



Compendio de Recomendaciones

para el manejo de enfermedades
en situaciones de Emergencia

2017



Presidente Ejecutivo
Ing. Gabriel Del Castillo Mory

Gerente General
Dr. Manuel De la Flor Matos

Director del Instituto de Evaluación de
Tecnologías en Salud e Investigación - IETSI
Dr. Víctor Dongo Zegarra

PRESENTACIÓN

Los fenómenos naturales, como el Fenómeno de El Niño, afectan periódicamente a nuestro país. Así, durante el año 1998 el Perú fue abatido severamente por un Fenómeno de El Niño que en aquella época afectó seriamente los sistemas de agua potable y saneamiento, así como la infraestructura de 557 establecimientos de salud a nivel nacional. Nuestro país tuvo, por ende, un aumento en la incidencia de enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias y malaria en las zonas endémicas, especialmente la causada por *P. falciparum*, en un contexto donde la resistencia a los antimaláricos se había extendido y no se contaba con tratamientos eficaces. Otras afecciones que también se incrementaron fueron las de la piel y las enfermedades oculares. Si bien no hubo una epidemia de dengue en esos años, todos estos brotes causaron un impacto social y económico muy importante en nuestra población.

En el contexto actual, con el fenómeno del “Niño costero”, se evidencia, de la misma manera, un incremento de enfermedades epidémicas, con la diferencia de que ahora existe circulación de dengue y presencia de su vector en un amplio territorio del país. Asimismo, en la actualidad, hay transmisión activa de otros virus patógenos como el chikungunya y el zika, y de bacterias letales como la leptospirosis, que ha ido en aumento en los meses recientes. A todo ello, se suman los riesgos latentes de nuestras enfermedades endémicas como rabia, peste o fiebre amarilla. Todo ello configura un gran reto para el personal de salud, pues va a tener que enfrentar múltiples patologías al mismo tiempo, algunas de ellas asociadas a alta letalidad y secuelas significativas en los afectados. Las guías de práctica clínica son útiles en estos momentos para difundir las mejores recomendaciones para el manejo de estas enfermedades. Con el uso de guías de práctica clínica se espera tener mejores resultados sanitarios y reducir la variabilidad clínica en el manejo de los pacientes. Con esa finalidad, el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación de EsSalud (IETSI) ha recopilado las guías nacionales e internacionales más importantes que abordan las enfermedades mencionadas y extraído las recomendaciones más relevantes, resultando en este Compendio de Recomendaciones para el Manejo de Enfermedades en Situaciones de Emergencia. Las recomendaciones son presentadas en textos breves y concisos, de rápida lectura, así como en tablas y flujogramas de fácil consulta para facilitar su comprensión y utilización por el personal de salud que atiende a estos pacientes.

Confiamos en que este libro sirva de fuente de información útil para todos los profesionales de salud en las zonas de emergencia y que contribuya a proteger y recuperar la salud de la población afectada.

Víctor Dongo Zegarra

Director

Instituto de Evaluación de Tecnologías
en Salud e Investigación - IETSI

TÍTULO ORIGINAL:

Compendio de recomendaciones para el manejo de enfermedades en situaciones de emergencia 2017

Recopilación y edición:

SEGURO SOCIAL DE SALUD – ESSALUD
Instituto de Evaluación de Tecnologías
en Salud e Investigación - IETSI
Jr. Domingo Cueto N.º 120, 8vo PISO - Jesús María - Lima 11 – Perú
Teléfono (511)265-7000

Equipo editor

Dr. Roger Araujo Castillo
Dra. Lely Solari Zerpa
Dr. Víctor Suárez Moreno
Dr. Aldo Tecse Silva
Dr. Raúl Timaná Ruiz

Equipo colaborador

Dra. Joshi Acosta Barriga
Dra. Mariza Álvarez Fuentes Rivera
Dr. Rafael Barreda Celis
Dra. Jessica Beltrán Puerta
Dr. Alfredo Borda Celis
Dra. Maribel Castro Reyes
Dr. Manuel Catacora Villasante
Dr. Víctor Dongo Zegarra
Dr. Fabian Fiestas Saldarriaga
Dra. Jazmín Figueroa Collado
Lic. Enf. Gloria Gutiérrez Núñez
Dra. Verónica Peralta Aguilar
Dra. Patricia Pimentel Álvarez
Lic. Enf. Blanca Rosales García
Lic. Raquel Cáceres Loayza

Diseño y diagramación:

Oficina de Relaciones Institucionales
Subgerencia de Imagen Institucional

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú
N° 2017-05666
Primera edición (mayo 2017)
Tiraje 1000 ejemplares

Impreso en:
Ingeniería y Desarrollo Gráfico SAC - INDEGRAF
Calle Santa Fe 140 Of. 201 Pueblo Libre
Mayo 2017

ÍNDICE

Recomendaciones para el manejo de enfermedades

Asma aguda	7
Conjuntivitis infecciosa y alérgica	12
Diarrea aguda y cólera	18
Diarrea disentérica	24
Diarrea persistente	28
Fiebre chikungunya	32
Dengue	38
Faringoamigdalitis aguda	50
Fiebre amarilla.....	54
Golpe de calor	58
Leptospirosis	64
Loxoscelismo	70
Malaria	76
Neumonía.....	90
Ofidismo	98
Otitis media aguda	104
Peste	108
Exposición a rabia	114
Rinofaringitis aguda	120
Zika	124

Recomendaciones de prácticas seguras

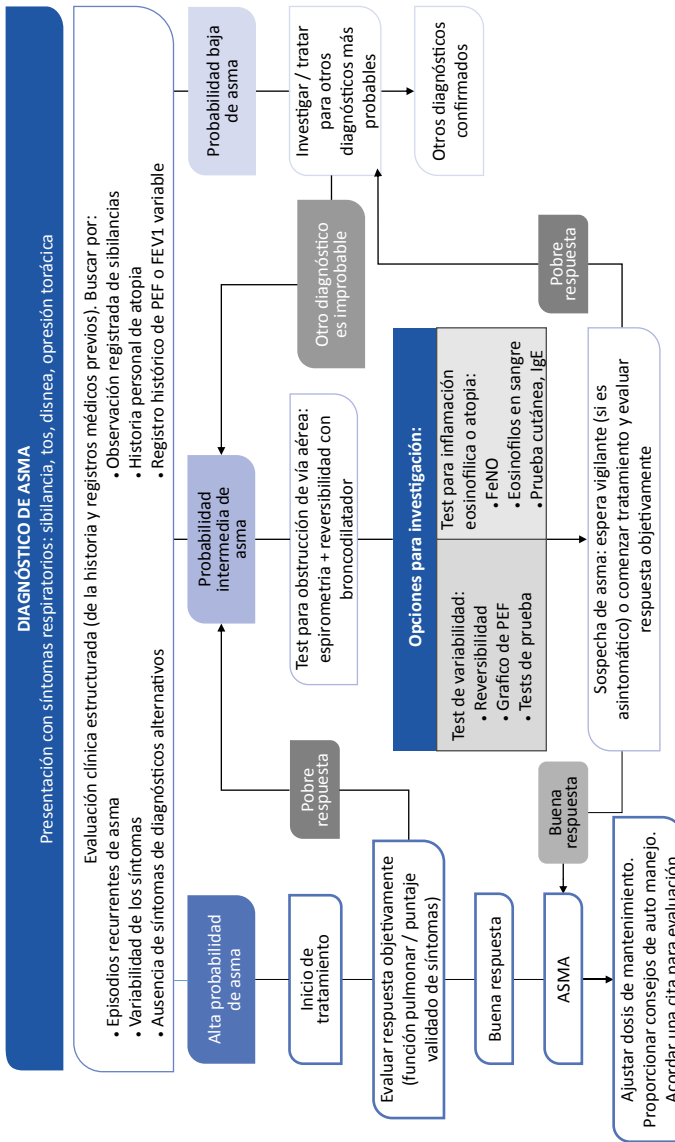
Recomendaciones para la administración correcta de medicamentos	136
Recomendaciones para la prevención de caídas de pacientes	138
Recomendaciones para la higiene de manos	140
Recomendaciones para la identificación correcta del paciente	142



Recomendaciones para el manejo del ASMA AGUDA

(En niños en el servicio de emergencia)

Fuente: British guideline on the management of asthma. British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2016.



En niños menores de 5 años y aquellos incapaces de realizar una espirometría y que tienen una probabilidad intermedia o alta de asma, las opciones son inicio de tratamiento monitoreado o espera vigilante de acuerdo a la probabilidad de asma.

Evaluación de la severidad del asma agudo en niños de 2 a 5 años

Asma moderada	Asma aguda severa	Asma que compromete la vida
<ul style="list-style-type: none"> -SpO2 ≥ 92% -Sin características clínicas de asma severa. -Si un paciente tiene signos o síntomas de diferentes categorías, siempre tratar de acuerdo a sus características más severas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de aire como para hablar o comer. -SpO2 < 92% -PEF 33 - 50% de su mejor medición o de valor predecible -Frecuencia cardíaca > 140 / min -Frecuencia respiratoria > 40 / min 	<ul style="list-style-type: none"> SpO2 < 92% y uno de los siguientes: -Tórax silente -Pobre esfuerzo respiratorio -Agitación -Confusión -Cianosis

Evaluación de la severidad del asma agudo en niños > 5 años

Asma moderada	Asma aguda severa	Asma que compromete la vida
<ul style="list-style-type: none"> - SpO2 ≥ 92% - PEF ≥ 50% de su mejor medición o de valor predecible - Sin características clínicas de asma severa. - Si un paciente tiene signos o síntomas de diferentes categorías, siempre tratar de acuerdo a sus características más severas. 	<ul style="list-style-type: none"> - SpO2 < 92% - PEF 33 - 50% de su mejor medición o de valor predecible - Frecuencia cardíaca > 125 / min - Frecuencia respiratoria > 30 / min - Uso de cuello accesorio. 	<ul style="list-style-type: none"> SpO2 < 92% y uno de los siguientes: - PEF < 33% de su mejor medición o de valor predecible - Tórax silente - Pobre esfuerzo respiratorio - Conciencia alterada - Cianosis


SpO2: saturación de oxígeno medido por un oxímetro de pulso
PEF: flujo espiratorio pico

Tratamiento de primera línea en asma agudo en niños de 2 a 5 años en el Servicio de Emergencia

Asma moderada	Asma aguda severa	Asma que compromete la vida
<ul style="list-style-type: none"> - β2 agonistas, 2 a 10 puffs con un espaciador ± máscara facial (dar un puff a la vez que inhala con 5 respiraciones). - Dar un puff de β2 agonistas cada 30 a 60 segundos, hasta 10 puffs de acuerdo a su respuesta. - Considerar prednisolona oral 20 mg. - Reevaluar en una hora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oxígeno vía máscara o cánula nasal para obtener un SpO2 94 a 98%. - β2 agonistas, 10 puffs con un espaciador ± máscara facial o salbutamol nebulizado 2.5 mg. - Prednisolona oral 20 mg o hidrocortisona EV 4 mg/kg si vomita. - Si hay pobre respuesta adicionar 0.25 mg de bromuro de ipratropio a cada nebulización con β2 agonistas. - Repetir β2 agonistas e ipratropio cada 20 minutos por dos horas de acuerdo a respuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oxígeno vía máscara o cánula nasal para obtener un SpO2 94 a 98%. - β2 agonista nebulizado: salbutamol 2.5 mg más bromuro de ipratropio 0.25 mg nebulizado. - Repetir broncodilatadores cada 20 a 30 minutos - Prednisolona oral 20 mg o hidrocortisona EV 4 mg/kg si vomita. - Discutir caso con clínico senior, equipo de UCI o pediatra.
Alta	Tratamiento de segunda línea	
<ul style="list-style-type: none"> - Continuar β2 agonista 4 horas de ser necesario. - Considerar prednisolona 20 mg diariamente por 3 a 5 días hasta que los síntomas se hayan estabilizado. - Acudir al médico si no hay control de síntomas con este tratamiento. - Proporcionar un plan de trabajo escrito para el asma. - Revisar tratamiento regular. - Verificar técnica de inhalación. - Citar para seguimiento en 48 horas. - Citar a un área especializada en asma en 4 a 6 semanas si es el segundo o subsecuente ataque en los últimos 12 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Considerar tratamiento de segunda línea. - Hospitalizar todos los casos si las características de un ataque severo persisten después del tratamiento inicial. - Transferir a UCI si hay pobre respuesta al tratamiento. 	

Tratamiento de primera línea en asma agudo en niños mayores de 5 años en el Servicio de Emergencia

Asma moderada	Asma aguda severa	Asma que compromete la vida
<ul style="list-style-type: none"> - β2 agonistas, 2 a 10 puffs con un espaciador ± máscara facial (dar un puff a la vez que inhala con 5 respiraciones). - Dar un puff de β2 agonistas cada 30 a 60 segundos, hasta 10 puffs de acuerdo a su respuesta. - Prednisolona oral 30 a 40 mg. - Reevaluar en una hora. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oxígeno vía máscara o cánula nasal para obtener un SpO2 94 a 98%. - β2 agonistas, 10 puffs con un espaciador o salbutamol nebulizado 5 mg. - Prednisolona oral 30 o 40 mg o hidrocortisona EV 4 mg/kg si vomita. - Si hay pobre respuesta adicionar 0.25 mg de bromuro de ipratropio a cada nebulización con β2 agonistas. - Repetir β2 agonistas e ipratropio cada 20 minutos por dos horas de acuerdo a respuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Oxígeno vía máscara o cánula nasal para obtener un SpO2 94 a 98%. - β2 agonista nebulizado: salbutamol 5 mg más bromuro de ipratropio 0.25 mg nebulizado. - Repetir broncodilatadores cada 20 a 30 minutos - Prednisolona oral 30 a 40 mg o hidrocortisona EV 4 mg/kg si vomita. - Discutir caso con clínico senior, equipo de UCI o pediatra.
Alta	Tratamiento de segunda línea	
<ul style="list-style-type: none"> - Continuar β2 agonista 4 horas de ser necesario. - Considerar prednisolona 30 a 40 mg diariamente por 3 a 5 días hasta que los síntomas se hayan estabilizado. - Acudir al médico si no hay control de síntomas con este tratamiento. - Proporcionar un plan de trabajo escrito para el asma. - Revisar tratamiento regular. - Verificar técnica de inhalación. - Citar para seguimiento en 48 horas. - Citar a un área especializada en asma en 4 a 6 semanas si es el segundo o subsecuente ataque en los últimos 12 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Considerar tratamiento de segunda línea. - Hospitalizar todos los casos si las características de un ataque severo persiste después del tratamiento inicial. - Transferir a UCI si hay pobre respuesta al tratamiento. 	



Recomendaciones para el manejo de **CONJUNTIVITIS INFECCIOSA Y ALÉRGICA**

Generalidades

- La conjuntivitis es la inflamación de la conjuntiva causada por acción de agentes infecciosos, alérgicos, tóxicos o ambientales. Se caracteriza por secreción ocular y congestión de los vasos conjuntivales. Es aguda si dura menos de dos semanas y crónica si es mayor de dos. La gran mayoría es autolimitada, pero algunos casos progresan y pueden presentar complicaciones.

Signos y síntomas

- Clásicamente se presenta con sensación de cuerpo extraño y congestión conjuntival (ojo rojo), ardor, prurito y fotofobia. Asimismo, puede haber secreción acuosa, mucosa o mucopurulenta según su etiología y en algunos casos pueden presentarse adenopatías (ganglios pre-auriculares). Rara vez se presenta dolor o visión borrosa.

Criterios diagnósticos

- El diagnóstico es clínico (por la presencia de síntomas y signos ya descritos).
- Se realiza frotis o extendido de secreción conjuntival en contados casos como en sospecha de conjuntivitis gonocócica.
- Son parte del diagnóstico diferencial hemorragia subconjuntival no infecciosa (que solo requiere de observación y calmar al paciente), cuerpo extraño conjuntival o corneal, acné rosácea, abrasión corneal, queratitis, uveítis, escleritis, glaucoma agudo, endoftalmitis, entre otras.

Atención del paciente en el establecimiento de salud

- Constituye un elemento muy importante la técnica de HIGIENE PALPEBRAL adecuada, la cual se enseña al paciente. Se indica el aseo diario mediante el uso de un paño o torunda de algodón o gasa descartable, humedecido con abundante agua limpia, empezando desde el ángulo interno del párpado hacia afuera. No se utilizan soluciones caseras como manzanilla, llantén y otras.
- En caso de conjuntivitis infecciosa, se indica al paciente no asistir a lugares públicos como escuelas, playas y piscinas hasta que la enfermedad haya remitido.

Tratamiento de conjuntivitis infecciosa y alérgica

1. Conjuntivitis infecciosa

- Aplicar compresas frías tres veces al día por 5 minutos sobre el ojo por 3 días.
- Gotas oftálmicas. Aplicar una de las siguientes:
 - Ciprofloxacino 0.3%.
 - Cloranfenicol 5 mg/mL.
 - Aminoglucósidos (gentamicina 3 mg/mL o neomicina/polimixina B).
 - Sulfacetamida 100 mg/mL.Una gota cada 4 horas por 7 días.
- En lugar de gotas se puede aplicar uno de estos ungüentos oftálmicos:
 - Cloranfenicol 5 mg
 - Tetraciclina al 1% .
- Aplicar en el saco conjuntival inferior y borde palpebral, mañana, tarde y noche por 7 días, de preferencia hacerlo con un hisopo limpio.

2. Conjuntivitis alérgica:

- Control de alérgenos y compresas frías sobre los ojos afectados.
- Protección de la radiación solar (gorro, lentes de sol).
- En los casos que presenten prurito ocular severo, quemosis y/o hinchazón de los párpados indicar Clorfeniramina en suspensión 2mg/5ml o tabletas de 4mg. Dosis: 0.35 mg/Kg/día cada 8 horas por 5 días.

Signos de alarma

Referencia inmediata al segundo nivel de atención que tenga oftalmólogo, cuando la persona afectada presente:

- Disminución súbita de la agudeza visual.
- Dolor ocular moderado o severo.
- Fotofobia intensa.
- Secreción purulenta abundante.
- Compromiso corneal.
- Limitación de los movimientos oculares.

Criterios de alta

Después de terminado el tratamiento con la consecuente remisión de la patología y no habiéndose presentado ningún síntoma ni signo de alarma; el paciente queda en condiciones de alta con la orientación de las medidas preventivas.

Si el paciente no mostrase mejoría, será transferido a establecimiento del segundo nivel donde deberá ser evaluado por el especialista oftalmólogo.

BLEFARITIS

Definición

- Es un proceso inflamatorio crónico del borde palpebral que compromete a las pestañas y las glándulas sebáceas asociadas. Se caracteriza por congestión, engrosamiento y acumulación de secreción en el borde palpebral y en la base de las pestañas.

Signos y síntomas

- La persona afectada presenta una inflamación del margen palpebral, con presencia de descamación o “caspa”, secreción que puede pegar las pestañas entre sí y caída de las mismas, algunas veces presenta sensación dolorosa. Puede complicarse afectando la conjuntiva originando la blefaroconjuntivitis.

Tratamiento

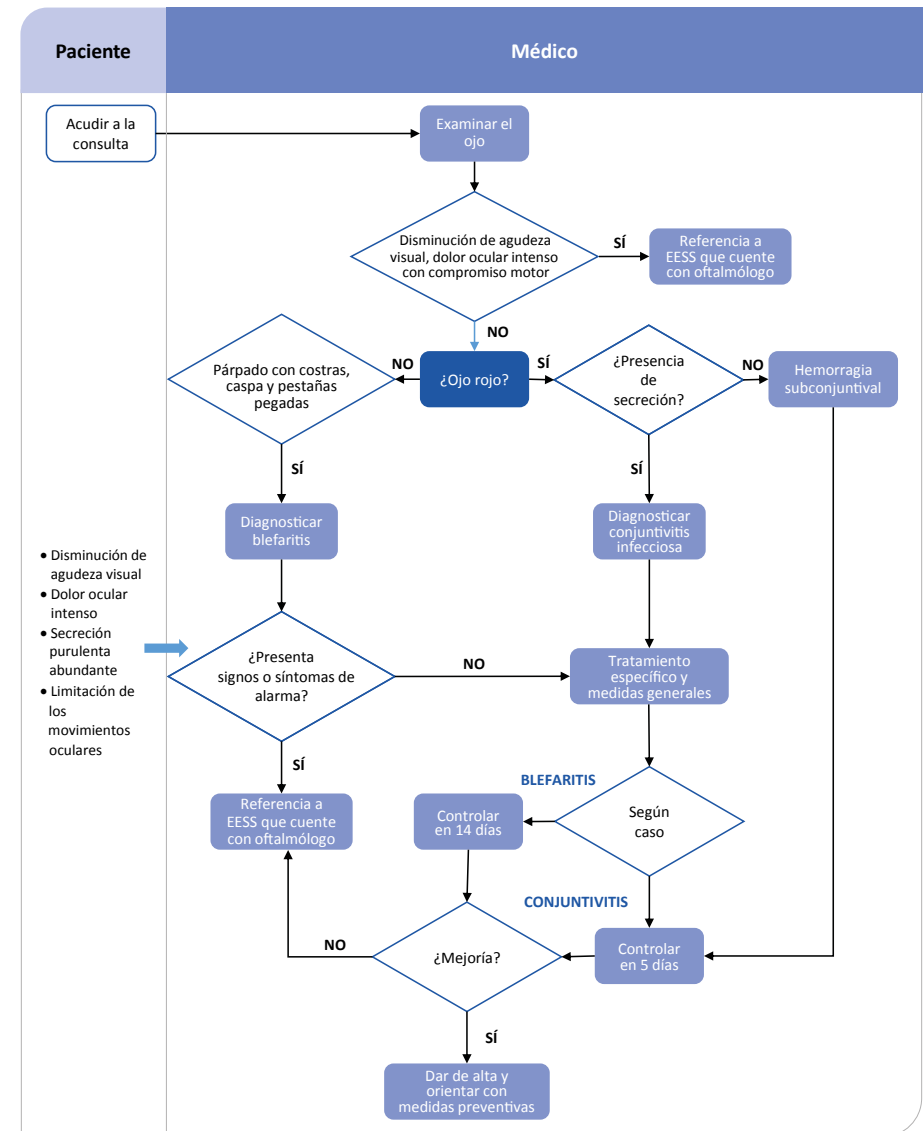
- Compresas tibias tres veces al día por cinco minutos en el párpado cerrado hasta notar mejoría.
- Cloranfenicol 5 mg o tetraciclina al 1% en ungüento oftálmico en el saco conjuntival inferior esparciéndose por el borde palpebral, mañana y noche por 14 días, aplicado con un hisopo o el dedo limpio.

Blefritis asociada a acné rosácea dar tratamiento inicial descrito anteriormente y su referencia respectiva al dermatólogo.

Complicaciones

- Blefaroconjuntivitis.
- Queratitis.
- Leucoma.
- Celulitis preseptal u orbitaria
- Entropión / ectropión.
- Triquiasis y/o madarosis.

Flujograma de manejo de conjuntivitis y blefaritis



Recomendaciones para el manejo de DIARREA AGUDA Y CÓLERA

Definición

- La Diarrea Aguda Infecciosa (DAI) se define como una disminución de la consistencia de las heces (blandas o líquidas) y/o un aumento en la frecuencia de las evacuaciones, con o sin fiebre o vómitos. La diarrea aguda suele durar menos de 7 días y no más de 14.

Diagnóstico

- En pacientes con DAI, los signos que mejor rendimiento tienen para diagnosticar deshidratación son: mucosa oral seca, ojos hundidos, presencia del pliegue cutáneo, llenado capilar y alteración del estado de conciencia. Dos o más signos hacen el diagnóstico.
- Está indicada la hospitalización en cualquiera de las siguientes condiciones: shock, deshidratación severa (mayor de 9% de pérdida de peso corporal), alteración del estado de conciencia (letargia, convulsiones, etc.), vómitos intratables o biliosos, falla en la terapia de rehidratación oral, si los familiares no pueden proporcionar adecuado cuidado en casa y si hay sospecha de patología quirúrgica.
 - En los pacientes con DAI y deshidratación, son criterios de severidad:
 - Llenado capilar prolongado
 - Signo del pliegue positivo
 - Hipotensión arterial
 - Alteraciones del patrón respiratorio y del estado de conciencia.
- No hay evidencia suficiente para afirmar que las características clínicas del paciente o las macroscópicas de la diarrea son de utilidad para el diagnóstico etiológico de la DAI.
- En los pacientes con DAI, el uso rutinario del examen de heces no está recomendado.

Tratamiento

- Está indicado iniciar la terapia de rehidratación oral (TRHO) en pacientes con DAI y en presencia de al menos dos signos clínicos de deshidratación.
- En pacientes con DAI y deshidratación, se recomienda hidratar por VO o por sonda nasogástrica (gastroclisis).
- Está indicada la Terapia de Hidratación Endovenosa en pacientes pediátricos con DAI y deshidratación que presentan:
 - Deshidratación severa / Deshidratación severa con shock.
 - Deshidratación moderada e incapacidad de ser hidratado por vía enteral (VO o sonda nasogástrica) por vómitos persistentes o flujo de deposiciones “alto” (10mL/k/h).
 - Pacientes con co-morbilidades asociadas al tracto gastrointestinal (intestino corto, ostomías del intestino anterior).
 - Pacientes con íleo metabólico.
 - Cuando la hidratación por vía EV está indicada, el volumen (cálculo de la pérdida de volumen de agua corporal), la solución y la duración de la hidratación (4 a 6 horas) son importantes para la recuperación del estado de hidratación del paciente.
- Solución a emplear:
 - Pacientes deshidratados con DAI sin sospecha de cólera: Solución de NaCl al 0.9%; o Solución de NaCl al 0.9% (500cc) + D5% en AD (500cc) + KCl (20meq/L).
 - Solución a emplear en la aplicación del “bolo” (hidratación inicial): Solución de NaCl al 0.9%.

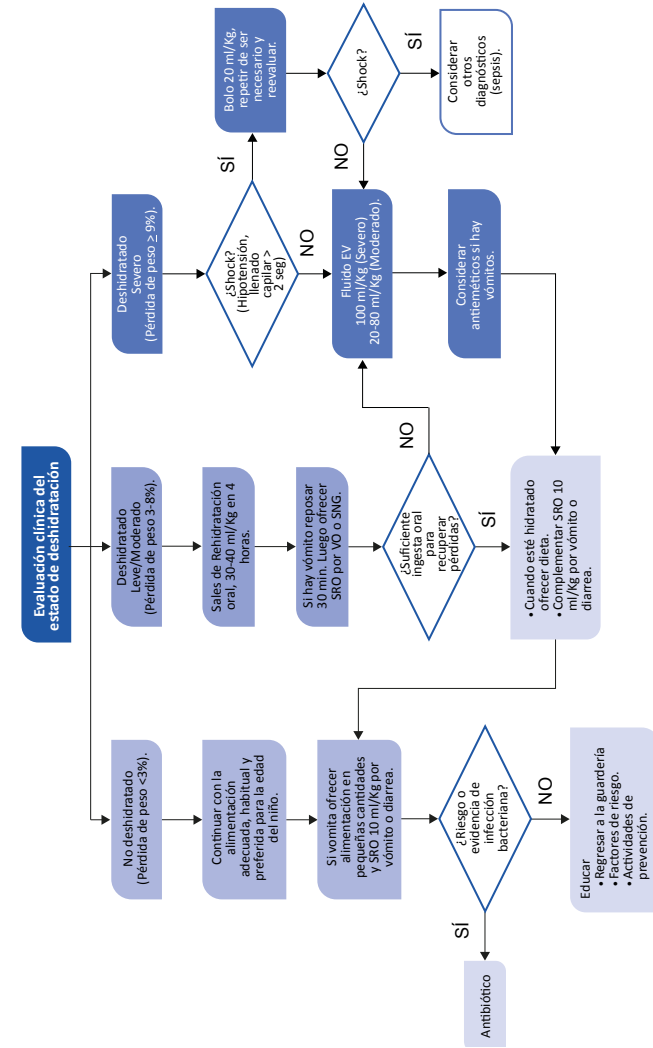
Medidas preventivas

- El lavado de manos disminuye la prevalencia de diarrea.
- La mejora en la calidad del agua y otras medidas higiénicas deben ser aconsejados a los padres y cuidadores para evitar la DAI.
- Se debe recomendar: alimentar con lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, evitar el uso de biberones, mejorar las prácticas de manipulación de los alimentos y desechar las excretas de manera apropiada.
- La vacunación contra el rotavirus está aconsejada en los lactantes.

Clasificación de la severidad de la deshidratación

Signos y Síntomas	No deshidratación (DH)	DH leve o moderada	DH grave
	Pérdida de peso < 3%	Pérdida de peso 3-8%	Pérdida de peso ≥ 9%
Estado mental	Bien, alerta	Normal, cansado o inquieto, irritable	Apático, letárgico, inconsciente
Sed	Normal	Sediento impaciente por beber	Bebe mal, incapaz de beber
Frecuencia cardiaca	Normal	Normal o aumentada	Taquicardia, intensidad disminuida
Pulso	Normal	Normal o algo débil	Débil, filiforme, de difícil palpación
Respiración	Normal	Normal, rápida (taquipnea)	Profunda (Bradipnea)
Ojos	Normal	Ligeramente hundidos	Muy hundidos
Lágrimas	Normal	Disminuida	Ausente
Boca y lengua	Húmedas	Secas	Muy secas
Pliegue cutáneo	Normal	Normal	Retracción lenta (mayor de 2 seg)
Llenado capilar	Normal	Normal	Prolongado (mayor de 2 seg)
Extremidades	Tibias	Frías	Muy frías
Diuresis	Normal	Disminuida	Mínima o ausente
Presión arterial	Normal	Normal	Normal (límite inferior) o Hipotensión

Flujograma de tratamiento de diarrea aguda



Recomendaciones para el manejo de DIARREA DISENTÉRICA

Fuente: MINSA. Guía de Práctica Clínica Diarrea Disentérica en la niña y niño. 2006. Gonzales, S. et al. "Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú-2011." Revista de Gastroenterología del Perú 31.3 (2011): 258-277. Guarino A. et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition.; European Society for Pediatric Infectious Diseases. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014 Jul;59(1):132-52.

Definición

- Aumento en la frecuencia y fluidez de las heces, acompañada de sangre visible y moco.

Diagnóstico

- El diagnóstico se establece con la presencia de sangre visible en las deposiciones diarreicas.
- Además se puede presentar:
 - Dolor abdominal o irritabilidad en niños menores.
 - Fiebre
 - Hipotermia en casos graves, desnutridos severos o menores de dos meses.
 - Tenesmo. • Anorexia o falta de apetito.

Medidas generales

- Tratamiento de la deshidratación, si está presente, y otras medidas según la complejidad y signos de peligro asociados a la diarrea disintérica.
- Selección del tratamiento antibiótico inicial.
- Niños menores de dos meses y especialmente recién nacidos tienen mayor riesgo de infección generalizada, por lo que deben ser hospitalizados y recibir tratamiento para infección generalizada.
- Alimentación fraccionada, durante y después de la diarrea disintérica. No descuidar la alimentación dado el riesgo de desnutrición.
- Manejo de las enfermedades intercurrentes.
- Verificar la vacunación y coordinar la administración de las pendientes.
- Seguimiento del niño/niña, para vigilar el tratamiento y la evolución nutricional.

Esquemas antibióticos

- Iniciar tratamiento con cualquiera de las siguientes opciones:
 - Azitromicina 10mg/Kg/día el 1° día, luego 5mg/Kg/día (2° a 5° día)
 - Eritromicina 40-50mg/Kg/día (4 veces al día). Elección en Campilobacter.
 - Ceftriaxona 50 a 75 mg/Kg/día (2 veces al día) Vía Parenteral x 5 días.
- Siempre citar para nueva evaluación a las 48 horas.

Indicaciones de hospitalización

- Shock, con llenado capilar prolongado (> 2 segundos), signo del pliegue positivo, alteración del patrón respiratorio, alteración del estado neurológico e hipotensión arterial.
- Niños menores de dos meses.
- Deshidratación severa (mayor al 9% de pérdida de peso corporal), alteración del estado de conciencia (letargia, convulsiones, etc.).
- Vómitos intratables o biliosos.
- Falla en la rehidratación oral.
- Flujo de deposiciones alto (mayor de 10 ml/k/hora).
- Si los familiares no pueden proporcionar adecuado cuidado en casa.
- Sospecha de patología quirúrgica.

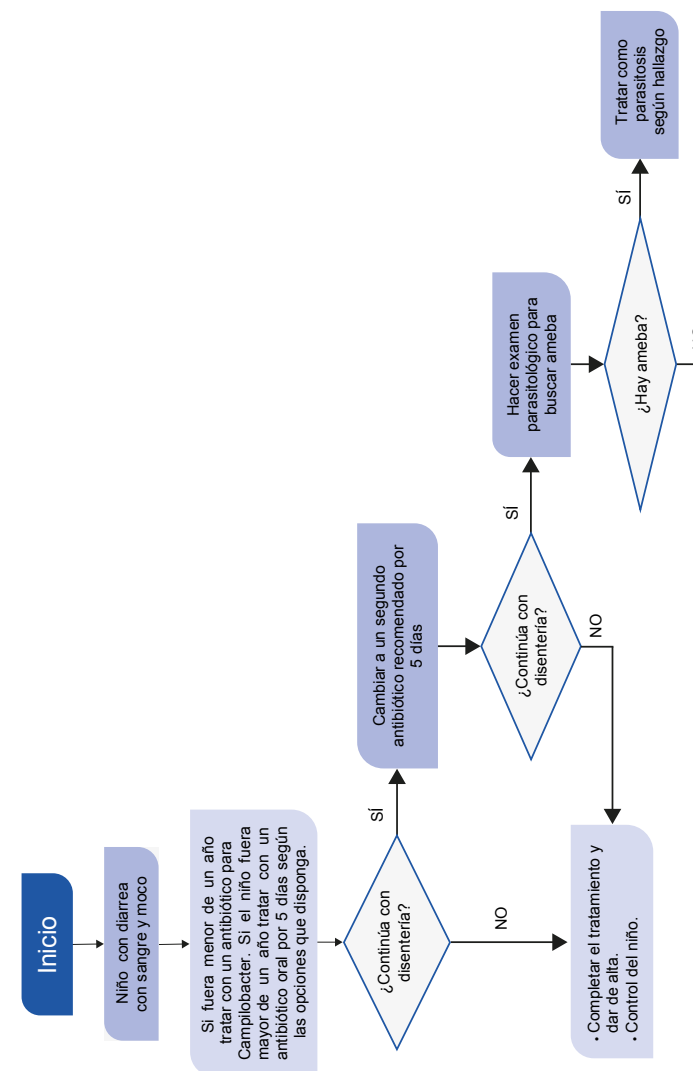
Complicaciones más frecuentes

- Desnutrición, que puede poner en riesgo de vida del niño.
- Sepsis o infección generalizada, frecuentemente causada por bacterias gram negativas del intestino grueso.
- Prolapso rectal, que puede presentarse en desnutridos severos.

Prevención

- Promover en los cuidadores de niños/niñas el lavado de manos antes de comer o preparar alimentos y después de ir al baño o de cambiar pañales.
- Enseñar a los niños a lavarse las manos.

Flujograma de manejo de diarrea disintérica



Recomendaciones para el manejo de DIARREA PERSISTENTE

Fuente: MINSA. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diarrea persistente en la niña y el niño. 2014.

Definición

- Diarrea de duración de 14 días o más. En el caso que un niño tenga diarrea dejando uno o dos días sin deposiciones o con deposiciones normales, para luego continuar con diarrea, se deben sumar ambos periodos, incluyendo el día o dos días aparentemente sin síntomas, como un solo episodio de diarrea completo.

Diagnóstico

- El diagnóstico se establece por las características de las heces y sobre todo la duración del cuadro diarreico (mayor de 14 días).
- También se puede presentar:
 - Falta de apetito.
 - Náuseas y vómitos.
 - Sangre y mucosidad en las heces (ver diarrea disintérica).
 - Signos de deshidratación.
 - Fiebre.
 - Malestar general.
 - Estado nutricional comprometido.
- El diagnóstico es fundamentalmente clínico y no está supeditado a exámenes de laboratorio.

Tratamiento

- El manejo nutricional es la mejor estrategia para tratar la diarrea persistente. El tratamiento antibiótico o antiparasitario tiene indicaciones específicas.
- Se continúa la lactancia materna en aquellos que la reciben.
- En pacientes que requieran reducir temporalmente la cantidad de lactosa, se reduce la cantidad de leche de la dieta para que reciba 30 y 50 ml/kg/día, mezclándola con otros alimentos nutritivos, pero sin lactosa.

- Asegurarse que los alimentos sean adecuados y proporcionen las cantidades adecuadas de proteínas, calorías, vitaminas y minerales. Ofrecer diariamente 110 kcal por kg de peso del niño.
- Se evita el consumo de alimentos que puedan aumentar la diarrea o facilitar la desnutrición del niño. Evitar las bebidas muy azucaradas que pueden aumentar la diarrea por su efecto osmolar.
- Una vez controlada la diarrea, continuar con la alimentación adecuada para recuperar el estado nutricional.

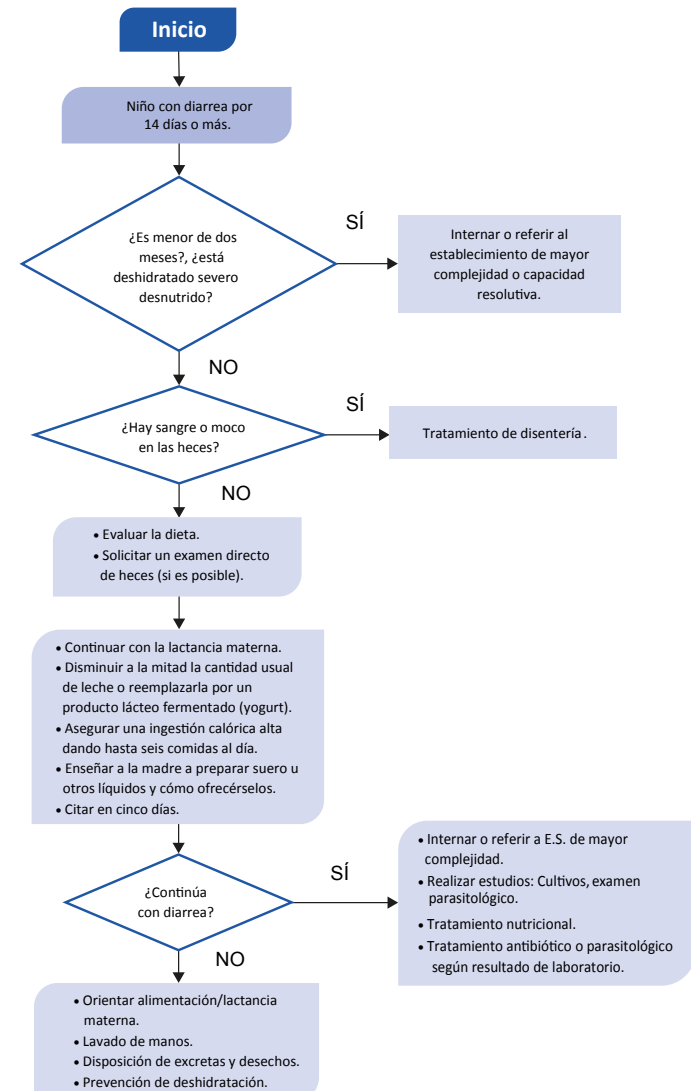
Criterios de referencia

- Niños con desnutrición moderada o severa, o que pierden peso a pesar del tratamiento.
- Niños con un proceso de infeccioso asociado (neumonía, sepsis, etc.).
- Niños con signos de deshidratación.
- Niños menores de dos meses de edad.
- Casos especiales en los que el seguimiento del niño o la continuidad del tratamiento estén en peligro: vivienda alejada del establecimiento de salud, madre adolescente, niños maltratados o abandonados.

Medidas preventivas

- Lavarse las manos después de usar los servicios higiénicos, después de cambiarle los pañales a un bebé, antes de preparar alimentos y antes de dar de comer a los niños.
- Ingerir agua segura (dos gotas de lejía por litro de agua, esperando media hora antes de tomarla) y usar agua segura para la higiene personal.
- Disponer de forma adecuada los residuos sólidos y excretas.
- Tapar los alimentos y depósitos de agua.
- Hacer uso de las prácticas adecuadas de lactancia materna y de alimentación complementaria.
- Asegurar el cumplimiento del esquema de vacunación.

Flujograma de manejo de diarrea persistente



Recomendaciones para el manejo de FIEBRE CHIKUNGUNYA

Definición

- Enfermedad causada por un alfavirus, transmitida por la picadura del *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus* y en menor medida por el *Culex* sp. y *Mansonia* sp. Generalmente se presenta con fiebre y síntomas articulares. Otros mecanismos de transmisión son la transplacentaria (tasa de transmisión intraparto hasta 50%); los accidentes con material punzo-cortante con restos sanguíneos; la transfusión sanguínea y el trasplante de órganos.
- Los humanos son el reservorio principal durante la fase virémica (los primeros 5 días de inicio de los síntomas).

Signos y síntomas

- El período de incubación es de 3 a 7 días (rango: 1 a 12 días). Entre el 3% y 28% presentan infecciones asintomáticas.
- Manifestaciones típicas: la enfermedad aguda se caracteriza por:
 - Fiebre alta de inicio súbito (generalmente > 39°)
 - Dolor articular severo y/o artritis: suele ser simétrico
 - Exantema

Otros signos y síntomas inespecíficos son cefalea, dorsalgia, mialgias, náuseas, vómitos y conjuntivitis.

- La fase aguda en general es autolimitada y dura entre 3 y 10 días.
- Los síntomas articulares generalmente son simétricos y ocurren con más frecuencia en manos, muñecas, tobillos y pies.
- El dolor, la sensibilidad, la inflamación y la rigidez articular, lleva con frecuencia a la discapacidad motora temporal.
- El exantema aparece entre dos a cinco días después del inicio de la fiebre. Es típicamente maculopapular, e incluye tronco y extremidades

(puede afectar palmas, plantas y rostro). En los niños pequeños se puede presentar como lesiones vesiculobulosas.

- A diferencia del dengue, la fiebre alta (> 39 °C) es poco frecuente, en el cual las mialgias predominan sobre las artralgias. Asimismo, las discrasias sanguíneas, shock, hemorragia y muerte son muy raras en fiebre chikungunya.

Otras presentaciones

- En raras ocasiones pueden ocurrir formas graves con manifestaciones atípicas (neurológicas, oculares, gastrointestinales, cardiovasculares, hematológicas, renales, dermatológicas, respiratorias). Las muertes producidas por la fiebre chikungunya son raras.
- Puede presentarse formas subagudas, con reaparición de los síntomas dos a tres meses después del inicio de la enfermedad, o formas crónicas, que se manifiestan con síntomas articulares. Los factores de riesgo para estas formas son: edad mayor de 60 años, trastornos articulares pre-existentes y enfermedad aguda severa.
- Los niños con infección intraparto nacen asintomáticos y luego desarrollan fiebre, dolor, rash y edema periférico. Pueden desarrollar enfermedad neurológica, síntomas hemorrágicos y enfermedad del miocardio.

Diagnóstico

- **Caso sospechoso:** Fiebre de inicio brusco alrededor de los 38,5 °C y artralgia severa o artritis, no explicada clínicamente por otra condición médica (dengue, otros arbovirus, malaria, leptospirosis o reumatológicas), en una persona que reside o ha visitado áreas epidémicas o endémicas en los últimos 14 días antes del inicio de los síntomas, que puede presentar, además de la fiebre, al menos, una de las siguientes manifestaciones clínicas: Mialgias, rash, dolor retro-orbital, cefalea, náuseas y vómitos.

- **Caso probable:** caso sospechoso con anticuerpos IgM específicos en una muestra durante fase aguda o convaleciente.

- **Caso confirmado:** caso probable con al menos una de las siguientes pruebas:

- Detección del ARN viral por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real (RT-PCR).
- Aislamiento del virus chikungunya.
- Seroconversión IgM o IgG en sueros tomados en dos momentos entre la primera y la segunda muestra.

Tratamiento

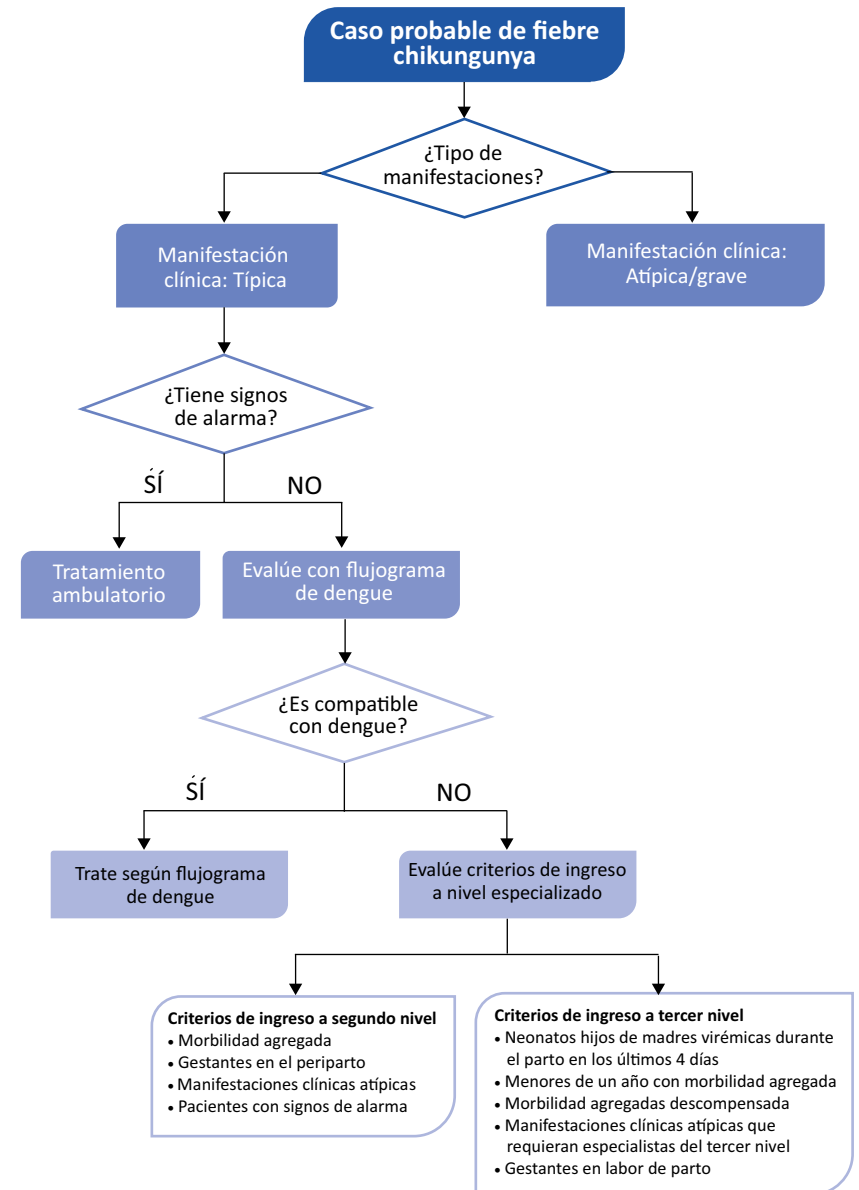
- El tratamiento es sintomático, se debe primero descartar alergias a los fármacos indicados.
- Para el manejo de la fiebre: paracetamol de acuerdo a edad y peso.
- Si persiste el dolor articular a pesar del uso de paracetamol se puede agregar opioides como tramadol (se debe monitorear los efectos adversos)*. En caso que persistiera el dolor articular, de moderado a intenso, después del séptimo día de inicio de la enfermedad, se pueden indicar AINES, como (ibuprofeno, naproxeno y diclofenaco) de acuerdo a edad/peso, monitoreando los efectos secundarios.
- Para el manejo de la erupción y prurito, se pueden indicar antihistamínicos como clorfeniramina, loratadina o cetirizina, de acuerdo a edad/peso, y tratamiento tópico, compresas, entre otros.
- Se debe evaluar el estado de hidratación, y de ser el caso, instaurar terapia de rehidratación, de preferencia oral. Recomendar beber grandes cantidades de líquidos.
- Evaluar el estado hemodinámico. Estabilizar y derivar inmediatamente a los pacientes con llenado capilar lento, pulso disminuido, hipotensión, oliguria, alteración del sensorio o manifestaciones hemorrágicas.
- Recomendar reposo relativo hasta el término de la fase aguda.

- No utilizar corticosteroides por vía tópica ni sistémica (al menos hasta que culmine la fase aguda de la enfermedad).
- No utilizar ácido acetilsalicílico (aspirina).
- Considerar la referencia de pacientes con mayor riesgo de complicaciones (mayores de 60 años, enfermedades crónicas, gestantes e infantes).
- En caso de presentar signos de alarma, se debe referir al paciente al nivel superior correspondiente.

Signos de alarma

- **Signos de alarma:**
- Dolor abdominal intenso y continuo.
- Vómito persistente.
- Petequias, hemorragia subcutánea, o sangrado de mucosas.
- Alteración del estado de conciencia; mareo postural.
- Dolor articular intenso incapacitante por más de cinco días.
- Frialdad distal.
- Disminución en la producción de orina.

Flujograma de manejo de fiebre chikungunya



*Brito CA, Sohsten AK, Leitão CC, et. al. Pharmacologic management of pain in patients with Chikungunya: a guideline; Rev Soc Bras Med Trop 49(6):668-679, Nov-Dec, 2016.

Recomendaciones para el manejo de DENGUE

(Sin/con signos de alarma y dengue grave)

Definición

- Enfermedad viral aguda, endemo-epidémica, transmitida por la picadura de mosquitos hembras del género *Aedes*, principalmente *Aedes aegypti*. Actualmente es el arbovirus más importante a nivel global en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico.

Caso probable de dengue sin signos de alarma

- Toda persona con fiebre menor o igual a 7 días de evolución, que reside o ha visitado áreas de transmisión de dengue o con infestación del vector *Aedes aegypti*, 14 días antes del inicio de los síntomas y que presenta al menos dos de las siguientes manifestaciones:
 - Dolor ocular o retro ocular.
 - Mialgias.
 - Cefalea.
 - Artralgia.
 - Dolor lumbar.
 - Rash/Exantema (erupción cutánea).
 - Náuseas/Vómitos.

Caso de dengue con signos de alarma

- Persona que cumple la definición de caso previa y que adicionalmente presenta una o más de las siguientes manifestaciones:
 - Dolor abdominal intenso y continuo.
 - Dolor torácico o disnea.
 - Derrame seroso al examen clínico o por estudios por imágenes (ascitis, derrame pleural o derrame pericárdico).
 - Vómitos persistentes.
 - Disminución brusca de temperatura o hipotermia.

- Sangrado de mucosas (gingivorragias, epistaxis, metrorragias o hipermenorrea).
- Disminución de la diuresis (disminución del volumen urinario).
- Decaimiento excesivo (o lipotimia).
- Estado mental alterado (somnolencia, inquietud, irritabilidad, convulsión, Glasgow menor de 15).
- Hepatomegalia > 2 cm.
- Aumento progresivo del hematocrito.

Caso de dengue grave

- Caso probable de dengue con signos de alarma o sin ellos que presenta por lo menos uno de los siguientes:
 - Signos de choque hipovolémico.
 - Sangrado grave, según criterio médico.
 - Síndrome de dificultad respiratoria por extravasación importante de plasma.
 - Compromiso grave de órganos (encefalitis, hepatitis, miocarditis).
- Se considerará choque hipovolémico si cumple cualquiera de los siguientes signos:
 - Presión arterial disminuida para la edad.
 - Diferencial de la presión arterial ≤ 20 mmHg.
 - Pulso rápido y débil o indetectable (pulso filiforme).
 - Frialdad de extremidades y cianosis.
 - Llenado capilar > de 2 segundos.
 - Taquicardia.

Confirmación de caso

- Al detectar un caso probable de dengue, se debe notificar y tomar la muestra de sangre para confirmación; decidir el manejo según las manifestaciones clínicas y el estado del paciente y registrarlo para la investigación correspondiente.
- El caso probable de dengue pasa a ser confirmado si tiene un resultado positivo a aislamiento viral por cultivo celular, RT-PCR, o ELISA Antígeno NS1. En zonas endémicas de dengue, la detección de anticuerpos IgM para dengue en una sola muestra mediante ELISA también es criterio confirmatorio, así como la evidencia de seroconversión IgM, cuando la segunda muestra es tomada luego de los 14 días del inicio de síntomas.
- En situación de brote, cuando se ha documentado la circulación del virus, la confirmación del caso se da mediante nexo epidemiológico, si no se pueden realizar los exámenes respectivos a todo caso probable que reside cerca o ha tenido contacto con una o más personas con dengue confirmado.
- Se descarta el caso si el resultado del RT-PCR en una muestra con tiempo de enfermedad menor o igual a 5 días es negativo, o si el IgM en una sola muestra con tiempo de enfermedad mayor a 10 días es negativo, o si el IgM en muestras pareadas, la segunda muestra habiendo sido tomada después de los 14 días de inicio de los síntomas, es negativa. Asimismo, se descarta el caso probable cuando no hay nexo epidemiológico o cuando se identifica otro agente causal.

Tratamiento de dengue sin signos de alarma

• Dengue sin signos de alarma

- Mantener reposo relativo en cama bajo mosquitero.

Dieta normal más abundantes líquidos.

- **Adultos:** Ingerir líquidos abundantes, dos litros o más al día, estos pueden ser sales de rehidratación oral (dilución al medio), jugo de fruta-con precaución en diabéticos-, leche, agua de cebada, de arroz y otros. El agua sola puede causar desequilibrio hidroelectrolítico.

- **Niños:** Líquidos abundantes por vía oral (leche, jugos de frutas naturales, sales de rehidratación oral, agua de cebada, de arroz o de coco recién preparada. El agua sola debe administrarse con precaución, ya que puede causar desequilibrio hidroelectrolítico. Los requerimientos basales idealmente deberán ser calculados según la fórmula de Holliday Segar.

- En la administración de líquidos, debe tenerse en cuenta el estado y condiciones de pacientes, ejemplo: pacientes diabéticos, renales, etc.

• Manejo de la fiebre

- Priorizar el uso de medios físicos para el control de temperatura: baño en tina con agua tibia (temperatura de agua a 2°C menor que la temperatura del paciente).

- Si la fiebre no cede por medios físicos se puede utilizar acetaminofén/paracetamol a las siguientes dosis:

- **Adultos:** 500-1000 mg. por vía oral cada 6 horas, dosis máxima de 4 gr al día.

- **Niños:** 10-15 mg/Kg/día cada 4-6 horas, esta indicación puede darse en cucharaditas de 5 ml, según edad del niño. No pasar de 90mg/Kg al día.

• NO se deben prescribir:

- AINES.
- Dipirona (metamizol).
- Antibióticos (solo se deben prescribir en presencia de una infección agregada que la justifique).

Tratamiento de dengue con signos de alarma

- No es esencial tener el resultado del hematocrito o plaquetas antes de hidratar al paciente, en todo caso la demora o ausencia de exámenes de laboratorio no debe ser un motivo de retraso en el inicio de reposición de volumen en pacientes clínicamente hipovolémicos o con signos de hipoperfusión.

- En escenarios de brote de dengue, como sucede en el norte del país y Palpa: **NO SE HARÁN PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO DE DENGUE** excepto en los siguientes casos:

a. Gestantes, menores de 2 años y mayores de 60 años.

b. Pacientes con signos de alarma.

Para estos casos a y b, las pruebas de diagnóstico de dengue que se usarán podrán ser:

- Pruebas rápidas (si están disponibles en el EESS).
- Otras que son procesadas por el INS.

- Los pacientes con signos de alarma que requieran ser mantenidos en observación en un centro de salud, que toleren adecuadamente la vía oral y no presenten signos de hipoperfusión y choque, deben iniciar la hidratación por vía oral manteniendo una vía endovenosa permeable.

- Iniciar la terapia endovenosa en aquellos pacientes que no toleren la ingesta oral de fluidos o presenten vómitos persistentes o tengan signos de clínicos de hipoperfusión (frialidad distal, prolongación de llenado capilar, hipotensión ortostática, taquicardia, reducción del flujo urinario, disminución de PAM).

- Administrar cristaloides como primera opción y dentro de estos, únicamente soluciones isotónicas tales como solución salina al 0.9% o Lactato de Ringer, iniciando a razón de 10 ml/kg en 1 hora como carga de hidratación. (No se ha observado diferencia entre el uso de coloides y cristaloides en el manejo de pacientes con dengue).

- Monitorizar las funciones vitales cercanamente y reevaluar: si persisten los signos de alarma, repetir la carga de hidratación una o dos veces más.

- Si en la reevaluación se nota mejoría respecto a los signos de alarma y la diuresis es \geq de 1 ml/Kg/h, reducir el volumen a razón de 5-7 ml/Kg/h, por 2 a 4 horas.
- Si continua la mejoría clínica y la diuresis sigue siendo adecuada, reducir el volumen a 3-5 ml/Kg/h, por 2 a 4 horas, luego continuar con la rehidratación con volúmenes de mantenimiento (2-3 ml/Kg/h por 24 horas).
- En pacientes cuyo estado clínico continúe deteriorándose a pesar de la administración profusa de líquidos, deberá considerarse la posibilidad de sangrado oculto, como en aquellos que presentan reducción brusca del hematocrito.

Tratamiento de dengue grave

- Los pacientes con dengue grave deben ser hospitalizados preferentemente en una unidad de cuidados intensivo UCI.
- Iniciar rehidratación endovenosa con cristaloides a razón de 20 ml/kg en 15 a 30 minutos, observar evolución del paciente, si desaparecen los signos de choque, disminuir el volumen de líquidos a 10 ml/Kg/h por 1 a 2 horas.
- Si la evolución clínica es satisfactoria, disminuir el volumen de hidratación a razón de 5-7 ml/Kg/h durante 4 a 6 horas; en adelante mantener hidratación de acuerdo al estado del paciente.
- Si luego del primer bolo de hidratación, el paciente sigue con los signos de choque, repetir la dosis de volumen de cristaloides a razón de 20 ml/Kg/h. Si con ese volumen de líquidos el paciente mejora y desaparece el choque, se continúa el aporte de líquidos tal como se refiere anteriormente para pacientes con evolución favorable.
- Si luego de haber administrado dos bolos de hidratación endovenosa el paciente continúa inestable, administrar un tercer bolo de cristaloides a igual dosis. Si con este tercer bolo el paciente muestra mejoría clínica, disminuir progresivamente los volúmenes de hidratación endovenosa, tal como se ha referido anteriormente.
- Si el paciente continúa con hipotensión y sin respuesta a la fluidoterapia intensiva, considerar el uso de aminas vasopresoras.

- De acuerdo al criterio clínico considerar la administración de solución coloidal a razón de 10-20 ml/Kg/h en 30 a 60 minutos. La solución coloidal puede ser albumina humana o sustitutos del tipo de las gelatinas (Poligelina, Gelofusin) o almidones. Reevaluar luego de esta dosis, si hay mejoría clínica y laboratorio, cambiar la solución coloidal a cristaloidal a razón de 10 ml/Kg/h durante una a dos horas y continuar la disminución progresiva de acuerdo a evolución del paciente.
- **NO** se recomienda el uso de corticoides en ninguna presentación.
- Se debe **EVITAR**:
 - Bolos de fluidos basados en el incremento del hematocrito como único parámetro, sin considerar otros parámetros clínicos.
Reposición de volumen excesivo y prolongado a una tasa fija en pacientes estables.
 - Ausencia de monitoreo sin reajuste de la tasa de infusión en base a la evolución clínica.
 - Mantenimiento de la administración endovenosa de fluidos durante la fase de recuperación y con tolerancia de vía oral.

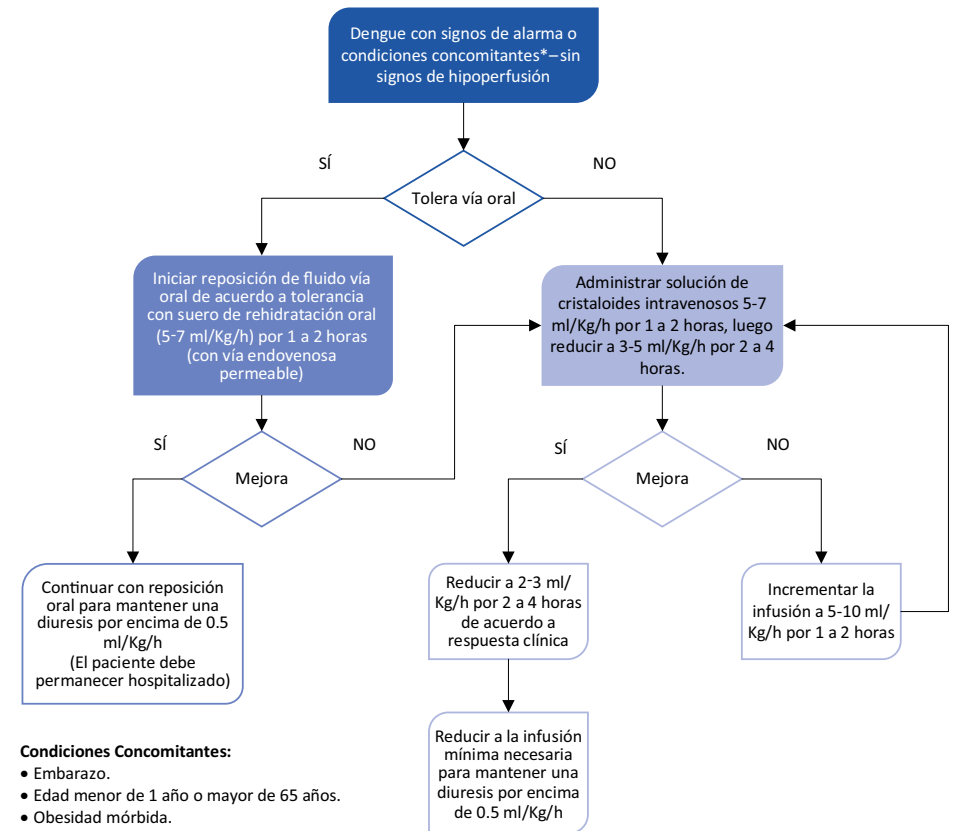
Tratamiento de hemorragias graves en dengue

- Si hay disminución súbita del hematocrito, no acompañada de mejoría del paciente, se debe pensar que ha ocurrido un sangrado significativo y debe considerarse la necesidad de tomar una prueba cruzada y transfundir paquete de glóbulos rojos (5-10 ml/Kg) o sangre fresca lo antes posible a razón de 10 ml/Kg, volúmenes que pueden repetirse según la evolución del paciente.
- Se debe evaluar la función de coagulación de paciente (tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina activada y fibrinógeno); si el fibrinógeno es menor a 100 mg/dl, priorice la transfusión de crioprecipitado (1u/10kg); si el fibrinógeno es mayor a 100 mg/dl y el TP y TTPA es mayor a 1.5 veces el valor normal del control, valorar transfundir plasma fresco congelado (10ml/kg) en 30 minutos.
- **NO** se recomienda la transfusión profiláctica de plaquetas en pacientes con dengue y plaquetopenia severa acompañada o no de sangrado leve (gingivorragia, epistaxis o presencia de petequias).

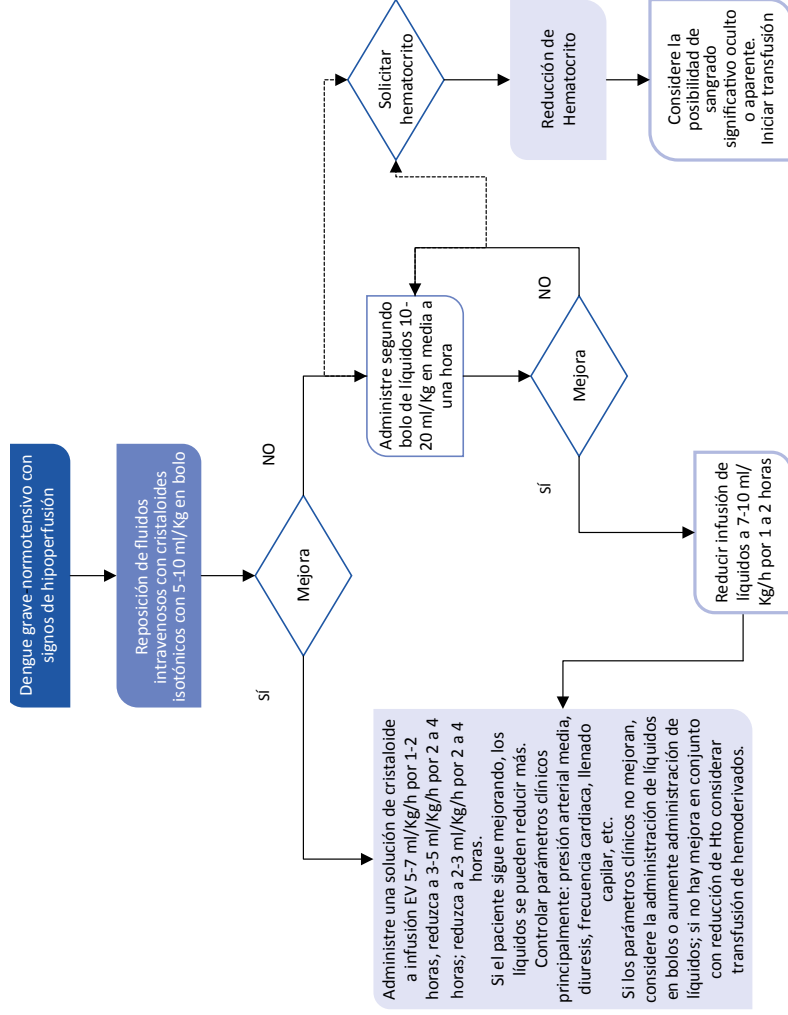
Medidas generales y preventivas

- El personal de salud brinda consejería respecto a la prevención domiciliaria para evitar presencia del vector, recomendando el adecuado cuidado de recipientes de almacenamiento de agua (tapado y limpieza), y la eliminación de criaderos del zancudo.
- Se informa respecto a los cuidados para evitar picaduras del vector como el uso de vestimenta que cubra la piel expuesta, el uso diario de repelentes y uso de mosquitero.
- A todos los pacientes con diagnóstico probable de dengue se les debe explicar la importancia de evitar que el zancudo lo vuelva a picar, porque puede transmitir la enfermedad a otros: por lo que deben usar repelente y mosquitero.
- Los repelentes recomendados que contengan DEET (N, N-Dietil-meta-toluumina) o picaridina, son seguros para su aplicación durante la gestación, periodo de lactancia y en niños menores de 2 años de edad. Su aplicación se hará de acuerdo a lo sugerido por el fabricante en la etiqueta del fabricante.
- Brindar consejería sobre uso racional de medicamentos y los efectos perjudiciales de la automedicación.
- Especial cuidado requieren los menores de 2 años, las gestantes y los mayores de 60 años que presenten estos síntomas. Estos deben estar en observación entre 14 a 48 horas y si se requiere hospitalizarlos.

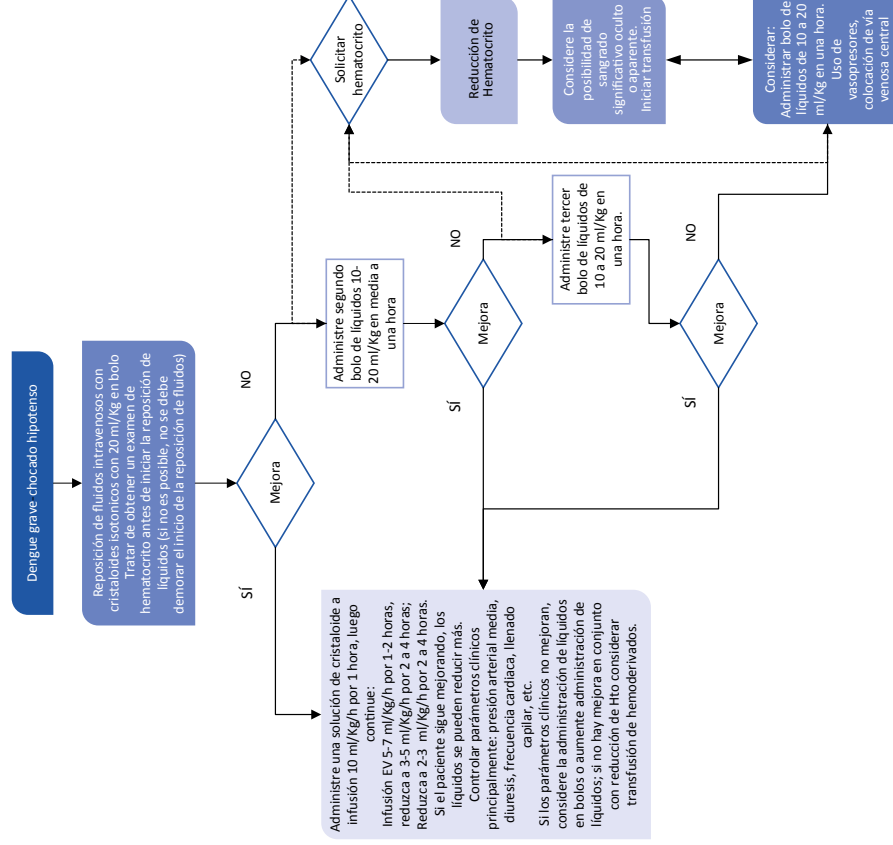
Dengue con signos de alarma



Dengue grave normotenso



Dengue grave chocado



Recomendaciones para el manejo de FARINGOAMIGDALITIS AGUDA

(En niños y niñas)

Definición

- Infección viral o bacteriana, que ocasiona una inflamación aguda de la faringe y amígdalas. Es más común entre niños de 6 a 15 años.

Signos y síntomas

• GENERALES

- Irritabilidad.
- Hiporexia/ anorexia.
- Cefalea.
- Vómitos, dolor abdominal (es ocasionalmente causada por adenitis mesentérica, más frecuente en niños mayores).
- Rinitis, otitis.

• ESPECÍFICOS

- Odinofagia.
- Fiebre y escalofríos.
- Adenopatías cervicales.

Diagnóstico diferencial

- Faringoamigdalitis virales.
- Mononucleosis infecciosa.
- Difteria.
- Angina de Vincent (asociación fusospirilar).

Diagnóstico

- El diagnóstico clínico, de acuerdo a los signos y síntomas mencionados, tiene una especificidad de 60%.
- La confirmación por cultivo faríngeo solo está justificada si los hallazgos clínicos son compatibles con una infección estreptocócica aguda.
- La prueba de antiestreptolisina O (ASLO) puede ser positiva en personas no infectadas con estreptococo, por lo tanto, los resultados se deben interpretar junto con los signos clínicos.

Tratamiento

- El tratamiento depende del cuadro clínico, en caso de presentar ganglios linfáticos en el cuello y secreción purulenta en garganta, se le clasifica como infección de garganta con secreción purulenta (estreptocócica) y se inicia tratamiento antibiótico:

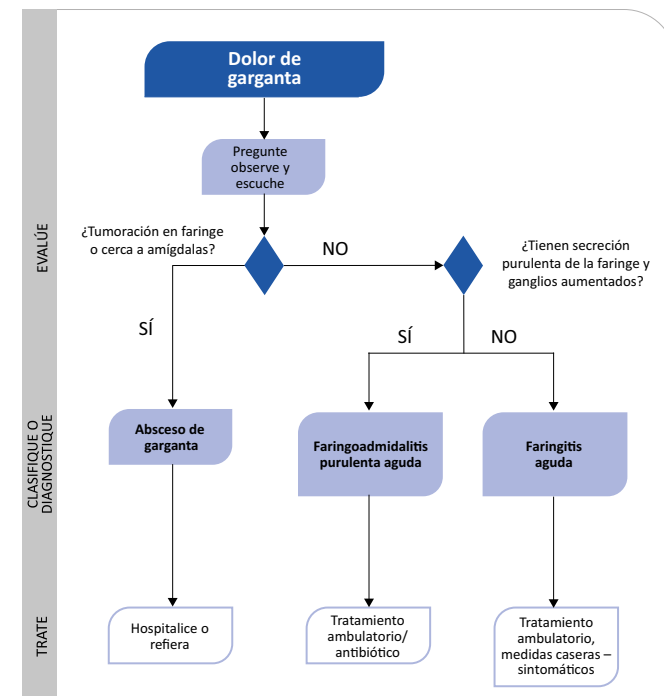
MEDICAMENTO	DOSIS	TIEMPO DE TRATAMIENTO
Penicilina G- Benzatínica (PG-B) o Amoxicilina.	Niño menor de 5 años, o <27 kg de peso: PG-B 600,000 UI IM	Una sola dosis.
	Niño de 5 o más años, o >27 kg de peso: PG-B 1'200,000 UI IM	Una sola dosis
	Amoxicilina: 30 mg x kg x día, dividido en 3 dosis, VO (máximo 500 mg por dosis)	10 días
Alternativa (en caso de alergia a penicilinas): Eritromicina estolato o Azitromicina*	Eritromicina: 30 mg x kg x día, dividido en 3 dosis, VO (máximo 500 mg por dosis)	10 días
	Azitromicina*: 12 mg x Kg x día, en una sola dosis diaria, VO (máximo 500 mg al día)	5 días

- La fiebre se trata con medios físicos o manejo farmacológico cuando es ≥ 38.5 °C axilar. El dolor de garganta se maneja con sintomáticos.
 - Se informa a la madre que debe regresar inmediatamente si el niño empeora.
 - Se realiza seguimiento cada dos días; de no haber mejoría cambiar de antibiótico.
- En caso de no poder tomar líquidos y tener absceso de garganta:**
- Se refiere luego de la primera dosis de antibiótico y analgésico.
 - Se hospitaliza.

Medidas preventivas

- Evitar cambios bruscos de temperatura.
- Mantener ventilados los ambientes.
- Evitar el contacto con personas enfermas con infecciones respiratorias agudas.
- De adquirir la enfermedad, evitar asistencia a lugares de gran concentración de personas, como cines, jardines infantiles, etc.

Flujograma de manejo de faringoamigdalitis aguda



*Recomendación agregada en base a Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, Martin JM, Van Beneden C. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2012 Nov 15;55(10):1279-82.



Recomendaciones para el manejo de **FIEBRE AMARILLA**

Definiciones de caso

Caso probable:

- Toda persona de cualquier edad procedente de zona endémica de fiebre amarilla, con fiebre de inicio súbito hasta siete días de evolución, seguido de ictericia, que reside o ha visitado zonas endémicas en los últimos 14 días, con o sin vacunación contra fiebre amarilla y que presenta una o más de las siguientes manifestaciones clínicas: escalofríos, cefalea intensa, dolor lumbar, mialgias, postración, congestión facial-conjuntival, náuseas y vómitos, sangrado, muerte después de haberse instalado la enfermedad con compromiso de un órgano o sistema (falla renal, hepática, otros).

Caso confirmado:

1. **Por laboratorio:** todo síndrome febril o caso probable cuyo resultado de laboratorio es positivo por uno o más de los métodos siguientes:

- **En suero:** aislamiento del virus de la fiebre amarilla; presencia de IgM específica para fiebre amarilla; qRT-PCR para fiebre amarilla; evidencia de seroconversión de IgM en muestras pareadas, la segunda muestra deberá ser tomada después de los 14 días del inicio de los síntomas (en zonas donde no hay transmisión); detección de anticuerpos de neutralización para fiebre amarilla.
- **En tejidos:** inmunohistoquímica específica (post mortem).
- qRT-PCR para fiebre amarilla.

2. **Por nexa epidemiológico:**

- Contacto de uno o más casos sospechosos con uno o más casos confirmados, procedentes de la misma área endemo - enzoótica.
- Contacto de un caso sospechoso que fallece en menos de 10 días, sin confirmación por laboratorio y que provenga de área donde hay casos confirmados.

Fases de fiebre amarilla

1. Fase de infección congestiva o roja (0 a 5 días).
2. Fase de remisión transitoria (horas a 2 días).
3. Fase de intoxicación, amarilla o ictero - hemorrágica (hasta el 10° día de enfermedad).

Los signos de alarma usualmente se presentan después de la fase de remisión transitoria e indican que el paciente está evolucionando hacia la fase toxica de la enfermedad. Los signos de alarma son:

- Vómitos persistentes
- Alteración del sensorio
- Oliguria relativa a ingresos
- Hipotensión arterial
- Sangrado o diátesis hemorrágica

Exámenes de laboratorio

Exámenes generales:

- Hemograma, hemoglobina, hematocrito, glucosa, urea, creatinina, electrolitos séricos, análisis de gases arteriales y electrolitos.
- Examen completo de orina.
- Perfil hepático.
- Perfil de coagulación.
- Radiografía de tórax, ecografía abdominal y electrocardiograma.

Tratamiento

1. Recomendaciones generales:

- Hospitalizar de inmediato a todo paciente con inicio brusco de fiebre (temperatura axilar mayor o igual a 38°C) y menos de 7 días de evolución, que tenga entre 5 y 65 años de edad, sin foco infeccioso evidente y procedente de zona endémica o que cumpla la definición de caso probable de fiebre amarilla.
- Vigilar el equilibrio hidro electrolítico; mantener diuresis en un rango de 0.5 a 1 ml/kg/hora.

- Controlar las funciones vitales: cada 4 a 6 horas en fase de infección y cada 1 a 2 horas en fase tóxica.

2. Tratamiento en fase de infección:

- Reposo absoluto. No usar inyecciones intramusculares.
- En el adulto colocar una branula N°18 o 20.
- Dieta normo proteica, líquida o blanda según tolerancia.
- Mantener al paciente bajo un mosquitero hasta la remisión de la fiebre, en zonas con presencia de vectores transmisores.
- Sales de rehidratación oral (dilución al medio normal); idealmente no menor de 3 litros al día en total.
- Disminuir la temperatura por medios físicos, de ser necesario puede administrarse paracetamol.
- Metoclopramida 10 mg EV condicional a vómitos, en niños 0.2 - 0.3 mg/Kg/dosis. No usar dimenhidrinato.
- Cloroquina 250 mg VO 2 tabletas. Restringidas para regiones con presencia de malaria y en caso de no contar con el resultado de gota gruesa.
- Medir diuresis y hacer balance hídrico estricto. El débito urinario debe estar en un rango de 0.5-1 ml/Kg/hora.
- Control de funciones vitales cada 4 - 6 horas.

3. Tratamiento en fase tóxica

- Para disminuir el riesgo de hipoglicemia, administrar dextrosa al 10% al 1 Normal (N) (CINa 20% 2 ampollas + CIK20% 1 ampolla).
- Hidratar enérgicamente al paciente con suero salina 0.9%, a una velocidad de infusión necesaria para mantener una PAM ~70 mmHg.
- De presentarse alteración del sensorio, medir el nivel de glucosa con tiras reactivas, si no se contara con estas, no retardar la administración de 5 ampollas EV de Dextrosa al 33%.
- Colocar al paciente con la cabeza y tronco levantados a 30°, evitando movimientos innecesarios de la cabeza, para prevenir el aumento de la presión intracraneal.

4. Criterios de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos:

- Insuficiencia hepática aguda.
- Insuficiencia renal aguda.
- Encefalopatía hepática.
- Shock hipovolémico.
- Trastornos metabólicos: Acidosis metabólica severa, hiperpotasemia refractaria.



Recomendaciones para el manejo de GOLPE DE CALOR

Definición de golpe de calor

- Enfermedad relacionada con el calor grave resultante de la exposición al calor ambiental pasivo (golpe de calor clásico) o al ejercicio vigoroso (golpe de calor por ejercicio).

Caracterizada por:

- Temperatura central mayor a 40°C.
- Disfunción del sistema nervioso central: alteración del estado mental (encefalopatía), convulsiones o coma.

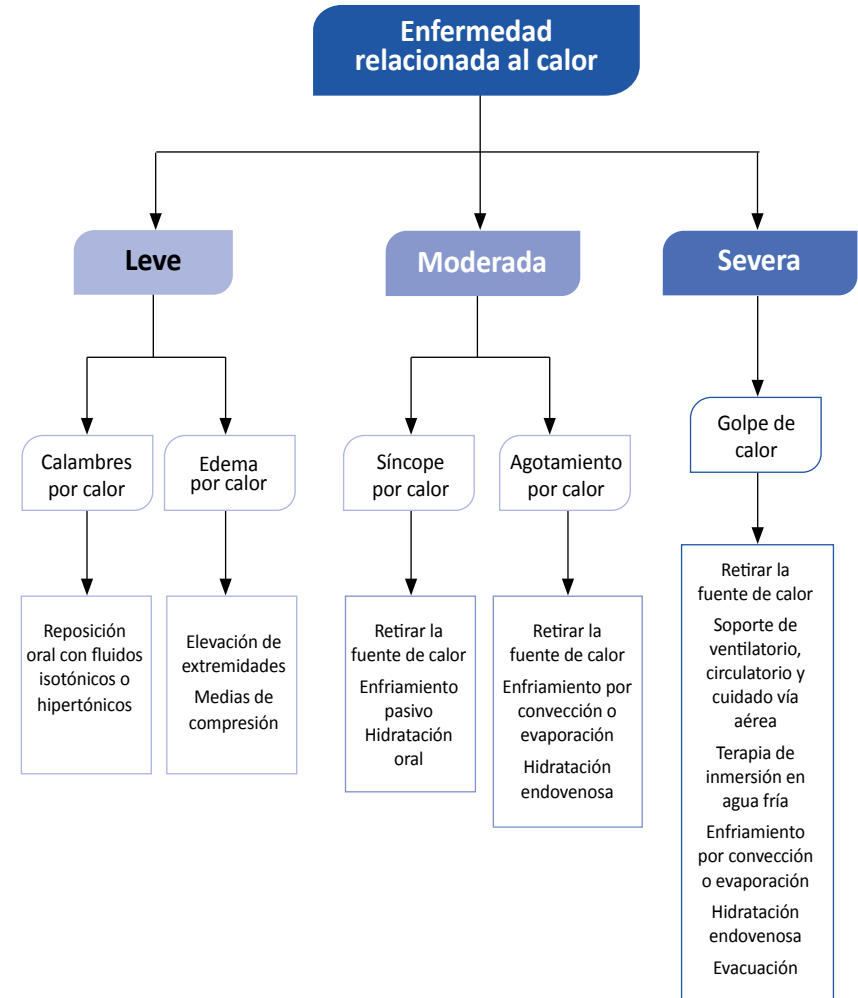
Paso 1: Manejo inicial en la comunidad

- Traslade rápidamente al paciente a un lugar con sombra o con ventilación adecuada. Permanecer en el calor empeorará su condición.
- Cubra al paciente con sábanas húmedas o mójelo con agua fresca. Aplique aire directo sobre el niño con un ventilador.
- Rehidrate al paciente. Use suero de rehidratación oral o usted puede preparar un litro de agua con una cucharadita de sal.
- Traslade al paciente al centro de salud/hospital más cercano.
- No administre medicamentos para la fiebre.

Paso 2: Clasificación de la severidad

Condición	Definición
Hipertermia	Es un aumento de la temperatura corporal por encima del punto de ajuste hipotalámico, cuando se deterioran los mecanismos de disipación de calor (por la ropa, las drogas o enfermedad) o son desbordados por la producción de calor externo (ambiental) o interno (metabólico).
Edema por calor	Hinchazón de las extremidades debido a la acumulación de líquido intersticial asociado al calor.
Calambres por calor	Contracciones musculares involuntarias dolorosas durante o inmediatamente después del ejercicio asociado al calor.
Síncope por calor	Pérdida transitoria de la conciencia con retorno espontáneo de la misma.
Agotamiento por calor	Enfermedad relacionada con el calor leve a moderada debido a la exposición a altas temperaturas ambientales o al ejercicio físico intenso; los signos y síntomas incluyen sed intensa, debilidad, malestar, ansiedad y mareos, síncope; la temperatura central puede ser normal o mayor a 37 °C pero menor a 40 °C.
Golpe de calor CIE 10: T 67.0	Enfermedad relacionada con el calor grave caracterizada por una temperatura central mayor a 40 °C y disfunción del sistema nervioso central tales como la alteración del estado mental (encefalopatía), convulsiones o coma; resultante de la exposición al calor ambiental pasiva (golpe de calor clásico) o al ejercicio vigoroso (golpe de calor).

Paso 3: Manejo según la severidad



Tratamiento de golpe de calor

- La terapia de inmersión en agua fría/hielo es el tratamiento óptimo en un golpe de calor para conseguir una reducción rápida de temperatura por debajo de niveles críticos.
- Probar hidratación oral con suero de rehidratación oral.
- Las mejores opciones de reposición de fluidos son de 1 a 2 L de solución isotónica (solución salina normal, 0,9% SN) o solución de electrolitos con dextrosa al 5% en adultos.
- En niños, reposición según grado de deshidratación.
- Si la inmersión en agua fría no está disponible, las medidas de enfriamiento por evaporación se deben iniciar. Comience por aflojar o retirar las prendas de vestir del paciente, rociándole con agua para maximizar el contacto de la piel al vapor de agua, y facilitando la convección con el movimiento del aire por ventiladores.
- Alcanzar la temperatura objetivo de menos de 39 °c lo más pronto posible.
- Los fármacos antipiréticos son ineficaces y se deben evitar.

Recomendaciones generales para la población

- Permanecer en un ambiente más fresco con sombra y ventilación.
- Evitar realizar ejercicios o juegos muy intensos expuestos al sol.
- Consumir líquidos continuamente, especialmente agua. En el caso de lactantes, ofrecer leche materna de manera frecuente.
- Vestir con ropa holgada y liviana.
- Evitar permanecer dentro de un vehículo caliente. Nunca deje a los niños o a cualquier persona en un coche estacionado en épocas de temperatura elevada.



Recomendaciones para el manejo de **LEPTOSPIROSIS**

Definición

- Zoonosis que afecta a animales domésticos, silvestres y accidentalmente al hombre, causada por bacterias del género *Leptospira* sp. Los roedores y marsupiales son sus principales reservorios, eliminando la leptospira a través de la orina contaminando de esta manera el agua, suelo y alimentos. El contacto directo con la orina y tejidos de animales infectados, generalmente origina casos aislados, mientras que el indirecto a través de fuentes de agua, suelo o alimentos contaminados con leptospira, generalmente ocasiona brotes epidémicos.
- El período de incubación es de 7 a 14 días en promedio, pudiendo oscilar de 2 a 20 días.

Síntomas y signos

- El espectro clínico es amplio, va desde la infección subclínica, pasando por el síndrome febril, el síndrome febril icterico hasta el síndrome febril con manifestaciones hemorrágicas y falla multiorgánica.
- **Síndrome febril:** Inicio brusco de fiebre de menos de 7 días de evolución.
- **Síndrome febril icterico agudo:** Inicio brusco de fiebre e ictericia sin condiciones previas (hepatopatía crónica, hepatopatía inducida por fármacos y hepatopatías autoinmunes).
- **Síndrome febril con manifestaciones hemorrágicas:** Inicio brusco de fiebre de duración menor a tres semanas y dos de los siguientes signos en ausencia de condiciones predisponentes al sangrado:
 - Erupción cutánea hemorrágica o purpúrica.
 - Epistaxis.
 - Hemoptisis.
 - Hematoquecia (sangre en las heces).
 - Otras manifestaciones hemorrágicas.

Clasificación de acuerdo a la severidad

1. Leptospirosis leve

Síndrome febril agudo inespecífico, sin alteraciones hemodinámicas francas.

2. Leptospirosis moderada

Síndrome febril agudo inespecífico con alteración hemodinámica con o sin ictericia.

3. Leptospirosis severa

Síndrome febril agudo con falla orgánica con o sin ictericia.

Signos de alarma

- Constituyen signos de alarma:
 - Fiebre elevada que no cede a antipiréticos.
 - Vómitos persistentes.
 - Dolor abdominal intenso que puede llegar al abdomen agudo.
 - Ictericia.
 - Manifestaciones hemorrágicas (gingivorragia, hemoptisis, melena, petequias generalizadas).
 - Dificultad respiratoria.
 - Trastornos hemodinámicos (shock).
 - Oliguria.
 - Signos meníngeos.

Diagnóstico

- Se denomina diagnóstico presuntivo a la presencia de síndrome febril, síndrome febril icterico agudo, o síndrome febril con manifestaciones hemorrágicas, y antecedentes de:
 - Exposición a fuentes de agua, aniegos u otras colecciones hídricas potencialmente contaminadas, como canales de regadío (acequias), pozas, charcos, lagos, ríos.
 - Exposición a desagües, letrinas o manejo de aguas residuales contaminadas con orina de roedores y otros animales.
 - Actividades con riesgo ocupacional, como agricultura, ganadería, recolección de basura, limpieza de acequias, trabajo con agua y desagüe, gasfitería, medicina veterinaria, técnica agropecuaria en la que se administran tratamiento a los animales, entre otros.
 - Actividades recreativas y deportes de aventura que tienen relación con fuentes de agua potencialmente contaminadas (ríos, cochas, acequias, lagunas y otros).
- Se denomina diagnóstico definitivo cuando se obtiene la confirmación mediante exámenes de laboratorio: aislamiento de la bacteria a partir de sangre, orina, L.C.R. o tejidos, detección de ADN de Leptospira por la Reacción de Cadena de la Polimerasa (PCR) a partir de sangre, orina, L.C.R. o tejidos, o seroconversión en dos muestras pareadas de suero de 4 o más veces de título de anticuerpos por la prueba de Microaglutinación (MAT), siendo necesario 2 a 3 muestras, con intervalos de 15 días o aumento significativo de 50% de la titulación de anticuerpos en dos muestras pareadas por la prueba de ELISA IgM.

- Cuando no sea disponible más de una muestra, un título igual o superior a 1:800 en la región de la selva del Perú o títulos de 1:100 a 1:400 en zonas costeras y en la sierra del Perú. Si el paciente tiene menos de 7 días de enfermedad y presenta títulos bajos necesariamente se deberá tomar una segunda muestra. Cualquier resultado positivo mediante otra técnica diagnóstica serológica (ELISA, DIPSTICK, IFI, HA) debe ser confirmada por las pruebas antes mencionadas.

Tratamiento

1. Leptospirosis leve

Adultos

- Doxiciclina 100 mg c/12 horas (V.O) por 7 días ó
- Amoxicilina 500mg c/8 horas (V.O) por 7 días ó
- Ciprofloxacina 500mg c/12 horas (V.O) por 7 días ó
- Eritromicina 500 mg c/6 horas (V.O) por 7 días.

Niños hasta 40 Kg.

- Amoxicilina 30-50 mg/kg/día dividido en 3 dosis (V.O) por 7 días ó
- Eritromicina 25-50 mg/kg/día dividido en 4 dosis (V.O) por 7 días.

Gestantes

- Amoxicilina 500 mg c/8 h (V.O) por 7 días ó
- Eritromicina 500 mg c/6h (V.O) por 7 días.

2. Leptospirosis moderada a severa

Adultos

- Bencilpenicilina G sódica 6-12'000,000 UI/día (EV) divididas en 6 dosis de 7 a 10 días ó
- Ampicilina 0.5 - 1 g. c/6 horas (EV) por 7 a 10 días ó

- Ceftriaxona 1 a 2 g c/12 horas (EV) por 7 a 10 días o
- Ciprofloxacina 200 mg c/12 horas (EV) por 7 a 10 días.

Niños hasta 40 Kg.

- Bencilpenicilina G. sódica 100,000 a 200,000 UI/Kg por día (EV) dividido en 4 a 6 dosis por 7 a 10 días o
- Ampicilina 50 mg/Kg/día (EV) dividido en cuatro dosis por 7 a 10 días ó
- Ceftriaxona 50 a 100 mg/Kg/día (EV) dividido en dos dosis por 7 a 10 días.

Gestantes

- Bencilpenicilina G sódica 6-12'000,000 UI/día (EV) dividido en 6 dosis por 7 a 10 días o
- Ampicilina 0.5 – 1 g. c/6 horas (EV) por 7 a 10 días ó
- Ceftriaxona 1 a 2 g c/12 horas (EV) por 7a 10 días.

Quimioprofilaxis

En grupos de personas que ingresen a zona endémica en forma temporal (personal militar, practicantes de deporte de aventura, brigadistas y otros) se recomienda administrar doxiciclina 200 mg. V.O una vez por semana ó amoxicilina 500 mg. V.O una vez por semana.

Recomendaciones para el manejo de LOXOSCELISMO

Generalidades

- Se denomina loxoscelismo (accidente loxoscélico o aracnoidismo por *Loxosceles laeta*) a la mordedura del arácnido del género *Loxosceles*, cuyo veneno tiene acción proteolítica necrosante, hemolítica y procoagulante.
- El loxoscelismo es un envenenamiento frecuente en las zonas urbanas y urbano marginales de costa y sierra del Perú, debido a los hábitos domiciliarios del artrópodo.
- Toda persona que sufre un accidente por un animal ponzoñoso debe ser considerada como una atención de emergencia, que necesita observación u hospitalización por 24 horas o más para evaluar la evolución de las manifestaciones clínicas.

Signos y síntomas

- Existen dos variantes clínicas, una localizada (loxoscelismo cutáneo) y otra generalizada (loxoscelismo cutáneo-visceral).

1. Loxoscelismo cutáneo:

- Inicia con sensación de lancetazo al momento de la mordedura, luego dolor que puede ser intenso, prurito, intranquilidad.
- A los 30 a 60 minutos: la zona se torna eritematosa, hay edema leve; malestar general, fiebre que desaparece en 24 a 48 horas. Evoluciona a una zona pálida con áreas violáceas equimóticas.
- A los 2 días pueden aparecer flictenas con contenido sero-sanguinolento
- A los 3-4 días ocurre la necrosis.
- En 4 a 7 días se forma una escara que puede infectarse y dejar una lesión ulcerada que demora semanas o meses en cicatrizar.

2. Cuadro cutáneo-visceral:

A lo anterior se agrega anemia, náuseas, vómitos, cefalea, hipertermia, diaforesis, ictericia y compromiso neurológico. Puede haber disminución

de la presión arterial y del fibrinógeno, equimosis, linfangitis en la zona afectada.

Puede producirse la muerte dentro de las 48 a 96 horas por complicaciones debidas a insuficiencia renal aguda, acidosis metabólica, trastornos hidroelectrolíticos y sepsis.

Medidas de atención inmediata

- El caso debe tratarse como una emergencia.
- Tranquilizar e inmovilizar al paciente. Se puede aplicar hielo en la zona afectada.
- Si es posible y no implica riesgo, se puede capturar al arácnido agresor para su identificación.
- Si se ha identificado al arácnido agresor como perteneciente al género *Loxosceles*, se recomienda la aplicación del suero antiloxoscélico específico, en lo posible dentro de las primeras 24 horas del accidente, o apenas sea conocido el hecho.
- Se administran líquidos por vía oral y se maneja el dolor con acetaminofen/paracetamol.
- Se debe transportar al paciente lo más pronto posible al centro de salud u hospital más cercano que tenga disponible el suero antiloxoscélico específico.

Atención en el establecimiento de salud

- Se realiza una evaluación clínica y laboratorial, monitorizando la diuresis y características de la orina, la presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria cercanamente durante 12 a 24 horas.
- Hidratar adecuadamente al paciente hasta alcalinizar la orina.
- Aplicar el suero antiloxoscélico específico contra la especie agresora dentro de las primeras 24 horas o apenas notificado el hecho, siempre que no se haya aplicado hasta el momento de la atención.

- De acuerdo con la evolución y complicaciones sistémicas que presente el paciente, deberá ser transferido a un centro hospitalario de mayor complejidad.

Atención definitiva del paciente - hospitalización

- Evaluar si se trata de un caso cutáneo o también tiene afectación visceral. La ausencia de hemoglobinuria, hematuria y retención nitrogenada, indica que es un paciente con loxoscelismo cutáneo. Se evalúa la presencia de leucocitosis, anemia hemolítica, trombocitopenia, son indicadores de gravedad.
- De presentarse signos de insuficiencia renal aguda e hipercatabolia, se procede a la diálisis precoz. La anemia progresiva y severa deberá controlarse con transfusiones sanguíneas.
- Se solicita exámenes sanguíneos: Hemograma, hematocrito, úrea y creatinina; y de orina, para buscar hemoglobinuria y hematuria; asimismo se realiza un EKG. De acuerdo a evolución se complementa con bioquímica hepática, renal, perfil de coagulación y electrolitos.
- Pasadas las 24 horas y de no existir compromiso sistémico, se recomienda aplicar DDS (Dapsona) a dosis de 50 a 200mg/día durante 10 a 25 días en adultos mayores de 12 años y en niños a dosis de 1 mg/Kg. Monitorizar la aparición de metahemoglobinemia (labios morados, agitación, disnea) en cuyo caso se suspenderá dicha terapia de forma inmediata.
- Se indican antihistamínicos para el control del prurito: clorfenamina maleato (0,4mg/Kg/día) o un equivalente.
- Se indican antibióticos tipo clindamicina en caso aparezcan signos de infección.
- Los corticoides se recomiendan en caso de loxoscelismo cutáneo-visceral (hidrocortisona 5mg/Kg/dosis cada 6 horas) por 2 días y luego pasar a vía oral (reduciendo dosis) hasta completar 7 a 10 días.
- En caso de producirse escara, se procede a extraer los tejidos necróticos. La cirugía reparadora se hace en caso de lesiones extensas.

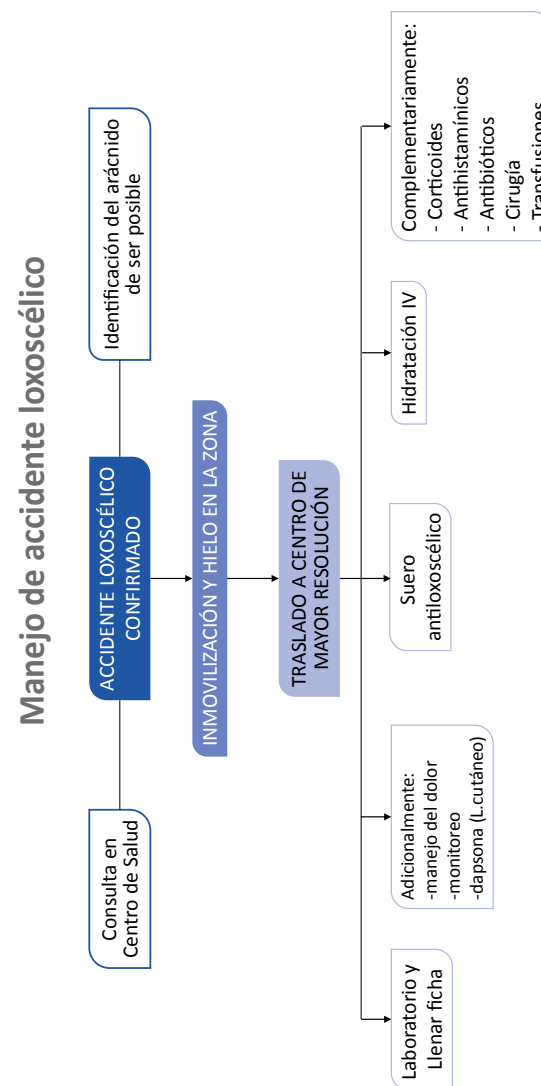
- En el loxoscelismo cutáneo-visceral se recomienda una buena hidratación oral y parenteral y el manejo adecuado de las complicaciones.

Tratamiento específico

- En el Perú, el Instituto Nacional de Salud elabora el suero antiloxoscélico específico contra la mordedura de *Loxosceles laeta*, que es distribuido por el Ministerio de Salud en forma gratuita. Debe mantenerse en refrigeración (4 a 8 grados centígrados).
- Debe aplicarse por vía endovenosa, diluido y muy lentamente (infusión en 30 a 60 minutos).
- En adultos se administra 10 cc (2 ampollas) diluidas en 500 ml. de cloruro de sodio al 0,9% o dextrosa al 5% y observando permanentemente al paciente
- En caso de pacientes pediátricos se administra 5cc (1 ampolla) diluida en 100 a 200 ml de cloruro de sodio al 0,9% o dextrosa al 5%.
- El suero antiloxoscélico elaborado en el Instituto Nacional de Salud se presenta en frascos de 5 ml. en forma líquida.

Notificación

- Los accidentes por animales ponzoñosos son de notificación obligatoria en el Perú, y se consideran dentro del grupo II del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud, con una frecuencia mensual.



Recomendaciones para el manejo de **MALARIA**

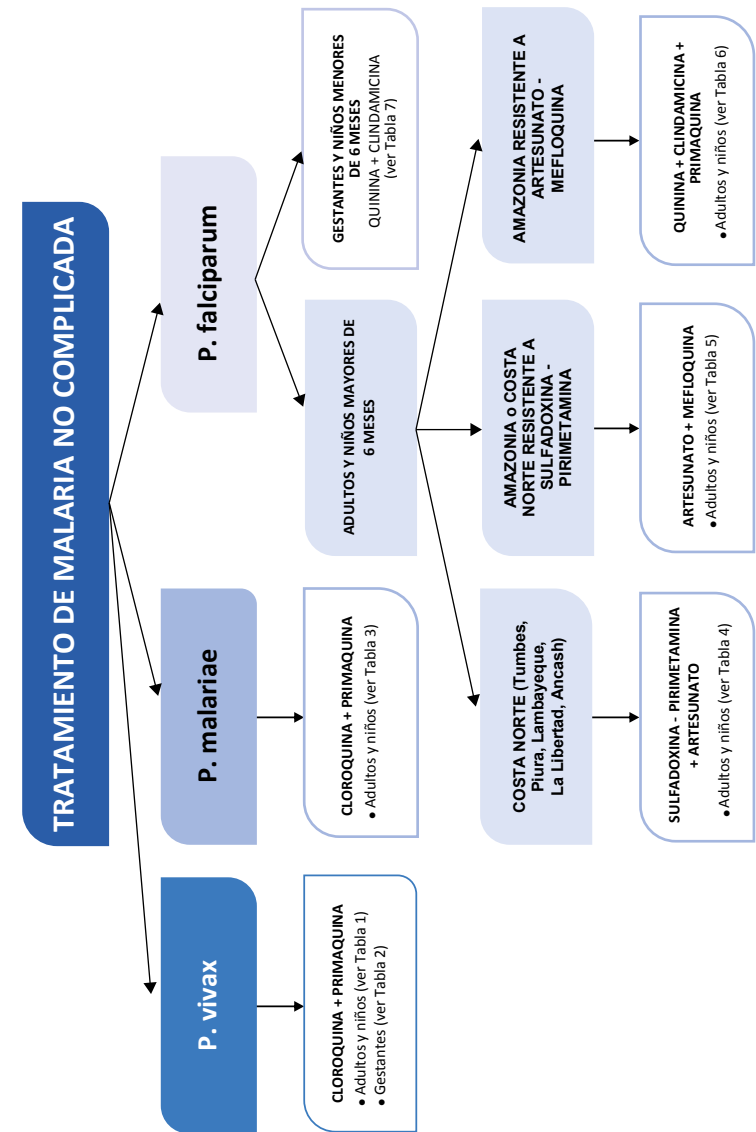
Definiciones

- Se denomina **FEBRIL** a toda persona que tiene o ha tenido fiebre (temperatura oral y/o axilar mayor a 37.5 °C) en algún momento durante los últimos 15 días y ha estado o reside en áreas de riesgo (presencia del zancudo *Anopheles* sp.)
- **Caso Probable de MALARIA:** persona con cuadro clínico de fiebre, escalofríos, cefalea y malestar general con antecedentes de exposición, procedencia o residencia en áreas endémicas de transmisión de malaria en quien se decide iniciar tratamiento sin tener confirmación diagnóstica.
- **Caso Confirmado de MALARIA:** persona con hallazgo de *Plasmodium* en un examen de gota gruesa, frotis o por algún otro método de laboratorio (PCR, tiras reactivas).
- **Caso COLATERAL:** todas las personas que pernoctan en una misma vivienda y comparten el mismo riesgo de transmisión de malaria con algún caso de malaria.
- **RECIDIVA:** persistencia o aparición de síntomas clínicos o hallazgos parasitológicos de malaria en los 30 días siguientes de haberse administrado el tratamiento completo y supervisado.
- **REINFECCIÓN:** presencia de síntomas clínicos o hallazgos parasitológicos de malaria después de 30 días o más de haber culminado el tratamiento completo y supervisado.
- **MALARIA GRAVE:** producida generalmente por *P. falciparum*. Se considera todo caso de malaria (probable o confirmado) que presente uno o más de los siguientes signos de alarma:
 - Deterioro del estado de conciencia (Glasgow <14).
 - Convulsiones generalizadas (≥1 convulsión en 24 horas).
 - Hiperpirexia (T corporal axilar > 39 °C persistente).
 - Hipotensión (PA sistólica < 70 mmHg).

- Hipoglicemia (glicemia < 60mg/dl).
- Acidosis (PH < 7.25 o Bicarbonato < 15 mEq/L).
- Anemia Aguda Severa (Hcto < 21%, Hb < 7 gr/dl).
- Parasitemia elevada (4+ equivalente a >100,000 parastos/ml, >5% de glóbulos rojos con formas asexuadas).
- Dificultad respiratoria (edema agudo pulmonar o síndrome de dificultad respiratoria del adulto).
- Insuficiencia renal aguda (Adulto: diuresis < 0.5cc/Kg/hora. Niños: diuresis < 12 ml/Kg/24 horas o Creatinina > 3mg/dl).
- Hemoglobinuria malarica (orina pardo oscura o rojiza, proteinuria).
- Ictericia (Bilirrubina total > 3gr/dl).
- Trastornos de la coagulación (Plaquetas < 50,000/ml o sangrado espontáneo).

Diagnóstico

- **Toma de muestra:** Se realiza mediante punción con una lanceta estéril en la zona lateral de un dedo de la mano izquierda, previa limpieza y desinfección. La primera gota se descarta, luego se extraen dos gotas que se depositan en una lámina portaobjeto.
- **Examen de gota gruesa:** Una de las gotas de sangre depositadas en la lámina se mueve en forma concéntrica hacia afuera con la esquina de otra lámina hasta formar un círculo, el cual se tiñe usando Giemsa después del secado.
- **Frotis:** Se coloca el borde de una nueva lámina limpia en contacto con la segunda gota de sangre en un ángulo de 45 grados, y en un movimiento rápido y uniforme se realiza el extendido de la gota, el cual se fija y se tiñe usando Giemsa después del secado.
- La gota gruesa identifica la presencia del *Plasmodium* sin discernir la especie. El frotis ayuda para diferenciar el tipo de *Plasmodium*, que en el Perú puede ser: *Plasmodium vivax*, *Plasmodium malariae*, y *Plasmodium falciparum*.



TRATAMIENTO DE MALARIA NO COMPLICADA

Tabla 1. Malaria por *P. vivax* en adultos y niños

MEDICAMENTO	VÍA	N° DÍAS	DÍAS							
			1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	
ADULTOS										
COLORQUINA Tab. X 250mg (150mg Base)	VO	3	4 Tab. 10mg/Kg/día	4 Tab. 10mg/Kg/día	2 Tab. 5mg/Kg/día					
PRIMAQUINA Tab. x 15mg	VO	7	2 Tab. 0.5mg/Kg/día	2 Tab. 0.5mg/Kg/día	2 Tab. 0.5mg/Kg/día	2 Tab. 0.5mg/Kg/día	2 Tab. 0.5mg/Kg/día	2 Tab. 0.5mg/Kg/día	2 Tab. 0.5mg/Kg/día	2 Tab. 0.5mg/Kg/día
ó Tab. x 7.5mg	VO		4 Tab.	4 Tab.	4 Tab.	4 Tab.	4 Tab.	4 Tab.	4 Tab.	4 Tab.
NIÑOS										
COLORQUINA mg base/Kg	VO	3	10mg base/Kg/día	10mg base/Kg/día	5mg base/Kg/día					
PRIMAQUINA mg/Kg	VO	7	0.5mg/Kg/día	0.5mg/Kg/día	0.5mg/Kg/día	0.5mg/Kg/día	0.5mg/Kg/día	0.5mg/Kg/día	0.5mg/Kg/día	0.5mg/Kg/día

- No se administra primaquina a gestantes
- No se administra primaquina a menores de 6 meses.

Tabla 2. Malaria por *P. vivax* en gestantes

MEDICAMENTO	VÍA	SEMANA 1							SEM 2	SEM 3	SEM 4	SIGUIENTES SEMANAS	SEMANA DEL PARTO	PRIMER MES POST PARTO						
		DÍAS			1°	2°	3°	4°						5°	6°	7°				
		1°	2°	3°																
COLORQUINA Tab. X 250mg (150mg Base)	VO	4 Tab.	4 Tab.	2 Tab.	2 Tab.	2 Tab.	2 Tab.	2 Tab.	2 Tab.	2 Tab.	2 Tab. semanales	2 Tab.								
PRIMAQUINA Tab. x 15mg	VO												2 Tab.	2 Tab.	2 Tab.	2 Tab.	2 Tab.	2 Tab.	2 Tab.	

Tabla 3. Malaria por *P. malariae* en adultos y niños

MEDICAMENTO	VÍA	N° DÍAS	DÍAS		
			1°	2°	3°
ADULTOS					
CLOROQUINA Tab. X 250mg (150mg Base)	VO	3	4 Tab. 10mg/Kg/día	4 Tab. 10mg/Kg/día	2 Tab. 5mg/Kg/día
PRIMAQUINA Tab. x 15mg	VO	1			0.75mg/Kg/día
NIÑOS					
CLOROQUINA mg base/Kg	VO	3	10mg base/Kg/día	10mg base/Kg/día	5mg base/Kg/día
PRIMAQUINA mg/Kg	VO	1			3 Tab. 0.75mg/Kg/día

- No se administra primaquina a gestantes
- No se administra primaquina a menores de 6 meses.

Tabla 4. Malaria por *P. falciparum* en la costa norte en adultos y niños

MEDICAMENTO	VÍA	N° DÍAS	DÍAS		
			1°	2°	3°
ADULTOS					
SULFADOXINA 500mg + PIRIMETAMINA 25 mg (Tableta)	VO	1	3 Tab. S(25mg/kg/día) P(1.25mg/Kg/día)		
ARTESUNATO 250mg (Tableta)	VO	3	1 Tab. 4 mg/Kg/día	1 Tab. 4 mg/Kg/día	1 Tab. 4 mg/Kg/día
NIÑOS					
SULFADOXINA 500mg + PIRIMETAMINA 25 mg (mg de S + mg de P/Kg)	VO	1	S(25mg/kg/día) + P(1.25mg/Kg/día)		
ARTESUNATO mg/Kg	VO	3	4 mg/Kg/día	4 mg/Kg/día	4 mg/Kg/día

- No se administra Suladoxina
- No se administra Suladoxina
- Pirimetamina a gestantes.
- Pirimetamina a menores de 6 meses.

Tabla 5. Malaria por *P. falciparum* en la Amazonia o en la costa norte con resistencia a sulfadoxina + pirimetamina en adultos y niños

MEDICAMENTO	VÍA	N° DÍAS	DÍAS		
			1°	2°	3°
ADULTOS					
ARTESUNATO Tab. X 250mg Base	VO	3	1 Tab. 4mg/Kg/día	1 Tab. 4mg/Kg/día	1 Tab. 4mg/Kg/día
MEFLOQUINA Tab. x 250mg Base	VO	2		3 Tab. 12.5mg/Kg/día	3 Tab. 12.5mg/Kg/día
NIÑOS					
ARTESUNATO mg Base/Kg	VO	3	4mg/Kg/día	4mg/Kg/día	4mg/Kg/día
MEFLOQUINA mg Base/Kg	VO	2		12.5mg/Kg/día	12.5mg/Kg/día

- No se administra Mefloquina a gestantes durante el primer trimestre.
- No se administra Mefloquina a menores de 6 meses.

Tabla 6. Malaria por *P. falciparum* en la Amazonía con resistencia a artesunato + mefloquina en adultos y niños

HORARIO	MEDICAMENTO	VÍA	N° DÍAS	DÍAS						
				1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
ADULTOS										
MAÑANA	QUININA Tab. x 300mg	VO	7	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día
	CLINDAMICINA Cap. X 300mg	VO	5			2 Cap. 10mg/Kg /día	2 Cap. 10mg/Kg /día	2 Cap. 10mg/Kg /día	2 Cap. 10mg/Kg /día	2 Cap. 10mg/Kg /día
	PRIMAQUINA Tab. x 15mg	VO	1			3 Tab. 0.75mg/ Kg/día				
TARDE	QUININA Tab. x 300mg	VO	7	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día
NOCHE	QUININA Tab. x 300mg	VO	7	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día	2 Tab. 10mg/Kg /día
	CLINDAMICINA Cap. X 300mg	VO	5			2 Cap. 10mg/Kg /día	2 Cap. 10mg/Kg /día	2 Cap. 10mg/Kg /día	2 Cap. 10mg/Kg /día	2 Cap. 10mg/Kg /día
NIÑOS										
MAÑANA	QUININA mg/Kg	VO	7	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día
	CLINDAMICINA mg/Kg	VO	5			10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día
	PRIMAQUINA mg/kg	VO	1			0.75mg/ Kg/día				
TARDE	QUININA mg/Kg	VO	7	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día
NOCHE	QUININA mg/Kg	VO	7	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día
	CLINDAMICINA mg/Kg	VO	5			10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día

- No se administra primaquina a gestantes.
- No se administra primaquina a menores de 6 meses.

Tabla 7. Malaria por *P. falciparum* en gestantes y niños menores de 6 meses

HORARIO	MEDICAMENTO	VÍA	N° DÍAS	DÍAS						
				1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
MAÑANA	QUININA mg/Kg	VO	7	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día
	CLINDAMICINA mg/Kg	VO	5			10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día
TARDE	QUININA mg/Kg	VO	7	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día
NOCHE	QUININA mg/Kg	VO	7	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día
	CLINDAMICINA mg/Kg	VO	5			10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día	10mg/Kg /día

Tratamiento de malaria grave

- Es una emergencia médica. Su manejo requiere hospitalización y se debe iniciar tratamiento lo más antes posible.
- Se debe manejar las complicaciones en forma concomitante.
- **Primera opción de tratamiento: Artesunato Endovenoso**

1ra dosis: 2.4mg/Kg al ingreso del paciente.

2da dosis: 2.4mg/Kg a las 12 horas de la primera.

3ra dosis: 2.4mg/Kg a las 24 horas de la segunda dosis.

Completar 3 días de tratamiento ya sea endovenoso a dosis de 2.4mg/Kg cada 24 horas, o si tolera vía oral, dar 4mg/Kg diario oral.

- **Artemeter intramuscular:** Usar en áreas rurales. No administrar en el glúteo, sino en la cara anterior del muslo.

Dosis de carga: 3.2 mg/Kg, e inmediatamente derivar al paciente, de lo contrario continuar Artemeter 1.6mg/Kg diario hasta recuperar la tolerancia oral, y completar tratamiento según esquema oral.

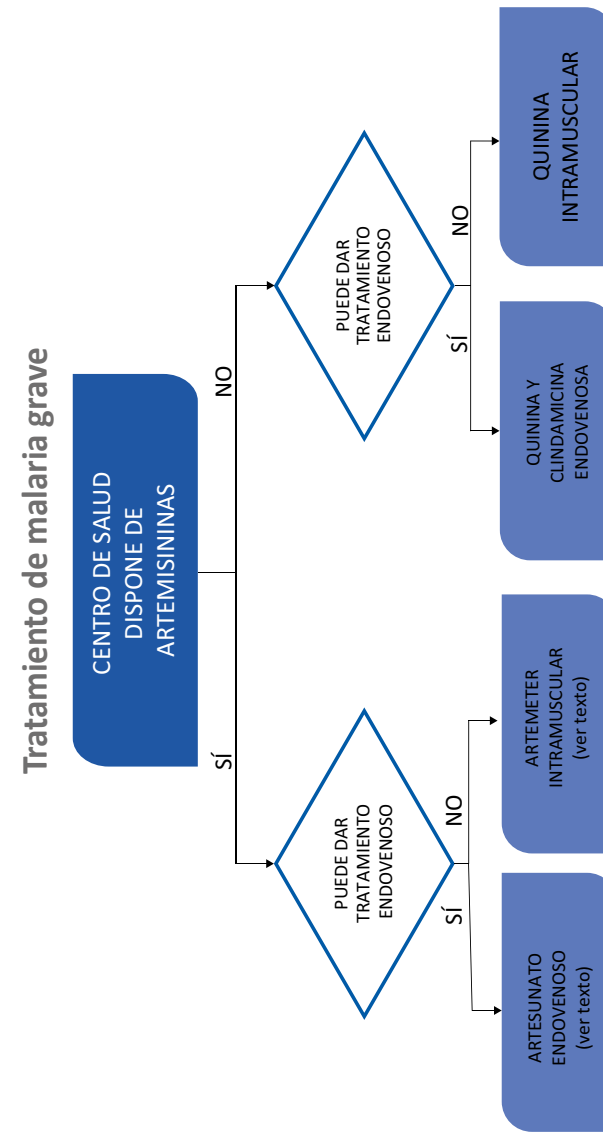
- **Segunda opción de tratamiento: Quinina y Clindamicina EV**

Quinina: Administrar 20mg/kg como dosis de carga diluido en Dextrosa 5% a razón de 10ml/Kg (500cc máximo volumen de dilución) en infusión continua durante 4 horas (40 gotas/minuto).

Proseguir con 10mg/kg diluido en Dextrosa 5% a razón de 10ml/Kg (500cc máximo volumen de dilución) en infusión continua durante 4 horas cada 8 horas. Luego de 48 horas de administración, reducir dosis a 7mg/Kg, a partir de las 72 horas pasar a vía oral.

Clindamicina: Administrar 10mg/Kg/dosis diluido en 50 ml de Dextrosa y/o Cloruro de Sodio 0.9% en infusión durante 20 a 30 minutos cada 12 horas.

- Si no es posible el tratamiento endovenoso, administrar **Quinina, intramuscular** a 10mg/Kg fraccionándola en dos lugares diferentes del cuerpo, de preferencia en la parte anterior del muslo. Repetir cada 8 horas hasta pasar a la vía oral.
- Monitorear gota gruesa cada 12 horas; glicemia al término de la dosis de carga y luego cada 8 horas hasta pasar a vía oral; hematocrito al término de la dosis de carga y luego cada 8 horas hasta pasar a vía oral; resto de exámenes cada 24 horas.
- Para uso de quinina, hacer monitoreo cardíaco por riesgo de arritmias durante infusión rápida. Monitorear por síntomas de chinchonismo (tinnitus, baja audición, cefalea, náuseas, mareos, disforia, visión borrosa).





Recomendaciones para el manejo de **NEUMONÍA**

(En niños y niñas menores de 5 años)

Definición

- **Caso de neumonía:** Niño con fiebre y tos con menos de una semana de evolución y frecuencia respiratoria mayor al límite superior para su edad.*
- **Caso de neumonía grave:** Niño con fiebre, tos con menos de una semana de evolución, frecuencia respiratoria mayor al límite superior para su edad y tiraje o retracción.*

En los lugares del Perú donde haya fácil acceso a los rayos X, se recomienda fundamentar el diagnóstico con una radiografía de tórax.

* Criterios extraídos del enfoque de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia de la OPS.

Oximetría

- Realizar oximetría de pulso en todo menor de 5 años con neumonía.
- Todo niño o niña con diagnóstico de neumonía con saturación de oxígeno $\leq 94\%$ (de 0 a 1500 msnm) debe hospitalizarse o ser transferido para su hospitalización.
- La definición de hipoxemia de acuerdo a la saturación de oxígeno varía con la altitud sobre el nivel del mar:
 - 1501-2000 msnm: SaO₂ $\leq 92\%$ define hipoxemia.
 - 2001-2500 msnm: SaO₂ $\leq 90\%$ define hipoxemia.
 - 2501-3000 msnm: SaO₂ $\leq 88\%$ define hipoxemia.
 - 3000-3500 msnm: SaO₂ $\leq 85\%$ define hipoxemia.
 - 3500-4000 msnm: SaO₂ $\leq 83\%$ define hipoxemia.

Radiografía simple del tórax

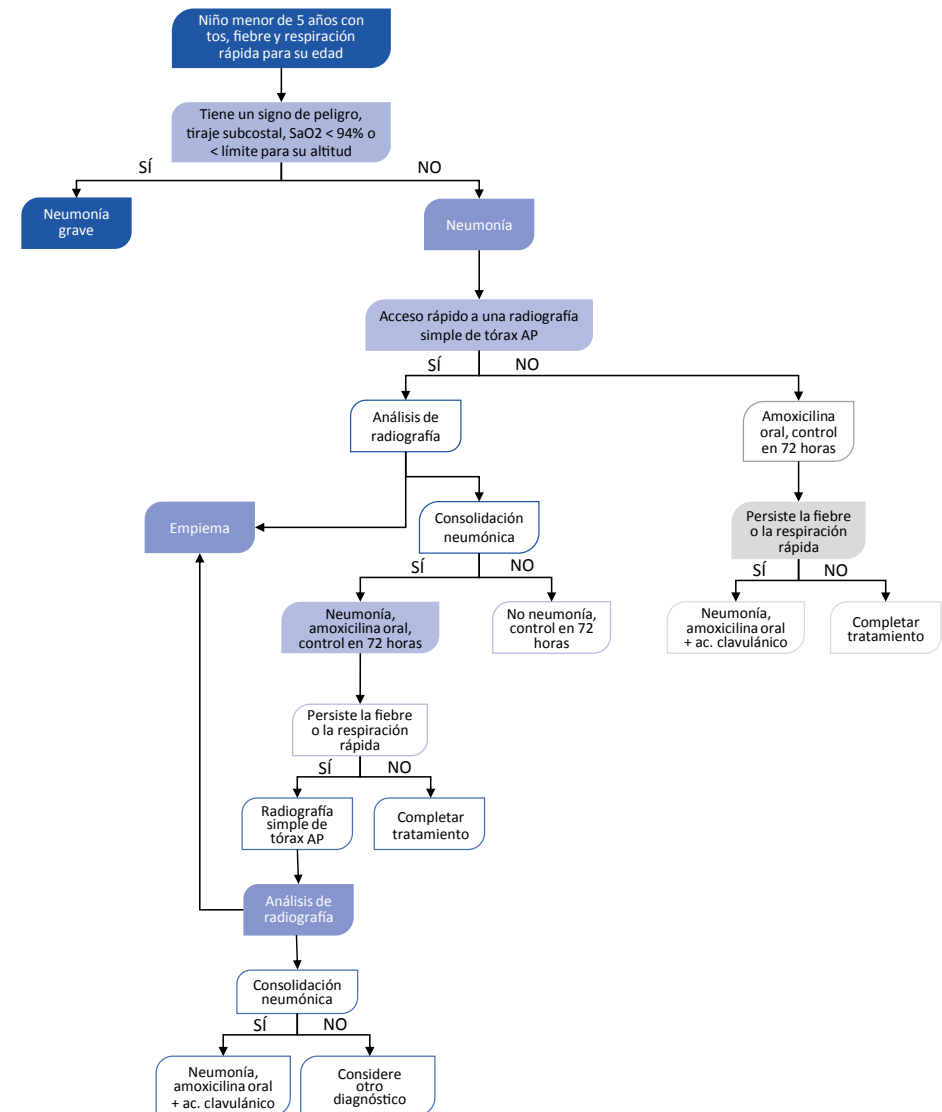
- En lugares del país donde es posible el acceso a rayos X, se debe realizar una radiografía simple del tórax en proyección anteroposterior, para definir el uso de un antibiótico empírico.
- También se recomienda realizar una radiografía simple del tórax en proyección anteroposterior, para el control o seguimiento de menores de 5 años de edad con neumonía si a las 72 horas persiste la fiebre y la respiración rápida, tenga una consolidación previa o no.

Se considera como fácil acceso a la radiografía, la posibilidad de disponer del resultado de una radiografía simple del tórax en proyección anteroposterior en las siguientes 6 horas a la realización de la consulta en menores de 5 años.

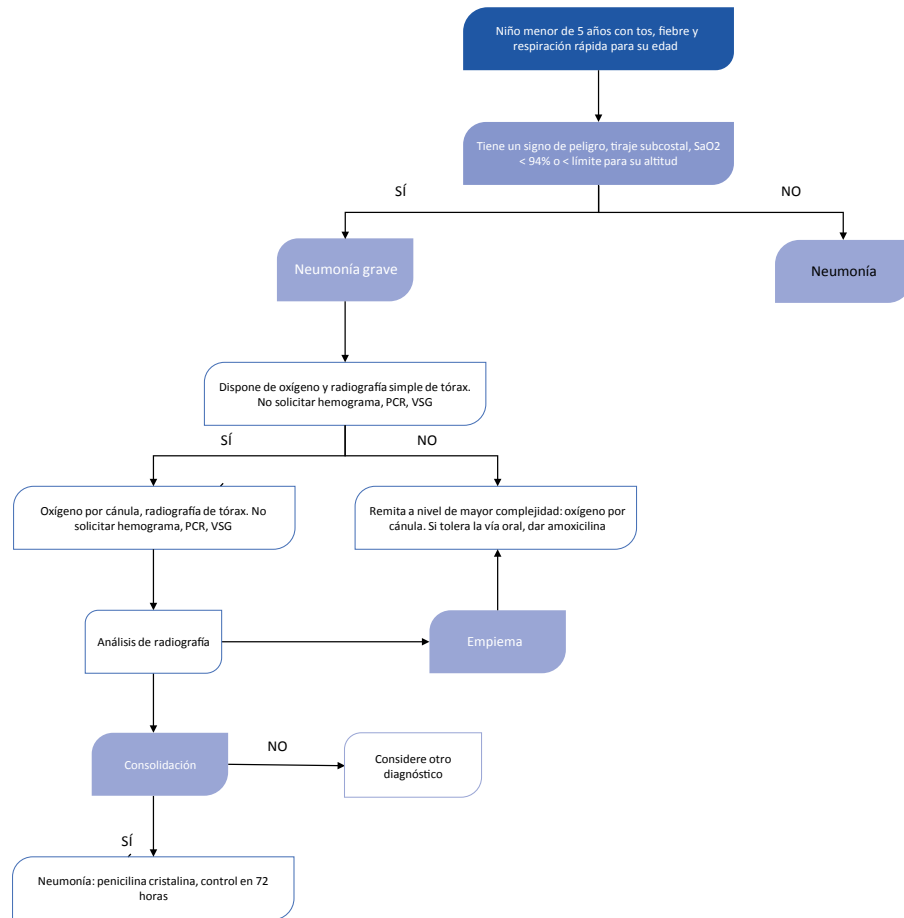
Hemograma, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación

- No se recomienda el uso rutinario de hemograma o cuadro hemático (conteo de leucocitos), PCR y la VSG en la evaluación inicial de menores de 5 años de edad con neumonía.

Manejo de neumonía



Manejo de neumonía grave



Tratamiento

1. Oxígeno

- Todo niño con neumonía grave, con signos de peligro, con problemas respiratorios o cuadro de choque, así como aquellos que requirieron alguna maniobra de reanimación, deben ser referidos con oxígeno suplementario.
- No existe un método ideal o superior al resto para suministrar oxígeno. Depende de la disponibilidad de equipo, la adaptación del niño al método y la concentración requerida de oxígeno. En la mayoría de los casos se prefiere la cánula nasal.

La cánula nasal es un tubo corto que se coloca en los orificios nasales y se fija con un trozo de cinta adhesiva a las mejillas, cerca de la nariz. Debe cuidarse de mantener los orificios nasales libres de secreción porque podría bloquearse el flujo de oxígeno. Se administra a una velocidad de flujo máximo de 1 L/min, (en lactantes usualmente de 0,25 a 0,5 L/min). No se requiere humidificación del oxígeno.

2. Antibioticoterapia

- Se recomienda usar la amoxicilina oral a dosis de 90 mg/kg/día durante cinco días en todo menor de 5 años atendido ambulatoriamente con diagnóstico de neumonía y evidencia de consolidación neumónica en la radiografía simple del tórax.
- Se recomienda usar la amoxicilina oral a dosis de 90 mg/kg/día durante 5 días, en todo menor con diagnóstico de neumonía y sin acceso a la radiografía simple del tórax.
- Se recomienda usar penicilina cristalina, a dosis de 250.000 u/kg/día, repartido en 6 dosis durante 7 días en todo menor con diagnóstico de neumonía grave.
- Se recomienda usar ampicilina, 200 mg/kg/día, repartido en 4 dosis durante 7 días, en todo menor con diagnóstico de neumonía grave y en ausencia de por lo menos dos dosis aplicadas de vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b.
- Se recomienda usar amoxicilina a 90 mg/kg/día en todo menor con diagnóstico de neumonía grave que debe ser referido por necesidad de oxígeno, pero que tolera adecuadamente la vía oral y no requiere un acceso vascular, durante el tiempo que dure su traslado.
- Se recomienda en todo menor con diagnóstico de neumonía tratado con amoxicilina a 90 mg/kg/ día y que presente aparición de signos de peligro, tiraje, cianosis o estridor en las siguientes 72 horas de inicio del tratamiento, clasificarlo como neumonía grave, remitirlo a un lugar de mayor complejidad y usar amoxicilina con ácido clavulánico a dosis altas (90 mg / kg al día amoxicilina) por 5 días.

3. Manejo sintomático

- No se recomienda el uso de tratamientos sintomáticos (antihistamínicos, antitusígenos, descongestionantes, mucolíticos) en menores de 5 años con neumonía.

Recomendaciones para el manejo de OFIDISMO

Generalidades

- Se presenta en zonas rurales de la selva del país y en zonas desérticas y semidesérticas de la costa norte y central.
- Toda persona que sufre un accidente por un animal ponzoñoso debe ser atendida de emergencia, requiere observación/ hospitalización un mínimo de 24 horas para evaluar la evolución de las manifestaciones clínicas.
- El accidente botrópico es la mordedura producida por una serpiente de los géneros *Bothrops*, *Bothriopsis*, *Bothriechis* y *Bothrocophias*. Su veneno tiene acción proteolítica y coagulante, además de poseer factores hemorrágicos y mio-necrosantes.

Signos y síntomas

Luego de 1 a 3 horas de la mordedura:

- Dolor local intenso con edema firme que va aumentando progresivamente; eritema con manchas rosáceas o cianóticas.
- Disminución de la presión arterial y del fibrinógeno circulante; equimosis, linfangitis, bulas

En días o semanas:

- Necrosis superficial o profunda del miembro o zona afectada, llegando en algunos casos a la necrosis total. Puede haber epistaxis, gingivorragia, hematuria, melena, hematemesis, hemoptisis y sangrado en otros órganos.

Primeros auxilios: atención inmediata

- El caso debe tratarse como una emergencia.
- Tranquilizar e inmovilizar al paciente.
- Lavar la zona de la mordedura con agua y jabón.
- Inmovilizar la parte afectada empleando una férula, entablillado u otros.
- Trasladar al paciente al centro o puesto de salud más cercano (cargado o en

camilla). Tratar de mantener el miembro afectado en un nivel más alto que el eje del cuerpo.

- Hidratar al paciente.
- **NO SE DEBE** aplicar torniquetes ni ligaduras en el miembro afectado, **NO** hacer cortes ni succionar el veneno, **NO** aplicar medidas caseras como hielo, corriente eléctrica, kerosene y otros.

Atención en el establecimiento de salud

- Tomar funciones vitales, canalizar una vía periférica estabilizando hemodinámicamente al paciente.
- Evaluar la severidad del envenenamiento, tener en cuenta que ello depende de la cantidad, vía de inoculación del veneno, especie agresora y estado de salud previo del paciente (niños y adultos mayores como grupos de mayor riesgo). Además, la severidad del cuadro tóxico puede variar con el transcurso del tiempo.
- Solicitar exámenes auxiliares según la capacidad del establecimiento: perfil de coagulación (incluyendo fibrinógeno), hemograma completo, análisis de orina, grupo sanguíneo y factor, electrolitos, úrea y creatinina, EKG, TGO/TGP.
- Considerar la aplicación del suero antiofídico específico, teniendo a la mano los medicamentos necesarios para el tratamiento de una posible reacción de hipersensibilidad.
- Llenar adecuadamente la ficha clínica-epidemiológica.
- Derivar los casos moderados a severos a un establecimiento de mayor complejidad.
- Averiguar si el paciente ha ingerido alcohol o medicamentos y sus antecedentes alérgicos. Administrar por vía endovenosa soluciones cristaloides (Lactato Ringer o cloruro de sodio). Si hay evidencia de choque o sangrado severo, considerar la aplicación de soluciones coloidales, plasma o sangre total según se requiera.
- Colocar el miembro afectado inmovilizado, en una posición fisiológica y con un arco protector.

- Considerar el manejo del dolor en términos farmacológicos (Dipirona, Paracetamol).

Tratamiento complementario

- Aplicar la vacuna antitetánica o antitoxina según requerimiento del caso.
- Corticoides. Se recomienda dexametasona en dosis de 0,3 a 0,5 mg/kg de peso durante dos días.
- Antibióticos. En heridas manipuladas e infectadas con ampollas, úlceras, etc. se recomienda usar combinaciones de antibióticos: clindamicina con ciprofloxacina, metronidazol con ciprofloxacina. En heridas limpias (sin infección) no se recomienda el uso de antibióticos.
- Transfusión de sangre y hemoderivados si lo requiere.
- Tratamientos quirúrgicos cuando se tenga clara evidencia de síndrome compartamental.
- **NUNCA SE DEBE** emplear heparina, gluconato de calcio ni AINES.

Tratamiento específico

- El suero antiofídico es un producto biológico que al aplicarse a las personas neutraliza el veneno circulante contra el cual fue elaborado, pero no tiene acción sobre las lesiones ya producidas al momento de su aplicación.
- Debe ser aplicado rápidamente y de ser posible en una sola vez dentro de las primeras 24 horas del envenenamiento, dependiendo de la gravedad del accidente.
- Considerando que el suero antiofídico es un producto heterólogo elaborado a partir de plasma equino, se debe tener el equipo y materiales necesarios para manejar reacciones alérgicas: adrenalina, corticoides (dexametasona), antihistamínicos (clorfenamina), etc.

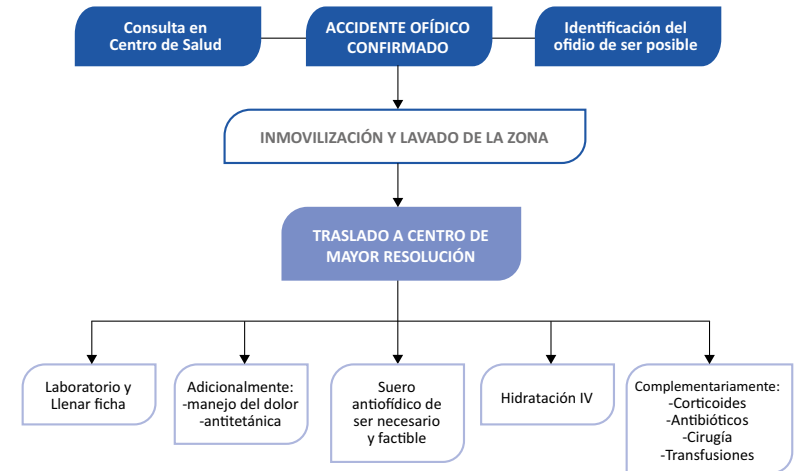
Tipos de sueros antiofídicos en el Perú

- Suero antibotrópico polivalente líquido: contra la mordedura de serpientes del género *Bothrops*.
- Suero anticrotálico monovalente líquido: contra la mordedura de serpientes del género *Crotalus*.
- Suero antilachésico monovalente líquido: contra la mordedura de serpientes del género *Lachesis*.

Administración del suero antiofídico

- Debe aplicarse por vía endovenosa, muy lentamente (en 30 a 60 minutos) diluido en 500 ml. de cloruro de sodio al 0,9% (suero fisiológico) o dextrosa al 5%, observando permanentemente al paciente.
- Debe aplicarse la cantidad necesaria de frascos para neutralizar un mínimo de 30 a 100 mg. de veneno ofídico (usualmente de 1 a 4 frascos/ paciente).
- El suero antiofídico elaborado en el Instituto Nacional de Salud se presenta en frascos de 10 ml. en forma líquida capaz de neutralizar de 25 a 40 mg. de veneno.
- Debe mantenerse en refrigeración de 4 a 8 grados centígrados, evitando el congelamiento.
- La fecha de vencimiento es solo un coeficiente de seguridad, dentro de cuyo plazo la potencia o poder neutralizante es válida.

Manejo de accidente ofídico



Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de OTITIS MEDIA AGUDA (OMA)

(En niños de 6 meses a 12 años)

Definición y diagnóstico

Realizar el diagnóstico de OMA en los niños que:

- Presenten abultamiento de la membrana timpánica moderado a severo u otorrea de inicio reciente que no se deba a otitis externa;
- Presenten abultamiento de la membrana timpánica leve y otalgia de inicio reciente (<48 horas) o eritema intenso de la membrana timpánica;
- No se debe diagnosticar OMA en los niños que no tengan efusión del oído medio (evidenciado mediante neumatoscopia y/o en timpanometría).

Prevención

- Vacunación al día de acuerdo al calendario de vacunación nacional.
- Promover la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses.
- Evitar el uso del biberón cuando el lactante esté en decúbito.

Signos y síntomas

- Otalgia (tocarse, frotarse la oreja en niños que aún no hablan).
- Hipoacusia.
- Otorrea.
- Eritema timpánico.
- Fiebre.
- Rinitis.
- Tos.
- Irritabilidad, llanto.
- Rechazo de la alimentación.

- Vómitos, molestias abdominales.
- Diarrea.
- En la exploración de la membrana timpánica mediante otoneumatoscopia: opacificación, abombamiento, disminución o ausencia de la movilidad; efusión del oído medio o presencia del fluido en el conducto auditivo externo por la perforación de la membrana timpánica; membrana timpánica hiperémica.

Cuidados en el hogar ante presencia de OMA

- Ofrecer al niño más líquido de lo acostumbrado y, en general, mantenerlo en buen estado de hidratación.
- En presencia de otorrea, limpiar el conducto auditivo externo, tantas veces como sea necesario, hasta que cese el drenaje.
- Colocar un hisopo de algodón cubierto con vaselina para ocluir el conducto, antes del baño y retíralo después de éste, mientras exista la perforación.
- Secado del oído con mechas de tela de algodón suave y limpia por lo menos 3 veces al día hasta que el oído se mantenga seco.
- No utilizar aplicador o palito con algodón en la punta.
- No dejar algo en el oído (por ejemplo, algodón).
- No poner aceite ni otro líquido en el oído.
- No deje que el niño nade o se introduzca agua en el oído.

Tratamiento

1. Evaluación y tratamiento del dolor:
 - Paracetamol 10 - 15 mg/kg/dosis.
 - Ibuprofeno 10 mg/kg/dosis.
2. Criterios para iniciar terapia antibacteriana u observación en niños con OMA:
 - Niños de ≥ 6 meses con signos y síntomas severos (Otalgia moderada a severa u otalgia de más de 48 horas o fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$).
 - Niños entre 6 y 23 meses con otitis media bilateral sin signos o síntomas severos (otalgia leve por más de 48 horas y fiebre menor a 39°C).
 - Niños entre 6 y 23 meses con otitis media unilateral sin signos o síntomas severos; los clínicos deben valorar el uso de antibióticos u observación con seguimiento cercano de manera que el médico pueda estar seguro que si empeoran los síntomas o no hay mejoría en 48 a 72 horas del inicio de los síntomas, el niño pueda iniciar tratamiento antibiótico.
 - Niños ≥ 24 meses con otitis media unilateral o bilateral sin signos o síntomas severos los clínicos deben valorar el uso de antibióticos u observación con seguimiento cercano de manera que el médico pueda estar seguro que si empeoran los síntomas o no hay mejoría en 48 a 72 horas del inicio de los síntomas, el niño pueda iniciar tratamiento antibiótico.
3. En los pacientes en que está indicada la terapia antimicrobiana, los antibióticos de elección son:
 - Amoxicilina 80 - 90mg/kg/dosis: Cuando el niño no ha recibido amoxicilina en los últimos 30 días y sin antecedente de alergia a penicilina).
 - Amoxicilina más inhibidor de la beta-lactamasa 90 mg/kg/dosis + 6.4 mg/kg/dosis: Cuando el niño ha recibido amoxicilina en los últimos 30 días o tiene conjuntivitis purulenta o tiene antecedente de no respuesta a la amoxicilina.
 - Cefuroxima 30mg/kg/dosis: En casos de alergia a penicilina.
 - Ceftriaxona 50mg IM o EV/día por 1 o 3 días) : En casos de alergia a penicilina.



Recomendaciones para el manejo de PESTE

Definición

- La peste es una zoonosis bacteriana provocada por la bacteria *Yersinia pestis*, que normalmente se encuentra en animales pequeños y en las pulgas que los parasitan. Se transmite del animal al ser humano por la picadura de las pulgas infectadas, por contacto directo, por inhalación y, más raramente, por ingestión de materiales infecciosos. La peste puede ser una enfermedad muy grave para el ser humano, con una tasa de letalidad que oscila entre el 30% y el 60%, si no se trata.

Prevención

- Evitar la presencia de roedores y de pulgas en el hogar.
- Evitar todo contacto directo con tejidos infectados, como los bubones supurantes, y el contacto con pacientes de peste neumónica.
- Cuidados en la crianza de animales domésticos, no criar cuyes dentro de las viviendas. No manipular cadáveres de animales.
- Aplicar medidas de saneamiento básico: disponibilidad de agua potable, desagüe, recojo de basura, etc.
- Desratización según los índices de atrape.
- Desinsectación según los índices entomológicos.
- Almacenar adecuadamente las cosechas.
- No dormir en el suelo o en camas a una altura menor de 50 cm.
- No permanecer por un tiempo prolongado en los velorios.

Signos y síntomas

- Aparición súbita de fiebre alta,
- Grave estado general, escalofríos, dolores generalizados, confusión mental, postración y delirio. Además de:

- **Peste bubónica:** Hinchazón aguda y dolorosa de los ganglios linfáticos (bubón), que pueden fistularse y drenar hacia el exterior.
- **Peste septicémica:** Mayor compromiso del estado general, toxemia, pequeñas hemorragias de la piel y deshidratación.
- **Peste neumónica:** Disnea, tos, taquicardia, cefalea, mialgias intensas, temblores y postración. En las primeras horas hay dificultad para expectorar, luego el esputo se torna sanguinolento, espumoso y fluido. La enfermedad progresa, aparecen estertores y desaparecen los ruidos respiratorios, pudiendo producirse la muerte en un lapso de uno a tres días.

Medidas de control de infecciones y de bioseguridad

- **Higiene de manos:** Antes y después de la atención de pacientes.
- **Uso de guantes:** Para la manipulación de fluidos corporales: sangre, secreciones, excreciones, piel no intacta o mucosa y objetos biocontaminados. Retirarse los guantes luego de la atención de cada paciente y lavarse las manos.
- **Uso de mandil, gorro, y lentes:** Cuando existe riesgo de salpicaduras de fluidos corporales.
- **Uso de mascarilla o respiradores:** Cuando existe riesgo de transmisión de infección por aire o por gotas.
- **Equipos y dispositivos:** Deben ser lavados por arrastre, desinfectados o esterilizados según corresponda evitando la manipulación. Eliminar el material desechable.
- **Medidas de aislamiento de paciente sospechoso o confirmado de peste neumónica:** ubicar al paciente en una sala individual. Si no está disponible realizar aislamiento por cohortes (agrupar pacientes sospechosos o confirmados de peste neumónica en un mismo ambiente) pero en camas separadas al menos por 2 m de distancia. Mantener la sala bien ventilada.

Diagnóstico

- Un caso es confirmado cuando se dispone de un aislamiento de una muestra clínica única identificada como *Y. pestis* (morfología de colonia y dos de las cuatro siguientes pruebas positivas: lisis por bacteriófago de cultivos a 20-25 °C y 37 °C; detección de antígeno; PCR; perfil bioquímico de *Y. pestis*).
- Cuando dos muestras de suero, obtenidas en el lapso de 30 días una de otra, muestran una diferencia de cuatro títulos con respecto al título de la primera muestra para la prueba de hemoaglutinación/inhibición o ELISA, o
- En caso de continuar la presunción clínico-epidemiológica de peste y cuando no existan diferencias de cuatro títulos con respecto a los títulos de la primera y segunda muestra, se tomará una tercera muestra de suero a los tres meses de obtenida la primera.
- En áreas endémicas donde no pueda ser realizada otra prueba confirmatoria, una prueba rápida positiva usando una prueba inmunocromatográfica para detectar antígeno F1.

Tratamiento

- **Peste bubónica en adultos y niños mayores de 9 años:** Doxiciclina, por vía oral, repartido en dos dosis de 100 mg. cada una, durante siete días. Como segunda elección si hay intolerancia a la Doxiciclina, se puede utilizar el Cloranfenicol 50 mg/kg/día distribuido en cuatro tomas (máximo 3 g/día).
- **Peste bubónica en niños menores de 9 años y en gestantes:** Cotrimoxazol (Sulfametoxazol+Trimetoprima), el cálculo de la dosis se hace en base al Trimetoprima (10 mg/kg/día), por vía oral, repartido en dos dosis, durante siete días.
- **Peste septicémica o neumónica en adultos y niños mayores de 9 años:** Estreptomina por siete días hasta que el paciente supere los síntomas severos.

- **Peste septicémica o neumónica en niños menores de 9 años:** Considerar las precauciones en el uso de estreptomocina.
- **Peste septicémica o neumónica en gestantes:** Antes de iniciar el tratamiento debe evaluarse el riesgo-beneficio, considerando que Estreptomocina y Cloranfenicol atraviesan la barrera placentaria. Cotrimoxazol (Sulfametoxazol+Trimetoprima), el cálculo de la dosis se hace en base al Trimetoprima 10 mg/kg/día), por vía oral, repartido en dos dosis, durante siete días.
- **Casos especiales de peste septicémica o neumónica:** En caso que el paciente no responda al tratamiento con los esquemas propuestos, se sugiere el uso de Gentamicina de la siguiente manera: Gentamicina (adultos y niños mayores de 9 años: 3 mg/kg/día; niños menores de 9 años 6.0 a 7.5 mg/kg/día) por 7 días hasta que el paciente supere los síntomas severos.

*Una revisión de la evidencia realizada por el Instituto Nacional de Salud recomienda que la dosis de Gentamicina en adultos sea de 5 mg/kg/día (<http://www.portal.ins.gob.pe/es/publicaciones-unagesp>).

• Esquema de tratamiento de contactos (Profilaxis), para personal de salud que interviene en vigilancia y control durante un brote (expuestos al paciente de forma neumónica y a los vectores de la peste): Doxiciclina, por vía oral, repartida en dos dosis de 100 mg cada una, de ser posible un día antes de iniciar el contacto, continuar mientras dure todo el tiempo de atención del brote, y proseguir una semana adicional.

• Para contactos de pacientes: En adultos y niños mayores de 9 años Doxiciclina, por vía oral, repartido en dos dosis de 100 mg. cada una, durante siete días de tratamiento. En adultos, niños menores de 9 años y gestantes: Cotrimoxazol (Sulfametoxazol+Trimetoprima), el cálculo de la dosis se hace en base al Trimetoprima, por vía oral, repartido en dos dosis, durante siete días.

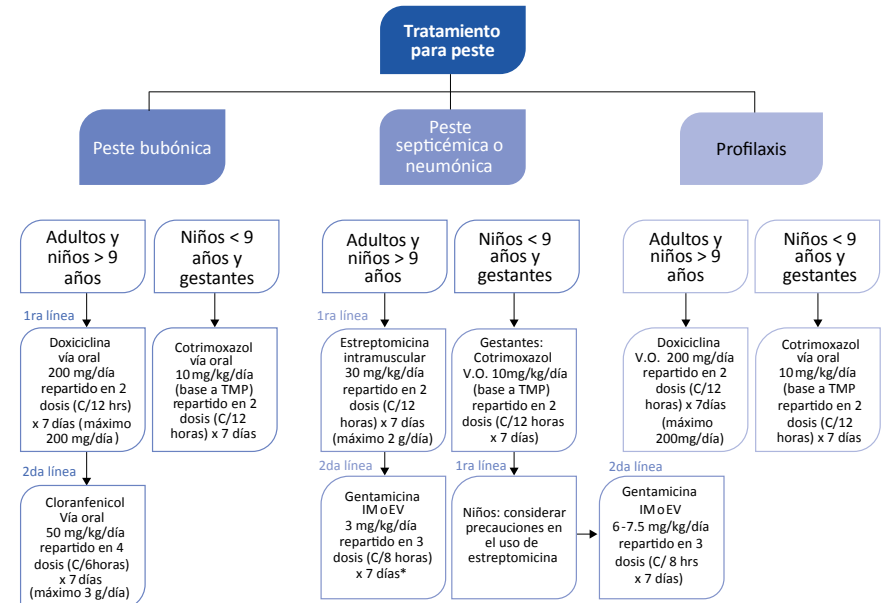
Consideraciones obligatorias de tratamiento

- Administrar analgésicos, antipiréticos de acuerdo a la sintomatología del paciente.
- El tratamiento de casos y contactos debe ser supervisado y solo puede

ser modificado por prescripción médica. Se utilizarán tarjetas de control de tratamiento de casos y contactos donde se registra diariamente los medicamentos administrados.

- Todo establecimiento de salud de las áreas de riesgo dispondrá de los siguientes medicamentos para casos de emergencia: adrenérgicos, corticoides, atropina, antihistamínicos, anticonvulsionantes.
- En caso de brote/epidemia de peste, todo paciente con sospecha de la enfermedad, debe administrársele el tratamiento correspondiente, dado que la enfermedad puede progresar muy rápidamente a la muerte.
- Notificar al nivel inmediato superior reacciones adversas al medicamento que se pudieran presentar.

Flujograma de manejo de peste



*Una revisión de la evidencia realizada por el Instituto Nacional de Salud recomienda que la dosis de Gentamicina en adultos sea de 5 mg/kg/día (<http://www.portal.ins.gob.pe/es/publicaciones-unagesp>).

Recomendaciones para el manejo de la exposición a **RABIA**

(Profilaxis post exposición)

Generalidades

• La atención de las personas expuestas a rabia comprende el conjunto de medidas preventivas o profilácticas, dirigidas a la población y al personal de los establecimientos de salud, que se realizan cuando una persona es expuesta efectiva o potencialmente al virus rábico, con la finalidad de evitar la enfermedad. Es considerado una urgencia médica.

Clasificación de la exposición y evaluación de riesgo

- **EXPOSICIÓN LEVE:** mordedura o arañazo por animales, perro o gato, sin síntomas o sospecha de rabia, que ocasionen lesión generalmente única y superficial y que no se encuentre en cara, cabeza, cuello, genitales y pulpejo de dedos de manos y pies.
- **EXPOSICIÓN GRAVE:**
 - a. Mordedura o arañazo por animales, perro o gato sin síntomas o sospecha de rabia, cuya lesión sea en cara, cabeza, cuello, genitales, pulpejo de dedos de manos y pies o sean lesiones desgarradas, profundas o múltiples.
 - b. Cualquier tipo de mordedura o arañazo por animal sospechoso de rabia.
 - c. Cualquier tipo de mordedura o arañazo por animal no localizado o desconocido.
 - d. Cualquier tipo de mordedura o arañazo por animal silvestre.
 - e. Cualquier tipo de mordedura o arañazo por animal confirmado de rabia (urbana o silvestre).

Componentes de la profilaxis post exposición

1. Tratamiento local de la herida: lo más pronto posible después de la exposición.
2. Administración de la vacuna antirrábica.
3. Administración de suero antirrábico (inmunoglobulina), en el caso que esté indicado.

Manejo antirrábico de acuerdo a la gravedad de la exposición

Clasificación de la exposición	Tratamiento local de la herida	Vacuna antirrábica	Suero antirrábico	Control por diez días en perros o gatos
Exposición leve	Sí	NO Iniciar si no es posible finalizar el control del animal o hay sospecha clínica de rabia: completar esquema de vacunación.	NO Aplicar si no es posible finalizar el control del animal o hay sospecha clínica de rabia.	Sí
Exposición grave	Sí	Sí Aplicar dosis de los días 0 y 3. - Si el animal se encuentra sano al término de la observación: suspender vacunación. - Si no es posible finalizar el control del animal o hay sospecha clínica de rabia: completar esquema de vacunación.	Sí Aplicar si no es posible finalizar el control del animal o hay sospecha clínica de rabia.	Sí
Cualquier tipo de mordedura o arañazo por animal sospechoso de rabia	Sí	Sí	Sí Aplicación condicional si la lesión se encuentra en cara, cabeza, cuello, genitales, pulpejo de dedos de manos y pies, lesiones desgarradas, profundas o múltiples.	Sí

Manejo antirrábico de acuerdo a la gravedad de la exposición

Clasificación de la exposición	Tratamiento local de la herida	Vacuna antirrábica	Suero antirrábico	Control por diez días en perros o gatos
Cualquier tipo de mordedura o arañazo por animal no localizado o desconocido	Sí	Sí	Sí Aplicación condicional si la lesión se encuentra localizada en cara, cabeza, cuello, genitales, pulpejos de dedos de manos y pies, heridas múltiples o profundas y la situación epidemiológica lo amerita.	----
Cualquier tipo de mordedura o arañazo por animal silvestre	Sí	Sí	Sí Aplicación condicional si la lesión se encuentra en cara, cabeza, cuello, genitales, pulpejo de dedos de manos y pies, lesiones desgarradas, profundas o múltiples.	Obtención de muestra encefálica para laboratorio.
Cualquier tipo de mordedura o arañazo por animal confirmado de rabia (urbana o silvestre)	Sí	Sí	Sí	----

Tratamiento local de la herida

- Se lava la herida por diez minutos aproximadamente con abundante agua y jabón de uso doméstico, yodopovidona u otro antiséptico viricida.
- De ser necesaria la sutura, esta debe quedar floja y con puntos de afrontamiento sin suturar el tejido celular subcutáneo.
- De estar indicado el suero antirrábico, en la medida de lo posible aplicarlo antes de la sutura. El suero debe ser infiltrado alrededor de la herida, se recomienda esperar de 15 a 30 minutos para permitir la difusión del suero en los tejidos antes de la sutura.
- Se recomienda la sutura primaria de una herida por mordedura cuando está localizada en la cabeza y la cara.
- Las mordeduras en los dedos de la mano o del pie, el lóbulo de la oreja o área nasal pueden infiltrarse con suero (si está indicado) de manera segura, teniendo cuidado de no ejercer excesiva presión por el riesgo de causar un síndrome compartamental.
- La vacuna antitetánica se aplica de acuerdo al estado vacunal del paciente.
- Los antibióticos y otros medicamentos que sean necesarios se administran paralelamente.

Vacuna antirrábica post exposición

- En el Perú tenemos la vacuna elaborada en cerebro de ratón.
- Se administran cinco dosis: los días 0, 3, 7, 14 y 28.
- El día 0 corresponde a la primera dosis que se aplica, que puede coincidir con el día en que esta persona sufrió el contacto o fue agredida.
- Se aplica vía intramuscular en la región deltoidea (brazo). En los niños menores de dos años se aplica en la cara externa del muslo.

Suero antirrábico

- Se utiliza suero heterólogo de equinos hiperinmunizados.
 - La dosis es de 40 UI por kg de peso.
 - La presentación es de frascos de 1,000 UI en 5 mL.
 - Se conserva entre 2 °C y 8 °C.
 - El suero debe ser aplicado, sea cual fuere el intervalo transcurrido entre el momento de la exposición y el comienzo del tratamiento y **POR ÚNICA VEZ EN LA VIDA DEL PACIENTE**. Antes de la administración de suero antirrábico puede valorarse realizar una prueba de sensibilidad.
 - La aplicación del suero antirrábico debe realizarse en un establecimiento hospitalario bajo estricta vigilancia médica y con todos los insumos y equipos necesarios para resolver un posible shock anafiláctico u otra reacción adversa.
 - El suero debe infiltrarse alrededor y dentro de la herida, hasta donde sea anatómicamente posible, lo restante debe administrarse por vía intramuscular en la región glútea en dosis única.
- Si no se dispone del suero al inicio del esquema del tratamiento, este aún puede ser administrado hasta el séptimo día de la vacunación (3ª dosis de la vacunación).



Recomendaciones para el manejo de **RINOFARINGITIS AGUDA**

(Resfrío común) en niños y niñas

Definición

- Es una enfermedad viral aguda, de las vías respiratorias altas. autolimitada, benigna transmisible. También conocida como catarro, resfrío, rinoфарингитis o nasofaringitis.

Signos y síntomas

- Locales: rinorrea, obstrucción nasal, estornudos.
- Respiratorios: Tos, dolor de garganta.
- Generales: Cefalea, fiebre.
- Además, puede presentarse:
 - malestar general, irritabilidad, dolor torácico, irritación ocular, vómitos, diarrea, mialgias, dolor abdominal.

Diagnóstico diferencial

- Rinitis alérgica.
- Pródromos de sarampión, tos ferina, u otras.
- Bronquiolitis.
- Laringitis.

Diagnóstico

- Antecedente epidemiológico (contacto con alguien que tenga la enfermedad).
- Presencia de síntomas como congestión nasal con rinorrea, estornudo y tos. En niños pequeños puede acompañarse de fiebre.

Fuente: Guía de práctica clínica rinoфарингитis aguda en la niña y el niño. Ministerio de Salud, 2006.

Tratamiento

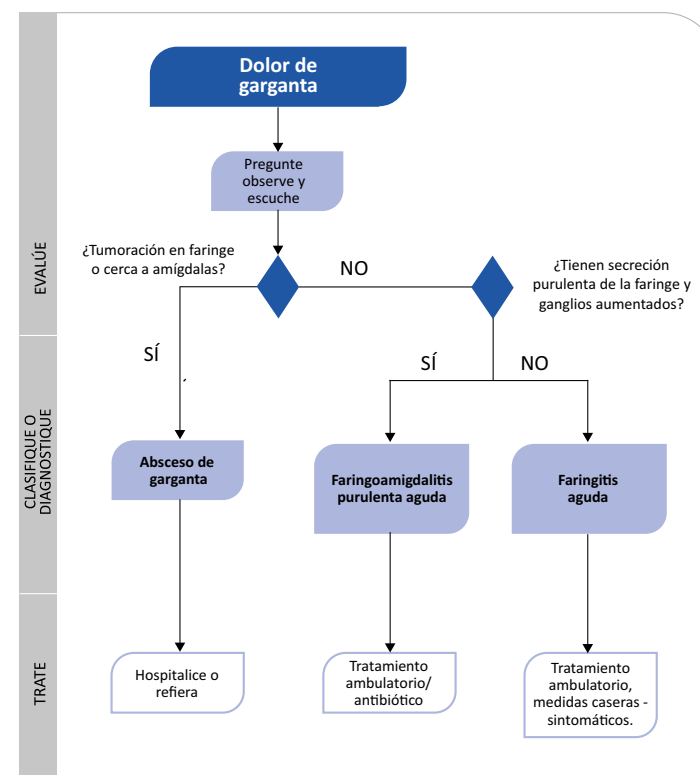
- Alivio de la fiebre.
 - En menores de 2 meses: aplicación de medios físicos.
 - De 2 meses a 4 años: en caso de fiebre alta (38.5 °C axilar o más): paracetamol cada 6 horas (15 mg x kg peso x dosis), hasta que cese la fiebre alta. En caso de fiebre baja (37.6 - 38.4 °C axilar): aplicación de medios físicos, paracetamol condicional.
- En menores de 6 meses se debe continuar con la lactancia materna y en mayores de 6 meses, se debe continuar con alimentación habitual.
- Se sugiere incrementar la ingesta de líquidos.
- Se puede aliviar el dolor de garganta y la tos con remedios caseros (como las infusiones con miel de abeja), evitar administrar antitusivos, expectorantes, etc.
- Se debe advertir a la familia los signos de alarma, que puedan indicar un empeoramiento del cuadro.
 - Niño respira con dificultad.
 - Niño respira rápidamente.
 - Niño presenta hundimiento en la parte inferior del tórax o entre las costillas al respirar.
 - No puede beber.
 - Presenta somnolencia anormal.
 - La salud del niño empeora.
- Se pueden limpiar las fosas nasales con tela suave. Si existe obstrucción de las fosas nasales por mucosidad seca, espesa y pegajosa se debe aplicar solución de agua con sal (1/2 cucharadita de sal en media taza de agua) o solución fisiológica al 0.9 % o dos gotas en cada fosa nasal cada 10 min.

Medidas preventivas

- Nutrir adecuadamente al niño.
- Evitar cambios bruscos de temperatura.
- Mantener ambientes ventilados.

- Vacunación de acuerdo a calendario.
- Evitar el contacto con personas enfermas con infecciones respiratorias agudas.
- De adquirir la enfermedad, evitar asistencia a lugares de gran concentración de personas, como cines, jardines infantiles, etc.

Flujograma de manejo de rinofaringitis aguda



Recomendaciones para el manejo de mujeres en edad fértil y gestantes con infección por virus del ZIKA

Fuente: Protocolo sanitario de urgencia "Atención y seguimiento a mujeres en edad fértil y gestantes con infección por virus Zika". PSU N° 14-MINSA/DVSMP/DGIESP aprobado mediante Resolución Viceministerial N° 0026-2016/SA-DVM-SP

Definición de caso

Caso sospechoso

Gestante procedente, residente o que haya visitado áreas epidémicas o endémicas con transmisión de virus del Zika confirmada, los últimos catorce días antes del inicio de los síntomas y que presenta exantema (máculo papular, pruriginoso) y al menos dos de los siguientes signos o síntomas (que no se explican por otras condiciones médicas):

- Fiebre $\geq 38,0$ °C
- Conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival
- Artralgias o mialgias
- Edema periarticular

En todos los casos se debe realizar el diagnóstico diferencial con dengue, chikungunya, otros arbovirus, malaria, enfermedades exantemáticas o enfermedad reumatológica.

Caso sospechoso en zonas sin casos autóctonos y sin presencia de vectores

Gestante con antecedente de contacto sexual sin protección entre los últimos catorce días antes del inicio de los síntomas, con una persona que en las ocho semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área epidémica o endémica con transmisión de virus del Zika confirmada.

Gestante procedente o que haya visitado áreas epidémicas o endémicas con transmisión de virus del Zika confirmada, durante la gestación, con sospecha ecográfica de microcefalia fetal o calcificaciones intracraneales.

Caso confirmado por laboratorio

Gestante considerada como caso sospechoso con pruebas de laboratorio dentro de los tiempos establecidos para la detección del virus y presenta resultados positivos para el virus del Zika.

Caso descartado

Caso sospechoso al que se le toma muestra para laboratorio dentro de los tiempos establecidos para la detección del virus y presenta resultados negativos para virus del Zika.

Atención a mujeres en edad fértil

A toda mujer en edad fértil atendida en los servicios de salud se le deberá preguntar e investigar sobre sus viajes recientes a países o áreas epidémicas o endémicas con transmisión por virus del Zika confirmada.

Brindar información respecto a:

- La prevención domiciliaria para evitar presencia del vector como: cuidado de recipientes de almacenamiento y conservación de agua (tapado y limpieza), eliminación adecuada de criaderos del zancudo
- Los cuidados para evitar picaduras del vector como el uso de vestimenta que cubra la piel expuesta, el uso diario de repelentes y uso de mosquitero.

Identificar a la mujer en edad fértil con inicio de relaciones sexuales (RS), indicándole evitar contacto sexual sin protección con su pareja que en las últimas ocho semanas haya tenido antecedente de viaje a un área epidémica o endémica con transmisión de virus del Zika confirmada.

Informar y orientar sobre:

- Los síntomas de dengue, chikungunya o virus del Zika, a fin de que pueda identificarlos.
- El riesgo de transmisión sexual por virus del Zika y las complicaciones en el feto y el recién nacido (microcefalia, malformaciones congénitas, Síndrome de Guillain-Barré (SGB), meningoencefalitis, mielitis, entre otras) y dónde solicitar atención médica.

Orientación y consejería en métodos anticonceptivos, que comprenda:

- Énfasis en métodos de larga duración.
- Prevención de un embarazo de riesgo.
- Entrega del método anticonceptivo elegido, respetando los derechos de las usuarias.

En aquellas usuarias que usen u opten por el uso de preservativos, se debe brindar orientación, consejería y demostración sobre el uso correcto y consistente de los preservativos masculino y femenino, como protección para evitar la transmisión sexual del virus del Zika.

Realizar la anamnesis y el examen clínico para la detección de signos y síntomas para la identificación de las mujeres en edad fértil con infección por virus del Zika, con el fin de buscar: exantema, fiebre, artralgias o mialgias, conjuntivitis no purulenta o hiperemia conjuntival, edema periarticular, entre otros. Realizar un registro adecuado en la historia clínica y formatos físicos e informáticos usados.

A toda mujer en edad fértil, con sospecha de infección por virus del Zika (que presente sintomatología o antecedente epidemiológico de riesgo), se le solicitará la prueba de Reacción de Cadena de Polimerasa en Transcripción Reversa (PCR-RT):

- En suero, si el tiempo de enfermedad es menor o igual a cinco días.
- En orina, si el tiempo de enfermedad es de seis a quince días.

Las muestras, siguiendo las directivas, serán remitidas al Instituto Nacional de Salud (INS) para el proceso y envío de resultados.

Toda mujer en edad fértil con riesgo de infección por virus del Zika recibirá el paquete preventivo de manera mensual. Asimismo, la atención a la mujer en edad fértil debe ser registrada en la historia clínica con su firma y número documento de identidad.

Atención a gestantes que acuden a servicio de salud

En todo establecimiento de salud, según nivel de complejidad, se fortalecerá la atención prenatal reenfocada según normatividad vigente.

Informar sobre el riesgo de transmisión sexual por virus del Zika y sobre las complicaciones en el feto y recién nacido (microcefalia, malformaciones congénitas, Síndrome de Guillain-Barré (SGB), meningoencefalitis, mielitis, entre otras).

Orientación/consejería anamnesis y examen clínico como lo mencionado en mujeres en edad fértil.

Realizar ecografía y cruzar con la fecha de la última menstruación para poder determinar con exactitud la edad gestacional de preferencia dentro del primer trimestre.

Atención a gestantes con sospecha de infección por virus del Zika

Los criterios para la detección de casos sospechosos y la confirmación de infección por virus del Zika son iguales para las mujeres gestantes como en la población general.

Todo caso de gestante con sospecha de infección por virus del Zika identificado deberá ser referido para que sea atendida por el médico ginecólogo obstetra y el caso deberá ser reportado obligatoriamente de manera inmediata al responsable de vigilancia epidemiológica o el que haga sus veces en el establecimiento de salud.

A la gestante con sospecha de infección por virus del Zika (que presente sintomatología o antecedente epidemiológico de riesgo), se le solicitará las pruebas consideradas en el apartado de atención de mujer en edad fértil.

Toda gestante con sospecha de infección por virus del Zika debe contar con ecografía obstétrica que determine la edad gestacional y volumen de líquido amniótico; evaluar vitalidad fetal y evaluación de la anatomía embrionaria o fetal. Estas ecografías deberán ser periódicas de manera mensual (cada cuatro semanas).

Las gestantes que presenten sintomatología relacionada con infección por virus del Zika el tratamiento es sintomático, no existe a la fecha tratamiento antirretroviral ni vacunas. Se deberá realizar:

- Para gestantes febriles, usar medios físicos (pañuelos húmedos, escasa ropa, baño o ducha con agua tibia 2 °C menor que la temperatura de la gestante); cuando los medios físicos no sean efectivos, se deberá administrar tabletas de 500 - 1000 mg de paracetamol cada seis (6) u ocho (8) horas (dosis máxima 4 gramos/día).
- Para el tratamiento del rash asociado a prurito intenso, como primera opción indicar loción de calamina o crema acuosa a base de mentol. Como alternativa, loratadina (categoría B de los medicamentos usados en el embarazo) 10 mg por vía oral cada veinticuatro (24) horas, únicamente en el segundo o tercer trimestre del embarazo. Loratadina es excretada en pequeñas cantidades en la leche materna.

Atención y seguimiento a gestantes con diagnóstico de infección por virus del Zika

La atención prenatal, seguimiento y atención de parto de la gestante con diagnóstico confirmado de infección por virus del Zika deberá ser atendido en un establecimiento de nivel II-2 o posterior.

Solicitar pruebas de Toxoplasma, Rubeola, Citomegalovirus y Herpes (TORCH) para descartar infecciones que puedan producir daño fetal. Estas pueden ser con pruebas rápidas, ELISA o Reacción de Cadena de Polimerasa (PCR) según los niveles resolutivos de los establecimientos de salud.

Indicar controles ecográficos periódicos (mensuales) que permitan tener una correlación con las ecografías precedentes que indiquen algún cambio precoz de sospecha de malformaciones congénitas en especial microcefalia. Se recomienda realizar ecografía en especial a partir de las veintiocho semanas de edad gestacional.

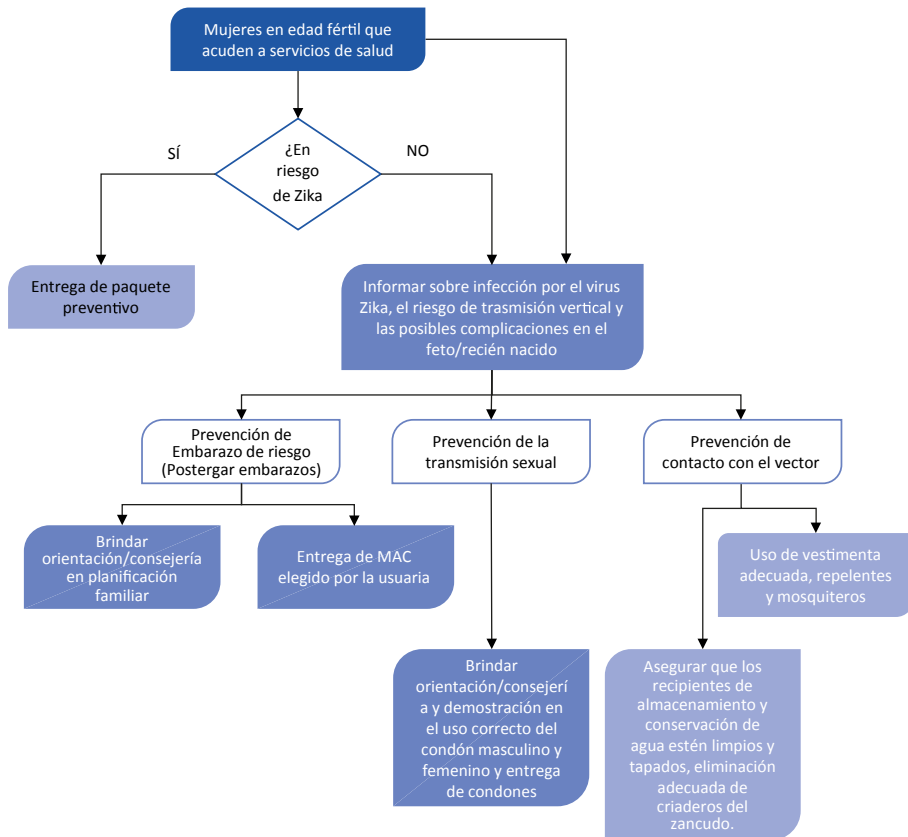
Brindar consejería, asesoría y apoyo psicológico y de servicio social permanente para soporte emocional a la gestante y su familia coordinando con los responsables de salud mental y servicio social.

Atención y seguimiento del recién nacido de gestante con diagnóstico de infección por virus del Zika

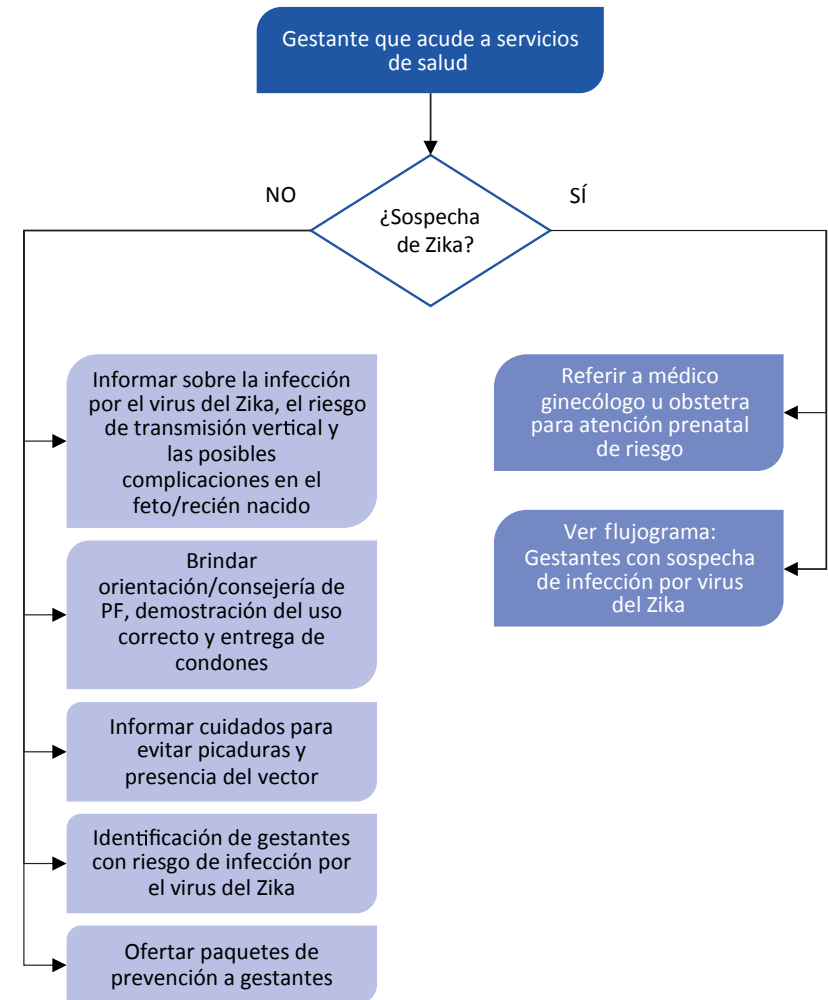
La atención del recién nacido de madre con infección por virus del Zika deberá ser realizada por el médico pediatra; de preferencia con sub especialidad en neonatología; en un establecimiento de salud nivel II-2 o posterior.

El examen físico y seguimiento del recién nacido deberá estar focalizado a la medida de la circunferencia craneana y búsqueda de anomalías en el sistema nervioso.

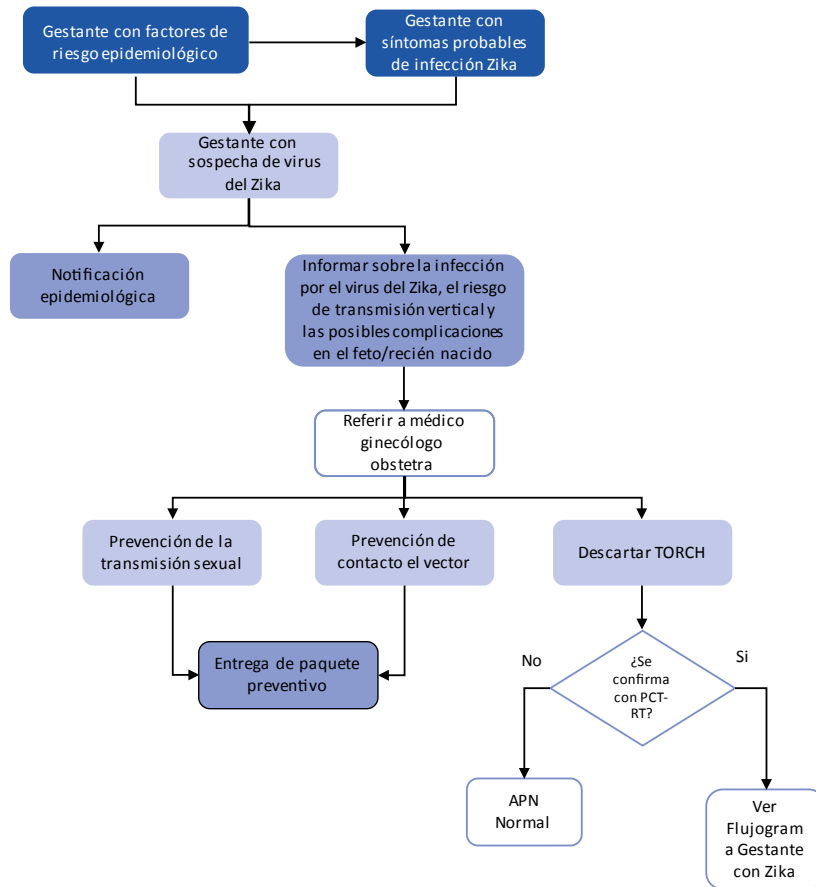
Flujograma de procedimientos para la atención de las mujeres en edad fértil



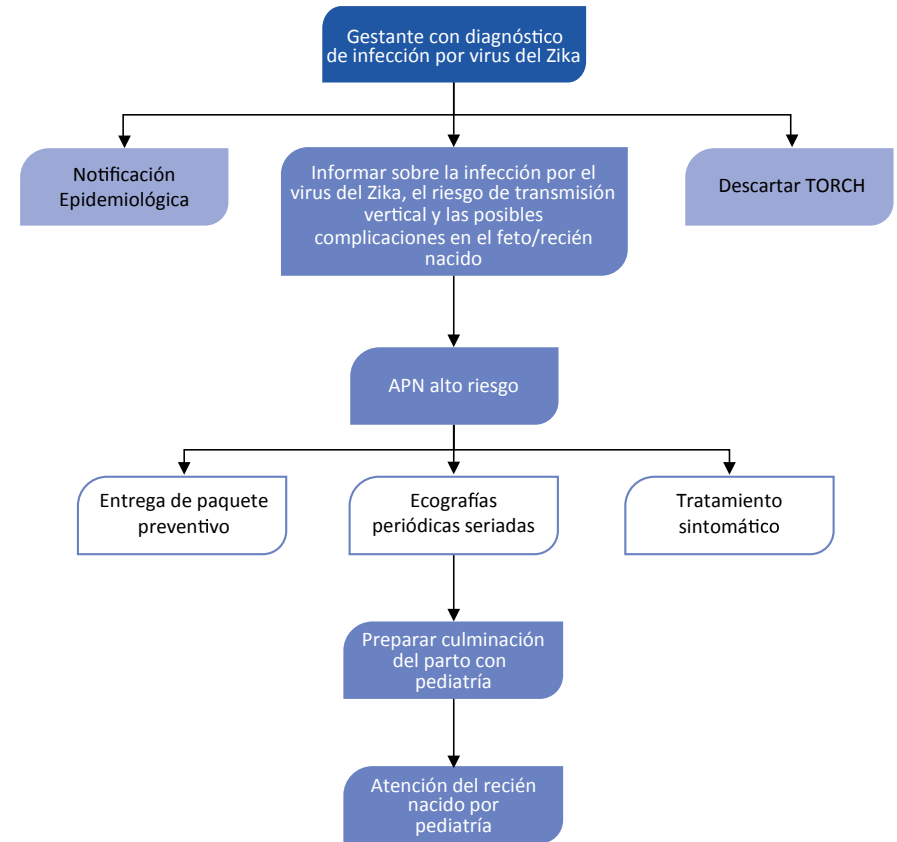
Flujograma para la atención a gestantes que acuden a servicios de salud



Flujograma para la atención a gestantes con sospecha de infección por virus del Zika



Flujograma para la atención y seguimiento a gestantes con diagnóstico de infección por virus del Zika



Recomendaciones para la administración CORRECTA DE MEDICAMENTOS

Para la prescripción de medicamentos

Recuerda que, según la norma vigente, en la receta se consignarán los siguientes datos e indicaciones:

- Nombre completo del paciente.
- Número de autogenerated o número de historia clínica.
- Fecha y hora de indicación.
- Nombre del medicamento.
- Dosis según presentación del fármaco.
- Vía de administración.
- Intervalo de administración.
- Tiempo de perfusión (si fuera necesario).
- Nombre y firma del médico.

Recuerda que la receta debe ser hecha con letra clara y legible.

Fuente: Directiva N° 007 – GG – ESSALUD – 2013: Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Administración Correcta de Medicamentos.

Para la administración de medicamentos

Recuerda que para toda administración de medicamentos debes realizar lo siguiente:

- Verificar la identidad del paciente consultando su nombre (si su condición clínica lo permite) y mediante la revisión del brazaletes de identificación. No utilizar el número de cama para identificar paciente.
- Confirmar que el medicamento que administrará sea el correcto.
- Revisar la fecha de caducidad del medicamento que administrará, así como que este se encuentre en perfectas condiciones. No administre un medicamento que esté en condiciones poco confiables.
- Comprobar dos veces la dosis indicada y prepararla en forma exacta.
- Verificar que la vía de administración del medicamento sea la correcta, si no está indicada o si estando indicada no es legible, consulte al médico tratante.
- Administrar el medicamento manteniendo estrictas normas de asepsia y bioseguridad.
- En su ambiente de trabajo, organice el sector de inicio de la administración de medicamentos para garantizar el intervalo de dosificación prescrito.

Toda administración de medicamentos al paciente debe realizarse en base a “Los 5 correctos” y “Los 5 yo”:

Los 5 correctos	Los 5 yo
Paciente correcto	Yo preparo
Medicamento correcto	Yo administro
Dosis correcta	Yo registro
Vía correcta	Yo respondo
Horario correcto	Yo educo

Recuerda no administrar medicamentos cuya prescripción no cumpla con los requisitos establecidos.

Recomendaciones para la prevención de CAÍDAS DE PACIENTES

Identifique el riesgo de caídas del paciente, para ello utilice la escala de J. H. Downton para adultos, y la escala Macdems para niños. Aplique las medidas preventivas según el riesgo identificado:

Para los pacientes con riesgo bajo de caídas

- Identifique los factores de riesgo de caídas (intrínsecos y extrínsecos).
- Eduque al paciente y su familia para la prevención de caídas durante su estancia hospitalaria.
- Reevalúe el riesgo de caídas del paciente cada 72 horas.

Para los pacientes con riesgo mediano de caídas

- Implemente el uso de barandas en camillas o camas clínicas.
- Verifique que el mobiliario esté en buenas condiciones.
- Reevalúe el riesgo de caídas del paciente cada 48 horas.

Para los pacientes de riesgo alto de caídas

- En el ambiente de trabajo, ubique al paciente en área de fácil observación.
- De corresponder, implemente medidas de contención (sujeción mecánica).
- Reevalúe el riesgo de caídas del paciente cada 24 horas.

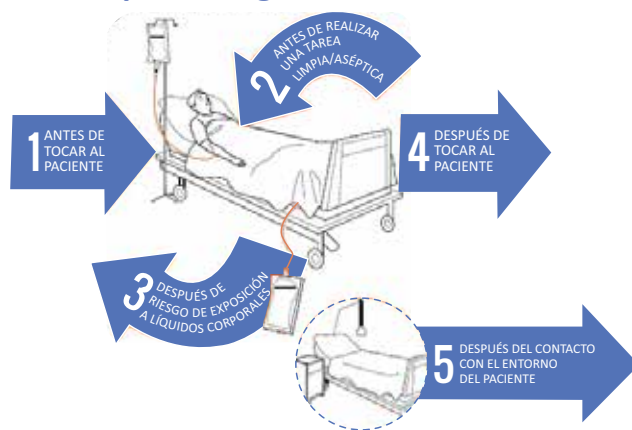
En el ambiente de trabajo, implemente medidas de prevención generales, entre ellas:

- Disponer la iluminación adecuada del ambiente.
- Facilitar a los pacientes el acceso a los timbres e interruptores de luz.
- Evitar que los pacientes se desplacen por suelos irregulares, mojados y resbaladizos, de ser el caso, señalizar adecuadamente la zona.
- Orientar a los pacientes y familiares el uso de zapatillas cerradas o calzado con suela antideslizante.
- Recuerde que los baños deben contar con barandas verticales en vez de horizontales.

Para la implementación de medidas de prevención para cada paciente, tomar en consideración la historia de caídas del paciente, el estado de conciencia, la presencia de déficits sensorio-perceptivos o motrices, el estado físico y los efectos que producen los medicamentos administrados.

Recomendaciones para la HIGIENE DE MANOS

Sus 5 momentos para la higiene de manos



Recuerde que:

- Para una atención segura del paciente, todos los trabajadores de la salud deben cumplir con la higiene de manos en el momento adecuado y de la manera correcta.
- Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria.
- La higiene de manos apropiada es uno de los métodos más simples y eficaces para disminuir las infecciones asociadas a la atención en salud.

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Sino, utilice la solución alcohólica

Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos

<p>0</p> <p>Mójese las manos con agua;</p>	<p>1</p> <p>Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;</p>	<p>2</p> <p>Frótese las palmas de las manos entre sí;</p>
<p>3</p> <p>Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;</p>	<p>4</p> <p>Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;</p>	<p>5</p> <p>Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;</p>
<p>6</p> <p>Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;</p>	<p>7</p> <p>Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;</p>	<p>8</p> <p>Enjuáguese las manos con agua;</p>
<p>9</p> <p>Séquese con una toalla desechable;</p>	<p>10</p> <p>Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;</p>	<p>11</p> <p>Sus manos son seguras.</p>

Recomendaciones para la identificación CORRECTA DEL PACIENTE

Recuerda que las prácticas seguras para la identificación correcta de los pacientes deben aplicarse a aquellos que ingresan a sala de observación y a todo paciente hospitalizado. Asimismo, deben aplicarse a los pacientes que acuden a:

- Consulta de acto único (cirugía de día, quimioterapia, transfusiones, administración de un medicamento).
- Extracción de muestra biológica para analítica o realización de procedimiento de apoyo al diagnóstico.
- Realización de procedimiento invasivo.
- Realización de intervención quirúrgica.
- Confirmación de fallecimiento, y
- Transferencia de pacientes intra y extra hospitalario.

Para realizar la correcta identificación del paciente toma en consideración lo siguiente:

- Verificar la identidad del paciente con el Documento Nacional de Identidad (DNI).
- Incluir identificación documental, verbal y física (pulsera de identificación).
- Para la colocación de la pulsera de identificación en pacientes adultos y pediátricos, seleccionar el brazaletes blanco, independiente del sexo del paciente.
- En el caso de neonatos, el brazaletes a utilizar será de acuerdo al sexo:

- Mujer: Brazaletes rosado.
- Varón: Brazaletes celeste.

- El sitio de elección para colocar el brazaletes de identificación es en la muñeca del brazo dominante, excepto en niños menores de 10 años, en quienes el sitio de elección será el tobillo.
- Los datos a registrar en el brazaletes del paciente que fue admitido por admisión general programada son los siguientes:

- Nombres y apellidos del paciente.
- Número de historia clínica.
- Documento Nacional de Identidad (DNI).

En el paciente que ingresa por emergencia incluir además el registro de la fecha y la hora de ingreso.

- En el recién nacido, el personal de enfermería que asiste el parto normal o cesárea debe consignar en el brazaletes los siguientes datos:

- Los apellidos del recién nacido.
- La fecha y hora del nacimiento.
- El número de historia clínica de la madre.

Fuente: Directiva N° 009 – GG – ESSALUD – 2013: Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta del Paciente.



Domingo Cueto 120, Jesús María.
Lima - Perú. Tel. 265-6000 / 265-7000