dosis única, o
- _ Doxiciclina oral, 100 mg dos veces al día por 7 días.

Régimen alternativo

- _ Eritromicina base, 500 mg V.O. cuatro veces al día por 7 días o
- _ Eritromicina etilsuccinato 800 mg oralmente, cuatro veces al día por 7 días, o
- _ Ofloxacin oral, 300 mg dos veces al día por 7 días, o
- _ Levofloxacin 500 mg V.O. por 7 días.

Tratamiento de pareja

Las parejas deben ser evaluadas y tratadas.

Las pacientes deben ser instruídas acerca de no tener relaciones sexuales hasta que ellas y sus parejas hayan terminado el tratamiento; la abstinencia debe mantenerse hasta siete días después de un régimen de dosis única o hasta terminar un régimen de siete días.

Consideraciones especiales

- ✓ Embarazo

La doxiciclina y ofloxacin están contraindicadas en el embarazo. Datos preliminares sugieren que la azitromicina es segura y efectiva.

Se recomienda repetir los exámenes 3 semanas después de terminar el tratamiento.

- _ Eritromicina base, 500 mg oralmente, cuatro veces al día por 7 días; o
- _ Amoxicilina 500 mg oralmente, tres veces al día por 7 días.

Régimen alternativo

- _ Eritromicina base oral, 250 mg cuatro veces al día por 14 días; o
- _ Eritromicina etilsuccinato 800 mg V.O. cuatro veces al día por 7 días; o
- _ Eritromicina etilsuccinato 400 mg oralmente, cuatro veces al día por 14 días; o
- _ Azitromicina 1 g oral, dosis única.

Nota: La eritromicina estolato está contraindicada durante el embarazo.

Infecciones gonocócicas

- _ Cefixime 400 mg oralmente, dosis única; o
- _ Ceftriaxona 125 mg I.M., dosis única; o
- _ Ciprofloxacina 500 mg V.O., dosis única; o
- _ Ofloxacin oral, 400 mg, dosis única o
- _ Levofloxacin 250 mg V.O. en una sola dosis

Nota: Las fluoroquinolonas no se recomiendan para el tratamiento de infecciones adquiridas en Hawai, California, Asia, el Pacífico y otras áreas con prevalencia elevada de resistencia a las fluoroquinolonas.

Mas, si la infección por *C. trachomatis* no ha sido descartada

- _ Azitromicina Oral, 1 g, dosis única o
- _ Doxiciclina 100 mg oralmente, dos veces al día por 7 días.

Regímenes alternativos:

- _ Spectinomycin 2 g I.M., en una sola dosis.
- _ Otras cefalosporinas como Ceftriaxona 500 mg I.M., Cefoxitina 2 g I.M. asociada a probenecid 1 g oral, Cefotaxime 500 mg I.M.

Nota: Ninguna de las cefalosporinas inyectables ofrece ventaja alguna sobre la ceftriaxona.

Dosis únicas de quinolonas: norfloxacin 400 mg oralmente y lomefloxacin 400 mg vía oral.

Estos regímenes parecen ser seguros y efectivos para el tratamiento de la gonorrea no complicada, pero los datos acerca de ellos son limitados y ninguno parece ofrecer ventajas sobre la ciprofloxacina, ofloxacina o levofloxacina recomendadas arriba.

Azitromicina oral a dosis de 2 g es efectiva pero es costosa y causa alteraciones gastrointestinales y a dosis de 1 g no es suficientemente efectiva, por lo tanto, no se recomienda.

Candidiasis vaginal:

En caso de candidiasis aislada:

Agentes orales recomendados:

- _ Fluconazol 150 mg dosis única; o
- _ Ketoconazol 400 mg /día por 5 días; o

Agentes tópicos recomendados:

- _ Clotrimazol crema al 1 %, 5 g intravaginalmente por 7 a 14 días; o
- _ Clotrimazol tableta vaginal por 100 mg por 7 días; o
- _ Clotrimazol tableta vaginal por 100 mg, dos tabletas por 3 días; o
- _ Clotrimazol tableta vaginal por 500 mg, una tableta en una sola aplicación; o

- _ Miconazol crema al 2 %, 5 g intravaginalmente por 7 días; o
- _ Miconazol supositorio vaginal de 100 mg, uno al día por 7 días; o
- _ Miconazol supositorio vaginal de 200 mg, uno al día por 3 días; o
- _ Nistatina tabletas vaginales por 100.000 U, una tableta al día por 14 días; o
- _ Tioconazol ungüento al 6.5 %, 5 g intravaginalmente, dosis única; o
- _ Terconazol crema al 0.4 %, 5 g intravaginalmente por 7 días; o
- _ Terconazol crema al 0.8 %, 5 g intravaginalmente por 3 días; o
- _ Terconazol supositorio vaginal por 80 mg, una vez al día por 3 días.

Bibliografía

- Centres for disease control and prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR 2002; 51 (Nº RR-6): 32 – 48, 10 de mayo del 2002.
- Sobel, J. D. Et al. Vulvovaginal candidiasis: epidemiologic, diagnostic and therapeutic considerations. Am. J. Obstet Gynecol, 1998 Feb; 178 (2): 203-11.
- Centers for disease control and prevention. Oral alternatives to cefixime for the treatment of uncomplicated Neisseria Gonorrhoeae urogenital infections. MMWR Notice to readers: 1 – 5, 22 de noviembre del 2002, revisada 11 de marzo del 2003.
- Botero, J, Jubiz A. Y Henao G. Obstetricia y ginecología 4ª ed. 1989: 513 – 519.

Guía de manejo (8)

Faringitis aguda del adulto

Definición

La faringitis es una enfermedad inflamatoria de la mucosa y estructuras adyacentes a la garganta. Clínicamente existen 3 entidades principales que son: amigdalitis, nasofaringitis y faringoamigdalitis, las cuales generalmente se acompañan además de diversos grados de inflamación de la úvula, nasofaringe y paladar blando.

Nota: Guía del manejo de la Faringitis Aguda del niño (ver norma técnica Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención)

Etiología

La mayoría de los agentes capaces de producir esta entidad son virales y su cuadro clínico mejora en unos pocos días con buenos cuidados en el hogar y sin ningún tratamiento adicional; los virus implicados en esta patología son los siguientes:

- Adenovirus
- virus influenzae A y B.
- virus Epstein-Barr,
- enterovirus.
- sincicial respiratorio.
- rinovirus.

La causa bacteriana más frecuente de faringitis es el **Streptococcus del grupo A** (*Streptococcus pyogenes*). Este microorganismo es responsable de cerca del 15% de los casos de faringitis y puede ocasionar complicaciones importantes tanto supurativas (absceso periamigdalor y retrofaríngeo) como no supurativas (escarlatina, síndrome de shock tóxico por *Streptococcus*, fiebre reumática y glomerulonefritis poststreptocócica aguda).

Otras causas de faringitis bacteriana comprenden:

- *Streptococcus* de los grupos C y G.
- *Neisseria gonorrhoeae*,
- *Arcanobacterium haemolyticum*,
- *Yersinia enterocolitica*,
- *Corynebacterium diphtheriae*,
- *Mycoplasma pneumoniae*,
- *Chlamydia pneumoniae*.

La faringoamigdalitis bacteriana es muy poco frecuente antes de los 3 años. La faringoamigdalitis con exudado purulento en niños menores de 3 años, excluida la difteria casi siempre se debe a adenovirus y menos frecuente al virus de Epstein Barr.

Diagnóstico clínico

El diagnóstico de faringoamigdalitis estreptocócica puede basarse en las consideraciones clínicas y epidemiológicas anotadas, pero es necesario tener presente que aun reuniendo todas las características para ello, la especificidad de diagnóstico clínico es de un 50% - 60%, cifra útil, ante situaciones con dificultad de contar con exámenes confirmatorios y presencia de otros factores de riesgo asociados como bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, etc. y es en si la conducta ampliamente utilizada y recomendada en la práctica diaria de la mayor parte de las condiciones en que se atienden niños en nuestro país.

Síntomas y signos

- Aparición súbita de dolor faríngeo
- Amigdalitis exudativa
- Adenopatía cervical anterior blanda
- Fiebre
- Cefalea

- Dolor abdominal

Menos frecuente

- Vómito, malestar general
- Anorexia
- Rash o urticaria

Condiciones que requieren valoración inmediata y posible tratamiento hospitalario

Pacientes con epiglotitis o absceso peri amigdalino o retrofaringeo. Pueden presentar uno o varios de los siguientes requiriendo valoración y tratamiento inmediato.

- Estridor respiratorio
- Dificultad respiratoria
- Necesidad de aire
- Salivación excesiva
- Inhabilidad para deglutir líquidos
- Trismos
- Síntomas muy severos a juicio del examinador

Síntomas que nos guían hacia la existencia de una faringitis de origen viral:

- Congestión nasal
- Rinorrea
- Tos
- Disfonía

Estos síntomas son poco frecuentes en los pacientes con faringitis aguda de origen bacteriano.

Estado de portador de *Streptococo B-hemolítico*

Los individuos que están crónicamente colonizados por el estreptococo son llamados portadores. El riesgo que desarrollen complicaciones supurativas como el absceso peri amigdalino o no supurativas como la fiebre reumática son bajas, de igual manera la posi-

bilidad que contagien el estreptococo a otros es poco probable, por lo tanto, el estado de portador no requiere en la mayoría de los casos de tratamiento.

Los casos en los cuales está indicada la identificación y erradicación del estreptococo incluyen:

- Historia familiar de fiebre reumática
- Contagios recurrentes entre miembros familiares
- Epidemias de faringitis por el estreptococo en comunidades cerradas o semicerradas.
- Consideración de la amigdalectomía como tratamiento para la erradicación del estreptococo

Ayudas diagnósticas

Idealmente debería confirmarse, utilizando las pruebas rápidas de detección del Streptococo el cultivo faríngeo (no en 1^{er} nivel de atención). Pero el cultivo faríngeo que es el de mayor sensibilidad y especificidad toma 3 días para su confirmación, sería necesario, esperar su resultado para iniciar el tratamiento en caso de que sea positivo y además no se encuentra en el primer nivel de atención

Un cultivo positivo en un paciente asintomático no distingue entre infección, o colonización. Los streptococcus pueden permanecer por largo tiempo en la faringe de los pacientes no tratados, convirtiendo al paciente en un "portador" de streptococcus; estos gérmenes ya no son nocivos para el huésped ni para las personas con quienes entra en contacto. El cultivo faríngeo, solo estaría justificado si los hallazgos clínicos son compatibles con una infección estreptocócica aguda.

Otra prueba comúnmente utilizada es la determinación de antiestreptolisina (ASTOS), (no en 1^{er} nivel de atención) prueba serológica que detecta anticuerpos dirigidos contra uno de

los productos extracelulares del streptococcus; títulos de 250 no se consideran elevados en un niño, pero sí en un adulto. Para que se considere elevado en un niño, tendrá que ser de 333 unidades o más en niños mayores de 5 años. Títulos positivos no siempre indican infección actual, por lo cual deben interpretarse junto con una evaluación clínica cuidadosa.

Tratamiento de la faringitis

Diagnóstico diferencial y tratamiento

La clasificación de esta entidad según nivel de severidad se puede observar en la tabla al pie de página.

Tratamiento general de la faringitis aguda

Si la clínica del paciente nos indica la existencia de una faringitis de origen viral se debe instruir al paciente acerca de la faringitis aguda no estreptocócica. Esto incluye la duración de los síntomas, la no efectividad del tratamiento antibiótico, el seguimiento de las medidas generales de cuidado que se exponen a continuación y el uso de analgésicos. Se debe advertir

al paciente la necesidad de nueva consulta si no hay mejoría en 5-7 días o si empeoran los síntomas.

Medidas generales

- Mantener una adecuada hidratación
- Hacer enjuagues faringeos con agua tibia y sal ($\frac{1}{4}$ cucharadita de sal por un vaso de agua).
- Chupar hielo o pastillas para la garganta (adultos o niños mayores).
- Hacer enjuagues con agua helada
- Seguir dieta blanda.
- Tomar líquidos fríos o tibios.
- Consumir helados

Tratamiento farmacológico de la faringitis aguda

Analgésicos

Se recomienda el uso de ibuprofeno o de acetaminofen. Se debe evitar la aspirina en niños y adolescentes ya que aumentan el riesgo de síndrome de Reye.

Diagnóstico diferencial y clasificación según nivel de severidad

	ABSCESO DE GARGANTA	INFECCION DE GARGANTA (STREPTOCOCICA)	FARINGITIS VIRAL
Signos:	No puede beber	Ganglios linfáticos del cuello sensibles y abultados y Secreción purulenta en la garganta.	Secreción u obstrucción nasal, Garganta roja, Dolor o ardor de garganta.
Tratamiento:	Hospitalización	Formule un antibiótico para infección estreptocócica de la garganta). Trate la fiebre = o > 38.5°C axilar o el dolor seg. Recomiende medios físicos. Dígame a la madre que regrese inmediatamente si el niño empeora. Seguimiento en dos días. Haga otra evaluación en 2 días, si no mejora o sigue igual cambie de antibiótico.	Indicaciones sobre cómo cuidarlo en el hogar. Recomiende un remedio inofensivo y suavizante para el dolor de garganta. Trate la fiebre o el dolor. Dígame a la madre que regrese inmediatamente si el niño empeora.

Antibióticos

Episodio primario

- La penicilina es el antibiótico de elección para el tratamiento de la faringitis aguda bacteriana.
- La penicilina G benzatínica en una sola aplicación intramuscular a dosis de 1.200.000 unidades para mayores de 27 kg y de 600000 unidades para menores de 27 kg pero tiene la desventaja de ser una inyección muy dolorosa y tiene más alta incidencia de reacciones alérgicas que la penicilina oral.
- Cuando se prefiere el tratamiento de penicilina V debe ser a dosis de 250 mg 3 veces al día durante 10 días para menores de 27 kg o de 500 mg 3 veces al día durante 10 días para los de mayor. Tiene la desventaja que como los síntomas mejoran rápidamente al instaurar el tratamiento, éste puede no ser completado durante los 10 días, por lo cual se debe explicar y convencer a los padres, la necesidad de administrar el esquema hasta el final.
- Para pacientes alérgicos a la penicilina se debe formular eritromicina; si la reacción no es de anafilaxia se puede considerar la cefalexina.
- Otras alternativas de tratamiento: cefalexina, cefaclor cefadroxil, claritomicina azitromicina.
- Las penicilinas de amplio espectro como amoxicilina o ampicilina pueden ser usadas aunque no muestran mejor respuesta que la penicilina benzatínica.
- El tratamiento en infecciones persistentes o fallas debe ser encaminado a erradicar organismos productores de B-lactamasa.

Tratamiento para los portadores de *Streptococo b-hemolitico*

Las alternativas de tratamiento que han sido establecidas como efectivas para erradicarlo incluyen:

- Clindamicina 20 mg/kg/día en tres dosis (maximo 450 mg/día) durante 10 días; como primera elección.
- Segunda elección: se recomienda el uso de penicilina y rifampicina.

Educación al paciente con faringitis aguda estreptocócica

Cuando se confirma infección faríngea por estreptococo es importante explicar al paciente la necesidad de completar el tratamiento antibiótico aunque los síntomas mejoren, para evitar los posibles contagios y la posibilidad de desarrollar fiebre reumática. Si los síntomas no mejoran en las primeras 48 horas o en algún otro miembro de la familia aparecen síntomas de infección faríngea, debe consultar.

Bibliografía

- 1) DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN,,GUÍA DE ATENCIÓN DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA
- 2) www.metrosalud.gov.co/Paginas/Protocolos/MinSalud/guias/04-INFECIONRESPAGUDA.htm
- 514k -

Guía de manejo (9)

Bronquitis aguda en el adulto

Definición

La bronquitis aguda es un término que define la infección o inflamación del tracto respiratorio bajo, acompañada de tos con o sin expectoración.

Fisiopatología

La bronquitis aguda se puede dividir en dos fases:

- Inoculación directa del epitelio tráqueobronquial por un virus o por un agente físico-químico, polvo o alérgico, que lleva a la liberación de citoquinas y células inflamatorias. Esta fase se caracteriza por fiebre, malestar general y dolor osteoarticular. Su duración es de 1 a 5 días.
- Hipersensibilidad del árbol tráqueobronquial. La manifestación principal es la tos, acompañada o no de flemas y sibilancias. La duración usual es de 3 días.

Etiología

Los microorganismos causantes de bronquitis aguda son:

- Virus: 85-90% (Influenza A y B, Parainfluenza 3, Sincitial respiratorio, coronavirus, adenovirus y rinovirus).
- *Mycoplasma pneumoniae*: 2.5%
- *Chlamydia pneumoniae*: 2.5%
- *Bordetella pertussis*: 2.5%
- Otros: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*: 1-2%

Cuadro clínico

El cuadro clínico predominante de la bronquitis aguda es tos, generalmente por tres semanas o menos, con o sin expectoración, dolor torácico leve, sibilancias, fiebre no alta y de corta duración, escalofríos e irritabilidad de garganta.

En el examen físico se observa taquicardia, puede o no haber taquipnea con o sin signos de dificultad respiratoria, inyección conjuntival y faringe congestionada.

Ayudas diagnósticas

- Radiografía de tórax.
- Hemograma

Tratamiento

Los antibióticos no deben ser utilizados rutinariamente en el manejo de la bronquitis aguda, aunque son muchos los médicos que los prescriben, realmente en forma empírica e inadecuada.

El manejo inicial es sintomático con las siguientes medidas:

- Aumentar la ingesta de líquidos orales.
- Analgésicos, según necesidad en el control del malestar general.
- Suspender el cigarrillo.
- Antitusivos: Codeína Jarabe 5-10ml cada 8 horas.

Capsulas x 300mg 1 cada 12 horas.

Según el cuadro clínico, se podrían añadir broncodilatadores B2 de acción corta Salbutamol Inhalador, 1-2 inhalaciones cada 6 horas.

Los antibióticos podrían considerarse en las siguientes situaciones:

- Tos productiva por más de 2 semanas, con síntomas de inflamación sistémica como fiebre (sospecha de infección por *Bordetella pertussis*).
- Evidencia bacteriológica significativa: Espudo con más de 25 leucocitos por campo y menos de 10 células epiteliales en el estudio microbiológico.

Los antibióticos mas usados son:

AMOXICILINA 500 mg cada 8 horas por 5 a 7 días.

ERITROMICINA 500 mg cada 6 horas por 5 a 7 días.

TRIMETROPIN-SULFAMETOXASOL 160/800 mg cada 12 horas por 5 a 7 días.

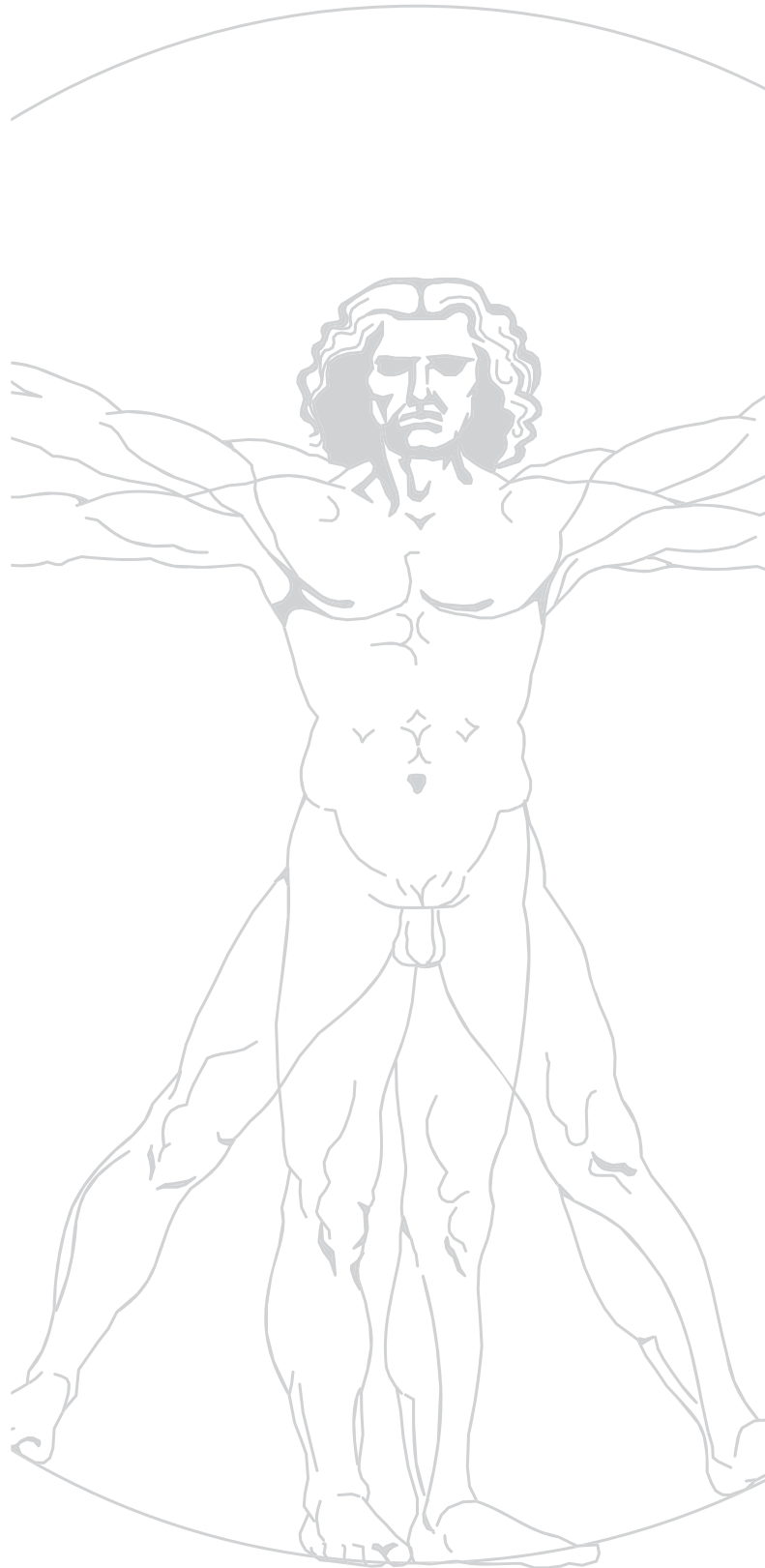
DOXICICLINA 100mg cada 12 horas por 5 a 7 días.

Indicaciones de remisión

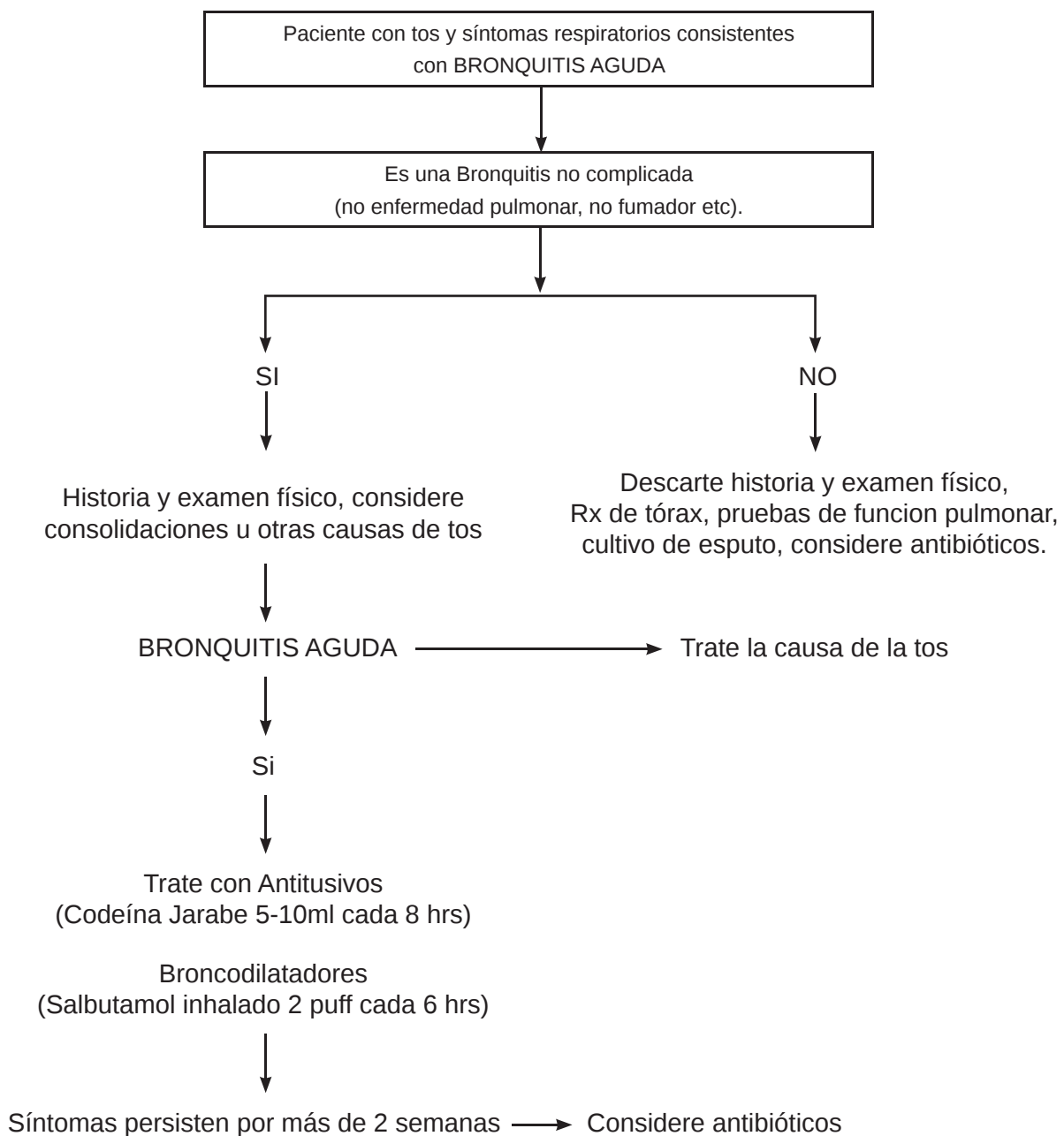
- Persistencia de los síntomas por más de 3 semanas.
- Sospecha de neumonía sobreagregada. (Signos de dificultad respiratoria, fiebre muy alta y persistente)

Bibliografía

1- www.fepafem/guiasdemanejoclinico.org.co



ALGORITMO DE MANEJO



Guía de manejo (10)

Enfermedad diarreica aguda en el niño

DEFINICIÓN

La diarrea es un síndrome clínico de etiología diversa que se acompaña de la expulsión frecuente de heces de menor inconsistencia de lo normal y a menudo vómitos y fiebre.

Tipos Clínicos de diarrea

Desde el punto de vista práctico son:

Diarrea Simple

Corresponde al cuadro clínico de diarrea usual, generalmente autolimitada, con pocos

días de evolución, sin ninguna de las características que la ubiquen en los demás tipos de diarrea y que se logra controlar con las medidas básicas que incluye suero oral.

Diarrea con Disentería

Corresponde a aquellos casos que se acompaña de sangre en las heces. Lo cual está indicando que se trata de una diarrea invasora de origen bacteriano o amebiano. Las bacterias más frecuentemente responsable.

Diarrea Persistente

La diarrea persistente es un episodio que se inicia en forma aguda y que se prolonga más de 14 días.

Analice

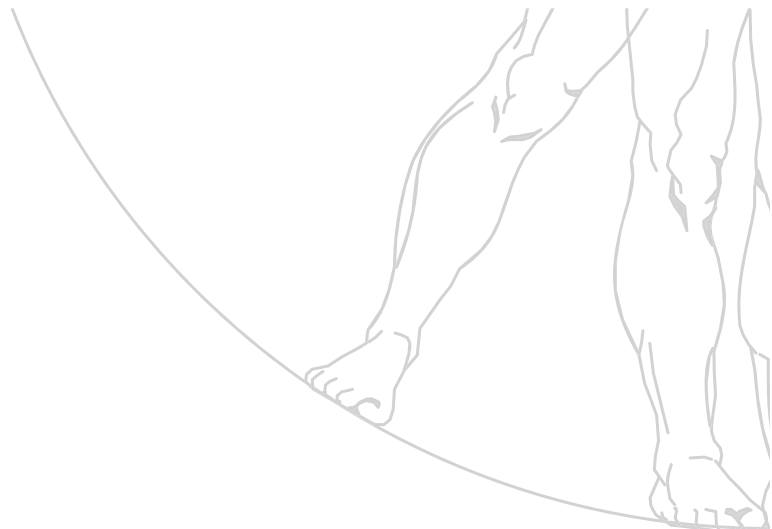
	A	B	C
1. OBSERVE: Condición ojos, lágrimas, boca y lengua, sed	Bien alerta Normales Presentes Húmedas Bebe normal sin sed	Intranquilo, irritable Hundidos Escasas Secas Sediento, bebe rápido y ávidamente	Comatoso, hipotónico* Ausentes Muy secas Bebe mal o no es capaz de beber*
2. EXPLORE: signo del pliegue	Desaparece rápidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muy lentamente (> segundos)*
3. DECIDA	NO TIENE SIGNOS DE DHT	Si presenta dos o más signos, TIENE ALGÚN GRADO DE DESHIDRATACIÓN.	Si presenta dos o más signos incluyendo por lo menos un "signo" * tiene DESHIDRATACIÓN GRAVE. ESTADO COMATOSO INID-CA SHOCK.
4. TRATRE	Use plan A	Use plan B Pese al niño, si es posible	Use plan C Pese al niño

Tratamiento

PLAN A “Tratamiento en el hogar”		
1- Dar más líquido del usual para prevenir la DHT.		
2- Alimentación para prevenir DHT.		
3- Regresar a control o consultar inmediatamente sino mejora, sigue igual o si presenta cualquiera de los siguientes signos:		
- Muchas evacuaciones intestinales diarias - Vómitos a repetición - Sed intensa - Come o bebe poco - Fiebre - Sangre en las heces		
INDICACIONES ADMINISTRACIÓN SUERO ORAL EN EL PLAN A		
Edad	Cantidad de suero oral para dar después de cada evacuación	Suministrar SRO para utilizar en el hogar
< De 12 meses	50 – 100 ml.	1-2 sobre por día
1 a 10 años	100 – 200 ml.	1-2 sobres por día
> de 10 años	Todo el que desee	4 sobres por día
EDUCACIÓN A LOS PADRES Y CUIDADORES DEL PLAN A		
Enseñar signos de alarma		
- Tiene sed mas de lo común - Tiene Boca Seca - Tiene ojos Hundidos - Orina poco CUALQUIERA DE LOS 4 SIGNOS INDICA QUE EL NIÑO ESTA DHT		
- Hace evacuaciones muy frecuentes (+ de 4 en 1 hora)		- Indica que el niño empeora
- Vómitos frecuentes (+3 en 1 hora) - Fiebre alta (39.5° C) - Hace deposiciones con sangre o moco - No come o bebe mortalmente - Está apático o débil - Tiene distensión abdominal INDICA QUE EL NIÑO CON DIARREA ESTÁ GRAVEMENTE ENFERMO.		

PLAN B. Tratamiento de DHT por vía oral
Tratamiento institucional en paciente con enfermedad diarreica, susceptibles de ser tratados por vía oral.
Cantidad aproximada de suero oral para las 1º 4 horas si se conoce el peso (50 – 100 ml./kg.) - Se calcula multiplicando el peso en Kg. x 50 – 100 ml. según el grado de DHT - Los casos más deshidratados sin shock pueden recibir hasta 150 ml.
- Observar al paciente continuamente durante la dht y ayudar al familiar a dar el suero oral. - Desspués de 4 horas, evaluar el paciente usando el cuadro de evaluación. - Luego seleccionar el plan para continuar el tratamiento. Si no hay signos de deshidratación use el Plan A. Si continúa alguna deshidratación, repita el Plan B por dos horas y revalúe al paciente: Los pacientes deshidratación deben tratarse administrándoles la solución de suero oral SRO, en un tiempo promedio de 4-6 horas, aunque algunos pueden rehidratarse en menos de 4 horas y otros en un período mayor de 6 horas. Si cambió a deshidratación con shock, cambie al Plan C.

PLAN C tratamiento rápido de la deshidratación con shock				
¿Puede administrar líquidos IV inmediatamente?	SI	Comience IV inmediatamente. Intente administrar suero oral mientras se con sigue iniciar IV con Lactato de Ringer.		
NO		1º HORA	2º HORA	3º HORA
		50 ml/kg.	25 ml/kg.	25 ml/kg.
		Evalúe el paciente continuamente. Si no está mejorando la velocidad de infusión. Al poder beber (usualmente en 2-3 horas), pruebe tolerancia al suero oral, mientras continúa IV. Al completar IV, evalúe al paciente para seleccionar Plan A, B o repetir Plan C.		
¿Puede referir lugar cerca? (30 minutos de distancia)	SI	Refiera inmediatamente al segundo nivel. Prepare suero oral y enseñe como darlo con jeringa en el camino.		
Posibilidad de Sonda Nado-gástrica?	SI	- Iniciar SO por la sonda 20-30 ml./kg./hora, hasta total de 120 ml./kg. - Evalúe al paciente continuamente. - Si muestra señales de recuperación, continúe el tratamiento. - Si vomita o presenta distensión abdominal, administra 5-20 ml./kg./hora. - Si no mejora después de 2 horas, administrar el suero durante el camino con gotero o jeringa y refiéralo para tratamiento IV.		
NO				
Urgente: Refiera para IV o sonda nasogástrica.		Prepare suero oral y enseñe cómo darlo con jeringa o gotero durante el camino.		
En los casos de deshidratación sin shock en que es necesario utilizar vía intravenosa (IV), puede administrarse 25ml./kg./hora IV que desaparezca la condición que motivó el uso de la vía IV. Pasar al Plan B de tratamiento cuando el niño ya no esté gravemente deshidratado, o al Plan A, cuando esté totalmente rehidratado.				



USO DE MEDICAMENTOS EN NIÑOS CON DIARREA				
	USO	MEDICAMENTO	DOSIS	
Antibióticos	-Disentería y cólera	- TMS- SMX	Niños: TMP 10 mg./kg./día, SMX 50 mg./kg./ día dividido en 2 dosis diarias x 5 días Adultos: TMP 160 mg./ y SMX 800 mg./2v/día x 5 días veces al día durante 5 días.	
		Amoxicilina	Niños: 60 mg./kg./día dividido en 3 dosis diarias x 3 días Adultos: 500 mg/ 3v/día x 5 días	
Antiparasitarios	- Amebiasis - Después que el tratamiento. de disentería por dhigella halla fracasado. - Trofozoitos de E. Histólitica con glóbulos rojos - Giarditis, si la diarrea tarda más de 14 días.	Metronidazol	Amebiasis intestinal aguda	Giardiasis aguda
			Niños: 30 mg./kg. Dosis x 5 días. Adultos: 750 mg./ 3v/ (10 días para casos graves).	Niños: 15 mg./kg./día día divididos 3 veces al día durante 5 días. Adultos: 250 mg. 3 veces al día x 5 días. x 5 días.
Antidiarreicos y antieméticos	No deben usarse nunca.	Trinidazol	Adultos y niños: mayores de 12 años: 4 tabletas en una sola dosis por 2 días.	

Bibliografía

Guía de atención de la enfermería diarreica aguda.
 Ministerio de Salud.
 Dirección General de Promoción y Prevención.