

PARTE V

MISCELANEOS

5.1 CONJUNTIVITIS

5.1.1. CODIGO: 000

5.1.2. DEFINICION

La conjuntivitis es una de las infecciones más comunes del ojo y puede ser de origen viral o bacteriano. Ha demostrado ser un verdadero problema de salud pública, básicamente relacionado a fenómenos ambientales.

La forma más conocida de conjuntivitis es la viral, siendo muy contagiosa. Se han descrito brotes en la costa centro del Perú preferentemente en los meses de verano.



Hiperemia de la mucosa conjuntival con secreción escasa de origen viral

5.1.3. ETIOLOGIA

5.1.3.1. CONJUNTIVITIS VIRAL

El agente etiológico es: En los adultos el adenovirus tipo 8 y 19 y en los niños el adenovirus tipo 3 y 7.

5.1.3.2. CONJUNTIVITIS BACTERIANA

Las formas más comunes son secundarias a infección por staphylococos y estreptococos en adultos.

En niños es más común por haemophilus y staphylococos.

5.1.4. DIAGNÓSTICO

5.1.4.1. CUADRO CLINICO

Se define por hiperemia conjuntival y exudado, pero menos que en las formas bacterianas.

Se puede observar una reacción folicular en la mucosa conjuntival. Además de linfadenopatía preauricular.

Usualmente dura de 2 a 4 semanas y es más infectante durante las 2 primeras semanas. Es extremadamente contagiosa y la reinfección por la misma cepa es muy rara.

El virus es muy resistente y puede sobrevivir en superficies secas hasta por 2 semanas.

La transmisión es por contacto de las secreciones con las manos hacia los ojos.

5.1.4.2. COMPLICACIONES

Compromiso corneal más frecuente en adultos ocurre en la minoría de casos, típicamente aparece 10 - 14 días después del inicio de los síntomas y se reconoce por visión borrosa, dolor y fotofobia. El uso de esteroides tópicos puede ser controversial inclusive perjudicial, por lo que no está indicado.

5.1.5. MANEJO

5.1.5.1. NIVEL DE ATENCION

Ambulatorio

5.1.5.2. TRATAMIENTO

Antes de la era antibiótica, muchas formas de conjuntivitis excepto la causada por estafilococo se resolvían espontáneamente.

El tratamiento recomendado está definido por el uso de antibióticos tópicos con presentación en gotas y ungüento de los cuales se sugiere.

- ✓ Gentamicina sol. oftálmica 1 - 2 got. c/3 - 4 h. x 7 días en el día y ungüento en las noches (aplicarse dentro del ojo).
- ✓ Bacitracina/Polimixina B ungüento oftálmico aplicar dentro del ojo.
- ✓ Sulfas (Puede ser menos efectivo por ser bacteriostático)
- ✓ Ciprofloxacino oftálmico. 1 - 2 gotas c/ojo c/4h. x 5 días (no exceder por riesgo de infección micótica oportunista).
- ✓ Ofloxacina 1 - 2 gotas c/ojo c/4h x 5 días no más
- ✓ Cloranfenicol (CAF) gotas oftálmicas 1- 2 gotas cada ojo c/4h x 5 a 7 días.

5.2 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (IRA)

5.2.1. CODIGO

5.2.2. DEFINICION

La IRA es en la actualidad la primera causa de mortalidad infantil en el Perú, siendo el daño más frecuente la neumonía.

La detección precoz y tratamiento oportuno y adecuado son las estrategias de éxito, las que deben vigilar el manejo en el hogar de los resfriados, gripe o bronquitis, faringoamigdalitis u otitis media con el fin de disminuir las complicaciones asociadas a IRA.

5.2.3. ETIOPATOGENIA

La IRA puede ser de origen viral. La tos es el síntoma más frecuente.

La etiología más común corresponde a:

- ✓ Virus de la parainfluenza
- ✓ Virus respiratorio sincitial
- ✓ Adenovirus.
- ✓ Entre las causas bacterianas, le corresponde en casi 85 % a los estreptococos y haemophilus. El 20 % de los niños que mueren por IRA son menores de 2 meses.
- ✓ La otitis media es causa principal de sordera adquirida en los países del tercer mundo y la mayoría son por gérmenes bacterianos.

Las faringo-amigdalitis agudas supuradas son raras en niños menores de dos años, es más frecuente en pre-escolares y escolares. el tratamiento adecuado puede prevenir la fiebre reumática y la cardiopatía reumática.

5.2.4. DIAGNOSTICO

5.2.4.1. CRITERIOS

Se manifiesta por la presencia de uno o más de los siguientes

- ✓ Tos mayor de 15 días.
- ✓ Dificultad respiratoria, niños mayores de 2 meses 60 ó +/-min.

- ✓ Respiración rápida niños de 2 - 11 meses 50 ó +/-min. y niños de 1 - 4 años 40 ó +/-min.

Tiraje Subcostal

Retracción de la parte inferior del tórax por debajo de las últimas costillas cuando el niño inspira.

- ✓ Estridor
- ✓ Odinofagia - eritema faringeo
- ✓ Otagia
- ✓ Otorrea
- ✓ Rinorrea
- ✓ Obstrucción nasal

Puede o no tener fiebre.

De acuerdo a la OMS y al instructivo de normas para la prevención y control de IRA del Ministerio de salud.

Se examina a todos los niños que presentan los criterios de entrada: Tos y/o dificultad respiratoria.

Evalúe si el niño tiene neumonía; pregunte, observe y escuche según el cuadro.

Pregunte

- ✓ Edad del niño
- ✓ ¿Tiene tos? ¿Por cuanto tiempo?
- ✓ < 2 meses ¿Adejado de lactar?
- ✓ 4 años ¿Puede beber liquido?
- ✓ Tiene F° ¿Cuanto tiempo?
- ✓ Tuvo convulsiones para esta enfermedad.

Observe y Escuche

Con el niño tranquilo:

- ✓ Frecuencia respiratoria
- ✓ Observe tiraje IC
- ✓ Observe y escuche estridor
- ✓ Observe y escuche si hay sibilantes ¿recurrente?
- ✓ Observe somnolencia anormal o difícil de despertar.
- ✓ Hipotermia
- ✓ Signos de desnutrición.

5.2.4.2. CLASIFICACION

- a. *En niños de 2 meses a 4 años*
Enfermedad muy grave, signos de alarma

- ✓ No bebe líquidos
- ✓ convulsiones
- ✓ somnolencia
- ✓ Estridor
- ✓ Desnutrición.

Neumonía Grave

- ✓ Tiraje subcostal sin signos de alarma

Neumonía

- ✓ Existe respiración rápida sin tiraje subcostal ni signos de alarma.

No neumonía

- ✓ F° o sin F°
- ✓ Rinorrea
- ✓ Ronquera de pecho

b. En niños < de 2 meses.

- ✓ Enfermedad muy grave
- ✓ Neumonía grave
- ✓ No neumonía = resfrío, gripe , bronquitis.

Signos de alarma

- ✓ Dejó de lactar (toma < 50 % de lo normal)
- ✓ Convulsiones
- ✓ Somnoliento difícil de despertar
- ✓ Estridor
- ✓ Sibilantes
- ✓ F° ó T° baja.

Neumonía grave en los niños < de 2 meses hay tiraje o respiración rápida en ausencia de signos de alarma.

En los < de 2 meses. No existe clasificación de neumonía. La respiración rápida se debe considerar como neumonía grave.

5.2.5. MANEJO**5.2.4.1. NIVEL DE ATENCION**

Ambulatorio

Hospitalización : Neumonía grave
Neumonía muy grave.

5.2.4.2. TRATAMIENTO DE LA NO NEUMONIA**a. Medida de apoyo**

- ✓ Continuar lactancia materna
- ✓ Los que no tienen lactancia materna continua, aumentar el aporte de líquidos.
- ✓ Estimular alimentación normal

- ✓ Limpiar secreciones de la nariz
- ✓ Controlar temperatura del niño.
- ✓ Trasladar al niño cuando: Se agrava o no mejora, respira con dificultad y no bebe liquido

b. Medidas terapéuticas

- ✓ Medios físicos
- ✓ Acetaminofen 10 - 15 mg./kg /dosis. Máximo 4 dosis/día.
- ✓ No use antibióticos.
- ✓ No use antitusígenos, ni expectorantes.

5.2.4.3. TRATAMIENTOS DE LA NEUMONÍA.

Tratamiento domiciliario

a. Medidas Terapéuticas

- ✓ Antibióticos
Clotrimoxazol 8 - 10 mg./kg/día (en base a trimetropin)
V.O. en 2 dosis x 7 días
- ✓ Fiebre.
Acetaminofen 10 - 15 mg./Kg/dosis. (máximo 4 dosis/día)
- ✓ Observar
 - Si mejora, continuar el tratamiento por 7 días.
 - Si continua igual referir al hospital más cercano.
 - Si ha empeorado - referir a un hospital.

b. Medidas de Apoyo

Como en la no neumonía.

Tratamiento de neumonía grave y muy grave.

Referido a hospital para:

Tratamiento antibiótico paraenteral.

Oxigenoterapia por cánula nasal

1. lit/min < de 2 meses

2. Lit/min 2 a 4 años > si hay quejido o tiraje o
FR > 60 x' realizar AGA. (Gases arteriales)

Aporte hidroelectrolítico y nutricional

Tratamiento de Fiebre.

Evaluación horaria.

c. Antibiótico Terapia

Cloranfenicol (CAF) EV ó IM 100 mg/Kg./d. repartido en 4 dosis cambiar a CAF oral 75 mg./Kg/d 4 dosis hasta completar 10 días.

Alternativa PNG sódica 200,000 UI/Kg/d. Ev ó IM 4 dosis +
GTM 7.5 mg/kg/día EV ó IM en 3 dosis hasta 10 días.

No administrarlas juntas.

Neumonía grave para niños de 2 meses a 4 años.

PNG sódica 200,000 UI/Kg/d EV ó IM repartido 4 dosis, cambiar a penicilina procaina IM 50,000 UI/Kg.c/24 h. hasta 10 días.

CAF 100 mg/kg/d. 4 dosis luego de mejoría 75 mg./Kg/d. 4 dosis hasta 10 días.

< de 2 meses.

PNG sódica 50,000 UI/Kg/d EV ó IM. + GTM 2.5 mg/Kg/dosis EV ó IM. c/12 h. para menores de 1 sem. y cada 8 h. para niños > 1 semana ó 1 mes. (no mezclas las drogas)

d. Tratamiento de apoyo .

Lactancia frecuente

Evitar enfriamiento.