

De niño



DINPRODES



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
TECNICOS ASISTENCIALES
DEL INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO**

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL DINPRODES

MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO DE SALUD DEL NIÑO

DIRECTORA GENERAL :

-DOCTORA VIRGINIA BAFFIGO TORRE

**DIRECTOR DE NORMAS, PROGRAMAS Y DESARROLLO DE
SERVICIOS :**

- DOCTOR G. ROBERTO RUIZ MERINO





DIRECCION GENERAL

DINPRODES

Nº 0036-DG-ISO-94

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 31 de Octubre de 1,994

Visto el Proyecto del Manual de Procedimientos Técnicos Asistenciales, de las Especialidades propuesto por la Dirección de Normas, Programas y Desarrollo de Servicios del Instituto de Salud del Niño;

CONSIDERANDO:

Que con Decreto Supremo Nº 002-92-SA, se aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, ratificando entre otros al Instituto de Salud del Niño como Órgano de Atención Pediátrica Especializada;

Que, la Estructura Orgánica y Funcional formalmente aprobada con Resolución Ministerial Nº 187-88-SA/DM y Resolución Directoral Nº 056-88-DG-INSN, Reglamento y Manual de Organización y Funciones; establece que es competencia del Instituto de Salud del Niño, dictar Normas de Atención Especializada en Pediatría;

Que, en concordancia con los objetivos Institucionales; la Dirección de Normas, Programas y Desarrollo de Servicios, ha cumplido con proponer el Manual de Procedimientos Técnicos Asistenciales, presentado por los Servicios de: Infectología, Neonatología, Neumología, Cardiología, Gastroenterología, Nefrología, Hematología, Neuropediatría, Dermatología, Endocrinología, Reumatología, Genética, Psiquiatría, Oftalmología, Urología, Neurocirugía, Traumatología, Cabeza - Cuello- Maxilo Facial, Cirugía Plástica, Unidad de Cuidados Intensivos, Medicina Física y Rehabilitación, Diagnostico por Imagen y Anestesiología, los mismos que reúnen las condiciones para orientar el tratamiento de pacientes con enfermedades típicas de las Especialidades;

De conformidad con lo prescrito en el numeral 7) de la Directiva Nº 002-77-INAP/DNP, Normas para la Formulación de los Manuales de Procedimientos;

Con la opinión favorable de la oficina de Planificación;

31 MAYO 1999

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

PREFACIO

Es responsabilidad de las Instituciones que brindan atención médica especializada, dar Normas o Lineamientos de Atención con el objeto de uniformizar criterios de atención inmediata o de referencia cuando sea necesario

El Instituto de Salud del Niño, teniendo en cuenta estos criterios decide editar a través de la Dirección de Normas, Programas y Desarrollo de servicios (DINPRODES), el presente Manual de Procedimientos Técnicos Asistenciales elaborado bajo la modalidad de Esquemas de Decisiones.

Es importante mencionar la participación de los diferentes profesionales médicos de nuestro instituto y sus respectivas especialidades ya que han aportado no solamente conocimientos básicos, sino también los producidos por su experiencia como clínicos, docentes e investigadores.

Se ha intentado que este manual sencillo, conciso y práctico sirva de consulta, buscando normar a nivel institucional y nacional sobre los diferentes procedimientos Médico Asistenciales de las diferentes enfermedades mencionadas sin pretender convertirlo en una enciclopedia o un tratado exhaustivo de todos los conocimientos de la patología de las enfermedades que afectan al niño y adolescente.



Gregorio Roberto Ruiz Merino

**Director de Normas, Programas
y Desarrollo de Servicios.**

I.S.N. - 1994

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento a la Dirección General, a los colegas médicos, personal de apoyo Secretarial y técnico computarizado que han hecho posible la edición del presente manual. Queda el compromiso de la DINPRODES de complementar el presente documento informativo con los Procedimientos Técnico Asistenciales de las especialidades que por falta de tiempo o demora en la entrega de la información solicitada no han sido posible editarlas.



DINPRODES
L.S.N-1994

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

PROXIMA EDICION COMPLEMENTARIA

SERVICIO DE PEDIATRÍA:

Esquema de Decisión de:

Diarrea Aguda y Colera

Alimentación del Niño y Adolescente

Alimentación del Niño Desnutrido

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL:

OTORRINOLARINGOLOGÍA

CIRUGÍA CARDIO VASCULAR

QUEMADOS

EMERGENCIA

ODONTOPEDIATRÍA

PSICOLOGÍA

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INDICE

PREFACIO

AGRADECIMIENTO

PARTE I

ESPECIALIDADES MEDICINA PEDIATRICA

CAPITULO I

INFECTOLOGIA

FIEBRE TIFOIDEA.....	PAG.1-2
VARICELA.....	PAG.3
ESCARLATINA.....	PAG.4
PAROTIDITIS EPIDEMICA.....	PAG.5
DIFTERIA.....	PAG.6
TOS FERINA.....	PAG.7
RUBEOLA.....	PAG.8-9
BRUCELLOSIS.....	PAG.10-11
HEPATITIS VIRAL "A".....	PAG.12
TETANOS.....	PAG.13-14
SARAMPION.....	PAG.15
BIBLIOGRAFIA.....	PAG.16

CAPITULO II

NEONATOLOGIA

RECEPCION EN EL SERVICIO R.N.....	PAG.1
SEPSIS.....	PAG.2
MENINGITIS.....	PAG.3
INFECCION URINARIA.....	PAG.4
INFECCION OSTEARTICULAR (ARTRITIS - OSTEITIS).....	PAG.5
ICTERICIA NEONATAL.....	PAG.6-7
EVALUACION DE LA EDAD GESTACIONAL.....	PAG.8
PERCENTILES DE PESO.....	PAG.9-14
ANTIBIOTICOS.....	PAG.15-19
BIBLIOGRAFIA.....	PAG.20

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

CAPITULO III

NEUMOLOGIA

NEUMONIAS AGUDAS BACTERIANAS EN NIÑOS.....	PAG.1-3
ESQUEMA DE TRATAMIENTO ANTIBIOTICO PARENTAL EN NIÑOS CON CRITERIOS DE HOSPITALIZACION.....	PAG.4-6
BRONQUIOLITIS.....	PAG.7
MANEJO DE BRONQUIOLITIS.....	PAG.8
PROTOCOLO DE MANEJO DEL ASMA AGUDA.....	PAG.9
MANEJO DEL ASMA AGUDA.....	PAG.10-11
MANEJO AMBULATORIO DEL ASMA AGUDA.....	PAG.12
TABLA DE CLASIFICACION DEL ASMA AGUDA.....	PAG.13
TABLA DE SCORE CLINICO DE SIBILANCIAS EN PEDIATRIA.....	PAG.14
CRUP.....	PAG.15
TUBERCULOSIS INFANTIL.....	PAG.16
TUBERCULOSIS.....	PAG.17
TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS.....	PAG.18
BIBLIOGRAFIA.....	PAG.19

CAPITULO IV

CARDIOLOGIA

COMUNICACION INTERVENTRICULAR.....	PAG.1
PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO.....	PAG.2
COMUNICACION INTERAURICULAR.....	PAG.3
TETRALOGIA DE FALLOT.....	PAG.4
INSUFICIENCIA CARDIACA.....	PAG.5
CRISIS HIPOXICAS.....	PAG.6
FIEBRE REUMATICA.....	PAG.7
ENDOCARDITIS INFECCIOSA.....	PAG.8
BIBLIOGRAFIA.....	PAG.9



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

CAPITULO V

GASTROENTEROLOGIA

ESTREÑIMIENTO.....	PAG.1
ICTERICIA.....	PAG.2-3
MANEJO DIAGNOSTICO DE SANGRADO DIGESTIVO.....	PAG.4
SANGRADO DIGESTIVO.....	PAG.5
DIARREA CRONICA.....	PAG.6
BIBLIOGRAFIA.....	PAG.7

CAPITULO VI

NEFROLOGIA

INFECCION DEL TRACTO URINARIO (ITU).....	PAG.1
GLOMERULONEFRITIS DIFUSA AGUDA POST-ESTREPTOCOCICA.....	PAG.2
SINDROME NEFROTICO.....	PAG.3-4
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.....	PAG.5-6
SINDROME UREMICO HEMOLITICO.....	PAG.7
PROTEINURIA - ESTRATEGICA DIAGNOSTICA.....	PAG.8
HEMATURIA - ESTRATEGICA DIAGNOSTICA.....	PAG.9
HIPERTENSION ARTERIAL.....	PAG.10
BIBLIOGRAFIA.....	PAG.11

CAPITULO VII

HEMATOLOGIA

ANEMIAS.....	PAG.1
PURPURA TROMBOCITOPENICA AGUDA IDIOPATICA.....	PAG.2
PURPURA DE HENOCH SCONLEI.....	PAG.3
HEMOFILIAS.....	PAG.4
HIPOPLASIA MEDULAR.....	PAG.5
LEUCEMIA AGUDA.....	PAG.6
SINDROME DE VON WILLEBRAND.....	PAG.7
BIBLIOGRAFIA.....	PAG.8

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

CAPITULO VIII

NEUROPEDIATRIA

CONVULSIONES EN LA INFANCIA.....	PAG.1
MENINGITIS SUPURADA.....	PAG.2-3
TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO.....	PAG.4
TROMBOSIS INFECCIOSA DE LOS SENOS CAVERNOSOS.....	PAG.5
ENCEFALITIS Y MENINGOENCEFALITIS VIRALES.....	PAG.6
DAÑO CEREBRAL, ENCEFALOPATIAS PARALISIS CEREBRAL.....	PAG.7
BIBLIOGRAFIA.....	PAG.8-9

CAPITULO IX

DERMATOLOGIA

PRURIGO.....	PAG.1
PEDICULOSIS.....	PAG.2
ACNE.....	PAG.3
DERMATITIS SEBORREICA.....	PAG.4
DERMATITIS DE PANAL.....	PAG.5
FIODERMITIS - IMPETIGO.....	PAG.6
ECZEMA ATOPICO.....	PAG.7
LESIONES VASCULARES.....	PAG.8
ACAROSIS.....	PAG.9
MICOSIS SUPERFICIAL.....	PAG.10-11
BIBLIOGRAFIA.....	PAG.12

CAPITULO X

ENDOCRINOLOGIA

OBESIDAD EXOGENA.....	PAG.1
HIPOTIROIDISMO CONGENITO.....	PAG.2
TALLA CORTA.....	PAG.3
CETOACIDOSIS DIABETICA.....	PAG.4
HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGENITA.....	PAG.5
BIBLIOGRAFIA.....	PAG.6

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

CAPITULO XI

REUMATOLOGIA

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES

REUMATICAS PAG. 1-2

ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL PAG. 3-4

ARTRITIS INFECCIOSAS EN PEDIATRIA PAG. 5-6

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO EN NIÑOS PAG. 7-8

FIEBRE REUMATICA PAG. 9

BIBLIOGRAFIA PAG. 10

CAPITULO XII

GENETICA

DIAGRAMA DE FLUJO DEL SERVICIO DE

GENETICA PAG. 1

RETARDO PSICOMOTOR PAG. 2

PRESUNCION DIAGNOSTICA GENETICA PAG. 3

RECOMENDACIONES PAG. 4-5

BIBLIOGRAFIA PAG. 6

CAPITULO XIII

PSIQUIATRIA

SINDROME HIPERCINETICO PAG. 1

RETARDO MENTAL O RETRASO MENTAL PAG. 2

RETARDO SELECTIVO DE LA LECTURA PAG. 3

ENURESIS PAG. 4

REACCION DE ADAPTACION CON ALTERACION

PREDOMINANTE DE LA CONDUCTA PAG. 5

BIBLIOGRAFIA PAG. 6

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

PARTE I

ESPECIALIDADES MEDICINA

PEDIATRICA

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

CAPITULO: 1

INFECTOLOGIA

JEFE DEL SERVICIO: DR. DANIEL ENRIQUE JAUREGUI HURTADO

MEDICOS ASISTENTES:

DR. PEDRO ZACARIAS CALIXTO

DRA. ANA FERNANDEZ VEGA

DRA. LENKA KOLEVIC ROCA

DRA. MARIA E. CASTILLO DIAZ

DR. JORGE CANDELA HERRERA



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INFECTOLOGIA

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA INFANCIA

FIEBRE TIFOIDEA

DEFINICION :

ENFERMEDAD INFECCION CONTAGIOSA, CAUSADA POR LA SALMONELA TYPHI QUE INGRESA AL ORGANISMO POR VIA ORAL Y QUE ORIGINA UN CUADRO SISTEMICO.

EPIDEMIOLOGIA:

LA SALMONELLA TYPHI ES EL RESERVORIO EXCLUSIVO EN EL HOMBRE; POR LO TANTO LA INFECCION IMPLICA UNA EXPOSICION DIRECTA O INDIRECTA CON UNA FUENTE HUMANA.

RESERVORIOS IMPORTANTES:

PORTADORES SINTOMATICOS O ASINTOMATICOS EVEMPLO; MANIPULADORES DE ALIMENTO.

MECANISMOS DE CONTAGIO:

- LA INGESTA DE AGUA Y COMIDA CONTAMINADOS.
- LA VIA FECAL Y ORAL
- LAS ENDOSCOPIAS Y TRANSFUSIONES.

PATOGENIA:

CONDICIONES;
VIRULENCIA DEL GERME.
CANTIDAD DEL INOCULO INGERIDO
CONDICIONES DEL HUESPED; JUGO GASTRICO; HIPERCLORHIDRIA O ALCLOHIDRIA; GASTRECTOMIZADOS, ANTIACIDOS; VACIAMIENTO GASTRICO ACCELERADO.

EXAMENES DE LABORATORIO:

HEMOGRAMA
AGLUTINACIONES DE WIDAL;
APARECEN EN LA SEGUNDA SEMANA Y ALCANZAN TITULOS MAXIMOS EN LA QUINTA SEMANA.
SON SUGESTIVOS DE FIEBRE TIFOIDEA; TITULOS POSITIVOS IGUALES O SUPERIORES 1/160.
10% DE PACIENTES TIENEN TITULOS PERSISTENTEMENTE NEGATIVOS Y 15% TITULOS NO DIAGNOSTICOS.

CLINICA:

EVOLUCION NATURAL, 4 SEMANAS.

PERIODOS:

- P. INCUBACION. - APROX. 8 A 15 DIAS
- P. INVASION. - DE 4 A 12 DIAS O AUN MAS. (1RA. SEMANA DE LA ENFERMEDAD).

INICIO:

INSIDIOSO. - PRE-ESCOLARES Y ESCOLARES, ADOLESCENTE Y ADULTOS.
CURSO PROGRESIVO, CADA DIA APARECEN NUEVOS SINTOMAS; CEFALEA CONSTANTE, (90% EN NIÑOS).
MALESTAR GENERAL; ASTENIA FISICA Y PSIQUICA; ANOREXIA PROGRESIVA
MANIFESTACIONES SABURRALES.
TOS SECA; ARTRALGIAS Y MIALGIAS.
EPISTAXIS E INYECCION CONJUNTIVAL
DOLORES ABDOMINALES VAGOS, ESTREÑIMIENTO Y METEORISMO.
FIEBRE MODERADA; EN ESCALERA O EN OSCILACIONES DURANTE 5 A 7 DIAS.

BRUSCO. - UN POCO FRECUENTE EN NIÑOS Y MAS FRECUENTE EN LACTANTES.

PUEDEN INICIARSE COMO;

- SEPSIS
- GASTRO ENTERO COLITIS AGUDA CON FIEBRE DE 40 GRADOS.
- DIARREA CON MOCO Y SANGRE
- METEORISMO
- ICTERICIA
- SIGNOS DE MENINGISMOS
- ESPLENOMEGALIA

PERIODO DE ESTADO:

DEL 7 A 10 DIAS DE ENFERMEDAD. (SEGUNDA SEMANA DE ENFERMEDAD)
SE PRESENTA Y COMPLETA EL SINDROME TIFICO;
MANIFESTACIONES NEURO PSIQUIATRICAS.
MANIFESTACIONES DIGESTIVAS.
MANIFESTACIONES DEL R.E.S.
FIEBRE
ROSEOLA
OTRAS MANIFESTACIONES;
CIRCULATORIAS
RESPIRATORIAS
URINARIAS

PERIODO DE CONVALESCENCIA:

DURA 7 A 10 DIAS.

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INFECTOLOGIA

HEMOCULTIVO:

- .POSITIVO 50% DE LOS CASOS.
- .POSITIVO 1ERA.Y 4TA. SEMANA
- .NEGATIVO EN EL PERIODO DE CONVALESCENCIA.

MIELOCULTIVO:

- .80 A 90 DE POSITIVIDAD; NO SE VE AFECTADA POR EL ANTIBIOTICO.

BILICULTIVO:

- .USO DE LA CUERDA ENCAPSULADA.
- .SENSIBILIDAD DIAGNOSTICA DEL 40 % .

COPROCULTIVO:

- .POR LO GENERAL POSITIVO PERIODO DE ESTADO, ES DECIR EN LA SEGUNDA SEMANA, SIENDO DEL 40 AL 55% DE AFECTIVIDAD.

COMPLICACIONES:

- SUELEN EN LA TERCERA SEMANA DE LA ENFERMEDAD;
- .HEPATITIS GRANULOMATOSA
 - .PERFORACION INTESTINAL
 - .ENTERORRAGIA.
 - .OTRAS:
 - .DESHIDRATACION AGUDA; DE LEVE A SEVERA.
 - .ANEMIA CON SANGRADO
 - .SINDROME PURPURICO.
 - .SHOCK ENDOTOXICO
 - .NEUMOPATIAS CON O SIN DERRAME
 - .MIOCARDITIS.
 - .NEFRITIS, OSTIARTRITIS, COLESTITIS NO CALCULOSA.

TRATAMIENTO:

- .CLORANFENICOL.-DOSIS 50 A 100 MGRS. POR KILO/DIA REPARTIDOS CADA 6 H. PREFERENTEMENTE POR VIA ORAL, DISMINUIR LA DOSIS A 30 MGR/KG/DIA CUANDO LA FIEBRE HA CAIDO. DURACION DEL TRATAMIENTO 14 DIAS. CAIDA DE LA TEMPERATURA ENTRE EL TERCERO Y QUINTO DIA DE TRATAMIENTO (1 A 11 DIAS).
- .AMOXICILINA.-TIENE BUENA ABSORCION POR EL TUBO DIGESTIVO. DOSIS DE 100 MGRS./KG/DIA. DIVIDIDO CADA 8 HORAS POR 14 DIAS.
- .COTRIMOXAZOL.- 8 A 10MG/K/D/14DIAS
- .FUROZOLIDONA.-SU USO SE ASEMEJA AL DE LA AMPICILINA; LA FIEBRE TARDA EN CAER EN 12-14 DIAS.
- .DOSIS.- 7 A 10MGR./KG./DIA; 4 VECES AL DIA POR 14 DIAS.

EN EL PERU NO SE HAN REPORTADO CEPAS DE SALMONELLA TYPHI MULTIRESISTENTES.

EL USO DE CORTICOSTEROIDES, EN FIEBRE TIFOIDEA ES CONTROVERSIAL, PUEDE SER USADO EN PACIENTES CON SHOCK O EN ESTADO DE ALTERACION DE CONCIENCIA.



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INFECTOLOGIA

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA INFANCIA

VARICELA

DEFINICION:

ENFERMEDAD VIRAL ENDEMICA Y EPI-
DEMICA EN NUESTRO PAIS, DE ALTA
PREVALENCIA, SOBRE TODO AFECTA
A LA POBLACION INFANTIL.

ETIOPATOGENIA:

AGENTE ETIOLOGICO VIRUS VARICELA
ZOSTER, DEL GRUPO HERPES VIRUS,
DNA, EL MISMO AGENTE DEL HERPES
ZOSTER.
MECANISMO DE TRANSMISION NO DEFI-
NIDA PROBABLEMENTE POR VIA AEREA
PERIODO DE MAYOR CONTAGIOSIDAD
EN LOS DOS DIAS PREVIOS A LA APA-
RICION DEL EXANTEMA.

EPIDEMIOLOGIA:

ENFERMEDAD COSMOPOLITA, AFECTA A
TODAS LAS RAZAS, SOBRE TODO A NI-
NOS MENORES DE 10 ANOS.
LA TASA DE ATAQUE EN CONTACTOS IN-
TRADOMICILIARIOS DEL 90%.

PROFILAXIS:

AISLAR AL PACIENTE HASTA QUE DEVE
DE SER CONTAGIANTE (10 DIAS).
INMUNIZACION PASIVA CON GAMMA GLO-
BULINA VARICELA ZOSTER EN NINOS
CON RIESGO DE VARICELA SEVERA;
NEONATOS, ADOLESCENTES E INMUNOSU-
PRIMIDOS.

CUADRO CLINICO:

.INCUBACION DE 14 A 21 DIAS, PRODROMOS
DE 1 O 2 DIAS, APARECEN LESIONES MAC-
CULOSAS ERITEMATOSAS, PAPULOSAS, VESI-
CULARES Y COSTROSAS, EXISTE POLIMOR-
FISMO REGIONAL, EXANTEMA DE 3 A 5D.
COMO PROMEDIO, PUDIENDO DURAR 8 A 10
DIAS.

COMPLICACIONES:

.INFECCIONES DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS
NEUMONIA, ENCEFALITIS SON LAS MAS FRE-
CUENTES.

DIAGNOSTICO:

DATOS CLINICOS, PRESENCIA DEL
EXANTEMA TIPICO.

ANTECEDENTES DE CONTACTO
TEST TSANCK
SEROLOGICO

TRATAMIENTO

- A.GENERALES; BANO DIARIO, CORTAR LAS UNAS
- B.SINTOMATICO.- PARACETAMOL, 10 A 15 MG/K/DOSIS
- C.ANTIBIOTICOS.- SI HAY INFECCION BACTERIANA



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INFECTOLOGIA

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA INFANCIA

ESCARLATINA

DEFINICION:

ENFERMEDAD INFECCION CONTAGIOSA AGUDA, OCASIONADA POR ESTREPTOCOCCO DEL GRUPO A.

ETIOPATOGENIA:

DISTINTOS TIPOS DE ESTREPTOCOCCOS HEMOLITICOS DE CASOS DE ESCARLATINA. ENFERMEDAD CAUSADA POR EXOTOXINA ERITROGENICA PRODUCIDA POR EL ESTREPTOCOCCO QUE SE LOCALIZA EN LA FARINGE O MAS RARAMENTE EN LA PIEL.

EPIDEMIOLOGIA:

TODAS LAS EDADES, SEXOS Y RAZAS MAS FRECUENTE EN LA INFANCIA. FUENTES DE INFECCION: SECRECIONES DE NARIZ, GARGANTA, OIDOS Y LA PIEL DE LOS PORTADORES. LA TRANSMISION POR CONTACTO DIRECTO ESTRECHO CON EL ENFERMO O PORTADOR.

PROFILAXIS:

LA PENICILINA DE ACCION RETARDADA (PENICILINA G. BENZATINICA) EN DOSIS UNICA DE 600.000 A 1.200.000 UO O ERITROMICINA EN ALERGICOS A PENICILINA.

CUADRO CLINICO Y COMPLICACIONES:

INCUBACION DE 2 A 4 DIAS, LIMITES 1 A 7 DIAS.

FIEBRE ALTA (40 GRADOS), DOLOR DE GARGANTA, VOMITOS, CEFALIA, DOLOR ABDOMINAL, ENANTEMA Y EXANTEMA DE TIPO PUPULAR ERITEMATOSO, PUNTIFORME, PALIDEZ PERIORAL (SIGNO DE FILATOV), ESTRIAS HEMORRAGICAS EN PLIEGUES ARTICULARES (SIGNOS DE PASTIAS), LENGUA DE FRESA BLANCA Y DESPUES LENGUA DE FRESA ROJA A LA SEMANA DESCAMACION FOLIACEA.

COMPLICACIONES:

MIOCARDITIS, NEFRITIS, ARTRITIS, FIEBRE REUMATICA, SEPSIS.

DIAGNOSTICO:

CLINICO: FIEBRE ELEVADA, DOLOR FARINGEO, CEFALIA, FARINGO AMIGDALITIS, EXUDATIVA, ADENOPATIAS REGIONALES, LENGUA DE FRESA, SIGNOS DE FILATOV (PALIDEZ PERIORAL), SIGNO DE PASTIA (HIPEREMIA DE PLIEGUES ARTICULARES)

HEMOGRAMA:

LEUCOCITOSIS CON EOSINOFILIA DESVIACION IZQUIERDA.
TITULACION DE ANTIESTREPTOLISINA "O" ELEVADAS

TRATAMIENTO

SINTOMATICO.- ANTIPIREETICOS.

ETIOLOGICO.- PENICILINA G. SODICA X 10 DIAS O ERITROMICINA X 10 DIAS.



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INFECTOLOGIA

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA INFANCIA

PAROTIDITIS EPIDEMICA

DEFINICION:

ENFERMEDAD INFECCION CONTAGIOSA VIRAL, DE CURSO AGUDO. COMPROMETE PRINCIPALMENTE LAS GLANDULAS SALIVALES, PANCREAS, GONADAS Y SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. ALTA MORBILIDAD Y BAJA MORTALIDAD.

ETIOLOGIA:

MIXOVIRUS RNA, LLAMADO MIXOVIRUS PAROTIDITIS. VIRUS PAROTIDA, INGRESA POR VIA RESPIRATORIA, REPLICACION LOCAL VIREMIA Y LOCALIZACION ULTERIOR EN TEJIDO GLANDULAR EXOCRINO Y SISTEMA NERVIOSO.

EPIDEMIOLOGIA:

. ENFERMEDAD UNIVERSAL, AFECTA A EDAD ESCOLAR (5 A 10 ANOS).
. FUENTE DE CONTAGIO SALIVA DE PERSONAS INFECTADAS.

PROFILAXIS:

ENFERMEDAD CURA ESPONTANEAMENTE PROMEDIO DE 8 - 10 DIAS.
INMUNIZACION ACTIVA CON VACUNA MMR A PARTIR DE LOS 15 MESES DE EDAD.

CUADRO CLINICO Y COMPLICACIONES:

. INCUBACION DE 16 A 18 DIAS.
. FIEBRE, CEFALEA, ANOREXIA, DOLOR AL MASCAR LOS ALIMENTOS, INFLAMACION DE GLANDULAS PAROTIDEAS, LA TUMORACION SE RESUELVE EN EL CURSO DE 6 A 8 DIAS

COMPLICACIONES:

. MENINGOENCEFALITIS
. ORQUITIS
. PANCREATITIS, ETC.

DIAGNOSTICO:

. CUADRO CLINICO.
. NO HAY COMPROMISO DE PARATIDAS, RECURRIR A EXAMENES DE LABORATORIO:
. DOSAJE DE ANTICUERPOS EN FASE AGUDA Y DE CONVALESCENCIA.
. VIRUS EN SALIVA, ORINA Y L. C.R.
. AMILASA SERICA ELEVADA.

TRATAMIENTO

GENERALES.- REPOSOS RELATIVO, LIQUIDOS Y DIETA BLANDA.
. SINTOMATICO.- ANALGESICO Y ANTIPIRENETICO.



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INFECTOLOGIA

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA INFANCIA

DIFTERIA

DEFINICION:

ENFERMEDAD BACTERIANA DE CURSO AGUDO. AFECTA POBLACION INFANTIL PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR MAYORMENTE. CARACTERIZA POR LESIONES PSEUDOMENBRANOSAS QUE SE LOCALIZAN MUCOSAS DE VIAS RESPIRATORIAS ALTAS. COMPLICACIONES DE MIOCARDITIS, NEURITIS, TOXEMIA, OBSTRUCCION LARINGEA.

ETIOLOGIA:

BACILO DIFTERICO O CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE, GRAM (+) QUE ELABORA UNA EXOTOXINA QUE CAUSA LOS SINTOMAS Y SIGNOS DE LA ENFERMEDAD. EXOTOXINA IMPREGNA, MIOCARDIO Y TEJIDO NERVIOSO, DANDO LUGAR A MIOCARDITIS Y NEURITIS PARALITICA.

EPIDEMIOLOGIA:

PREVALENCIA EN LOS PAISES EN DESARROLLO. LA PROPAGAN LOS SUJETOS ENFERMOS Y LOS PORTADORES SANOS.

CUADRO CLINICO Y COMPLICACIONES:

. INCUBACION DE 2 A 5 DIAS.
. INICIA INSIDIOSA CON MALESTAR GENERAL ANOREXIA, ASTENIA, PALIDEZ, SINTOMAS Y SIGNOS VARIAN SEGUN LA LOCALIZACION DE LA PSEUDOMENBRANA; NASAL, FARINGEA AMIGDALIANA, LARINGEA, LARINGOTRAQUEAL PSEUDOMENBRANA COLOR BLANCOCRISACEO, CONSISTENCIA DURA, SANGRA FACILMENTE AL TRATAR DE DESPRENDERLA

COMPLICACIONES:

. MIOCARDITIS
. NEURITIS PARALITICA
. DESPRENDIMIENTO DE PSEUDOMENBRANA LARINGEA, MUERTE SUBITA.

DIAGNOSTICO:

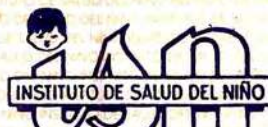
. CLINICO Y APIREMIOLÓGICO
. FROTIS DE LA SECRECION Y CULTIVO.

PROFILAXIS:

IMUNIZACION ACTIVA, MEDIANTE LA VACUNA DPT, EN NINOS MENORES DE 5 AÑOS.
REFUEROS CON VACUNA Td CADA 10 AÑOS.
TRATAMIENTO DE LOS PORTADORES CON PENICILINA O ERITROMICINA POR 10 DIAS

TRATAMIENTO

. ANTITOXINA DIFTERICA
. EN DIFTERIA NASOFARINGEA; 40000 A 60000 UNID.
. DIFTERIA LARINGEA 20000 A 40000 UNIDADES MITAD INTRAMUSCULAR
. DIFTERIAS COMBINADAS E HIPERTOXICAS 80000 A 100000 UNIDADES.
50% INTRAMUSC. 50% ENDOVENOSO.
. ERITROMICINA; 30 A 50 MG/RS/KG/24 H./10 DIAS
. CONTROL DE EXG Y CULTIVOS.



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INFECTOLOGIA

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA INFANCIA

TOS FERINA

DEFINICION:

CAUSADA POR BORDETELLA PERTRUSIS (H.P); GRAN FRECUENCIA EN LACTANTES Y NIÑOS. MAYOR MOREL-MORTALIDAD EN LAS MUJERCITAS. CONTAGIO POR SECRECIONES FARINGEAS. TAMBIEN SON SUSCEPTIBLES ADULTOS Y ANCIANOS.

EPIDEMIOLOGIA:

RESERVORIO EL HOMBRE. TRANSMISION POR CONTACTO DIRECTO CON SECRECIONES DE LA VIAS RESPIRATORIAS DE PERSONAS INFECTADAS. TRANSMISIBILIDAD DESDE 7 DIAS DESPUES DE LA EXPOSICION AL CONTAGIO HASTA 3 SEMANAS DESPUES DE INICIARSE EL PERIODO PAROXISTICO EN LOS PACIENTES NO TRATADOS CON ANTIBIOTICOS.

PREVENCION:

- . INMUNIZACION ACTIVA.
- . EDUCACION AL PUBLICO.
- . CONTROL DEL PACIENTE Y DE LOS CONTACTOS.
- . INMEDIATO;
 - . NOTIFICAR A LA AUTORIDAD LOCAL DE SALUD.
 - . AISLAMIENTO; EXCLUIR A LACTANTES PEQUEÑOS NO INMUNES.
 - . DESINFECCION CONCURRENTES; LIMPIEZA DE SECRECIONES NASOFARINGEAS DEL PACIENTE Y OBJETOS CONTAMINADOS.
 - . CUARENTENA; EXCLUIR A LOS NIÑOS DE ESCUELAS O REUNIONES POR 14 DIAS DESPUES DE LA ULTIMA EXPOSICION A UN CASO EN LA FAMILIA.
 - . PROTECCION DE CONTACTOS; DOSIS DE REFUERZOS LO MAS PRONTO POSIBLE A LOS NIÑOS YA INMUNIZADOS MENORES DE 3 AÑOS.

CUADRO CLINICO :

- . INCUBACION DE 1 A 7 DIAS.
- . ESTADO; CATARRAL CON ; CORIZA; TOS Y FIBRILACION; DURA DE 1 A 2 SEMANAS.
- . PAROXISTICO.- 4 A 6 SEMANAS; CRISIS DE TOS PAROXISTICA (5-40 AL DIA) VOMITOS Y CIANOSIS.
- . CONVALESCENCIA.- DURA DE 2 A 3 SEMANAS. DISMINUYEN EL NUMERO Y LA GRAVEDAD DE LAS CRISIS.

COMPLICACIONES:

- . NEUMONIAS
- . NEUMONITIS INTERSTICIAL.
- . OTITIS MEDIA
- . CONVULSIONES
- . ENCEFALOPATIA
- . DESNUTRICION

DIAGNOSTICO:

- . EPIDEMIOLOGICO.
- . CLINICO.
- . EXAMENES DE LABORATORIO.
- . HEMOGRAMA; ALTERACIONES EN PERIODO PAROXISTICO.
- . LEUCOCITOSIS DE 20000 A 30000

POR MM³ Y LINFOCITOS MAYOR DEL 60%.

- . AISLAMIENTO DE LA BORDETELLA PERTRUSIS DE LA NASOFARINGE DURANTE LA PRIMERA Y SEGUNDA SEMANA DE LA ENFERMEDAD.

INMUNIZACIONES:

- . TIPO DE CEPA; BORDETELLA PERTRUSIS FASE I.
- . ESTADO DE VACUNA; LIQUIDO ABSORVIDO (AL2-03).
- . ASOCIADAS; DT.-POLIO- O DT.
- . MODO DE ADMINISTRACION; SUBCUTANEA O INTRAMUSCULAR.
- . EDAD DE COMIENZO LA VACUNA; 2 MESES DE EDAD.
- . NUMERO DE INYECCIONES; 3
- . INTERVALO DE MESES- 1 MES.
- . PRIMERA DOSIS DE REFUERZO; 1 AÑO DESPUES DE LA TERCERA INYECCION.
- . DOSIS DE REFUERZO ULTERIORES; 5 AÑOS (SIN OTRA DOSIS DE REFUERZO).

TRATAMIENTO

- . REPOSO
- . OXIGENO HUMEDO.
- . ASPIRACION DE SECRECIONES.
- . ERITROMICINA POR VIA ORAL 50 MGRS./KG/DIA. POR 14 DIAS.
- . BETA 2 AGONISTAS
- . CORTICOIDES EN FORMA SEVERAS
- . GLOBULINA INMUNE DE TOS FERINA; CARECE DE UTILIDAD
- . ANTIBIOTICOS DE ACUERDO A COMPLICACIONES INFECCIOSAS



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INFECTOLOGIA

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA INFANCIA

RUBEOLA

DEFINICION:

ENFERMEDAD EXANTEMATICA PROBOCADA POR UN TOGAVIRUS FILTRABLE.

EPIDEMIOLOGIA:

EL RESERVORIO ES EL HOMBRE; SECRECIONES NASOFARINGEAS DE PERSONAS INFECTADAS. PUEDE SER AISLADO EL VIRUS EN LA SANGRE, ORINA, HECES. TRANSMISION POR DISEMINACION DE BOTILLAS, SANGRE, ORINA O HECES; AIRE, LOS NINOS CON RUBEOLA CONGENITA CON O SIN LESIONES OBVIAS ELIMINA EL VIRUS

PREVENCION:

- .IMUNIZACION ACTIVA.
- .EDUCACION AL PUBLICO.
- .CONTROL DEL PACIENTE DE LOS CONTACTOS.
- .INMEDIATO;
- .NOTIFICAR A LA AUTORIDAD LOCAL DE SALUD.
- .AISLAMIENTO; EXCLUIR A LACTANTES PEQUENOS NO INMUNES.
- .DESINFECCION CONCURRENT; LIMPIEZA DE SECRECIONES NASOFARINGEAS DEL PACIENTE Y OBJETOS CONTAMINADOS.
- .CUARENTENA; EXCLUIR A LOS NINOS DE ESCUELAS O REUNIONES POR 14 DIAS DESPUES DE LA ULTIMA EXPOSICION A UN CASO EN LA FAMILIA

CUADRO CLINICO :

- .POSTNATAL.
- .INCUBACION 16 - 18 DIAS (14-21)
- .ESTADO; PRODOMOS 1-5 DIAS ; FEBRICULAS, MALESTAR, AMOREXIA, CONTIVITIS, CORIZA, FARINGITIS, TOS, ENANTEMA Y LINFADENOPATIAS.
- EXANTEMA; DE CARA HACIA EXTREMIDADES; CON EL DISMINUYEN LOS SINTOMAS, DURA DE 1-3 DIAS; PUEDE NO APARECER.
- RESOLUCION; LUEGO DE TRES DIAS DE EXANTEMA MACULOPAPULAR; CON DESCAMACION Y DESAPARICION DE SINTOMAS.
- .CONGENITA; AL NACER, BAJO PESO, DEFECTOS OCULARES, CARDIACOS; SNC, HEPATICOS, HEPATITIS, SORDERA, PURPURA TROMBOCITOPENICA, ESPLENOMEGALIA, LESIONES OSEAS, TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS, TIROIDES Y PUBERTAD PRECOZ.

COMPLICACIONES:

- .POSTNATAL;
- ARTRITIS, ENCEFALITIS, PURPURA TROMBOCITOPENICA.

DIAGNOSTICO:

- . EPIDEMIOLOGICO.
- . CLINICO.
- . RUBEOLA CONGENITA, POSIBLE RUBEOLA O EXPOSICION A LA RUBEOLA DURANTE 3 PRIMEROS MESES DEL EMBARAZO Y PRESENCIA DE UNA O VARIAS MANIFESTACIONES DE RUBEOLA CONGENITA.
- . AISLAMIENTO DEL VIRUS DE LA RUBEOLA A PARTIR DE LAS SECRECIONES FARINGEAS, ORINA, LCR; VIRTUALMENTE DE CUALQUIER TEJIDO U ORGANO DEL PACIENTE. ESTO ES ANTES DEL INICIO DE LA ERUPCION DESPUES ES RARA.

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INFECTOLOGIA

PRUEBAS SEROLOGICAS:

**IgM ESPECIFICA INDICA
INFECCION POST NATAL
RECIENTE O INFECCION
CONGENITA EN EL RN.**

**IgG ESPECIFICA INDICA
EXPOSICION PASADA.**

PREVENCION:

**EL FIN PRINCIPAL ES EVITAR LA
INFECCION QUE PUEDE CAUSAR RU-
BEOLA CONGENITA.**

**NO TRATAR DE PROTEGER A LOS NI-
ÑOS SANOS DEL CONTAGIO DE LA
RUBEOLA ANTES DE LA PUBERTAD
CON MEDIDAS PARA EVITAR EL
CONTACTO CON EMBARAZADAS SUCE-
PTIBLES.**

**EN CASO DE INFECCION NATURAL O
POR LA ADMINISTRACION DE LA
VACUNA EN LOS COMIENZOS DEL
EMBARAZO A UNA EMBARAZADA SU-
CEPTIBLE, SE DEBE CONSIDERAR
EL ABORTO YA QUE EL FETO ESTA
EXPUESTO A SUFRIR DANO.**

INMUNIZACION:

**INH. ACTIVA; RECOMENDACIONES.
VACUNA MMR EN NINOS A PARTIR DE
LOS 15 MESES DE EDAD.**

**EN MUJERES EN EDAD FERTIL,
A. OBTENER SANGRE PARA LA PRUE-
BA DE AC DE HI (INHIBICION DE
HEMAGLUTINACION). SI LOS RESUL-
TADOS INDICAN INMUNIDAD, TRAN-
QUILIZAR A LA PACIENTE INDI-
CANDO QUE LA VACUNACION NO ES
NECESARIA.**

**B. SI EL ESTUDIO SEROLOGICO DE-
MUESTRA SUSCEPTIBILIDAD, VA-
CUNAR A LA MUJER SI NO ESTA
EMBARAZADA Y QUE EVITE EL EM-
BARAZO DURANTE 3 MESES POR LO
MENOS. SI ES POSIBLE SE LE
INDICA ANTICOCEPTIVOS U OTROS
MEDIOS PARA EL CONTROL DEL EM-
BARAZO.**

**C. NOTIFICACION A LA AUTORIDAD
LOCAL DE SALUD.**

**ASISLAMIENTO, CUARENTENA, CON-
TACTOS FEMININOS EN TRIMESTRE
DE EMBARAZO Y SOMETERLOS A EXA-
MENES SEROLOGICOS A FIN DE VE-
RIFICAR SI SON SUSCEPTIBLES Y
ACONSEJARLOS DE ACUERDO A LOS
RESULTADOS.**

**CEPA; RA 27/3. V VA ESTADO LEOFI-
LIZADO; MODO DE ADMINISTRA-
CION; SUBCUTANEA O INTRAMUS-
CULAR.**

**EDAD DE COMIENZO DE LA VA-
CUNACION;
12 MESES- SOLA. DOSIS DE RE-
FUERZO SOLO PARA NINOS;
11 A 12 ANOS.**



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INFECTOLOGIA

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA INFANCIA

BRUCELLSIS

DEFINICION:

ENFERMEDAD INFECCIOSA AGUDA CRONICA DE MAMIFEROS NO HUMANOS, TRANSMISIBLE AL HOMBRE, SE CONOCEN 6 ESPECIES DE BRUCELLA, MELITENSIS (CABRA), SUIIS (CERDO), ABORTUS (VACA), CANIS (PERRO), OVIS (OVEJA), Y NEOTOMAE (RATA), LOS GERMESES SON COCOCIBACIOS GRAM NEGATIVOS NO ESPORULADOS.

PATOGENIA:

EL MICROORGANISMO PUEDE PENETRAR POR PIEL EROSIONADA, CONJUNTIVAS, POR INGESTION O INHALACION, A TRAVES DE CARNE CONTAMINADA, LECHE Y SUS PRODUCTOS INFECTADOS Y NO PASTEURIZADOS. LOS GERMESES SON FAGOCITADOS POR LEUCOCITOS Y MONOCITOS Y DISTRIBUIDOS A TRAVES DEL SISTEMA RETICULO ENDOTELIAL. EL HUESPED RESPONDE A LA BRUCELLA ELABORANDO VARIOS ANTICUERPOS BACTERICIDAS Y FIJADORES DE COMPLEMENTO. LA MULTIPLICACION DE GERMESES EN EL HUESPED PARECE ESENCIAL PARA EL DESARROLLO DE LA INMUNIDAD. LA INFECCION SE SIGUE DE APARICION PRECOZ DE ANTICUERPOS 16 M SE RICOS ESPECIFICOS Y, POCO DESPUES 16 G, QUE PREDOMINAN POSTERIORMENTE. LA LESION CARACTERISTICA PERO NO ESPECIFICA ES EL GRANULOMA BRUCELLOSICO OBSERVABLES EN HIGADO, BAZO, GANGLIOS LINFATICOS Y MEDULA OSEA, ADEMAS DE GRANULOMAS SE HA DESCRITO NECROSIS CENTROLOBULILLAR Y CICROCIS HEPATICA. TAMBIEN SE HA OBSERVADO INFLAMACION GRANULOMATOSA DE VESICULA BILIAR, ORQUITIS INTERSTICIAL, ENDOCARDITIS CON VEGITACIONES EN LAS VALVULAS AORTICA Y MITRAL, LESIONES GRANULOMATOSAS DE MIOCARDIO, AFECTACION CEREBRAL, RENAL Y CUTANEA.

CLINICA:

EL PERIODO DE INCUBACION VARIA ENTRE 1 A 6 SEMANAS. EL COMIENZO PUEDE SER BRUSCO, PERO CON FRECUENCIA ES INSIDIOSO. LOS SINTOMAS PRODROMICOS INCLUYEN DEBILIDAD, CANSANCIO, ANOREXIA, CEFALEA, ARTRALGIAS, MIALGIAS Y ESTREÑIMIENTO. A MEDIDA QUE LA ENFERMEDAD PROGRESA, SE OBSERVA ELEVACIONES VESPERTINAS DE LA TEMPERATURA DE INTENSIDAD CRECIENTE, CON TEMPERATURAS DE HASTA 41 A 42.5 GRADOS. TAMBIEN PUEDEN OBSERVARSE ESCALOFRIOS, SUDORACION EPITAXIS, DOLOR ABDOMINAL, TOS LA PERDIDA DE PESO SUELE SER LLAMATIVA. FORMAS DE PRESENTACION. AGUDA MENOR DE 8 SEMANAS, ONDULANTE O SUBAGUDA DE 8 A 52 SEMANAS, CRONICA MAYOR DE 52 SEMANAS DE ENFERMEDAD. LA BRUCELLSIS CRONICA PUEDE SER DIFICIL DIAGNOSTICAR Y ES UNA DE LAS CAUSAS DE FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO. LOS PACIENTES PUEDEN REFERIR CANSANCIO, MIALGIAS, ARTRALGIAS, SUDORACION, NERVIOSISMO Y ANOREXIA. SE HAN DESCRITO EPISODIOS DEPRESIVOS O PSICOTICOS EN OCASIONES APARECE UN RASH MACULOPAPULOSO O RARAMENTE MORBILIFORME. LOS GERMESES PUEDEN LOCALIZARSE EN VARIOS ORGANOS. SE HAN DESCRITO UVEITIS, ENDOCARDITIS, HEPATITIS, COLESTITIS, EPIDIMITIS, PROSTATITIS, OSTEOMIELITIS, ENCEFALITIS, MIEELITIS POR BRUCELLA.

LOS HALLAZGOS FISICOS SE LIMITAN A HEPATOSPLENOMEGALIA Y LINFOADENOPATIAS CERVICALES Y AXILARES.

DIAGNOSTICO:

CULTIVOS POSITIVOS HEMOCULTIVO, MIELOCULTIVO, LIQUIDO ARTICULAR ETC. AGLUTINACIONES POSITIVAS PLACA TITULOS 160 O MAYORES. TUBO STANDAR TITULOS 160 O MAYORES, 2 MERCAPTOETA NOL TITULOS 80 O MAYORES, ANTICUERPOS BLOQUEADORES TITULOS 80 O MAYORES, FENOMENO PROZONA, DE ZONA, TEST DE COOMBS PARA BRUCELLA. EL RECUENTO LEUCOCITARIO PUEDE SER NORMAL ELEVADO O BAJO, ES FRECUENTE UNA LINFOCITOSIS RELATIVA.

TRATAMIENTO:

OXITETRACICLINA 40 MG/KG/DIA
ESTREPTOMICINA 0.5 A 16R/DIA
DOXICICLINA 100 A 200 MG/DIA
RIFAMPICINA 10 A 20 MG/KG/DIA
COTRIMOXAZOL 5 A 10 MG/KG/DIA DE TMP
OXITETRACICLINA MINIDOSIS 250 MG/DIA

ESQUEMAS: MAYORES DE 8 AÑOS

OXITETRACICLINA O DOXICICLINA 3 SEM + ESTREPTOMICINA 3 SEM.
ESTREPTOMICINA 3 SEM + RIFAMPICINA 4 SEM

MENORES DE 8 AÑOS

COTRIMOXAZOL 4 SEM + RIFAMPICINA 4 SEM
ESTREPTOMICINA 3 SEM + RIFAMPICINA 4 SEM

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INFECTOLOGIA

EPIDEMIOLOGIA:

LA INCIDENCIA DE BRUCELLOSIS EN LOS NINOS ES ESCAZA EN PAISES DESARROLLADOS, MIENTRAS QUE EN PAISES COMO EL NUESTRO DONDE LAS CONDICIONES HIGIENICAS SON PRECARIAS Y ES COMUN EL HABITO DE COMER QUESO FRESCO Y BEBER LECHE NO HERVIDA, LA INCIDENCIA ES MAYOR LA BRUCELLOSIS ES UNA ZONOSIS DE DISTRIBUCION MUNDIAL QUE AFECTA PRINCIPALMENTE A PAISES MEDITERRANEOS EN EUROPA Y AFRICA, ASIA CENTRAL, MEXICO Y SUDAMERICA. PAISES COMO ESPANA, GRECIA Y PERU MANTIENEN ALTOS NIVELES DE INFECCION, APROXIMADAMENTE 15 CASOS POR UN MILLON DE HABITANTES CON MAS DE 4000 CASOS POR AÑO. EL PORCENTAJE DE PACIENTES PEDIATRICOS EN LIMA CON BRUCELLOSIS ES DEL 16% QUE COINCIDE CON LO OBSERVADO EN PAISES SUBDESARROLLADOS. LA MAYOR INCIDENCIA EN NINOS ES EN EL GRUPO DE 10 A 14 AÑOS. LA POBLACION MAS AFECTADA EN ADULTOS ES ENTRE 15 A 39 AÑOS EN UN 50% A 64%. LA DISTRIBUCION GEOGRAFICA EN EL PERU ES EL CALLAO, LIMA, ICA SON LAS CIUDADES DONDE OCURRE EL MAYOR NUMERO DE CASOS. DONDE CASI EL 100% DE LOS CASOS SON DEBIDOS A B. MELITENSIS, CON UNA PROCEDENCIA DE LOS QUESOS EN CONSUMO DE HUARACHIRI, YAUTYOS, CHANCAY, HUACHO PRINCIPALMENTE.

PREVENCION:

EL CONTROL DE LA BRUCELLA HUMANA DEPENDE DE LA ERRADICACION DE LA BRUCELLOSIS EN EL GANADO LOS CERDOS Y OTROS ANIMALES. PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD EN LOS NINOS RESULTA DE ESPECIAL IMPORTANCIA LA PASTEURIZACION DE LA LECHE Y PRODUCTOS LACTEOS. SE DEBE NOTIFICAR AL MINISTERIO DE SALUD PARA QUE SE REALIZE LAS MEDIDAS DE ERRADICACION Y CONTROL A TRAVES DE LOS ANIMALES INFECTADOS Y LA INMUNIZACION DE LOS ANIMALES EN RIESGO DE INFECCION.



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INFECTOLOGIA

HEPATITIS VIRAL "A"

(HEPATITIS INFECCIOSA)

DEFINICION:

ENFERMEDAD INFECCIOSA AGUDA CAUSADA POR UN VIRUS HEPATOTROPICO SIMILAR A LA FAMILIA PICARNAVIRUS-RNA.

EPIDEMIOLOGIA:

CONSTITUYE EL 20 - 25% DE HEPATITIS CLINICA EN PAISES EN VIAS DE DESARROLLO. EL VIRUS DE LA HEPATITIS "A" ES MUY ESTABLE Y RESISTENTE AL CALOR, FAVORECIENDO SU PERSISTENCIA EN MATERIA FECAL, AGUA, ALIMENTOS CONTAMINADOS Y OBJETOS DEL HOGAR.

MECANISMOS DE CONTAGIO:

TRANSMISION POR LA RUTA FECAL-ORAL EXCRETADO POR LAS HECE Y USUALMENTE PASADO DE PERSONA A PERSONA POR MANOS SUCIAS Y MEDIANTE INGESTA DE AGUA, Y ALIMENTOS CONTAMINADOS. RIESGO DE INFECCION ES ALTO 2 SEMANAS ANTES DE LA APARICION DE LOS SINTOMAS Y BAJO, CUANDO APARECE LA ICTERICIA

PATOGENIA:

DESPUES DE LA INFECCION ORAL, BREVE PERIODO DE VIREMIA, REPLICACION HEPATICA Y ELIMINACION VIRUS POR HECE, TAMBIEN REPLICACION GLANDULA SALIVAL, OROFARINGE, GASTROINTESTINAL.

TRATAMIENTO:

FORMAS NO COMPLICADAS, SOLO DIETA A TOLERANCIA CON AUMENTO DE CARBOHIDRATOS Y BAJO EN GRASAS. REPOSO RELATIVO PARA BIENESTAR DEL PACIENTE. EVITAR DROGAS ANTIEMETICAS EN LO POSIBLE.

CLINICA:

PERIODO DE INCUBACION, 15 A 40 DIAS INICIO USUALMENTE AGUDO, CURSO PROGRESIVO. FRECUENTEMENTE ANICTERICA Y LEVE SINTOMAS EN MENORES DE 3 AÑOS.

FASE PRE-ICTERICA, ICTERICIA ES USUALMENTE PRECEDIDA POR COLUMRIA. EN NINOS LA APARICION DE ICTERICIA COINCIDE CON LA RESOLUCION DE LOS SINTOMAS (POCOS DIAS HASTA UN MES, PROMEDIO 2 SEMANAS)

OTRAS FORMAS:

COLESTATICA PERSISTENTE (PROLONGADO), ICTERICIA POR 12 SEMANAS AUMENTO BD 10MG/DL Y DISMINUCION TGO (500 UI).
BIFASICA O POLIFASICA (RECURRENTE).
FULMINANTE, RARA (0.1%).
CRONICA

EXAMENES DE LABORATORIO:

TGO (>400 UI)

TP6, BILIRRUBINAS (AUMENTO A PREDOMINIO BD), FOSFATASA ALCALINA, IG M HAV (PERSISTE HASTA 6 MESES).

DIAGNOSTICO:

EPIDEMIOLOGICO
CLINICO
LABORATORIO

PROFILAXIS:

VACUNA, EXISTE EN ESTUDIO UNA VACUNA DE VIRUS MUERTO Y DE VIRUS ATENUADO PERO NO PARA USO MASIVO AUN.
CONTACTOS FAMILIARES PUEDEN RECIBIR INMUNOGLOBULINA; 0.02 ML/KG/IN, PRECOZMENTE (< DE 2 SEMANAS DE CONTACTO).
PRIORITARIO, MEJORAR CONDICIONES SANITARIAS, EDUCACION Y HABITOS HIGIENICOS.



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INFECTOLOGIA

T E T A N O S

DEFINICION:

ENFERMEDAD TOXI-INFECTIOSA, NO CONTAGIOSA, CARACTERIZADA POR RIGIDEZ INTENSA Y GENERALIZADA DE MUSCULOS ESQUELETICOS, ACOMPAÑADA DE ESPASMOS CONVULSIVOS OCASIONADA POR UNA EXO-TOXINA QUE ELABORA EL CLOSTRIDIUM TETANI.

EPIDEMIOLOGIA:

EL GERME SE ENCUENTRA CON MAYOR FRECUENCIA EN EL TRACTO INTESTINAL DE ANIMALES Y HUMANOS Y EN ZONAS AGRICOLAS QUE ABONAN LA TIERRA CON ESTIERCOL. ES TAMBIEN MAS FRECUENTE HALLARLO EN CLIMAS CALIDOS Y HUMEDOS EN LA COSTA Y SELVA.

PATOGENIA:

EL CLOSTRIDIUM TETANI, EN SU FORMA DE ESPORA, TIENE COMO PUERTA DE ENTRADA UNA HERIDA CONTAMINADA CON TIERRA O CON UN OBJETO OXIDADO (CLAVOS) DEBE ENCONTRAR EN EL TEJIDO UNA DISMINUCION DE POTENCIAL DE OXI-REDUCCION Y ENTRE LAS 6-12 HORAS SE TRANSFORMA EN FORMA VEGETATIVA Y EMPIEZA A ELABORAR LA EXO-TOXINA NEUROTROPA, QUE LUEGO ES TRANSPORTADA AL SNC POR VIA RETROGRADA DEL NERVIU MOTOR PERIFERICO Y/O POR LINFATICA O HEMATICA, DONDE FINALMENTE SE FIJA A TRAVES DE GANGLIOS EN LA SUSTANCIA DEL TRONCO CEREBRAL Y DEL HIPOTALAMO. EN LA MEDULA ESPINAL, INHIBE LA LIBERACION DE NEUROTRANSMISORES EN PARTICULAR LA GLICINA Y EL GABA, DANDO POR RESULTADO UNA EXITACION MUSCULAR.

ANATOMIA PATOLOGICA:

NO HAY LESIONES ESPECIFICAS POR LA TOXINA, LAS LESIONES QUE PUEDEN ENCONTRARSE SE DEBEN A LAS COMPLICACIONES

CLINICA:

2 VARIANTES CLINICAS
TETANOS GENERALIZADO Y TETANOS LOCALIZADOS - CEFALICO Y OTOGENO.

GENERALIZADO:

PERIODO DE INCUBACION.- 3 A 21 DIAS
PROMEDIO 7 DIAS, DEPENDE DE LOCALIZACION DE LA HERIDA.
SI SE APROXIMA AL EJE CEFALICO EL PERIODO DE ACORTA Y CUANDO MAS DE ALEJA EL PERIODO DE INCUBACION ES MAYOR.

CUADRO CLINICO:

INICIO DE LA ENFERMEDAD SINTOMAS INESPECIFICOS, CEFALEA, IRRITABILIDAD, ANOREXIA, DOLORES MUSCULARES DURACION 24-48 HORAS. LUEGO VIENEN LOS SIGNOS CARACTERISTICOS;

LOS MUSCULOS MASETEROS SON LOS PRIMEROS AFECTADOS, LA CONTRACTURAS DE LOS MISMOS (TRISMUS) NOS DAN UN SIGNO CARACTERISTICO COMO PRIMERA MANIFESTACION DE LA ENFERMEDAD. LA RISA SARDONICA POR CONTRACTURA DE LOS MUSCULOS FACIALES Y LA CONTRACTURA DE LOS MUSCULOS DE LA NUCA, PARAVERTEBRALES Y MUSCULOS ABDOMINALES COLOCAN AL ENFERMO EN UNA POSICION EN ARCO (OPISTOTONOS) DESPUES DE 24-48 HORAS SE INICIAN LAS CONVULSIONES TONICAS. LA PRESENTACION RAPIDA DE LAS MISMAS ESTA EN RELACION CON LA MAYOR SEVERIDAD DEL CUADRO CLINICO. NO HAY ALTERACION DE LA CONCIENCIA.

LOCALIZACION:

TETANOS CEFALICO: PUEDE SER DENTRO DE LAS 48 HORAS.
SE PRODUCE POR HERIDAS EN LA CABEZA, CARA Y CUELLO.
TETANOS MUY GRAVE DE ALTA MORTALIDAD. DE GENERALIZACION MUY RAPIDA Y ATAQUE A LOS PARES CRANEALES; III, IV, IX, X, XII.

TETANOS OTOGENO:

SE PRODUCE SOBRE TODO EN NINOS CON ANTECEDENTES DE OTITIS SUPURADAS CRONICAS, GENERALMENTE BENIGNO Y DE MUY RARA GENERALIZACION.



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INFECTOLOGIA

DIAGNOSTICO:

EL DX. ES EMINENTEMENTE CLINICO, EPIDEMIOLOGICO E INMUNOLOGICO.

- 1.-DX.CLINICO POR LOS SIGNOS CARACTERISTICOS DESCRITOS.
- 2.-EPIDEMIOLOGICOS, ANTECEDENTES DE TRAUMATISMO O PARTO DOMICILIARIO EN EL CASO DE TETANOS NEONATAL.
- 3.-INMUNOLOGICOS CARENANCIA DE VACUNAS ANTITETANICAS, VACUNACION INCOMPLETAS O QUE HAYA TRANSCURRIDO MAS DE 10 ANOS DE LA ULTIMA VACUNACION.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- MENINGITIS BACTERIANAS, NO HAY TRISMUS LCR NORMAL, ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA, HAY FIEBRE
- TETANIA, ESPASMO CARPO PEDAL, CONVULSIONES TONICAS CLONICAS, CONCENTRACION CALCIO SERICO MENOR DE 6 MG,
- RABIA, ESPASMOS INTERMITENTES CLONICOS L.C.R. AUMENTO CONSIDERABLE DE CELULAS ALTERACION DE CONCIENCIA, DELIRIO HIDROFOBIA, AEROFORIA, AEROFAGIA, ANTECEDENTES DE MORDEDURA DE PERRO.
- HISTERIA CONVERSIVA, ANTECEDENTES EPISODIOS ANTERIORES, ANTECEDENTES TRATAMIENTO PSIQUIATRICO.
- INTOXICACION POR EXTRICININA, NO HAY TRISMUS.

TRATAMIENTO:

ANTITOXINA.-HETEROLOGAS-HOMOLOGAS
A. HEROLOGAS ENTRE 40000 - 60000 U.I.
VIA I.M. 50%, PREVIA PRUEBA DE SENSIBILIDAD
A.HOMOLOGAS ENTRE 4000 - 5000 U.I.POR VIA I. MUSCULAR.
EN EL TETANOS NEONATAL HIPERAGUDO, 10000 UI
TETANOS NEONATAL AGUDO 5000 UI
TETANOS NEONATAL SUB-AGUDO 1000 U.I.

ANTIBIOTICOS, PENICILINA 6. SODIA 50000 A 100000 U.I. K6/DIA POR 10 DIAS.

SEDACION, DIAZEPAN 20 MG/K6/DIA = CADA 8HRS VIA ENDOVENOSA, CANTIDAD E INTERVALO DEFINIDO DE GRAVEDAD DEL CASO.

POTENCIALIZAR CON FANOBARBITAL SI EL CASO AMERITA MEDIDAS DE SOSTEN, ALIMENTACION, MEDIDAS HIGIENICAS= TRANQUILIDAD.

PREVENCION:

INMUNIZACION ACTIVA.- TOXOIDE TETANICO O DPT 5 DOSIS HASTA LOS 5 ANOS DE EDAD, LUEGO SOLO DT REVACUNACION CADA 10 ANOS.

INMUNIZACION PASIVA.-INMUNOGLOBULINA TETANICA HUMANA O SUERO EQUINO 1.500 - 3000 UI



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INFECTOLOGIA

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN LA INFANCIA

SARAMPION

DEFINICION:

ENFERMEDAD VIRICA AGUDA SUMAMENTE CONTAGIOSA; CAUSADA POR EL VIRUS MIEMBRO DEL GENERO MORBILLIVIRUS DE LA FAMILIA PARAMIXOVIRIDAE.

EPIDEMIOLOGIA:

ENFERMEDAD TRANSMISIBLE POR CONTACTO DIRECTO; MEDIANTE LAS GOTITAS DE FLUGGE O CON MENOR FRECUENCIA POR DISEMINACION AEREA. INCIDENCIA MAXIMA EN INVIERNO Y PRIMAVERA. BORDE EPIDEMICO C/2 A 3 AÑOS MODIFICADA POR VACUNACIONES.

PATOGENIA:

VIRUS SARAMPION INGRESA POR VIA AEREA CONJUNTIVA Y RINOFARINGE PRIMERA REPLICACION VIRAL- VIREMIA I REPLICACION VIRAL GENERALIZADA VIREMIA II; FASE PREERUPTIVA (4-6) DIAS; FASE ERUPTIVA (3-4) DIAS; DESCAMACION; RECUPERACION.

TRATAMIENTO:

SINTOMATICOS
SOSTEN; REPOSO; COMPLICACIONES,
ANTIBIOTICOS SI ES BACTERIANA.

CUADRO CLINICO:

PERIODO DE INCUBACION; 8 A 14 DIAS
PROMEDIO 10 DIAS.
FASE CATARRAL.- FIEBRE, MALESTAR GENERAL; CATARRO OCULO NASAL; TOS CONJUNTIVITIS; MANCHAS DE KOPILCK DURACION 3-4 DIAS.
FASE ERUPTIVA.-EXANTEMA MACULO PAPULO ERITEMATOSO CONFLUENTE (MORBILOFORME) INICIO REGION RETROAURICULAR Y LUEGO CEFALO CAUDAL, NO PRURIGINOSO; DURACION 3-4 DIAS.
FASE DESCAMATIVA.-INICIO POR CARA Y TRONCO; DESCAMACION FINA; MANCHAS BRUNAS-MEJORIA DE SINTOMAS INICIALES; SIN FIEBRE; PERSISTE TOS.

COMPLICACIONES:

VIRALES O BACTERIANAS,
BRONCONEUMONIAS; NEUMOTITIS,
LARINGOTRAQUEITIS; OMA; DIARREAS
ENCEFALITIS A LARGO PLAZO; P.E.
ESCLEROSANTE S- AGUDA

DIAGNOSTICO:

CLINICO.- SIGNOS Y SINTOMAS
EPIDEMIOLOGICO
SEROLOGICO.- TITULOS ANTICUERPOS ESPECIFICOS
CULTIVO DE VIRUS NASOFARINGEO

PREVENCION:

VACUNA ANTISARAMPIONOSA A 9 MESES
REVACUNACION A LOS 18 MESES.
GAMMA GLOBULINA A CONTACTOS CON
RIESGOS - 0.2 ML POR KILO I.V.
MAYOR EFICACIA EN CONTACTOS MENOS DE 72 HORAS.

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

BIBLIOGRAFIA

VILDOSOLA GH. HEPATITIS VIRAL. REV GASTROENT PERU
1991;11:109-19

KRUGMAN S MD VIRAL HEPATITIS: A, B, C, AND E INFECTION.
PEDIATRICS IN REVIEW, 1992;13(6):203 -12

FEIGIN RD, CHERRY JD. ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN
PEDIATRIA. ED. INTERAMERICANA 2 DA. ED. 1992;1

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DIAPRODES

CAPITULO: 2

NEONATOLOGIA

JEFE DEL SERVICIO: DRA. CARMEN MALDONADO FAVERON

MEDICOS ASISTENTES:

DRA. SYLVIA FERNANDEZ BORJAS

DR. GUILLERMO ARRIRASPLATA GARFAS

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

RECEPCION EN EL SERVICIO R. N.

NEONATOLOGIA

PROCEDENCIA :

- EMERGENCIA.
- CONSULTORIA EXTERNO DE
- RECIEN NACIDOS.
- OTROS SERVICIOS ISN (PREVIA INTERCONSULTA).

VERIFICAR :

- IDENTIFICACION
- HISTORIA CLINICA DEL LUGAR DE PROCEDENCIA.

SI EL R. N. INGRESA POCAS HORAS DESPUES DE NACIDO PRODUCTO DEL PARTO SEPTICO :

- LIGAR CORDON Y CORTARLO DEBAJO DE LIGADURA ORIGINAL
- PINCELAR CON TINTURA DE YODO
- CUBRIR CON GASA ESTERIL

PREVIO LAVADO RIGUROSO DE MANOS PROCEDER A CONTROLAR :

- TEMPERATURA
- PESO
- FRECUENCIA CARDIACA
- FRECUENCIA RESPIRATORIA

HIPOTERMIA : NO BANAR

NORMOTERMIA : BANO DE INMERSION

COMUNICAR INGRESO A PERSONAL MEDICO

GRRM/JJCH.

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

S E P S I S

NEONATOLOGIA

ANAMNESIS :

FACTORES DE RIESGO : RPM

- PARTO SEPTICO O TRAUMATICO
- RN, BE, R.N. PREMATURO.
- INF. MATERNA.
- FACTORES AMBIENTALES ETC.

EXAMEN CLINICO :

- TAQUICARDIA
- COMPROMISO DEL SENSORIO
- CONVULSIONES
- ICTERICIA
- PETEQUIAS
- CIANOSIS
- DISEÑA
- APNEA
- DILATACION ABDOMINAL
- VARIACIONES DE TEMPERATURA, ETC.

DG. PRECOZ :

- CURVA PONDERAL ANORMAL
- DESINTERES POR LOS ALIMENTOS
- DECAIMIENTO
- LETARGIA
- INESTABILIDAD VASOMOTORA
- ICTERICIA
- PACIENTE "ALGO RARO" NO ANDA BIEN
- TAQUICARDIA

LABORATORIO :

- LEUCOCITOS < 5000 > 30000
- NEUTROFILIA O NEUTROPENIA
- DESVIACION IZQUIERDA, RELACION BASTONES NEUTROFILOS < 0.2
- VACUOLIZACION, GRANULACIONES TOXICAS, CUERPOS DOHLE
- PLAQUETAS < 100000 - PCR > 0.8MG/100ML
- VELOCIDAD DE SEDIMENT. > 11MMHR
- BILIRUBINA ; INDIRECTA Y DIRECTA
- FUNCION LUMBAR ; CITOQ Y CULTIVO
- CULTIVOS (+) GRAM ; RX ; ETC.

TRATAMIENTO :

TERAPIA SOPORTE :

- AMBIENTE TERMICO NEUTRAL
- REPOSO GASTRICO-LIQUIDOS Y ELECTROLITOS ADECUADOS
- CORRECCION DE ACIDOSIS
- PREVENCION DE HIPOGLICEMIA Y OXIGENO (COND)
- MANEJO DE ICTERICIA

TERAPIA ANTIBIOTICA :

- INICIO PRECOZ-SELECCION ADECUADA (ACTUALMENTE AMPICILINA + AMINOGUACOSIDOS) DOSIS Y FRECUENCIA SEGUN SG Y EDAD POST-NATAL (VER ANEXO) ; TIEMPO DE ADMINISTRACION ; NOX DE UNA SEMANA.

TERAPIA INMUNOLOGICA :

- TRANSFUSION DE SANGRE COMPLETA Y/O PLASMA
- RECAMBIO SANGUINEO
- TRANS. DE GRANULOCITOS
- HIPERINMUNOGLOBULINA.

GRRM/JJCCCH

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

MENINGITIS

NEONATOLOGIA

ANAMNESIS :

RPM, INFECCIONES MATERNAS ,
PREMATURIDAD , RNEP SEPSIS
NEONATAL ETC.

LABORATORIO :

-LOS MISMOS QUE PARA SEPSIS
-LCR , CITQUIMICO, FROTIS,
CULTIVO
-PRESION DEL LCR.
-FUNCION VENTRICULAR (COND.)
-ECOGRAFIA CEREBRO-TAC

EXAMEN CLINICO :

-M.PRECOC , LOS MISMOS SIGNOS Y
SINTOMAS QUE PARA SEPSIS
-M.TARDIA , COMPROMISO SENSORIO,
CONVULSIONES , FONTANELA ANTE-
RIOR , TENSA Y/O PROMINENTE ,
RIGIDEZ EN EXTENSION , OPISTO-
TONOS , SIGNOS CEREBRALES FOC-
LES Y/O DE NERVIOS CRANEALES,
RIGIDEZ DE NUCA.

TRATAMIENTO :

TERAPIA SOPORTE :

-AMBIENTE TERMICO ADECUADO,
REPOSO GASTRICO , SOPORTE
RESPIRATORIO (COND), BALANCE
HIDRO-ELECTROLITICO,
PREVENIR Y CORREGIR HIPO-
GLICEMIA , TRATAR CONVUL-
SIONES , FENOBARBITAL
DOSIS ANTIC.

TERAPIA ANTIBIOTICA :

-INICIO PRECOZ , AMPICILINA +
AMINOGLUCOSIDO , MODIFICAR
SEGUN EVOLUCION Y CULTIVOS,
DOSIS Y FRECUENCIA SEGUN EG
Y EDAD POST-NATAL , TIEMPO
DE ADMINISTRACION; NO MENOS
DE DOS(2) SEMANAS.

GRBM/JJCCCH

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

INFECCION URINARIA

NEONATOLOGIA

ANAMNESIS:

ANTECEDENTES: - BACTERIEMIA MATERNA
→ INF. TRANSLACENTARIA
FETAL, - RPM -

LABORATORIO:

- LOS MISMOS EXAMENES QUE PARA SEPSIS
- SEDIMENTO URINARIO PERMITE SOSPES-
CHAR EL DIAGNOSTICO
- CULTIVO DE ORINA SI HAY PIURIA
- +25 LEUCOCITOS/MM3 EN RN VARONES
- +50 LEUCOCITOS/MM3 EN RN MUJERES
- OBTENER ORINA PARA CULTIVO POR
FUNCION SUPRAPUBLICA
- ELEVACION DE BILIRRUBINA DIRECTA
PUEDE CONducIR A DG. DIFERENCIAL
CON OBSTRUCCION DE VIAS BILIARES.

EXAMEN CLINICO:

EL MISMO QUE PARA SEPSIS.
ICTERICIA PUEDE SER IERO.
MANIFESTACION... PUEDEN
PRESENTAR POLIURIA.

LOS GERMESES MAS FRECUENTES EN EL
SERVICIO DE R. H. KLEBSIELLA
PNEUMONIAE, ESCHERICHIA COLI.

TRATAMIENTO:

- AMIKACINA
- GENTAMICINA
TIEMPO DE ADMINISTRACION: 7-10 DIAS
DOSES Y FRECUENCIA (VER ANEXOS)
- SEGUIMIENTO ECO - UROGRAFIA.

*TRABAJO REALIZADO EN EL SERVICIO R.H.



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

NEONATOLOGIA

INFECCION OSTEOARTICULAR

(ARTRITIS - OSTEITIS)

PATOGENIA :

- INOCULACION DIRECTA (VENIPUNTURA)
- EXTENSION DE INFECCION DE TEJIDOS BLANDOS CIRCUNDANTES
- BACTERIEMIA MATERNA → INF. TRANSMISITARIA → SEPSIS FETAL
- DISEMINACION HEMATOGENA EN EL CURSO DE UNA SEPSIS (LA MAS FRECUENTE)

LABORATORIO :

- LOS MISMOS EXAMENES QUE PARA SEPSIS.
- ROL : PARTES BLANDAS : LESIONES OSTEOCLITICAS, REACCION PERIOSTICA, LUXACIONES Y ENSANCHAMIENTO DEL ESPACIO ARTICULAR.
- CULTIVO Y GRAM DE LIQUIDO OBTENIDO POR ATROCENTESIS.

CUADRO CLINICO :

- EN CASOS GRAVES MANIFESTACIONES DE SEPSIS.
- TUMEFACCION, DOLOR A LA MOVILIZACION DE LA ARTICULACION → MOTILIDAD DEL MIEMBRO AFECTADO - POSICION DE "PRANA" (COMPROMISO CADERA).

TRATAMIENTO :

TERAPIA ANTIBIOTICA

- OXACILINA + AMINOGLUCOSIDO
- TIEMPO DE ADMINISTRACION : 3 - 4 SEMANAS.
- ARTROTOMIA
- DRENAJE QUIRURGICO

NOTA : HACER INTERCONSULTA A TRAUMATOLOGIA.

GRDM/JJCH.

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES C T E R I C I A N E O N A T A L

NEONATOLOGIA

ELEVACION DE BILIRRUBINA INDIRECTA EN LAS PRIMERAS 24 HORAS DE VIDA

-INCOMPATIBILIDAD SANGUINEA MATERNOFETAL HASTA DEMOSTRAR LO CONTRARIO.

LABORATORIO:

- GRUPO SANGUINEO Y RH : MADRE Y NIÑO
- TEST COOMBS DIRECTO
- BILIRRUBINA TOTAL Y FRACCIONADA
- HEMOGRAMA
- HEMOGLOBINA Y/O HEMATOCRITO
- PROTEINAS TOTALES

SI:

- INCOMPATIBILIDAD DE GRUPO O TIPO
- COOMBS DIRECTO 3-4 (+)
- BILIRRUBINA > 1 A PREDOMINIO INDIRECTO (NIVELES PELIGROSOS : BT/PAT>3,75)
- HEO MTCO
- ESFEROCITOSIS

RECAMBIO SANGUINEO

NOTA : SOLICITAR INTERCONSULTA A NEONATOLOGIA

ORRM/JJCC

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

NEONATOLOGIA

II.-ICTERICIA NEONATAL INICIO A LAS 48 O + HS. DE VIDA -NO FISIOLÓGICA-

LABORATORIO : GRUPO SANGUINEO Y RH - HEMOGRAMA - HTA Y/O
HEMOGRAMA - BILIRRUBINA TOTAL Y FRACCIONADA.

BILIRRUBINA DIRECTA :

- SEPSIS
- INF. URINARIA
- TORCH, PALUDISMO
- HEPATITIS NEONATAL
- HEMATITACION PARENTERAL
- ATRESIA VIAS BILIARES
- QUISTE DE COLEDO

BILIRRUBINA INDIRECTA

HTCO. NORMAL O ↓

HTCO. : ↑

MORFOLOGIA ERITROCITARIA Y
RECuento de RETICULOCITOS.

- TRANSF. FETO FETAL
- TRANSF. MATERNO FETAL
- LIGADURA SATARDIA DEL CORDON UMBILICAL
- PEG

ANORMAL :

- ESFEROCITOSIS
- DEFICIT GLUCOSA 6-PD
- ALFA. TALASEMIA

NORMAL :

- SANGRE EXTRAVASCULAR (HEMORRAGIA)
- ESTENOSIS PILORICA, OBST. INTESTINAL
- SINDROME DE CRIGLER-NAJJAR
- HIPOTIROIDISMO; ICTERICIA POR LACTANCIA MATERNA.
- HIJO DE MADRE DIABETICA
- ASFIxia.

TA : SOLICITAR INTERCONSULTA A NEONATOLOGIA EN TODO CASO DE HIPERBILIRRUBINEMIA.

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

NEONATOLOGIA

(EXAMEN NEUROLOGICO - TEST DE DUBOWITZ - PRUEBA DE BALLARD)

ANTROPOMETRIA :

- PESO
- TALLA
- PC.

PREMATURO ; ASFIXIA

- SDRI, TAQUIPNEA TRANSITORIA
- APNEA, HIPERBILIRRU BINEMIA ; INFECCIO NES ; CIRCULACION FETAL PERSISTENTE.
- HIPOGLICEMIA ; HIPO CALCEMIA ; NEC. ERL.

TRATAMIENTO :

- INCUBADORA ; MANTENER TEMPERATURA CORPORAL EN 36,6. SC.
- LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS SEGUN EG Y EDAD POST - NATAL
- DIETA ; SI EL PACIENTE ESTA EN CONDICIONES DE PREFERENCIA DE SU MADRE, SONDAGOTERO O SUCCION
- PREVENCION PROB.METABOLICOS
- PREVENCION DE INFECCIONES
- PREVENCION DE ICTERICIA
- VIGILAR PATRON RESPIRATORIO O PRESENCIA DE APNEA.

ANTECEDENTES :

- EUR - ALTERACIONES UTERINAS
- ANOMALIAS PLACENTARIAS ; RPM
- INF.INTRAUTERINAS ; DIABETES MATERNA ; TOXEMIA ; CARDIOPATIA ; POLIHIDRAMNIO ; EDAD MATERNA (ADOLESCENTE-ANOSA ; MULTIPARIDAD ; DROGADICACION ; CONDICION SOCIOECONOMICA BAJA ; HALF. CONGENITA Y EMBARAZO MULTIPLE.

PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL ; (A TERMINO)

- SIND. GRAN ASPIRACION ; TAQUIPNEA TRANSITORIA
- HIPERBILIRRUBINEMIA ; HIPOGLICEMIA ; POLICITEMIA ; INFECCIONES ; MALFORMACIONES
- ASFIXIA ; NEC. ETC.

TRATAMIENTO :

- INCUBADORA ; MANTENER TO CORPORAL EN 36,6. SC.
- MANTENER BALANCE HIDRO-ELECTROLITICO
- DIETA ; SI EL PACIENTE ESTA EN CONDICIONES DE PREFERENCIA LACT. MATERNA
- PREVENCION PROB.METABOLICOS
- PREVENCION DE INFECCIONES
- MANEJAR HIPERBILIRRUBINEMIA.

GRM/JJCC



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

MINISTERIO DE SALUD - CENDOC

NEONATOLOGIA

PERCENTILES DE PESO

TABLA 1.- PERCENTILES DEL PESO AL MACER SEGUN EDADES GESTACIONALES
(4,817 CASOS) INPROMI, LIMA 1974

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	No. CASOS	90	75	50	25	10
24	7	900	820	700	550	450
26	7	1110	980	870	780	650
28	9	1320	1180	1080	960	800
30	18	1540	1420	1250	1100	950
31	18	1850	1600	1430	1220	1100
32	20	2120	1820	1660	1360	1200
33	35	2380	2100	1880	1580	1320
34	48	2740	2400	2080	1820	1530
35	70	3100	2650	2400	2060	1820
36	124	3300	2990	2660	2350	2080
37	222	3460	3220	2930	2610	2430
38	703	3580	3340	3120	2820	2600
39	892	3800	3530	3300	3010	2750
40	1536	3900	3690	3380	3180	2840
41	560	3920	3760	3420	3220	2880
42	383	3945	3700	3450	3170	2900
43	135	3810	3580	3300	3080	2800
44	30	3700	3460	3210	2960	2740



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

NEONATOLOGIA

PERCENTILES DE PESO

TABLE 2.- PERCENTILES DEL PESO AL NACER SEGUN EDADES GESTACIONALES

SEXO FEMENINO (2,359 CASOS) INPROMI, LIMA 1974

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	No. CASOS	90	75	50	25	10
24	3			700		
26	4			850		
28	4			1090		
30	9	1500	1400	1230	1100	1000
31	9	1810	1580	1400	1210	1090
32	14	2100	1900	1600	1250	1120
33	16	2270	2080	1730	1410	1240
34	26	2700	2410	2030	1800	1460
35	31	3050	2680	2380	2150	1820
36	60	3240	2910	2640	2320	2060
37	100	3420	3150	2890	2550	2410
38	381	3500	3330	3010	2800	2560
39	464	3650	3460	3150	2950	2730
40	751	3850	3640	3310	3070	2780
41	249	3920	3670	3350	3050	2780
42	166	3770	3550	3300	3080	2820
43	57	3650	3360	3180	3070	2780
44	15	3530	3260	3000	2860	2730

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

NEONATOLOGIA

PERCENTILES DE PESO

TABLA 3.- PERCENTILES DEL PESO AL MACER SEGUN EDADES GESTACIONALES

SEXO MASCULINO (2,458 CASOS) INPRONI, LIMA 1974

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	No. CASOS	90	75	50	25	10
24	4	---	---	700	---	---
26	3	---	---	860	---	---
28	5	---	---	1070	---	---
30	9	1560	1450	1290	1120	1050
31	9	1980	1730	1480	1290	1180
32	6	2140	2000	1660	1380	1260
33	19	2480	2140	1900	1700	1460
34	22	2760	2480	2100	1880	1540
35	39	3130	2760	2420	2200	1920
36	64	3340	3120	2710	2430	2150
37	122	3520	3320	2970	2650	2460
38	322	3620	3370	3160	2830	2660
39	428	3840	3590	3370	3110	2850
40	785	3975	3780	3420	3280	2910
41	311	3965	3760	3500	3290	2950
42	217	3960	3780	3480	3200	2920
43	78	3850	3600	3320	3150	2900
44	15	3740	3560	3270	3080	2820

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

NEONATOLOGIA

PERCENTILES DE PESO

TABLA 4.- PERCENTILES DE LA TALLA AL NACER SEGUN EDADES GESTACIONALES
(4,817 CASOS) INPROMI, LIMA 1974

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	No. CASOS	PERCENTILES				
		90	75	50	25	10
24	7	35	34.2	33	31.5	30
26	7	37.3	36.1	35.3	34.2	33.2
28	9	38.8	38	37.2	36.4	35.3
30	18	40.9	40.1	38.6	37.8	36.6
31	18	43.2	41.4	40.2	39	38.2
32	20	44.7	43	42.2	40.2	39.1
33	35	46.4	45	43.6	42	40.2
34	48	48.5	46.6	44.8	43.6	41.9
35	70	49.5	47.6	46.5	45	43.7
36	124	50.3	49.3	47.8	46.3	45.0
37	222	50.8	49.9	48.7	47.5	47
38	703	51.2	50.3	49.5	48.5	47.8
39	892	51.9	51	50.2	49	48.5
40	1536	52.2	51.4	50.4	49.8	48.9
41	560	52.3	51.7	50.5	50	49.2
42	383	53	52.1	51.2	50.4	50
43	135	52.9	52.3	51.2	50.3	50.1
44	30	52.9	52.2	51	50.2	50

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

NEONATOLOGIA

PERCENTILES DE PESO

TABLA 5.- PERCENTILES DE LOS PERIMETROS CEFALICOS AL NACER SEGUN EDADES GESTACIONALES (4,817 CASOS) INPROMI, LIMA 1974

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	No. CASOS	PERCENTILES				
		90	75	50	25	10
24	7	---	25.5	23.5	21.5	---
26	7	28.5	27	27	24	22.8
28	9	29	27.7	27.7	25	23.8
30	18	30.5	29.8	29.8	26.8	25.8
31	18	31.2	30.2	30.2	27.9	26.6
32	20	32.2	31	31	28.7	27.3
33	35	32.9	31.8	31.8	29.5	28.2
34	48	33.7	32.5	32.5	30.4	29
35	70	49.5	33.2	33.2	31	29.7
36	124	50.3	34.2	34.2	31.8	31
37	222	50.8	34.7	34.7	32.3	31.5
38	703	51.2	35.1	35.1	33.3	32.3
39	892	51.9	35.7	35.7	33.9	32.9
40	1536	52.2	36	36	34.2	33.3
41	560	52.3	36.1	36.1	34.4	33.4
42	383	53	35.9	35.9	34.2	33.4
43	135	52.9	36	36	34	33.5
44	30	52.9	36	36	34	33.4



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

PERCENTILES DE PESO

NEONATOLOGIA

TABLA 6.- PORCENTAJES DE LA RELACION PESO/TALLA AL NACER SEGUN

EDADES GESTACIONALES (4,817 CASOS) INPRONI, LIMA 1974

(PESO X 100 / TALLA³)

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	No. CASOS	PERCENTILES				
		90	75	50	25	10
24	7	2.09	2.04	1.94	1.75	1.66
26	7	2.13	2.08	1.97	1.90	1.79
28	9	2.24	2.15	2.09	1.99	1.82
30	18	2.25	2.20	2.12	2.03	1.93
31	18	2.32	2.25	2.17	2.05	1.97
32	20	2.37	2.28	2.22	2.09	2.00
33	35	2.38	2.30	2.26	2.10	2.00
34	48	2.49	2.37	2.30	2.19	2.07
35	70	2.55	2.45	2.38	2.26	2.18
36	124	2.59	2.49	2.43	2.36	2.22
37	222	2.63	2.59	2.51	2.43	2.34
38	703	2.66	2.62	2.55	2.47	2.38
39	892	2.71	2.66	2.59	2.52	2.41
40	1586	2.74	2.71	2.62	2.55	2.42
41	560	2.74	2.72	2.63	2.57	2.41
42	383	2.72	2.63	2.57	2.47	2.32
43	135	2.62	2.58	2.46	2.38	2.22
44	30	2.57	2.52	2.41	2.33	2.19

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

ANTIBIOTICOS

NEONATOLOGIA

ACICLOVIR: TOPICO; APLICAR SUFICIENTE CANTIDAD PARA CUBRIR LESION. C/3HRS.

-EV 15-40 MG/KG/DIA DIVIDIDO C/8HRS, POR 10-14 DIAS

AMIRACIN

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	EDAD POST NATAL (DIAS)	DOSIS MG/KG/DOSIS	INTERVALO (HORAS)
* 29 <	0 - 28	7 - 5	24
	> 28		24
30 - 36	0 - 14	10	24
	> 14	7.5	12
> = 37	0 - 7	7.5	12
	> 7	2.5	8
* 0 ASFIXIA SEVERA			

AMPICILINA :100 - 200 MG/KG/DISIS EV.

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	EDAD POST NATAL (DIAS)	INTERVALO (HORAS)
< = 29	0 - 28	12
	> 28	8
30 - 36	0 - 14	12
	> 14	8
37 - 44	0 - 7	12
	> 7	8
> = 45	TODOS	6

CONTINUA - >

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL
DINPRODES

NEONATOLOGIA

CEFOTAXIMA: 50 MG/KG/DOSES EV.

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	EDAD POST NATAL (DIAS)	INTERVALO (HORAS)
< 29	0 - 28	12
	> 28	8
30 - 36	0 - 14	12
	> 14	8
37 - 44	0 - 7	12
	> 7	8
> 45	TODOS	6

MENINGITIS: 50MG/KG/DOSES C/6 HORAS (TODOS)

CEFTAZIDIMA: 30-50 MG/VL/DOSES EV.

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	EDAD POST NATAL (DIAS)	INTERVALO (HORAS)
< 29	0 - 28	12
	> 28	8
30 - 36	0 - 14	12
	> 14	8
37 - 44	0 - 7	12
	> 7	8
> 45	TODOS	6

CONTINUA —>

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

NEOMATOLOGIA

**CEFTRIAXONA: SEPSIS 50MG/KG/DOSIS
MENINGITIS 75MG/KG/DOSIS EV.**

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	EDAD POST NATAL (DIAS)	INTERVALO (HORAS)
< 29	0 - 28	24
	> 28	12
30 - 36	0 - 14	24
	> 14	12
37 - 44	0 - 7	24
	> 7	12
> 45	TODOS	12

CLORANFENICOL: DOSIS DE CARGA : 20 MG/KG/EV

DOSIS MANTENIMIENTO: EMPEZAR 12HR. DESPUES DE DOSIS DE CARGA)

PRETERMINO <1 MES : 2.5 MG/KG/DOSIS C/6 HRS.

TERMINO <1 SEM. Y PRETERMINO 1 MES: 5 MG/V1/DOSIS C/6 HRS.

TERMINO <1 SEM. : 12.5 MG/V1/DOSIS C/6 HRS.

CLINDAMICINA : PRE-TERMINO: < 1 MES EDAD: 5 MG/V1/DOSIS C/8 HRS.

> 1 MES EDAD: 5 MG/V1/DOSIS C/6 HRS.

TERMINO : 5-10 MG/V1/DOSIS C/6 HRS.

INCREMENTAR EL INTERVALO ENTRE DOSIS SI HAY ENFERMEDAD HEPATICA ACTIVA.

ERITROMICINA : 10 MG/V1/DOSIS VIA ORAL (ESTOLATO - ETIL- SUCCINATO)

EDAD : 0-7 DIAS : C/12 HRS.

> 7 DIAS : C/ 8 HRS.

CONTINUA —>

GRM/JSLI

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

NEONATOLOGIA

GENTAMICINA

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	EDAD POST NATAL (DIAS)	DOSIS MG/VI/DOSIS	INTERVALO (HORAS)
* 29	0 - 28	2.5	24
	28		24
30 - 36	0 - 14	3.0	24
	14	2.5	12
> 37	0 - 7	2.5	12
	7	2.5	12
* 0 ASFIXIA SEVERA	1		8

(*) **MUPIROCIN (ACIDO PSEUDOMONICO A):** APLICAR TOPICAMENTE PEQUEÑAS CANTIDADES EN AREAS AFECTADAS TRES VECES/DIA.

NISTATINA: TOPICO: APLICAR CREMA O UNGUENTO C/6HRS. TRATAMIENTO DEBE DURAR HASTA 3 DIAS DESPUES QUE CEDAN LOS SINTOMAS.

VIA ORAL: 0.5 ML/1ML DE SUSPENSION 100,000 U/ML C/6HRS. HASTA 3 DIAS DESPUES QUE CEDAN LOS SINTOMAS.

* **ISONIACIDA:** VIA ORAL: TUBERCULOSIS PRIMARIA: 10-15 MG/VI/DIA C/12HRS, CON RIFAMPICINA POR 9 A 12 MESES.

PPD POSITIVA: 10-15 MG/VI/DIA C/24HRS. POR 9 MESES.

* **KETOCONAZOLE:** 2.5-5 MG/KG/DIA C/24HRS. (VIA ORAL)

CONTINUA >

GRNN/JSL

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

NEONATOLOGIA

* EXPERIENCIA LIMITADA EN NEONATOS:

NITROFURANTOINA: 0-7 DIAS: NO USAR

> 7 DIAS 5-7 MG/VI/DIA C/6 A 12HRS.

OXACILINA: 25-50 MG/VI/DOSIS EV.

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	EDAD POST NATAL (DIAS)	INTERVALO (HORAS)
< 29	0 - 28	12
	> 28	8
30 - 36	0 - 14	12
	> 14	8
37 - 44	0 - 7	12
	> 7	8
> 45	TODOS	6

PENICILINA G

MENINGITIS : 75.000-100.000 UI/KG/DOSIS EV

BACTEREMIA : 25.000-50.000 UI/VI/DOSIS EV

LUES CONGENITA: 50.000 UI/VI/DOSIS DE PENIC. G.

CRISTALINA EV.

50.000 UI/KG/DOSIS DE PENICILINA

G. PROCAINICA IN. 1 VEZ/DIA X 14 DIAS

EG(SEM)	EDAD P.NATAL	INTERVALO (HRS)
< 29	0 - 28	12
	> 28	8
30 - 36	0 - 14	12
	> 14	8
37 - 44	0 - 7	12
	> 7	8
> 45	TODOS	6

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

BIBLIOGRAFIA

NEONATOLOGY

PATHOPHYSIOLOGY AND MANAGEMENET OF THE NEWBORN GORDON B.

AVERY, M.D.,PHD. - SECOND EDITION. 1981- LIPPINCOT.

MANUAL OF NEONATAL CARE

JOINT PROGRAM IN NEONATOLOGY. HARVARD

MEDICAL SCHOOL. BETH ISRAEL HOSPITAL.BRIGHAM AND WOMEN'S

HOSPITAL THE CHILDREN'S HOSPITAL, BOSTON

THIRD EDITION. EDITED BY JOHN P. CLOHERTY, M.D., AND ANN R.

STARK, M.D. 1991. A LITTLE, BROWN. SPIRAL MANUAL.

NEONATOLOGY

BASIC MANGEMENT, ON-CALL PROBLEMS, DISEASES, DRUGS. 1988-1989.

1988-1989. GOMELLA, M.D., CUNNINGHAM, MD. APPLETON & LANGE.

FETAL AND NEONATAL PHYSIOLOGY

RICHARD A. POLIN, WILLIAM W.FOX.

W.B. SAUNDERS COMPANY, 1992.

GUIDELINES FOR PERINATAL CARE.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS,

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRISCS AND GYNECOLOGY.1988, SECOND

EDITION.

ASISTENCIA DEL RECIEN NACIDO DE ALTO RIESGO.

KLAUS-FANAROFF, 3A. EDICION,1982 - EDITORIAL MEDICA

PANAMERICANA

BUENOS AIRES.

CURRENT THERAPY IN NEONATAL-PERINATAL MEDICIN

1985-1986 NICHOLAS M. NELSON,MD 1985 B.C. DECKER INC.,THE

C.V. MOSBY CO.

NEOFAX.

MANUAL OF DRUGS USED IN NEONATAL CARE, SIXTH EDITION 1993,

THOMAS E. YOUNG, M.D. AND O BARRY MANGUM, PHARM.D

ROSS LABORATOIRES

PROBLEMAS HEMATOLOGICOS EN EL RECIEN NACIDO

FRANK A. OSKI M.D., J LAWRENCE NAIMAN, M.D.

3ERA. EDICION 1984. EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA SA.

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

NEONATAL NEUROLOGY

CLINICAL NEUROLOGY AND NEURO SURGERY MONOGRAPHS

GERALD M. FENICHEL, M.D.

1980, CHURCHILL LIVINGSTONE INC.

INFECTIOUS DISEASES OF THE FETUS AND THE NEWBORN INFANT

JACK S. REMINGTON, M.D., JEROME O. KLEIN, M.D.

1983, W.B. SAUNDERS COMPANY, SECOND EDITION.

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

CAPITULO: 3

NEUMOLOGIA

DOCTORES:

DR. GILBERTO CENTENO LUQUE

DRA. SISSI COSSIO

DRA. FRANCIS GUERRA

DR. JUAN ROBLES

DRA. VIRGINIA GARAYCOCHEA

DR. ALEX UNTIVEROS

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

NEUMONIAS AGUDAS BACTERIANAS

EN NIÑOS

NEUMOLOGIA

DEFINICION:

ES LA INFLAMACION DEL ACINI PULMONAR O DEL ESPACIO INTERSTICIAL O DE AMBOS.

CLINICO:

LA COMBINACION DE TOS. AUMENTO DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA, TIRAJES Y FIEBRE, ES ALTAMENTE SUGESTIVA DE NEUMONIA AGUDA.

EL INCREMENTO ANORMAL DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA (TAQUIPNEA); ASOCIADO O NO A TIRAJES, U OTROS SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA (ALETEO NASAL; QUEJIDO RESPIRATORIO; CIANOSIS); ES EL MEJOR PARAMETRO CLINICO PARA DETECTAR LOS NIÑOS CON ALTA PROBABILIDAD DE NEUMONIA AGUDA.

FRECUENCIA RESPIRATORIA:

EN RANGO DE TAQUIPNEA EN NIÑOS:

< 2 MESES	=	60/MIN
2- 12 MESES	=	50/MIN
1- 5 AÑOS	=	40/MIN

RADIOLOGICO:

EN LA EVALUACION DE TODO CASO DE NEUMONIA (ESPECIALMENTE EN LOS CASOS MAS SEVEROS), ES RECOMENDABLE SOLICITAR UNA RADIOGRAFIA DE TORAX FRONTAL Y LATERAL.

LA RADIOGRAFIA DE TORAX PERMITE:

- CONFIRMAR EL DIAGNOSTICO DE NEUMONIA.- PRESENCIA DE INFILTRADOS O CONDENSACION.
- EVALUAR LA EXTENSION DE LA NEUMONIA.- UNILOBAR O MULTILOBAR, UNILATERAL O BILATERAL.

OTROS METODOS DIAGNOSTICOS:

HEMOGRAMA; LEUCOCITOSIS; DESVIACION IZQUIERDA; GRANULACIONES TOXICAS.

HEMOCULTIVO: BAJA POSITIVIDAD EN NEUMONIA

MUESTRA OPTIMA.- SIN ANTIBIOTICOS; MAYOR MORTALIDAD EN PACIENTES CON BACTEREMIA (HEMOCULTIVO POSITIVO).

ESPUTO SIMPLE: (GRAM Y CULTIVO); BAJA CORRELACION CON LOS GERMEENES DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR (CONTAMINACION CON LOS GERMEENES DE LA FLORA ORO-FARINGEA). MUESTRA OPTIMA.- > 25 PHN Y < 10 CELULAS EPITELIALES / CAMPO NINOS PEQUEÑOS NO EXPETORAN.

ASPIRADO NASOFARINGEO: (CULTIVO)

MALA CORRELACION CON EL AGENTE CAUSAL EN NEUMONIAS BACTERIANAS (SOLO UTIL EN NEUMONIAS VIRALES).

NEBULIZACION DE SOLUCION SALINA HIPERTONICA:

(ESPUTO INDUCIDO); SOL. SALINA 10% CALIENTE 15-30 MINUTOS, INDICADO EN CASOS DE TOS SECA PERO CON CAPACIDAD DE EXPETORAR IGUAL INTERPRETACION AL ESPUTO SIMPLE (NO ESTERIL).

ESTIMULACION TRANSTRAQUEAL.- (ESPUTO INDUCIDO) INSTALACION DE SUERO FISIOLÓGICO CON AGUJA Y JERINGA A TRAVES DE LA MEMBRANA CRICOTIROIDEA SOLO REALIZABLE EN NIÑOS MAYORES COLABORADORES CON M.CRICOTIROIDEA BIEN DELIMITADA; Y POR MEDICOS ADECUADAMENTE ENTRENADOS MAS RAPIDO Y EFICAZ QUE LA NEBULIZACION CON SALINO HIPERTONICO PARA INDUCIR EL ESPUTO, PERO USO LIMITADO POR SER UN METODO INVASIVO (PRIMERO SE DEBE ENSAYAR LA NEBULIZACION CON S.S. HIPERT) IGUAL INTERPRETACION AL ESPUTO SIMPLE (NO ESTERIL).

ASPIRADO TRANSTRAQUEAL:

INSTALACION DE SUERO FISIOLÓGICO CON CATETER Y JERINGA A TRAVES DE LA MEMBRANA CRICOTIROIDEA (INSERCCION DEL CATETER MEDIANTE UN TROCAR METALICO). METODO MAS INVASIVO Y CON POTENCIALES COMPLICACIONES MAS SERIAS QUE LA SIMPLE E. TRANSTRAQUEAL; MUESTRA ESTERIL DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR (EXCELENTE CORRELACION CON EL AGENTE CAUSAL). SE PUEDE OBTENER MUESTRA AUN EN PACIENTES INCAPACES DE EXPETORAR USO MUY RESTRINGIDO EN LA EDAD PEDIATRICA POR REQUERIR MUCHA COLABORACION DEL PACIENTE.

CONTINUA ==>

GRRM/JSLL

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

NEUMOLOGIA

.DETECTAR Y MANEJAR TEMPRANAMENTE LAS COMPLICACIONES (MUCHAS VECES DIFICILES DE DETECTAR CLINICAMENTE).-NEUMONIA NECROTIZANTE, NEUMATOCELES, DERRAME PLEURAL, NEUMOTORAX, ABSCESOS PULMONARES, ATELECTASIAS, ETC.

NO EXISTEN CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS EXCLUSIVAS DE UN DETERMINADO AGENTE ETIOLOGICO.

ALGUNOS PATRONES RADIOLOGICOS Y COMPLICACIONES PULMONARES SON MAS FRECUENTES CON DETERMINADOS AGENTES ETIOLOGICOS;

EJEMPLO:

**NEUMONIA LOBAR.- NEUMOCOCCO
NEUMATOCELES.- ESTF. DORADO
ABSCESO PULMONAR.- ANAEROBIOS
NEUM.NECROTIZANTE.-BACILLOS GRAM NEGATIVOS, ESTAF. DORADO.
EMBOLIA SEPTICA PULMONAR.- ESTAFILOCOCCO DORADO.
NEUM.INTERSTICIAL.-MICOPLASMA**

PUNCION PLEURAL DIAGNOSTICA:

REALIZAR EN TODA NEUMONIA COMPLICADA CON DERRAME PLEURAL (EFUSION PARANEUMONICA) CON LA FINALIDAD DE DETERMINAR EL AGENTE ETIOLOGICO Y EVALUAR SI EXISTE INDICACION DE DRENAJE PLEURAL.

ANALISIS DE LIQUIDO PLEURAL

**.MACROSCOPICO.-SEROOSO O PURULENTO
.GRAM.- PROCESO INMEDIATO (MUY UTIL EN ELECCION DE TX. ANTIBIOTICO).
.CULTIVO GERMEENES COMUNES.- OBLIGATORIO EN TODOS LOS CASOS (FRASCO ESTERIL SIN HEPARINA).**

SE NEGATIVIZA RAPIDAMENTE CON TX.

**ANTIBIOTICO PERUIVO.
.CULTIVO ANAEROBICOS.- OBLIGATORIO CUANDO EL LIQUIDO PLEURAL ES DE OLOR PUTRIDO O EL GRAM MUESTRA FLORA MIXTA (VERINGA SIN BURBUJAS DE AIRE + TAPON DE GOMA ESTERIL).
.LEUCOCITOS.- NUMERO Y DIFERENCIAL.
.PROTEINAS.- RANGO DE EXUDADO
.GLUCOSA.- DISMINUIDA EN EMPIEMA.
.PH.-DISMINUIDA (ACIDO) EN EMPIEMA
.LDH.-ELEVADO EN EMPIEMA
.DETECCION ANTIGENICA.- BUENA CORRELACION CON EL AGENTE CAUSAL EN LIQUIDOS CORPORALES (L.PLEURAL); PUEDE SER POSITIVO A UN CON TRATAMIENTO ANTIBIOTICO PREVIO.
.ADA.- ELEVADO EN EMPIEMA NORMAL EN DERRAME PARANEUMONICO NO COMPLICADO.**

FIBROBRONCOSCOPIA:

EL ASPIRADO BRONQUIAL RUTINARIO NO ES UNA MUESTRA ESTERIL.- AL INTRODUCIR EL BRONCOSCOPIO SE ARRASTRAN GERMEENES DE LAS FOSAS NASALES (VIA NASOTRAQUEAL) O DE LA CAVIDAD OROFARINGEA (VIA OROTRAQUEAL)

**METODOS (2) DISENADOS PARA OBTENER MUESTRA ADECUADA PARA CULTIVO.
.CEPILLO BRONQUIAL ESTERIL TELESCOPADO EN DOBLE FUNDA.
.LAVADO BRONCOALVEOLAR CON METODO DE CULTIVO CUANTITATIVO.**

INDICACIONES DE DRENAJE PLEURAL:

LIQUIDO PLEURAL.

**.EMPIEMA.- TURBIO O PURULENTO
.GRAM.-PRESENCIA DE GERMEENES
.CULTIVO.- < 40 MG %
.GLUCOSA.- < 7.2
.LDH.- < 1.000 U
.DETECCION ANTIGENOS.-POSITIVO CLINICAS
.VOLUMEN MODERADO - MASIVO
.DIFICULTAD RESPIRATORIA.**

MINISTERIO DE SALUD



DIRECCION GENERAL

DINPRODES

NEUMOLOGIA

PUNCION ASPIRACION PULMONAR:

INSTALACION DE SUERO FISIOLÓGICO CON AGUA Y JERINGA EN EL AREA DE LA CONDENSACION PULMONAR SEGUIDO DE ASPIRACION FIRME.
ES EL METODO MAS EXACTO PARA IDENTIFICAR EL AGENTE ETIOLÓGICO (100% ESPECÍFICO).
ALTO RENDIMIENTO DX (POSITIVIDAD DE APROX.80% EN AUSENCIA DE TX. ANTIBIÓTICO PREVIO).
BAJO NUMERO DE COMPLICACIONES (GENERALMENTE MENORES).
CONSIDERACIONES IMPLÍCITAS A TODO EXAMEN INVASIVO SOBRE RIESGO - BENEFICIO.

JUSTIFICADO EN LOS CASOS MAS SEVEROS (COMPROMISO PULMONAR EXTENSO, NEUMONIA RAPIDAMENTE PROGRESIVA, DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA, SEPSIS), CUANDO FRACASA EL TRATAMIENTO, EN HUESPEDES INMUNOCOMPROMETIDOS, Y CUANDO SE SUSPECHA DE GERMESES MULTIRRESISTENTES (NEUMONIA NOSOCOMIAL).

BIOPSIA PULMONAR QUIRURGICA:

BIOPSIA PULMONAR "A" CIELO ABIERTO MEDIANTE MINITORACOTOMIA, INDICADA OCASIONALMENTE, CON MAYOR FRECUENCIA EN HUESPEDES INMUNOCOMPROMETIDOS; GENERALMENTE CUANDO SE SUSPECHA EN AGENTES OPORTUNISTAS (HONGOS, PARASITOS, VIRUS).

SE OBTIENE MUESTRAS PARA MICROBIOLOGIA E HISTOLOGIA.