

**DISEÑO DEL MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL  
SERVICIO MÉDICO DE LA DIVISIÓN DE BIENESTAR DE LA  
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA**

**ALVARO FIERRO MANRIQUE**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD  
NEIVA-2005**

**DISEÑO DEL MANUAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA DEL  
SERVICIO MÉDICO DE LA DIVISIÓN DE BIENESTAR DE LA  
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA**

**ALVARO FIERRO MANRIQUE**

**Trabajo presentado como requisito parcial  
para optar el título de Especialista en  
Gerencia de Servicios de Salud**

**Director  
PEDRO REYES GASPAR  
Coordinador Post grados**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD  
NEIVA-2005**

## Nota de Aceptación

---

---

---

---

---

---

Firma del Presidente del Jurado

---

Firma del Jurado

---

Firma del Jurado

Neiva, -----

# CONTENIDO

Pág.

RESUMEN .....	9
PROPÓSITO GENERAL .....	11
<u>3. PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA</u> .....	12
<u>3.1. MISIÓN</u> .....	12
<u>3.2. VISIÓN</u> .....	12
<u>3.3. PRINCIPIOS ORGANIZACIONALES</u> .....	13
<u>4. OBJETIVOS</u> .....	14
<u>4.1. OBJETIVO GENERAL</u> .....	14
<u>4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u> .....	14
<u>5. PRESENTACIÓN DEL MANUAL</u> .....	15
<u>6. PROCESO DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO DE BIENESTAR UNIVERSITARIO</u> .....	17
<u>6.1. PROPÓSITO</u> .....	17
<u>6.2. ALCANCE</u> .....	17
<u>6.3. REFERENCIAS LEGALES</u> .....	17
<u>6.4. DEFINICIONES</u> .....	19
<u>6.5. RESPONSABLES</u> .....	22
<u>6.6. DOCUMENTOS Y SOPORTES</u> .....	232
<u>6.7. METODOLOGIA</u> .....	243
<u>6.8. DISEÑO DE LAS GUIAS</u> .....	24
<u>6.9. ACTUALIZACIONES</u> .....	26
<u>6.10. RESOLUCIONES DE ADOPCION Y CONTINUIDAD</u> .....	27
<u>6.11. RESOLUCIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO DEL MANUAL</u> .....	29
<u>6.12. DESTINATARIOS DEL MANUAL</u> .....	31
<u>6.13. SIMBOLOGÍA UTILIZADA</u> .....	31
<u>7. MANUAL DE PRÁCTICA CLÍNICA</u> .....	33
<u>7.1. ENFERMEDAD VIRAL AGUDA. CIE-10 B349, A091 (11)</u> .....	33
<u>7.2. RINOFARINGITIS – LARINGITIS. CIE-10 J304 (7) (11)</u> .....	37
<u>7.3. AMIGDALITIS AGUDA CIE-10 J039 (13)</u> .....	39
<u>7.4. CEFALEA (MIGRAÑA) CIE-10 G448 (9) (14)</u> .....	43
<u>7.5. CELULITIS (ABSCEOS PIÓGENOS). CIE-10 L980 (10) (16)</u> .....	50
<u>7.6. MICOSIS SUPERFICIALES. CIE-10 B350 – 6 (16)</u> .....	53

7.7.	BRONQUITIS. CIE-10 J219 (17) .....	56
7.8.	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA. CIE-10 AO9X (11) .....	59
7.9.	SÍNDROME DISPÉPTICO. CIE-10 K529 (12) (18).....	62
7.10.	CONJUNTIVITIS – BLEFARITIS. CIE-10 H103 (7).....	65
8.	MECANISMOS DE CONTROL .....	<u>68</u>
9.	EVALUACION .....	<u>69</u>
10.	INDICADOR DE GESTIÓN .....	<u>70</u>
11.	FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN .....	<u>72</u>
12.	SOCIALIZACION.....	73
13.	VADEMECUM DEL MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS.....	<u>74</u>
CONCLUSIONES.....		<u>117</u>
RECOMENDACIONES .....		<u>118</u>
BIBLIOGRAFÍA.....		<u>119</u>
ANEXOS .....		<u>122</u>

## LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1 Definición de responsabilidades dentro del proceso de atención médica, por cargos y dependencias.	22
Cuadro 2 Distribución por mayor frecuencia de las primeras veinte patologías en el Servicio Médico de Bienestar Universitario.	24
Cuadro 3 Control de actualizaciones.	26
Cuadro 4 Descripción de símbolos utilizados en la elaboración del Flujo grama.	32
Cuadro 5 Mecanismos de Control	68
Cuadro 6 Instructivo para la formulación de indicadores de gestión.	70

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1	
Flujograma del proceso de tratamiento en el ataque agudo de migraña.	49
Figura 2	
Flujograma del proceso de atención médica ambulatoria.	72

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A Manual de procedimientos de la Universidad Surcolombiana.	121
Anexo B Universidad Surcolombiana, evaluación de la gestión año 2003.	123
Anexo C Documentos y soportes.	124
Anexo D Evaluación de la calidad del servicio en las dependencias de la Universidad Surcolombiana.	125
Anexo E Eventos de notificación obligatoria al nivel nacional.	126
Anexo F Ficha nacional para investigación de caso sospechoso de dengue hemorrágico.	131



## RESUMEN

Fundamentando la Calidad de la Atención Médica en el cumplimiento de los Principios Organizacionales y las Características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: *Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad* en el presente trabajo se presentan las Guías de Práctica Clínica para las primeras diez causas más frecuentes de consulta en el Servicio Médico de Bienestar Universitario a saber: Enfermedad Viral Aguda, Rinofaringitis Aguda, Amigdalitis Aguda, Cefalea, Celulitis-Abscesos Piógenos, Micosis Superficiales, Bronquitis, Enfermedad Diarreica, Síndrome Dispéptico y Conjuntivitis se alcanza un cubrimiento de hasta el 34.7% de las consultas demandadas durante el año 2003.

El diseño de cada una de las Guías de Práctica Clínica está inspirado en los principios y normas de ética médica que regulan la relación médico paciente y en su estructuración técnica se ha procurado mantener el ordenamiento lógico de una consulta médica personalizada que incluye: anamnesia con sus antecedente inmediatos, signos y síntomas clínicos, los hallazgos del examen físico, las posibilidades para elegir la impresión diagnóstica más válida, la elección de ayudas para precisar el diagnóstico y finalmente, el planteamiento terapéutico con sus recomendaciones generales, opciones farmacológicas y oportunidad de intervención quirúrgica, en caso de estar ésta indicada; ofreciendo además en todas ellas el respaldo técnico científico pertinente.

## SUMMARY

Based on the quality of medical attention in the fulfillment of the organizational principals and the characteristics of the obligatory guaranty of quality system : accessibility, opportunity, security, pertinence and continuity, this present thesis includes the Guides of Clinical Practice for the ten most frequent causes of consultations on the medical service of Surcolombiana University such as: Acute viral illnesses, Acute Rhinopharyngitis, Acute Tonsillitis, Headache, Cellulitis - Piogenic Abscesses, Superficial Mycosis, Bronchitis, Diarrhea, Dyspeptic Syndrome and Conjunctivitis which reached up to 34.7% cover of the consults over the year 2003.

The design of each one of the Guides of Clinical Practice has being inspire don the principals and laws of medical ethics that rule the physician patient relation and in

its technical structure has being tried to keep the logical order of a personalized medical consult that includes: Anamnesis with immediate precedents, clinical signs and symptoms, physical examination findings, the possibilities to chose the most appropriate diagnosis, the laboratory exams to precise the diagnosis and finally, the therapeutic choice with general recommendations, pharmacologic options and the opportunity of surgical intervention, in case or being needed; also offering in all of them the technical scientific support.

## PROPÓSITO GENERAL

Acoger las disposiciones expedidas por el Ministerio de Salud para el desarrollo de cada uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en primer término lo referente al Sistema Único de Habilitación según la Resolución 1439 de 2002, y en consecuencia con la elaboración de las Guías de Práctica Clínica del Servicio Médico de la División de Bienestar de la Universidad Surcolombiana aportar uno más de los elementos requeridos para lograr la *Habilitación* de la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana fundamentando la Calidad de la Atención Médica en el cumplimiento de los Principios Organizacionales y las Características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: *Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia, Continuidad.*

Al participar activamente en el proceso de Habilitación y Acreditación como Institución Prestadora de Servicios de Salud, dando cumplimiento a las disposiciones gubernamentales que inspiradas en el Artículo 78 de la Constitución Política de Colombia regulan y controlan la calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, en la I.P.S. Universidad Surcolombiana se debe asumir como un imperativo ineludible el cumplimiento integral de los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Dentro de éstos lineamientos, la elaboración del Manual de Guías de Práctica Clínica contribuye al logro de avanzar en el camino cierto del Sistema de Calidad y Aseguramiento de la Calidad que inspira y asesora el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad siempre y cuando se asocie a una actitud positiva de los empleados orientada a realizar siempre bien su trabajo.

Cumplir con calidad se ha constituido en los últimos años como una constante inquietud que invade todos los campos de la participación social; tratándose de servicios de salud es a la vez un derecho de quienes demandan servicios y un deber de quienes los ofrecen, es por ello que se encuentran consagrada la calidad de los servicios que se ofrecen y se prestan a la comunidad como una de las funciones constitucionales y en desarrollo de ésta a través de la Ley 100 de 1993, el Decreto 2309 de 2002 y las Resoluciones 1439 y 1474 de 2002 que en conjunto además también asesoran y en cierta forma controlan el proceso de servir con calidad.

La actitud humanista del Equipo de Profesionales de la I.P.S. Universidad Surcolombiana frente al usuario-paciente se fundamenta en el respeto de sus derechos, está inspirada en el reconocimiento de los principios éticos de la práctica médica, de dominio universal, que alimentan las relaciones del médico con el paciente y que constituyen por sí solo el espíritu rector del sistema de garantía de la calidad en la atención en salud, por lo tanto han sido tenidos en cuenta al diseñar cada una de las Guías de Práctica Clínica demostrando en todos sus componentes la concepción personalizada de la atención médica.

### **3. PRESENTACIÓN INSTITUCIONAL DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA**

#### **3.1. MISIÓN**

La *Universidad Surcolombiana* tiene como misión formar mediante la asimilación, producción, aplicación y difusión de conocimiento científico, humanístico y tecnológico, ciudadanos profesionales, con fundamentación científica y espíritu crítico, que atiendan eficazmente los problemas relevantes del desarrollo humano integral, equitativo y sostenible de la región Surcolombiana, del País y de Latinoamérica, con proyección universal, dentro de un marco de libertad de pensamiento, pluralismo ideológico y de conformidad con una ética que reivindique la solidaridad y la dignidad humana.

#### **3.2. VISIÓN**

En las dos primeras décadas del siglo XXI, la *Universidad Surcolombiana* será la institución universitaria líder de la dinamización de los procesos académicos-culturales necesarios para que la comunidad regional Surcolombiana se constituya y autodetermine democráticamente en una perspectiva de paz con justicia social, identidad regional y nacional, integración latinoamericana, fraternidad universal y desarrollo sostenible.

### 3.3. PRINCIPIOS ORGANIZACIONALES

- *HUMANISMO*

En la Universidad Surcolombiana, todos respetan los derechos de otros y cumplen las responsabilidades asumidas.

- *COHERENCIA*

La prioridad de los planes, proyectos y operaciones de la Universidad Surcolombiana se define por su articulación al estudio y solución de los problemas relevantes del desarrollo de la Región y del País.

- *AUTONOMÍA*

Todas las personas y unidades de la universidad pueden presentar y ejecutar proyectos viables cuyos resultados previstos contribuyan a la realización de la misión, propósitos y objetivos de la Institución.

- *RIGUROSIDAD*

En la Universidad Surcolombiana, todas las operaciones se ejecutan de la mejor manera posible, utilizando para ello los mejores medios disponibles.

- *ECOLOGÍA*

Las soluciones a los problemas del desarrollo que presenta la universidad deben ser las que atiendan con mayor eficacia y equidad a las necesidades de las generaciones actuales sin comprometer las posibilidades de desarrollo de las generaciones futuras.

- *PARTICIPACIÓN*

La Universidad es producto de la concertación y el trabajo solidario de todos sus integrantes; su mejoramiento es el sentido de todos los esfuerzos institucionales.

- *DIALOGICIDAD*

El dialogo inteligente es, en la Universidad Surcolombiana, el único medio legítimo para resolver los conflictos y coordinar sus acciones.

- *SOLIDARIDAD*

Los integrantes de la Universidad Surcolombiana cooperan con entusiasmo en la creación de condiciones que hagan posible una vida digna y satisfactoria para sí mismos y para todas las personas de la región y del país.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 GENERAL**

Diseñar el Manual de Guías de Práctica Clínica del Servicio Médico de la División de Bienestar de la Universidad Surcolombiana conforme a los lineamientos definidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud como requisito para obtener la Habilitación del Servicio Médico de Bienestar de la Universidad Surcolombiana como una I.P.S. independiente.

### **4.2. ESPECÍFICOS**

1. Reconocer la Garantía de la Calidad en la prestación de los servicios de salud como un requisito ineludible dentro del proceso de acreditación.
2. Conocer la normatividad jurídica que respalda la garantía, control y mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud.
3. Destacar la importancia del proceso de acreditación como mecanismo asesor para garantizar la calidad y mejoramiento de la calidad de la atención en salud al interior de la I.P.S.
4. Encontrar en los principios y las normas de ética médica el fundamento rector de la interrelación médico-usuario como el inicio del sistema de garantía de la calidad en la atención en salud según Resolución 1439 de 2002..
5. Cumplir con los requisitos demandados por el Ministerio de Salud para la Habilitación de la I.P.S.
6. Elaborar la Guía de Manejo Clínico para cada una de las diez (10) patologías más frecuentes en el servicio médico de bienestar universitario como requisito de obligatorio cumplimiento para Habilitación y por estar incluidas dentro de los 20 estándares asistenciales de Acreditación
7. Definir las responsabilidades para cada uno de los participantes que intervienen en cada uno de los pasos del proceso de atención médica al interior del servicio médico de bienestar universitario de obligatorio cumplimiento según el Sistema Único de Habilitación.
8. Establecer el mecanismo para control interno de la prestación de servicios de salud en el servicio médico de bienestar universitario.
9. Diseñar el flujograma para atención médica en el servicio médico de bienestar universitario.
10. Presentar el soporte bibliográfico pertinente para cada una de las actividades incluidas dentro de las guías de manejo clínico.
11. Elaborar el Vademecum correspondiente a los medicamentos demandados para la atención de los usuarios del servicio médico de bienestar universitario.

## 5. PRESENTACIÓN DEL MANUAL

En éste Manual de Guías de Practica Clínica para el Servicio Médico de Bienestar se acogen, sin reserva, los conceptos expresados en la presentación del Manual de Procedimientos de la Universidad Surcolombiana y constituye el primero de sus anexos. Ver Anexo A.

Al igual, en la estructura general de la guía se tiene en consideración y en su mismo orden, los pasos definidos para los procesos del Manual de Procedimientos pero realizando la descripción del procedimiento para cada una de las 10 patologías más frecuentes en el Servicio Médico por tratarse de características individuales. Ver Anexo B.

Sin embargo, en la propia descripción de cada una de las patologías se ha procurado mantener el ordenamiento lógico de una consulta médica que incluye: anamnesis con sus antecedente inmediatos, signos y síntomas clínicos, los hallazgos del examen físico, las posibilidades para elegir la impresión diagnóstica más válida, la elección de ayudas para precisar el diagnóstico y finalmente, el planteamiento terapéutico con sus recomendaciones generales, opciones farmacológicas y oportunidad de intervención quirúrgica, en caso de estar ésta indicada.

No se ha esclavizado cada una de éstas actividades a su cumplimiento rígido en un tiempo determinado porque dada la individualidad de cada caso y de cada usuario en particular, que es necesario tener en cuenta, se hace entonces poco práctico; sin embargo, se ha establecido con fines administrativos poder realizar en su totalidad cada atención médica en un tiempo de 15 minutos.

Con la cristalización de éste trabajo se pretende aportar un elemento requerido para obtener la Acreditación del Servicio Médico acogiendo las observaciones que en desarrollo y por mandato constitucional ha presentado la Secretaría Departamental de Salud como órgano estatal encomendado para tal fin.

Dentro del proceso de acreditación éste Manual de Guías de Práctica Clínica representa el instrumento eficaz para concretar, mantener y mejorar un aceptable nivel de calidad en la atención médica que cada vez es más reclamado como un merecido e ineludible derecho de los usuarios y un deber obligado de los prestadores del servicio. Este primer trabajo que incluye las 10 patologías más frecuentes de consulta en el servicio médico, cada una de ellas identificada con su respectivo código internacional CIE-10, es el inicio de una tarea dinámica que a más de procurarse por mantener

vigentes y actualizados los procesos descritos se debe empeñar en hacerlo extensivo para cada una de las patologías de nuestra práctica diaria constituyéndose así en un compromiso laboral para el futuro inmediato.

Finalmente, corresponde a la Alta Dirección de la Universidad Surcolombiana definir en el ordenamiento institucional el mecanismo de control y vigilancia del cumplimiento estricto de éste Manual de Guías de Práctica Clínica



## **6. PROCESO DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO MÉDICO DE BIENESTAR UNIVERSITARIO**

ELABORADO POR: SERVICIO MÉDICO

### **6.1. PROPÓSITO**

Orientar la atención integral de cada una de las patologías de mayor impacto, por su incidencia, en los usuarios del Servicio Médico de Bienestar Universitario, procurando que en el momento de la atención médica al unificar los parámetros en el manejo de esas patologías se reconozca previamente que cada usuario es un ser bio-psico-social con sus propias características las cuales deben ser tenidas en cuenta.

### **6.2 ALCANCE**

Inicia con la solicitud de atención médica por parte de un Usuario y concluye con la reubicación de la Historia Clínica en el archivo.

### **6.3 REFERENCIAS LEGALES**

Constitución Política de Colombia.1991. "Artículo 78. La Ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, ..."

Ley 23 del 18 de febrero de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de Ética Médica.

Ley 30 del 28 de diciembre de 1992. Capítulo III. Del Bienestar Universitario que puntualiza:

Artículo 117. "Las instituciones de Educación Superior deben adelantar programas de bienestar entendidos como el conjunto de actividades que se orientan al desarrollo físico, psico-afectivo, espiritual y social de los estudiantes, docentes y personal administrativo".

Artículo 122. Parágrafo 1. Las instituciones de Educación Superior legalmente aprobadas fijarán el valor de todos los derechos pecuniarios de que trata éste artículo y aquellos destinados a mantener un servicio médico asistencial para los estudiantes, los cuales deberán informarse al Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES) para efectos de la inspección vigilancia, de conformidad con la presente Ley.

Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, estipula:

Artículo 153, numeral 9. Se determina: el sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

Artículo 173, numeral 2. De las funciones del Ministerio de Salud. Dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo,..."

Artículo 185. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Consideraciones sobre funciones, deberes y requisito para su constitución.

Artículo 186. Del Sistema de Acreditación. El gobierno nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud para brindar información a los usuarios sobre su calidad y proponer su mejoramiento.

Artículo 188. Se establece que el Ministerio de Salud (de la Protección Social) definirá normas de calidad y satisfacción al usuario, y que las entidades prestadoras de servicios de salud no podrán discriminar la atención de los usuarios.

Artículo 199. El Ministerio de Salud (de la Protección Social) definirá normas de calidad y satisfacción del usuario. Organiza tiempos de espera por servicios de acuerdo a la patología y necesidades del paciente.

Artículo 227. Es facultad del gobierno nacional expedir normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo, en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

Ley 87 del 29 de noviembre de 1993. Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del estado y ..."

Ley 715 del 21 de diciembre de 2001. Artículo 42. Competencias de la Nación en el Sector Salud. Artículo 43. Competencias de las Entidades Territoriales en el Sector Salud.

Decreto 205 del 03 de febrero de 2003. Por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de la Protección Social y se dictan otras disposiciones.

Decreto 1152 del 29 de junio de 1999. Por el cual se reestructura el Ministerio de Salud como Organismo de Dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social Salud.

Decreto 2423 del 31 de diciembre de 1996. Por el cual se determinó la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médico quirúrgicos, hospitalarios, tarifarios y otras disposiciones.

Resolución 1439 del 01 de noviembre de 2002. Por la cual se adoptan los Formularios de inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de estándares y de Procedimientos.

Resolución 1474 del 07 de noviembre de 2002. Artículo 1. Adoptar el Manual de Estándares de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y...

Resolución 1895 de 2001. Por la cual se adopta para Colombia la codificación Estadística internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10.

Resolución 1995 del 08 de julio de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

Resolución 3374 del 27 de diciembre de 2000. Por la cual se reglamentan los Datos Básicos que deben reportar los Prestadores de Servicios de Salud y ...

Resolución 5261 del 05 de agosto de 1994. Establece una serie de definiciones que determina la calidad en la prestación de los servicios.

Resolución 6719 del 03 de diciembre de 1997. Por la cual se modifican las tarifas de los servicios de salud y Bienestar Universitario. USCO. (ver anexo E.)

## **6.4 DEFINICIONES**

- **ACREDITACIÓN:** son los procedimientos de evaluación periódica de los

recursos institucionales que tienden a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados. Un establecimiento asistencial es acreditado cuando el ordenamiento y organización de sus recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad.

- **CALIDAD:** consiste en satisfacer o superar las expectativas de los usuarios de manera congruente.
- **CALIDAD DE LA ATENCIÓN:** es el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención en salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludable y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, integridad, racionalidad lógico científica, costo-efectividad, eficiencia, humanización, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios.
- **CONTROL INTERNO:** se entiende por control interno, el sistema integrado por el esquema de la organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas y objetivos previstos.
- **ESTÁNDAR:** nivel alcanzable y deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual.
- **ESTÁNDARES DE CALIDAD:** son promedios de los valores observados en la evaluación que a manera de patrón, norma o medida se utiliza para efectuar comparaciones de entidades similares o metas propuestas al mostrar el grado de cumplimiento de un criterio.
- **EVALUACIÓN DE CALIDAD:** es la medición del nivel de calidad de una actividad, procedimiento o guía de atención integral.
- **GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD:** programación institucional de los servicios de salud que garantiza que cada usuario recibirá atención diagnóstica o terapéutica específicamente indicada para alcanzar un resultado óptimo, de acuerdo con los adelantos recientes de las ciencias médicas y en relación con la enfermedad principal o secundaria.

- **GUÍA DE MANEJO:** modelo de práctica clínica que reúne en forma estandarizada las mejores pruebas científicas sobre la eficacia de la atención del usuario promedio en una situación corriente.
- **INDICADOR:** una variable objetiva, bien definida, utilizada para controlar la calidad y/o propiedad de un aspecto de la atención médica. Es herramienta de mejoramiento de la calidad que se usa para vigilar la calidad, para observación de los estándares de la estructura, proceso y resultados, importantes para la dirección, gestión del área clínica y de apoyo. Son las medidas que determinan hasta que punto se están satisfaciendo las necesidades y expectativas razonables de los clientes. Son medidas del nivel y la frecuencia de la conformidad con estándares o requisitos válidos. (Auditoria Médica – Braulio Mejía García).
- **INDICADOR DE RESULTADO:** indicador que vigila lo que sucede (o no sucede) a un paciente luego de efectuado (o no haberse efectuado) un proceso. (Auditoria Médica – Braulio Mejía García).
- **PRESTACIÓN INDIVIDUAL DE SERVICIOS DE SALUD:** todos los servicios de salud, sean éstos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación que se prestan como parte de un plan de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud o por fuera de éste.
- **SERVICIO MÉDICO DE BIENESTAR UNIVERSITARIO:** es el conjunto de recursos físicos, humanos y tecnológicos que la Universidad Surcolombiana ha dispuesto para satisfacer las demandas de salud de los usuarios, mediante atención ambulatoria, en el consultorio médico de la de la División de Bienestar Universitario.
- **SISTEMA UNICO DE HABILITACIÓN:** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.
- **USUARIO:** individuo vinculado a la Universidad Surcolombiana, como Docente, Estudiante, Empleado Administrativo o Trabajadores, que demanda atención en el Servicio Médico de Bienestar Universitario. En el contexto de éstas guías de manejo clínico se homologará la palabra usuario con las comúnmente conocidas de paciente o afiliado.

## 6.5 RESPONSABLES

Al hacer seguimiento cronológico de la atención médica integral a usuarios del Servicio Médico de Bienestar Universitario, se percibe que está definida la responsabilidad en cada uno de los componentes del proceso, por cargos y dependencia laboral. Ver Cuadro 1.

**Cuadro 1. Definición de responsabilidades dentro del proceso de atención médica, por cargos y dependencias.**

Componente del proceso	Responsable de la atención	Dependencia
1 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solicitud de atención.</li> <li>▪ Verificación del derecho de atención y asignación de la cita.</li> </ul>	Usuario Auxiliar de enfermería	Atención al usuario
2 Disponibilidad de la historia clínica.	Auxiliar de enfermería	Archivo de historias clínicas
3 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consulta médica</li> <li>▪ Anamnesis.</li> <li>▪ Examen físico.</li> <li>▪ Definición diagnóstica.</li> <li>▪ Solicitud de ayudas diagnósticas.</li> <li>▪ Orientación terapéutica.</li> </ul>	Médico general	Consultorio médico
4 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adquisición de:</li> <li>▪ Ayudas diagnósticas.</li> <li>▪ Productos farmacéuticos.</li> </ul>	Usuario	Proveedores externos: Laboratorio clínico, Clínica de la Madre y el Niño. Droguería Comfamiliar
5 Control de tratamiento	Usuario	No aplica
	Auxiliar de enfermería	Atención al usuario Archivo de historias clínicas.
	Médico	Consultorio médico
6 Reubicación de Historia Clínica	Auxiliar de enfermería	Archivo de historias clínicas.

## 6.6 DOCUMENTOS Y SOPORTES

Para la debida atención de los usuarios se requieren los documentos y soportes que se relacionan a continuación y se presentan en el Anexo F.

- Cédula de ciudadanía o tarjeta de identidad.
- Carné estudiantil.
- Recibo de pago de matrícula, vigente.

- Registro de asignación de citas para consulta.
- Folio para Historia clínica médica.
- Folio para Constancia de Realización de Examen Médico de Ingreso.
- Ficha de examen médico para aptitud físico-atlética.
- Registro de la terapia farmacológica (recetario médico).
- Registro de las solicitudes de exámenes de laboratorio.
- Registro de las Incapacidades para asistir a actividades académicas, por causa de enfermedad.
- Registro de la prestación individual del servicio médico (RIPS).
- Informe de enfermedades de notificación obligatoria.
- Folio de Registro de la Prestación Individual de Servicios por Auxiliar de Enfermería.
- Informe mensual consolidado de actividades.

## **6.7 METODOLOGÍA.**

Tomando como fuente de información el Registro Diario de Consulta Médica del Servicio Médico de Bienestar Universitario, correspondiente al año 2003, se realizaron un total de 1.765 consultas a los estudiantes de los diferentes programas académicos, desarrollados por la Universidad Surcolombiana en la ciudad de Neiva, que demandaron el servicio.

Así mismo se registraron 116 tipos diferentes de Diagnósticos Clínicos demostrando la muy variada patología en ésta población de usuarios del servicio.

La clasificación de los Diagnósticos Clínicos, de mayor a menor frecuencia, entre las veinte primeras causas que agrupan en total el 49.5% de casos, se presenta en el Cuadro 2.

**Cuadro 2. Distribución por mayor frecuencia de las primeras veinte patologías en el Servicio Médico de Bienestar Universitario**

N°	Diagnóstico	Total	N°	Diagnóstico	Total
1	Enfermedad Viral Aguda	133	11	Conjuntivitis - Blefaritis	35
2	Rinofaringitis Aguda	99	12	Poliparasitismo	30
3	Adulto Sano	73	13	Vulvovaginitis	27
4	Amigdalitis Aguda	57	14	Amenorrea Secundaria	24
5	Cefalea	52	15	Infección Urinaria	24
6	Celulitis - Abscesos	52	16	Síndrome Miofacial	23
7	Micosis Superficiales	46	17	Gastritis	21
8	Bronquitis	45	18	Cistitis	20
9	Síndrome Diarreico Agudo	39	19	Síndrome Anémico	20
10	Síndrome Dispéptico	37	20	Varicela	19

Fuente: REGISTRO DIARIO DE CONSULTA MÉDICA  
Servicio Médico de Bienestar Universitario. Año 2003.

Excluyendo el tercer diagnóstico más frecuente, Adulto Sano, se toman los diez primeras causas de consulta como objeto de análisis para la elaboración de sus respectivas guías de manejo clínico, alcanza en cubrimiento al 33.7% de los casos atendidos.

## **6.8 DISEÑO DE LAS GUÍAS.**

En el diseño individual de cada una las Guías de Práctica Clínica se han incluido unas consideraciones preliminares sobre la Definición, Epidemiología y Etiología de las diez (10) patologías más frecuentes en el servicio médico de Bienestar Universitario.

A continuación se ordenan las consideraciones clínicas pertinentes para orientar la selección más acertada de una Impresión Diagnóstica y una vez realizado éste ejercicio se eligen los exámenes de laboratorio para que a manera de ayudas diagnósticas contribuyan a precisar el diagnóstico y así poder definir con seguridad el plan de manejo o tratamiento.

Se logra de ésta manera estructurar un paralelismo integral entre las Guías de Práctica Clínica y el ordenamiento lógico convencional de la Consulta Médica que imprescindiblemente se debe realizar.



En síntesis para cada una de las patologías en consideración se ha diseñado su guía de práctica clínica de la siguiente manera:

### **NOMBRE DE LA PATOLOGÍA, CON SU CIE-10.**

### **DESCRIPCIÓN**

- ❖ Definición.
- ❖ Etiología.
- ❖ Epidemiología.

### **ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA**

- ❖ Anamnesis
  - Antecedentes inmediatos.
  - Síntomas Generales.
  - Signos clínicos.
- ❖ Examen Físico.
- ❖ Selección de Diagnóstico.
- ❖ Exámenes de Ayuda Diagnóstica.
  - Laboratorio Clínico.
  - Imágenes diagnósticas.

### **ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA**

- ❖ Medidas Generales.
- ❖ Terapia Farmacológica.
- ❖ Tratamiento Quirúrgico.
- ❖ Manejo Hospitalario, si es pertinente.

### **CONTROL DEL TRATAMIENTO**

Según cada caso en particular

### **BIBLIOGRAFÍA**

Bibliografía Clínica

En donde se designa:

Primer numeral: corresponde al número del Capítulo.

Segundo numeral: corresponde a la patología en cuestión.

❖ : corresponde al primer nivel de disgregación.

➤ : corresponde al segundo nivel de disgregación.

▪ : corresponde al tercer nivel de disgregación.

## 6.9 ACTUALIZACIONES

En consideración a los cambios esperados en las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en las variaciones de la morbilidad de la población usuaria de la I.P.S. de la Universidad y de los propios cambios técnico científicos sobre etiopatogénia, estudio diagnóstico y manejo clínico de cada una de las entidades patológicas consideradas en el presente Manual de Guías de Práctica Clínica y conforme a lo dispuesto en la Resolución por la cual se establecen las directrices y mecanismos para el mejoramiento continuo del Manuales de Guías de Práctica Clínica del Servicio Médico de la División de Bienestar de la Universidad Surcolombiana es necesario llevar el registro cronológico de los cambios que se van realizando en las respectivas guías de manejo como también la inclusión de unas nuevas con el propósito de mantener así oficializados los cambios y las acciones derivadas de éstos mismos. Constancia de todos y cada uno de los cambios se deben mantener actualizados en el Cuadro Control de Actualizaciones. Ver cuadro 3.

### Cuadro 3. Control de actualizaciones.

Dependencia: Servicio Médico de Bienestar Universitario.

Procedimiento	Cambio	Inserción		Fecha		
		Responsable	Firma	D	M	A

## 6.10 RESOLUCIÓN DE ADOPCIÓN DEL MANUAL DEL 2005

Por la cual se adopta el Manual de Guías de Práctica Clínica del Servicio Médico de la División de Bienestar de la Universidad Surcolombiana

El Rector de la UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA,  
en uso de sus atribuciones estatutarias,

### CONSIDERANDO

- ♦ Que es necesario contar con procedimientos documentados que guíen la ejecución del trabajo médico al interior de la I.P.S. de la Universidad dentro de los criterios de eficiencia, eficacia y legalidad.
- ♦ Que es necesario determinar y desarrollar procedimientos ágiles y confiables que permitan la optimización del funcionamiento de la I.P.S. y la calidad de los servicios médicos prestados por ella según los lineamientos definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
- ♦ Que es necesario implantar y aplicar el manual de guías de práctica clínica en la institución mediante un sistema que garantice su permanente actualización.
- ♦ Que de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de la Universidad es responsabilidad del Rector la adopción de los manuales de procedimientos de la Universidad.
- ♦ Que para el adecuado ejercicio del control interno en la Universidad, se requiere de los manuales de procedimientos debidamente formalizados.

### RESUELVE:

**ARTÍCULO 1º** *Adopción del Manual de Guías de Práctica Clínica.*

Adoptase en todas sus partes el Manual de Guías de Práctica Clínica para las patologías que se relacionan a continuación:

1. Enfermedad Viral Aguda,
2. Rinofaringitis Aguda,
3. Amigdalitis Aguda,
4. Cefalea,

5. Celulitis-Abscesos Piógenos,
6. Miosis Superficiales,
7. Bronquitis,
8. Enfermedad Diarreica,
9. Síndrome Dispéptico
10. Conjuntivitis.

*ARTÍCULO 2º Responsables y campo de aplicación.*

El Manual de Guías de Practica Clínica adoptado deberá ser aplicado en la I.P.S. de la Universidad, por todos y cada uno de los funcionarios y contratistas vinculados al área, en ejecución de las funciones que les son propias, so pena de incurrir en causal de mala conducta.

*ARTÍCULO 3º Actualización del Manual.*

Toda modificación o actualización que deba realizarse al Manual de Guías de Practica Clínica adoptados mediante la presente Resolución, con el fin de mejorarlos para obtener la eficiencia, la eficacia y la transparencia que se pretende con los mismos, deberá surtir la oficialización correspondiente y ser notificada a cada uno de los funcionarios y contratistas de la I.P.S. Dichas actualizaciones y modificaciones serán coordinadas por la Oficina de Planeación, debiéndose en todo caso contar con la participación del área líder del Manual y de la Oficina de Control Interno. Para tal fin, la Rectoría expedirá la Resolución respectiva de adopción del mejoramiento continuo.

Parágrafo. Corresponde a los médicos de la I.P.S. velar por su aplicación y por su actualización, cuando las circunstancias así lo ameriten por razones de cambio en la normatividad sobre la materia o modernización de los conceptos y técnicas de práctica médica.

ARTÍCULO 4º El Manual de Guías de Practica Clínica adoptado reposará en la Oficina de Control Interno y la Oficina de Planeación, área ésta que realizará la asesoría técnica para su actualización.

ARTÍCULO 5º Comuníquese la presente providencia a los jefes de las dependencias, para lo de su competencia.

ARTÍCULO 6º La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dado en Neiva, a los      días del mes de                      de 2005

El Rector,

## **6.11 RESOLUCIÓN MEJORAMIENTO CONTINUO DEL MANUAL DEL 2005**

Por la cual se establecen las directrices y mecanismos para el mejoramiento continuo del Manual de Guías de Práctica Clínica del Servicio Médico de la División de Bienestar de la Universidad Surcolombiana

El Rector de la UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA,  
en uso de sus facultades estatutarias y legales,

### **CONSIDERANDO**

- Que es necesario fijar directrices y mecanismos que permitan el mejoramiento continuo del Manual de Guías de Práctica Clínica del Servicio Médico de la División de Bienestar de la Universidad, en armonía con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, los cambios frecuentes en las causas de morbilidad de la población estudiantil y los adelantos científicos sobre la etiopatogenia, en el diagnóstico y en el manejo de esas diversas entidades patológicas,
- Que es necesario dar aplicación a la Resolución que adopto los manuales de procedimientos en la Universidad

### **RESUELVE**

ARTÍCULO 1º El mejoramiento continuo del Manual de Guías de Práctica Clínica del Servicio Médico de la División de Bienestar de la Universidad, se adelantará conforme a las siguientes orientaciones:

1. El mejoramiento continuo del Manual de Guías de Práctica Clínica es la técnica mediante la cual se analizan los procesos y los procedimientos en términos de su eficiencia, eficacia, celeridad, cumplimiento de las normas, secuencia, requisitos y tecnología, identificando sus debilidades y fortalezas, con el objeto de ajustarlo y modernizarlo para disminuir el impacto negativo de sus debilidades y potenciar sus fortalezas.
2. La Oficina de Planeación coordinará el mejoramiento continuo del Manual de Guías de Práctica Clínica y brindará a la I.P.S. la asesoría y asistencia técnica requerida para hacerlo.
3. El jefe de la I.P.S. será el responsables directo de la definición y mejoramiento continuo del Manual de Guías de Práctica Clínica.

4. Control Interno participará en el mejoramiento continuo del Manual de Guías de Práctica Clínica para garantizar que en éste se incorporen los elementos de control que sean necesarios, así como para la formulación de propuestas de optimización del mismo.
5. Las actividades de mejoramiento se realizarán de conformidad con las metodologías formuladas por la Oficina de Planeación e incluirán la coordinación necesaria entre las diferentes dependencias.
6. Las mejoras o modificaciones del Manual de Guías de Práctica Clínica se acordarán mediante acta suscrita por el Secretario General, el representante de Control Interno y el jefe de la I.P.S. El acta contendrá como mínimo:
  - a. Nombre de la Guía de Práctica Clínica a modificar.
  - b. Nombre de la I.P.S.
  - c. Fecha de última actualización.
  - d. Presentación literal y gráfica de la respectiva Guía de Manejo.
  - e. Marco legal, estadístico o técnico-científico que sustenta la modificación.
  - f. Problemas detectados, propuestas de mejoramiento y beneficios resultantes.
7. Los cambios propuestos se incorporarán a la Guía de Manejo respectiva, lo cual estará a cargo de la oficina de Planeación, dependencia responsable del manejo y actualización de los mismos.
8. La oficina de Planeación determinará las metodologías que se aplicarán en la elaboración, modificación y actualización del Manual de Guías de Práctica Clínica

ARTICULO 2º. El Jefe de la Dependencia realizará con el personal a su cargo al menos una reunión semestral de revisión, ajuste y mejoramiento de sus Guías de Práctica Clínica y comunicarán por escrito los resultados a la oficina de Planeación y a la oficina de Control Interno en el curso de la semana siguiente a la sesión, para el estudio conjunto respectivo.

ARTICULO 3º. Cada funcionario está en la obligación de sugerir mejoramiento a las Guías de Práctica Clínica en los cuales interviene y al igual que a participar activamente en las sesiones de mejoramiento de las de su respectiva dependencia.

ARTICULO 4º. Comuníquese la presente providencia al jefe de la dependencia para su competencia.

ARTICULO 5º. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dado en Neiva, a los días        del mes        de 2006.

El Rector,

## **6.12 DESTINATARIOS DEL MANUAL**

El Manual de Guías de Práctica Clínica se ha diseñado para orientar el manejo de las diez (10) causas más frecuentes de morbilidad en el Servicio Médico de Bienestar Universitario.


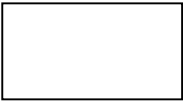
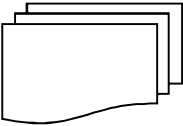
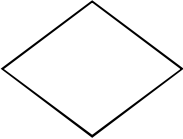

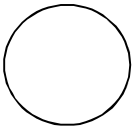
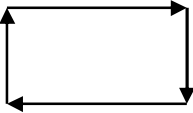
En consecuencia, corresponde a los Médicos Generales de la División de Bienestar Universitario realizar el manejo cuidadoso del manual y velar por su aplicación acertada cada vez que sea pertinente hacerlo en cumplimiento de las funciones laborales propias a su cargo.

El Manual de Guías de Práctica Clínica permanecerá en el Consultorio Médico y Jefatura de la División de Bienestar Universitario y copias idénticas serán enviadas a la Oficina de Control Interno y a la Oficina de Planeación en procura de mantener su evaluación de cumplimiento y la asesoría técnica para las actualizaciones y modificaciones con miras a asegurar de ésta manera la calidad de la atención en el Servicio Médico.

## **6.13 SIMBOLOGÍA UTILIZADA**

Los símbolos utilizados en el diseño de flujogramas se presentan en el Cuadro 4.

**Cuadro 4. Descripción de Símbolos utilizados en la elaboración del flujo grama.**

SÍMBOLO	DESCRIPCIÓN
	<p><i>Terminal.</i> Indica la iniciación y terminación del procedimiento.</p>
	<p><i>Operación.</i> Representa la acción necesaria para transformar la información de entrada y crear una nueva.</p>
	<p><i>Multidocumento.</i> Historia Clínica.</p>
	<p><i>Decisión.</i> Indica un punto dentro del flujo en que son posibles caminos alternativos.</p>
	<p><i>Documento.</i> Solicitud para estudios de Ayuda Diagnóstica, Fórmula Médica, Certificado Médico.</p>
	<p><i>Conector de Rutina.</i> Representa una conexión o enlace de un paso del procedimiento con otro dentro de la misma página.</p>
	<p><i>Sentido de circulación del flujo de trabajo.</i> Señala el orden en que se deben ejecutar los distintos pasos.</p>



## 7. MANUAL DE PRÁCTICA CLÍNICA

### 7.1. ENFERMEDAD VIRAL AGUDA. CIE-10 B349, A091 (11)

#### DESCRIPCIÓN

- ❖ *Definición.* Enfermedad febril, aguda, con periodo de incubación entre 6 a 8 días, caracterizada por cefalea, malestar general, dolores musculares y en ocasiones sangrado y deterioro de la función hemodinámica.
- ❖ *Etiología.* La enfermedad es producida por un virus RNA de la familia de los Flavivirus, es un virus pequeño, del que se han demostrado cuatro serotipos: 1-2-3 y 4, y subtipos 3 y 4. El serotipo 2 ha sido descrito como el mas agresivo.
- ❖ *Epidemiología.* Esta infección es transmitida por la hembra de un artrópodo que en nuestra latitudes es el *Aedes aegypti*, abunda en áreas tropicales que van entre los 0 y 2.000 mts sobre el nivel del mar, su hábitat es básicamente domiciliario, prefiriendo los sitios oscuros de la casa. Se reproduce en aguas limpias. En la época de lluvias se observa el más alto índice poblacional del mosquito.

El ciclo viral en el mosquito se inicia cuando la hembra pica a un individuo infectado y comienza la replicación viral que se lleva a cabo en la glándula salivar, estando listo el vector para convertirse en infectante en un promedio entre 3 y 10 días. El ciclo hombre-mosquito-hombre es endémico-epidémico dependiendo del serotipo viral.

#### ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Por pertenecer el área de influencia del Servicio Médico a una zona geográfica endémica para fiebre dengue hemorrágico y considerando, que al menos al inicio de la de la enfermedad, los síntomas y signos clínicos son similares con los de una enfermedad viral aguda no complicada la orientación diagnóstica de la presente guía se direcciona desde un comienzo hacia la presunción diagnóstica de la fiebre dengue hemorrágico en atención a la gravedad que representa llegando incluso a comprometer seriamente la vida del usuario con riesgo de morir.

- ❖ *Anamnesis.*
  - *Antecedentes inmediatos:* Procedencia de área endémica (0–2.000 m. s.n. m.), Picadura reciente de insectos (zancudos). Presencia de otros casos clínicos similares, en el sitio de residencia, el barrio.

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (continuación)

- *Síntomas generales:* Cefalea intensa, localización frontal, Dolor ocular, Dolor osteo-muscular generalizado de predominio en miembros inferiores y región lumbar, Debilidad articular, Fiebre, 3 a 5 días. Anorexia. Dolor abdominal.
- *Signos clínicos:* Sudoración profusa, náuseas, vómito, diarrea. Manifestaciones hemorrágicas: nasal, gingival, dérmica (petequias).
- ❖ *Examen físico:* Caída de la presión arterial, Aumento de la frecuencia cardiaca, Aumento de la frecuencia respiratoria, Aumento de temperatura corporal, 38 – 38.5 C°, Evidencia de sangrado reciente: mucosas nasal, encías, paladar blando, vía digestiva, piel (prueba torniquete positiva). Brote eritematoso, papular, pruriginoso: centrípeto, Sudoración profusa, Mucosa oral seca, Mayor tiempo de llenado capilar, Cianosis, Hipoventilación pulmonar, Hepatomegalia dolorosa. Alteración del estado de conciencia. Shock hemodinámico profundo.
- ❖ *Diagnósticos diferenciales:* Enfermedad viral no complicada: rubéola, sarampión, influenza. Exantemas por enterovirus no poliomiélicos. Dengue clásico. Fiebre dengue hemorrágico.
- ❖ *Ayudas diagnósticas.*
  - *Laboratorio Clínico:* Cuadro hemático: Trombocitopenia. Aumento del hematocrito en un 20%. (Relación hemoglobina / hematocrito: mayor de 3.5).
  - *Radiografía simple de tórax:* Derrame pleural.
  - *Serología:* Inmunoglobulina M. Ultraviral.

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

El manejo se orienta de acuerdo con la clasificación clínica que ha definido la Organización Mundial de la Salud.

### *Fiebre dengue hemorrágico grado I*

Fiebre, malestar general, Cefalea, oculodinia, mialgias, artralgias y prueba de torniquete positiva.

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA (Continuación)

### *Fiebre dengue hemorrágico grado II*

Igual que grado I, asociado a signos de sangrado.

### *Síndrome shock dengue grado III*

Disminución de la presión arterial en 20 mHg., mayor frecuencia cardíaca, sudoración, cianosis, mal llenado capilar (lento).

### *Síndrome shock dengue grado IV*

Alteración del estado de conciencia, shock profundo.

❖ Para fiebre dengue hemorrágico grado I y enfermedad viral no complicada.

➤ *Medidas generales:* Dieta normal, abundantes líquidos (sales de rehidratación oral). Reposo relativo. Vigilar signos de alarma: dolor abdominal, hepatomegalia, diaforesis, vómito incoherente, alteración del sensorio, mayor tiempo de llenado capilar, sangrado activo.

➤ *Terapia farmacológica*

▪ Analgésico antipirético

*Nombre del medicamento:* acetaminofen.

*Dosis:* 500 mg. vía oral, cada seis horas.

*Duración del tratamiento:* 5 a 8 días.

*Nombre del medicamento:* acetaminofen + codeína.

*Dosis:* 500 y 8 – 30 mg. respectivamente, vía oral, cada ocho horas.

*Duración del tratamiento:* cinco días.

▪ Protección gástrica

*Nombre del medicamento:* sucralfato.

*Dosis:* 1 gr. vía oral, cada ocho horas.

*Duración del tratamiento:* cinco días.

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA (Continuación)

- ❖ Para fiebre dengue hemorrágico grado II y grado III y grado IV del síndrome shock dengue, se recomienda remitir al Hospital Universitario de Neiva.
  - *Criterios de hospitalización:* Fiebre dengue hemorrágico grado I con signos de alarma. Fiebre dengue hemorrágico grado II. Síndrome shock hemorrágico grado III y grado IV. Trombocitopenia: menor de 50.000 plaquetas. Aumento de T.P.T: más de dos veces. Presencia de derrame pleural con compromiso ventilatorio. Sangrado activo.

## CONTROL DEL TRATAMIENTO

En los primeras 24, 48, 72 horas para evaluar evolución clínica y control diario de cuadro hemático.

## BIBLIOGRAFÍA

HARRISON. Principios de Medicina Interna. España: Interamericana. McGraw Hill, 1995. p.350-351.

## 7.2. RINOFARINGITIS – LARINGITIS. CIE-10 J304 (7) (11)

### DESCRIPCIÓN

- ❖ *Definición:* Son virosis del tracto respiratorio superior que se caracterizan por fiebre, sensación de escalofrío, cefalea, malestar general, anorexia y congestión de fosas nasales, faringe y laringe.
- ❖ *Etiología:* Aproximadamente el 70% de los casos son producidos por gran variedad de virus, principalmente Adenovirus, Parainfluenza, Influenza y otros.
- ❖ *Epidemiología:* En las áreas urbanas suele ocurrir rinofaringitis durante todo el año con algunos brotes epidémicos durante la época de lluvias; las secreciones respiratorias de las personas enfermas contienen grandes cantidades de virus y la infección se transmite directamente de persona a persona por vía aérea.

### ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- ❖ *Anamnesis.*
  - *Antecedentes inmediatos:* Presentación epidémica. Contacto reciente, menor de ocho días con persona enferma. Exposición a cambios bruscos de la temperatura ambiente.
  - *Síntomas:* Fiebre. Ardor conjuntival. Cefalea. Congestión nasal. Disconfort ótico (autofonía). Ardor faríngeo, odinofagia. Malestar general.
  - *Signos clínicos:* Congestión conjuntival, lagrimeo. Rinorrea acuosa. Estornudos frecuentes. Disfonía. Adenopatías cervicales.
- ❖ *Examen físico:* Temperatura elevada. Aumento de la frecuencia del pulso. Congestión conjuntival. Congestión mucosa nasal, hipertrofia de cornetes. Tímpanos tensos. Congestión faríngea. Presencia de secreciones naso-faríngeas (escurrimiento posterior). Roncus en árbol bronquial.
- ❖ *Diagnósticos diferenciales:* Resfriado común, influenza. Fiebre faringoconjuntival. Herpangina. Rinitis alérgica.
- ❖ *Ayudas diagnósticas.* La identificación específica del virus tiene poca utilidad práctica para orientar el manejo, en casos aislados.

*Laboratorio Clínico:* Cuadro hemático: Disminución de leucocitos (leucopenia).

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

❖ *Medidas generales:* Evitar el contacto con otras personas. Evitar ambientes húmedos y fríos. Realizar inhalaciones con vapor caliente. Mantenerse abrigado.

❖ *Terapia farmacológica*

➤ *Terapia analgésica antipirética*

*Nombre del medicamento:* acetaminofen  
*Dosis:* 500 mg. vía oral, cada seis horas.  
*Duración del tratamiento:* 3 a 5 días.

➤ *Terapia descongestionante*

*Nombre del medicamento:* pseudoefedrina.  
*Dosis:* 60 mg. vía oral, cada 12 horas.  
*Duración del tratamiento:* 3 a 5 días.

➤ *Terapia anti alérgica*

*Nombre del medicamento:* loratadina.  
*Dosis:* 5 mg. vía oral, cada 12 horas.  
*Duración del tratamiento:* 3 a 5 días.

*Nombre del medicamento:* cetirizina diclorhidrato.  
*Dosis:* 5 mg. vía oral, cada 12 horas.  
*Duración del tratamiento:* 3 a 5 días.

## CONTROL DEL TRATAMIENTO

En las primeras 48 a 72 horas para evaluar la eficacia del tratamiento sintomático.

## BIBLIOGRAFÍA

- ❖ COLOMBIA. CORPORACIÓN CIENTÍFICA DE MÉDICOS HOSPITAL INFANTIL LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS. Usuario Pediátrico. Bogotá: Catálogo Científico, 1985. p. 531-537.
- ❖ HARRISON. Principios de Medicina Interna. España: Interamericana. McGrau Hill, 1995. p 254-255.

### 7.3. AMIGDALITIS AGUDA CIE-10 J039 (13)

#### DESCRIPCIÓN

- ❖ *Definición.* Inflamación, de comienzo reciente, de las amígdalas y las estructuras linfáticas vecinas o subyacentes que constituyen el anillo de Waldeyer haciéndose extensiva a la faringe también. Se presenta con dolor de garganta, que algunas veces se irradia a los oídos y ocasionalmente se acompaña de disfagia.
- ❖ *Etiología:* La mayoría de los casos de Amigdalitis son de etiología viral: adenovirus, virus de la influenza y Epstein-Barr, muchos de ellos asociados a resfriado común. Dentro de las bacterias que pueden causar amigdalitis se tienen: el estreptococo B-hemolítico de grupo A (*S. pyogenes*), el *Corynebacterium diphtheriae*, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*.
- ❖ *Epidemiología:* La amigdalitis se presenta ampliamente entre los dos sexos y todos los grupos de edades. Estas condiciones se encuentran dentro de las principales responsables de atención médica y son causa significativas de ausencia laboral y estudiantil.

#### ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- ❖ *Anamnesis.*
  - *Antecedentes inmediatos:* Presentación epidémica. Noción de contagio.
  - *Síntomas generales:* Malestar general. Mialgias, artralgias, cefalea. Fiebre. Dolor faríngeo localizado. Disfagia (odinofagia).
  - *Signos clínicos:* Voz nasal. Signos catarrales: conjuntivitis, rinorrea, tos, disfonía.
- ❖ *Examen físico:* Temperatura corporal: aumentada (mayor de 37°C). Frecuencia cardíaca: aumentada (mayor de 80 pulsaciones por minuto). Enrojecimiento de faringe y amígdalas, algunas veces con exudado purulento en placas sobre las amígdalas que se encuentran generalmente aumentadas de tamaño. Adenopatía subangular dolorosa. Petequias en paladar blando. Presencia de aftas sobre pilares anteriores del velo del paladar y en la faringe posterior.

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (Continuación)

❖ *Diagnósticos diferenciales:* Mononucleosis infecciosa. Resfriado común. Escarlatina. Difteria. Amigdalitis viral (herpangina).

❖ *Ayudas diagnósticas.*

Dado que entre un 15 – 35% (según la comunidad) de faringoamigdalitis la etiología es bacteriana, concretamente estreptococo B-hemolítico del grupo A, y ante el riesgo potencial de generar fiebre reumática o glomerulonefritis post infección, se debe cuantificar el nivel de antiestreptolisinas séricas (ASTOS). Valor normal aceptado para ASTOS menor de 250 U.T. (unidades Todd).

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

❖ *Medidas generales:* Dieta de preferencia líquida y fría.

❖ *Terapia farmacológica.*

➤ *Terapia antibiótica.*

En vista de las dificultades para identificar con certeza por el laboratorio las faringoamigdalitis agudas, causadas por el estreptococo B-hemolítico del grupo A, y ante los riesgos de dejar sin tratamiento las auténticamente estreptocócicas, se recomienda adoptar el llamado “criterio de Wannamaker” que consiste en tratar con antibióticos a todas las que llenen las características de faringoamigdalitis bacterianas.

La recomendación de tratar todas las faringo amigdalitis agudas consideradas bacterianas se sustenta en los siguientes hechos: Disminuye complicaciones de vecindad como: otitis media, abscesos periamigdalinos. Evita la recurrencia de amigdalitis aguda a corto plazo. Evita las complicaciones a distancia como: fiebre reumática y glomerulonefritis. Evita la evolución hacia faringoamigdalitis crónica. Acorta el periodo en que el usuario es contagiante para los convivientes.

Se usa como primera elección para usuarios no alérgicos a penicilina:



## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA (Continuación)

*Nombre del medicamento:* fenoximetil penicilina.

*Dosis:* 500 mg. vía oral, cada ocho horas.

*Duración del tratamiento:* 10 días

*Nombre del producto:* lincomicina.

*Dosis:* 600 mg. vía intramuscular, cada día.

*Duración del tratamiento:* 10 días.

*Nombre del producto:* Amoxicilina trihidrato.

*Dosis:* 750 mg. vía oral, cada 12 horas.

*Duración del tratamiento:* siete días.

Se usa como primera elección para usuarios alérgicos a penicilina:

*Nombre del producto:* Eritromicina.

*Dosis:* 500 mg. vía oral, cada ocho horas.

*Duración del tratamiento:* 10 días.

Si se presenta vómito o rechazo a la eritromicina puede ser tratado con lincomicina parenteral como se ha indicado para usuarios no alérgicos.

➤ *Terapia analgésica y anti inflamatoria*

*Nombre del producto:* Diclofenaco.

*Dosis:* 75 mg. vía oral, cada 12 horas.

*Duración del tratamiento:* 72 horas.

## CONTROL DEL TRATAMIENTO

- En las primeras 48 – 72 horas, para evaluar la eficacia del tratamiento antibiótico.
- Control de recidivas (tratamiento profiláctico).
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) con éste fin recomienda, para usuarios no alérgicos a penicilina, el uso de:

*Nombre del producto:* Penicilina Benzatínica.

*Dosis:* 1.200.000 U.I. vía intramuscular profunda, cada 30 días.

*Duración del tratamiento:* un año.

## CONTROL DEL TRATAMIENTO (Continuación)

### ❖ *Intervención quirúrgica propuesta.*

La tonsilectomía se reserva para casos en que, a pesar de cumplir el tratamiento profiláctico, el nivel de ASTOS se mantenga superior a 250 U.T. (unidades Todd) o que presenten 2 nuevos episodios de agudización en el transcurso de un año.

## BIBLIOGRAFÍA

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre. Washington D.C.: Oficina de Publicaciones, 1978. p. 82-86.

## 7.4. CEFALEA (MIGRAÑA) CIE-10 G448 (9) (14)

### DESCRIPCIÓN

- ❖ *Definición:* Dolor de cabeza de características particulares según su causa.
- ❖ *Etiología:* Los diferentes tipos de cefalea según su causa se clasifican en primarios y secundarios. Los dolores de cabeza primarios son la migraña (35%), la cefalea tipo tensión (17.5%), los dolores de cabeza paroxísticos (salvas y hemicránea paroxística) y las cefaleas misceláneas benignas. Las cefaleas secundarias corresponden a las producidas por enfermedad vascular (9.4%), infección: otitis, sinusitis, meningitis, absceso cerebral (15.5%), tumores (2%), alteraciones en la producción de líquido cefalorraquídeo (LCR), traumas craneales (9.4%), neuralgias entre otros.
- ❖ *Epidemiología:* El dolor de cabeza es uno de los síntomas más frecuentes en la práctica clínica (2.2% de las consultas de urgencias), ocurriendo más frecuentemente en mujeres que en hombres en una proporción de 3:1. Algunos estudios señalan que el comportamiento de la entidad va en aumento. Presenta una prevalencia mayor en el área urbana comparada con el área rural. La cefalea representa un impacto económico importante por las incapacidades laborales y académicas que genera pues muchas personas que la sufren son aquellas que están en etapa productiva.

### ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- ❖ *Anamnesis.*
  - *Antecedentes inmediatos*
    - Relación con factores desencadenantes: ansiedad, hostilidad de los padres, miedo de no ser amado, sentimientos de culpa, de inferioridad.
    - Componentes de la dieta, nitritos, grasas, alimentos en conserva.
    - Consumo de licor y/o psicofármacos.
    - Concomitancia con periodo menstrual, secundaria a ejercicio, viajes.
    - Dificultades académicas, económicas, afectivas (relación de pareja).
    - Sobrecarga laboral.
    - Surge espontáneamente, durante el sueño.
    - Personalidad: ordenado, preocupado, obsesivo, compulsivo, ansioso, nervioso, etc.

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (Continuación)

➤ *Antecedentes familiares de cefalea*

- Positivo en caso de migraña.

➤ *Antecedentes patológicos*

- Concomitancia con sinusitis, otitis, trauma, epilepsia, problemas de conducta.

➤ *Síntomas generales*

Se debe conocer las características y el comportamiento de la cefalea, por tanto se requiere indagar sobre:

- *Duración:* desde cuándo se presenta la cefalea.
- *Evolución:* es la cefalea intermitente o continua; presenta síntomas progresivos o estáticos.
- *Localización:* en qué lugar duele, es unilateral o bilateral, siempre compromete el mismo lado o varía con los episodios.
- *Frecuencia:* cuántas veces presenta dolor en el año, en el mes, en semana, en el día. Ocurre en grupos de varios episodios en poco tiempo con periodos libres relativamente prolongados o se relaciona con otros eventos.
- *Intensidad:* no interfiere ninguna actividad, interfiere ligeramente con las actividades, interfiere con las actividades, es totalmente incapacitante.
- *Características:* fijo, sordo, agudo, pulsátil, presión, banda, explosiva, etc.
- *Horario:* en qué momento del día tiende a ocurrir la cefalea.
- *Duración:* días, varias horas, menos de una hora, minutos, segundos.
- *Síntomas prodrómicos:* síntomas presentes por lo menos media hora antes del comienzo de la cefalea.
- *Aura o síntomas de aviso inmediato:* visuales, sensitivos, autonómicos presentes segundos o minutos antes del comienzo del dolor.
- *Factores que empeoran la cefalea:* ruido, luz, frío, tos, caminar, subir escalas, estornudos, etc.
- *Factores que mejoran la cefalea:* reposo, sueño, vómito, etc.

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (Continuación)

### ➤ *Signos clínicos de alarma*

Se considera que el caso reviste cierta gravedad clínica en presencia de:

- Ataque abrupto de una cefalea muy intensa con características nuevas.
- Empeoramiento de una cefalea que el usuario ya tenía.
- Progresión en la intensidad del dolor en un periodo de días a semanas.
- Dolor de cabeza precipitado por el ejercicio (tos, saltar, relación sexual).
- Dolor de cabeza acompañado de síntomas de enfermedad general.

❖ *Examen físico.* En la gran mayoría de los casos la exploración física es normal, pero con el propósito de descartar patología orgánica se debe practicar un cuidadoso examen general y neurológico que incluya:

- Valoración del estado de conciencia (memoria, capacidad de cálculo).
- Exploración de la integridad del cráneo.
- Exploración de la integridad de la columna vertebral.
- Exploración de los pares craneanos.
- Exploración de la sensibilidad.
- Exploración de la motilidad, fuerza y tono muscular.
- Exploración de reflejos osteotendinosos y reflejos anormales.
- Exploración de signos meníngeos.
- Exploración de signos cerebelosos.
- Exploración de esfínteres (vesical, anal).
- Exploración de la estación de pie y la marcha.
- Exploración del lenguaje.

### ➤ *Signos clínicos de alarma*

Se considera que el caso reviste cierta gravedad clínica en presencia de:

- Signos vitales anormales, como son hipertensión, hipotensión, taquicardia o bradicardia, al igual que la presencia de fiebre.
- Cambios en la función intelectual o en su cognición.
- Alteraciones en el estado de conciencia.
- Signos de irritación meníngea.
- Signos de hipertensión endocraneana: papiledema, hipertensión y bradicardia con presencia de vómito en proyectil.

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (Continuación)

- Presencia de signos o síntomas de focalización neurológica (anisocoria, facial central, hemiparestesias, hemiparesia, ataxia o afasia, o alteraciones en los reflejos con o sin presencia de reflejos patológicos).

➤ *Diagnósticos diferenciales.* De acuerdo con su origen la podemos clasificar en:

- Cefalea vascular tipo migraña.
- Migraña clásica.
- Migraña común.
- Migraña complicada:
- Migraña basilar.
- Migraña hemipléjica.
- Migraña oftalmopléjica.
- Síndrome de Alicia en el País de las Maravillas.
- Estado confusional agudo.
- Cefalea que no cumplen los criterios de migraña.
- II Cefalea por contracción muscular (cefalea tensional).
- III Cefalea de origen ocular.
- IV Cefalea de origen O.R.L.
- V Cefalea por tracción.
- Tumor primario o metastásico.
- Hematomas.
- Abscesos.
- Pseudotumor cerebral.
- VI Cefalea vascular no migrañosa.
- Infección sistémica.
- Intoxicaciones.
- Metabólicas.
- Otras.

➤ *Ayudas diagnósticas.* Los exámenes de laboratorio son en general negativos, especialmente cuando el interrogatorio y la exploración neurológica son negativas, y en la mayoría de los casos no se necesitan.

Sin embargo, ante la sospecha de una causa orgánica, por historia clínica y/o examen neurológico, con presencia de signos de alarma se puede recurrir a: radiografía de cráneo, electroencefalograma, Radiografía de senos paranasales.

La escanografía es un examen que no se debe utilizar en forma rutinaria en el estudio de la cefalea y debe limitarse a aquellos usuarios que presenta uno o varios signos de alarma.

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA (Continuación)

Remisión a un III nivel de atención técnico científica en presencia de signos de alarma para valoración, estudio y manejo especializado.

❖ *Medidas generales:* Modificar la conducta frente a factores emocionales, relajación mental, ansiedad, depresión, temor, miedo etc. Disminuir el stress. Evitar en la dieta alimentos reconocidos como desencadenantes de cefalea: perros calientes, salchichas, embutidos, tocino y diversos enlatados contienen nitritos y nitratos (efecto vasodilatador), licor. Evitar periodos de ayuno y la deshidratación. Evitar otros factores desencadenantes: viajar en carro, ejercicio físico intenso, exposición al sol, a la luz brillante y colores intensos. Procurar el reposo en cama, sin ruido, sin luz.

❖ *Terapia farmacológica.*

La terapia se orienta según el grado de incapacidad que genere la cefalea conforme a la presente clasificación:

*Grado I:* cefalea que no interfiere con ninguna actividad, no requiere tratamiento farmacológico.

*Grado II:* cefalea que interfiere ligeramente con las actividades y requiere de analgésicos simples.

*Grado III:* cefalea intensa, interfiere con las actividades, pero el usuario puede continuar con lo que está realizando a pesar de la cefalea. Requiere analgésico potente.

*Grado IV:* cefalea totalmente incapacitante. Requiere de la asociación de analgésicos narcótico, antiemético, antimigrañoso, Benzodiazepina.

Controlar el ataque agudo.

➤ *Analgésicos comunes*

*Nombre del medicamento:* acetaminofen + codeína.

*Dosis:* 500 mg acetaminofen + 8 – 30 mg codeína, vía oral, cada ocho horas.

*Duración del tratamiento:* 24 horas.

*Nombre del medicamento:* ergotamina tartrato.

*Dosis:* 1 mg. vía oral cada media hora, máximo tres dosis seguidas.

*Dosis máxima diaria:* 6 mg.

*Duración del tratamiento:* 24 horas.

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA (Continuación)

➤ *Anti inflamatorios no esteroideos (AINES)*

*Nombre del medicamento:* naproxen sódico.

*Dosis:* 750 mg. vía oral, cada 12 horas.

*Duración del tratamiento:* 72 horas

*Nombre del medicamento:* ácido mefenámico.

*Dosis:* 500 mg. vía oral, cada ocho horas.

*Duración del tratamiento:* 72 horas.

*Nombre del medicamento:* ácido tolfenámico.

*Dosis:* 200 – 400 mg. vía oral, cada 12 horas.

*Duración del tratamiento:* 72 horas.

➤ *Anti emético*

*Nombre del medicamento:* metoclopramida.

*Dosis:* 0.2 mg/Kg/dosis vía parenteral, cada 12 horas.

*Duración del tratamiento:* 24 horas.

➤ *Antimigrañoso específico*

*Nombre del medicamento:* sumatriptan.

*Dosis:* 100 mg. vía oral, cada 12 horas.

*Duración del tratamiento:* 24 horas.

Las benzodiazepinas y los analgésicos narcóticos se reservan para uso hospitalario.

- *Tratamiento preventivo (profilaxis).* Se reserva para aquellos usuarios que presentan migraña complicada o que sus crisis son tan frecuentes y severas que interfieran, de una manera importante, con sus actividades diarias.

Los medicamentos de elección son los siguientes:

*Nombre del medicamento:* propanolol.

*Dosis:* 1 – 2 mg/Kg/día, vía oral, repartido en tres tomas.

*Duración del tratamiento:* según evolución.

*Nombre del medicamento:* amitriptilina.

*Dosis:* 10 mg vía oral, en la noche.

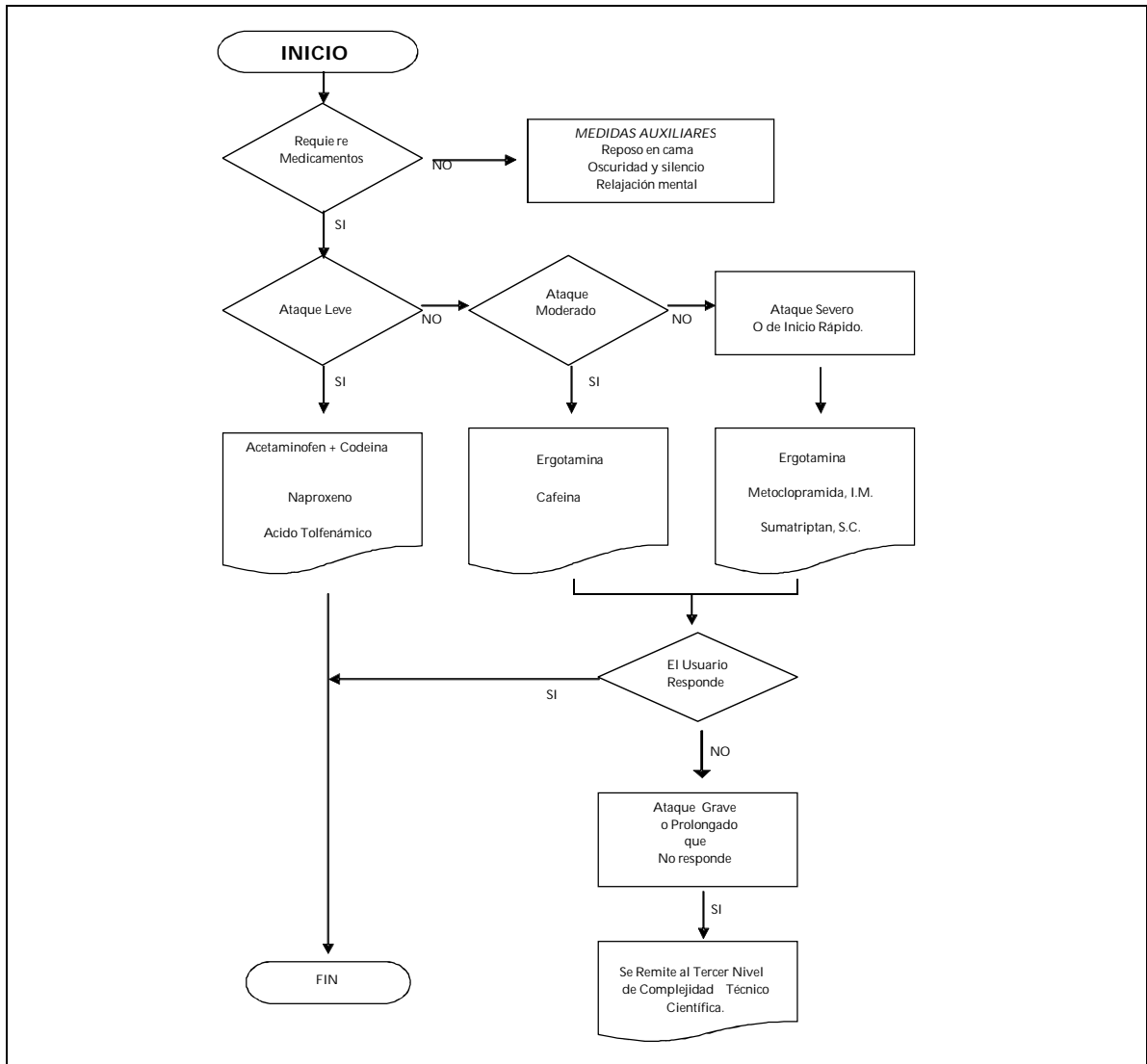
*Duración del tratamiento:* según evolución.



## CONTROL DEL TRATAMIENTO

En 24 horas si persisten los síntomas.

Figura 1. Flujograma del proceso de tratamiento en el ataque agudo de migraña



## BIBLIOGRAFÍA

- ❖ COLOMBIA. SEGURO SOCIAL – ASCOFAME. Guías de Práctica Clínica Basada en la Evidencia: cefalea. Bogotá: Maldonado S.A., 1997.
- ❖ RUEDA S. Miguel, URIBE G. Manuel. Guía Neurológica. Printer Colombiana S.A. 1999. p. 147–167.

## 7.5. CELULITIS (ABSCESOS PIÓGENOS). CIE-10 L980 (10) (16)

### DESCRIPCIÓN

- ❖ *Definición:* Los abscesos en la piel son colecciones de pus de aspecto nodular, firmes, sensibles, eritematosas y fluctuantes que se forman cuando el tejido dérmico y subdérmico se desintegran y son objeto de una necrosis localizada.
- ❖ *Etiología:* Los principales patógenos de los abscesos varían según la localización de la lesión, el *Stafilococo aureus* es más común en abscesos cutáneos y subcutáneos. Este microorganismo prevalece particularmente y con frecuencia como único patógeno de los abscesos del cuello, tronco y extremidades. Muchos de los abscesos ubicados en la región perineal contienen organismos anaerobios de las heces, en particular *Bacteroides*.
- ❖ *Epidemiología:* La infección puede producirse como consecuencia de la colonización cuando una infección primaria se extiende dentro de la dermis o la epidermis. En particular, aumentan durante las épocas calurosas y húmedas. También surgen cuando se desarrolla una infección secundaria en el sitio de una herida o padecimiento de la piel considerados como traumatismos que permiten que los patógenos invadan los tejidos subcutáneos. Esta circunstancia es favorecida por cuanto el 20-30% de los individuos normales llevan constantemente *S. aureus* en las fosas nasales anteriores y los microorganismos pueden transmitirse de las fosas nasales a la piel.

### ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- ❖ *Anamnesis.*
  - *Antecedentes inmediatos:* Herida de piel. Picadura de insecto. Sin causa aparente.
  - *Síntomas generales:* Malestar general. Dolor local, en referencia al sitio de la lesión. Presencia o no de fiebre.
  - *Signos clínicos:* Presencia de nódulo dérmico.
- ❖ *Examen físico:* Temperatura corporal: normal o aumentada. Presencia de formación nodular, eritematosa, caliente, dolorosa, firme, tensa o fluctuante, cubierta por epidermis normal que evidencia la presencia de pus en su interior

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (Continuación)

y que suele tener induración de los tejidos blandos perilesionales. Limitación funcional por dolor del área anatómica comprometida. Coexistencia de adenomegalias dolorosas en la región anatómica adyacente a la lesión.

❖ *Diagnósticos diferenciales:* Orzuelos, Forúnculos, Carbuncos, Hidradenitis supurativa, Paroniquia, Absceso perineal

❖ *Ayudas diagnósticas.*

Se debe identificar mediante cultivo y antibiograma los organismos causantes de abscesos en caso de: usuarios inmunodeficientes, abscesos recurrentes, resistencia comprobada a la terapia.

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

❖ *Medidas generales:* Aplicación de calor local , no realizar digitopresión.

❖ *Terapia farmacológica.*

➤ *Terapia antibiótica*

El uso empírico de antibióticos antiestafilococicos resistentes a la penicilinas puede ser suficiente para tratar un usuario, en buen estado general, con un absceso superficial sin complicaciones. Se usa como primera elección para usuarios no alérgicos a penicilina:

*Nombre del medicamento:* dicloxacilina  
*Dosis:* 500 mg. vía oral, cada seis horas.  
*Duración del tratamiento:* 10 días.

Se usa como primera elección para usuarios alérgicos a penicilina:

*Nombre del medicamento:* eritromicina  
*Dosis:* 500 mg. vía oral, cada ocho horas.  
*Duración del tratamiento:* 10 días.

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA (Continuación)

Se usa como primera elección en caso de absceso perianal:

*Nombre del medicamento:* clindamicina.

*Dosis:* 600 mg, vía oral, cada ocho horas.

*Duración del tratamiento:* 10 – 14 días.

- *Terapia analgésica y anti inflamatoria.*

Según la intensidad del dolor y la limitación funcional de él derivada se empleará:

*Nombre del medicamento:* diclofenaco.

*Dosis:* 75 mg. vía oral, cada 12 horas.

*Duración del tratamiento:* 72 horas.

- *Profilaxis antitetánica*

Reservada para usuarios que han recibido la última dosis de vacuna en tiempo mayor de 10 años.

*Nombre del Medicamento:* toxoide tetánico.

*Dosis:* 0.5 ml. vía intramuscular.

*Duración del tratamiento:* dosis única.

- *Intervención quirúrgica propuesta.*

Drenaje del absceso, previa administración de antibiótico, al menos 2 dosis, y colocación de mecha absorbente por 24 horas.

## CONTROL DEL TRATAMIENTO

En las primeras 24 horas para el retiro de la mecha y al segundo o tercer día para evaluar la eficacia del tratamiento antibiótico.

## BIBLIOGRAFÍA

- ❖ DARMSTADT, Gary. Revista Patient Care. Abscesos cutáneos en niños. Vol. 2 N° 9 Bogotá: P.L.M., 2000. p 36-50.
- ❖ VÉLEZ, Hernán y otros. Fundamentos de Medicina Dermatología. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 1981. 159 – 165.

## 7.6. MICOSIS SUPERFICIALES. CIE-10 B350 – 6 (16)

### DESCRIPCIÓN

- ❖ *Definición:* En su presentación más frecuente es una mancha pápuloescamosa, anular, eritematosa, de crecimiento centrífugo, a menudo con una zona de resolución central y con descamación a lo largo del borde.
- ❖ *Etiología:* Las dermatofitosis están causadas por un grupo de hongos filamentosos muy relacionados con gran propensión a invadir el estrato córneo, pelo y uñas. Los tres géneros responsables de las infecciones por dermatofitos son *Trichofytun*, *Microsporun* y *Epidermophyton*. Las especies de *Trichofytun* originan lesiones de todos los tejidos queratinizados, incluyendo piel, uñas y pelo; las especies de *Microsporun* invaden principalmente el cabello, y las especies de *Epidermophyton* la piel intertriginosa (pliegues cutáneos).
- ❖ *Epidemiología:* Las infecciones por *Epidermophyton* son transmitidas solo por el hombre, pero varias especies de *Trichophyton* y *Microsporun* pueden ser adquiridas tanto de fuentes humanas como no humanas: a partir de la tierra, a partir de animales. Las micosis cutáneas tienen una distribución mundial aunque su prevalencia es favorecida por factores tales como los climas cálidos y húmedos.

Las infecciones cutáneas por hongos se presentaran cuando exista la oportunidad del contacto con microorganismo invasor; es así como, la tiña pedis es fácilmente contraída en suelos contaminados (piscinas, baños) la tiña corporis es transmitida por animales y tiene tendencia a ocasionar reacciones altamente inflamatorias; y las micosis antropofilicas se desarrollan por contacto directo entre personas u objetos personales contaminados.

### ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- ❖ *Anamnesis.*
  - *Antecedentes inmediatos:* Contacto con personas afectadas o mascotas. Contacto con suelos contaminados: baños, piscinas. Afección de otras personas de su entorno (forma epidémica). Descuido de la higiene corporal.

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (Continuación)

- *Síntomas generales:* Prurito local. Ocasionalmente dolor local. Incomodidad general.
- *Signos clínicos:* Áreas anatómicas cubiertas, con calor, humedad. Lesiones máculopapulares, anulares de borde activo. Alopecia focal con descamación. Vesículas, exudado y edema. Onicosis.
- ❖ *Examen físico:* No hay compromiso del estado general del usuario. Hallazgos clínicos según el área anatómica afectada: Áreas de alopecia, redondeadas, con pequeños cabellos fragmentados a pocos milímetros de la superficie del cuero cabelludo con descamación sobre el área afectada. Áreas de alopecia con lesión altamente inflamatoria, granulomatosa, tumefacta, infiltrada, dolorosa, ulcerada, con exudado seropurulento, de tamaño variable. Mancha pápulo escamosa, anular, de progreso centrífugo, eritematosa, con zona de descamación central opaca y borde activo. Pequeñas vesículas localizadas en el arco plantar y regiones laterales del pie, pruriginosas, muy molestas si van con sobreinfección agregada; puede comprometer los espacios interdigitales con maceración y fisuración. Descamación crónica, plantar, de uno o ambos pies, asintomática o pruriginosa; puede afectar también el borde y el dorso del pie. Descamación asintomática y usualmente unilateral de la mano. Destrucción de la placa ungueal, con desprendimiento de la misma y acumulación de un material amarillo y pulverulento que generalmente se inicia en el borde libre de la uña.
- ❖ *Diagnósticos diferenciales:* Dermatitis atópica. Dermatitis seborreica. Pitiriasis versicolor. Psoriasis de las uñas. Pitiriasis rosada.
- ❖ *Ayudas diagnósticas.* Examen directo con hidróxido de potasio al 10% (KOH): permite el diagnóstico inmediato de la micosis superficial.

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

- ❖ *Medidas generales:* Baño diario con agua y jabón. Mantener vestidos poco ceñidos. Uso de sandalias en caso de micosis de los pies. Mantener la piel seca.
- ❖ *Terapia farmacológica.*
  - *Terapia con anti fúngicos tópicos*

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA (Continuación)

*Nombre del medicamento:* nitrato de isoconazol al 1%.

*Dosis:* aplicación tópica 1 – 2 veces al día.

*Duración del tratamiento:* 2 – 3 semanas.

*Nombre del medicamento:* tioconazol al 1 – 28%.

*Dosis:* aplicación tópica 1 – 2 veces al día.

*Duración del tratamiento:* 2 – 3 semanas.

➤ *Terapia con anti fúngicos sistémicos*

*Nombre del medicamento:* fluconazol.

*Dosis:* 1 cápsula de 150 mg. vía oral, cada siete días.

*Duración del tratamiento:* 6 – 8 semanas.

➤ *Terapia con antibióticos sistémicos*

Opcional, en caso de coexistir infección bacteriana sobre agregada. Se usa como primera elección para usuarios no alérgicos a penicilina:

*Nombre del medicamento:* dicloxacilina

*Dosis:* 500 mg. vía oral, cada seis horas.

*Duración del tratamiento:* 10 días.

Se usa como primera elección para usuarios alérgicos a penicilina:

*Nombre del medicamento:* eritromicina

*Dosis:* 500 mg. vía oral, cada ocho horas.

*Duración del tratamiento:* 10 días.

## CONTROL DEL TRATAMIENTO

En las primera semana para evaluar la tolerancia y eficacia del tratamiento, y según evolución en la cuarta y octava semana.

## BIBLIOGRAFÍA

- ❖ VÉLEZ, Hernán y otros. Fundamentos de Medicina Dermatología. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 1981. 135 – 143.

## 7.7. BRONQUITIS. CIE-10 J219 (17)

### DESCRIPCIÓN

- ❖ *Definición:* Enfermedad caracterizada por inflamación aguda de la mucosa del árbol traqueobronquial que da como resultado tos productiva y síntomas sistémicos.
- ❖ *Etiología:* Los virus aparecen como responsables en 50% de los casos, y los más comunes son rinovirus y adenovirus. Con menor frecuencia se encuentran implicados los virus de la influenza A y B, parainfluenza, virus sincitial respiratorio, coxsackie y coronavirus. La etiología bacteriana es menos frecuente. El *Mycoplasma pneumoniae* constituye la segunda causa de infección ( 10% - 25% de los casos). Otras bacterias que pueden causar bronquitis son: *Moraxella catarrhalis* , *Clamidia pneumoniae*, *Bordetella pertussis*.
- ❖ *Epidemiología:* La bronquitis se presenta más bien como en asociación con un número variable de otras enfermedades del tracto respiratorio alto y casi siempre está afectada la tráquea. Parece que algunas personas son más susceptibles que otras a la traqueobronquitis aguda, las razones se desconocen, pero la alergia, el clima, la polución del aire y las infecciones crónicas del tracto respiratorio superior, particularmente la sinusitis, pueden ser factores que contribuyan a ello.

### ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- ❖ *Anamnesis.*
  - *Antecedentes inmediatos:* Suele ser precedida por infecciones comunes del tracto respiratorio. Inhalación de algunos agentes nocivos: gases, polvos. Broncoaspiración de contenido alimenticio.
  - *Síntomas generales:* Malestar general. Coriza. Cefalea. Dolor de garganta. Dolor retroesternal. Fiebre moderada.
  - *Signos clínicos:* Tos seca inicialmente. Ronquera. Disnea, polipnea. Cianosis.
- ❖ *Examen físico:* Temperatura corporal aumentada. Aumento de la frecuencia respiratoria. Movilización de secreciones en árbol bronquial. Expectorcación de



## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (Continuación)

flemas mucoides. Expectoración de esputo purulento si hay sobreinfección. Disnea y cianosis en caso de compromiso de los bronquios más pequeños. Se pueden auscultar roncus y sibilancias expiratorias.

- ❖ *Diagnósticos diferenciales.* Es usualmente obvio el diagnóstico por el cuadro clínico.
- ❖ *Ayudas diagnósticas.*
  - Laboratorio Clínico: Cuadro hemático.
  - Imágenes diagnósticas: No hay a menudo signos radiológicos.

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

- ❖ *Medidas generales:* Se debe permanecer en reposo durante el estado agudo. Realizar inhalaciones de vapor caliente. Incluir en la dieta abundantes líquidos. Evitar los cambios bruscos de temperatura ambiente y no exponerse a la brisa fría.
- ❖ *Terapia farmacológica.*
  - *Terapia analgésica antipirética*

*Nombre del medicamento:* acetaminofen.  
*Dosis:* 500 mg. vía oral, cada seis horas.  
*Duración del tratamiento:* 3 a 5 días.
  - *Terapia descongestionante*

*Nombre del medicamento:* pseudoefedrina.  
*Dosis:* 60 mg. vía oral, cada 12 horas.  
*Duración del tratamiento:* 3 a 5 días.
  - *Terapia anti alérgica*

*Nombre del medicamento:* desloratadina.  
*Dosis:* 5 mg. vía oral, cada 24 horas.  
*Duración del tratamiento:* 3 a 5 días.

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA (Continuación)

*Nombre del medicamento:* cetirizina diclorhidrato.

*Dosis:* 5 mg. vía oral, cada 12 horas.

*Duración del tratamiento:* 3 a 5 días.

➤ *Terapia antitusiva*

Se reserva para casos que cursen con tos seca persistente sin evidencia de infección sobre agregada.

*Nombre del medicamento:* dihidrocodeína.

*Dosis:* 20 – 30 mg. vía oral cada 8 – 12 horas.

*Duración del tratamiento:* 1 –2 días.

➤ *Terapia con antibióticos sistémicos.* Su uso está indicado en presencia de infección bacteriana.

Se usa como primera elección para usuarios no alérgicos a penicilina:

*Nombre del medicamento:* fenoximetil penicilina.

*Dosis:* 500 mg. vía oral, cada ocho horas.

*Duración del tratamiento:* 10 días.

*Nombre del medicamento:* amoxicilina trihidrato.

*Dosis:* 750 mg. vía oral, cada 12 horas.

*Duración del tratamiento:*

Se usa como primera elección para usuarios alérgicos a penicilina:

*Nombre del medicamento:* eritromicina.

*Dosis:* 500 mg. vía oral, cada ocho horas.

*Duración del tratamiento:* 10 días.

## CONTROL DEL TRATAMIENTO

En las primeras 24 – 48 horas para evaluar la evolución y eficacia del tratamiento sintomático.

## BIBLIOGRAFÍA

VÉLEZ, Hernán y otros. Fundamentos de Medicina Neumología. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 1981. p. 249 – 251.

## 7.8. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA. CIE-10 AO9X (11)

### DESCRIPCIÓN

- ❖ *Definición:* Síndrome clínico de etiología diversa que se acompaña de la expulsión frecuente de heces de menor consistencia de lo normal.
- ❖ *Etiología:* La principal causa de diarrea es la viral, ocupando lugar especial el Rotavirus ( 40 a 60% de todos los casos). Otros agentes etiológicos los constituyen la E. Coli enteropatónena, Shiguella, Salmonella, Entamoeba histolítica, Giardia, Campylobacter y Yersinia.
- ❖ *Epidemiología:* La mayor incidencia de diarrea se presenta durante los meses cálidos de verano, con menor precipitación de aguas. El calor dificulta la producción y almacenamiento de alimentos favoreciendo la proliferación de microorganismos y la contaminación por acúmulo de basuras con aumento de trasmisores como las moscas. Ciclo ano – boca.

### ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- ❖ *Anamnesis*
  - *Antecedentes inmediatos:* Ingestión reciente de alimentos poco frecuentes en la dieta o en estado de conservación deficiente. Ingestión reciente de cerveza. Ingestión de agua o alimentos con sospecha de estar contaminados. Ingestión de fármacos. Evidencia de otras personas con cuadro clínico similar.
  - *Síntomas generales:* Dolor abdominal, tipo retortijon. Distensión abdominal. Fiebre. Sensación de sed. Pujo y tenesmo rectal. Malestar general, náuseas, vómito.
  - *Signos clínicos:* Urgencia para defecar. Presencia de mucosa oral seca. Orinas escasas.
- ❖ *Examen físico:* Temperatura corporal elevada o no. Frecuencia de pulso elevada (taquicardia). Presencia de mucosa oral seca. Aumento de ruidos intestinales. Distensión dolorosa de asas intestinales, marco cólico izquierdo.

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (Continuación)

- ❖ *Diagnósticos diferenciales:* Síndrome diarreico de etiología viral. Síndrome diarreico de etiología bacteriana invasiva o no invasiva. Síndrome diarreico de etiología parasitaria. Síndrome diarreico de etiología micótica (candidiásica). Síndrome diarreico por intolerancia alimenticia (cerveza).
- ❖ *Ayudas diagnósticas.* Dependiendo de la severidad del cuadro clínico y del estado general del usuario se deben solicitar:
  - *Laboratorio Clínico:* Cuadro hemático. Coprológico. Coproscópico.

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

El manejo se orienta según la sospecha etiológica de cada caso en particular.

- ❖ *Medidas generales:* Reposo digestivo por 6 horas en presencia de vómito. Reinicio temprano de ingesta de líquidos y electrolitos (sales de rehidratación oral). Permanecer en la residencia.
- ❖ *Terapia farmacológica.*
  - *Bactericida de amplio espectro*

*Nombre del medicamento:* trimetoprim y sulfametoxazol.  
*Dosis:* 160 y 800 mg. vía oral, cada 12 horas.  
*Duración del tratamiento:* cinco días.
  - *Antiamibiano*

*Nombre del medicamento:* metronidazol.  
*Dosis:* Metronidazol, 250 mg. vía oral, cada ocho horas.  
*Duración del tratamiento:* cinco días.

*Nombre del medicamento:* secnidazol.  
*Dosis:* 2 gramos, vía oral, cada día.  
*Duración del tratamiento:* dos días.

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA (Continuación)

➤ *Antimicóticos de uso local*

*Nombre del medicamento:* nistatina.

*Dosis:* 500.000 U.I, vía oral, cada cuatro horas.

*Duración del tratamiento:* dos días.

➤ *Antiemético:* Uso restringido para casos de diarrea y vómito por intolerancia alimenticia.

*Nombre del medicamento:* metoclopramida.

*Dosis:* 10 mg. vía parenteral.

*Duración del tratamiento:* dosis única.

➤ *Antidiarreico.* Uso restringido como medicamento coadyuvante para episodios diarreicos profusos cuando ya se ha iniciado el tratamiento etiológico.

*Nombre del medicamento:* difenoxilato y atropina.

*Dosis:* 2.5 – .025 mg. Respectivamente, vía oral, cada ocho horas.

*Duración del tratamiento:* 24 horas.

*Nombre del medicamento:* racecadotriilo.

*Dosis:* una cápsula de 100 mg. vía oral, cada ocho horas.

*Duración del tratamiento:* tres días.

## CONTROL DEL TRATAMIENTO

En las primeras 24 horas para control de laboratorios y evaluación de tolerancia y efectividad del tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

HARRISON. Principios de Medicina Interna. España: Interamericana. McGrau Hill, 1995. p. 72-75

## 7.9. SÍNDROME DISPÉPTICO. CIE-10 K529 (12) (18)

### DESCRIPCIÓN

- ❖ *Definición:* Es un trastorno gastrointestinal funcional caracterizado por dolor abdominal crónico o recidivante, una alteración irregular de los hábitos intestinales y a menudo distensión abdominal, en un usuario sin evidencia de enfermedad orgánica relacionada.
- ❖ *Etiología:* A luz actual de conocimientos sobre el Síndrome Dispéptico una gran variedad de consideraciones, por cierto disímiles, tratan explicar dónde se encuentra el defecto: trastorno de motilidad, trastorno dietético, trastorno neurológico, anomalía sensitiva, interacción intestino-cerebro anómala e incluso estados de tensión emocional pueden alterar la función intestinal de forma aguda. Su gran variabilidad en el tiempo hace poco probable que su origen se encuentre en una anomalía fija.
- ❖ *Epidemiología:* El Síndrome dispéptico ha afectado a través del tiempo a toda la humanidad, difícilmente ningún adulto, hombre o mujer, puede afirmar que no ha sufrido alguna vez dolores abdominales, alteraciones del hábito deposicional, o haber notado hinchazón o distensión abdominal. En la mayor parte de estudios de población, la prevalencia del síndrome dispéptico es el doble en las mujeres que en los varones. Es una afección crónica, aunque recurrente, en la que episodios activos de síntomas van seguidos de periodos de relativa inactividad. Así pues, raramente se cura para la mayor parte de pacientes.

### ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- ❖ *Anamnesis.*
  - *Antecedentes inmediatos:* Intolerancia a los alimentos: grasas, condimentos, gaseosas, etc. Excesiva actividad motora colónica post prandial. Situaciones de ansiedad, depresión, stress (somatización). Abuso de laxantes.
  - *Síntomas generales:* Dolor abdominal. Distensión abdominal, disconfort abdominal. Borborigmos. Sensación de vaciamiento rectal incompleto. Apetito conservado.
  - *Signos clínicos:* Distensión abdominal. Hemorragia rectal (signo de alarma). Pérdida inexplicable de peso. Temperatura elevada, vómito. Estreñimiento.

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (Continuación)

- ❖ *Examen físico:* Aumento del peristaltismo intestinal. Distensión de asas intestinales. Marco cólico tenso, doloroso. Exploración pélvica bimanual normal. Tacto rectal normal.
- ❖ *Diagnósticos diferenciales:* Colitis ulcerosa. Enterocolitis infecciosa. Colitis amibiana. Intolerancia a disacáridos.
- ❖ *Ayudas diagnósticas.* Con el propósito de detectar problemas orgánicos se solicita.
  - *Laboratorio Clínico:* Cuadro hemático. V.S.G. Coproscópico

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

- ❖ *Medidas generales:* Recomendaciones para la dieta libre de: grasa, condimentos, bebidas carbonatadas, frijol. Preferir alimentos ricos en fibra vegetal, abundantes líquidos. Comer lentamente para evitar la deglución de aire. Realizar ejercicio físico atlético. Reducción del stress y solución de problemas psicológicos. Evitar los reconocidos factores precipitantes.
- ❖ *Terapia farmacológica.* En razón de la variabilidad extrema de los síntomas, la terapia debe ser individualizada y prescrita con base en los requerimientos personales para las exacerbaciones de los síntomas.
  - *Agentes expansores de volumen*

*Nombre del medicamento:* fibra natural laxante (Psyllium)  
*Dosis:* individualizada según la respuesta del usuario.  
*Duración del tratamiento:* ocho semanas.
  - *Laxante no estimulante*

*Nombre del medicamento:* lactulosa.  
*Dosis:* 15 – 30 ml. vía oral, por día.  
*Duración del tratamiento:* 4 – 8 semanas.

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA (Continuación)

➤ *Antidiarreico*

*Nombre del medicamento:* loperamida.

*Dosis:* 1 tableta por 2 mg. vía oral, cada 12 horas.

*Duración del tratamiento:* 1 – 2 semanas.

➤ *Espasmolítico*

*Nombre del medicamento:* mebeverina clorhidrato.

*Dosis:* una cápsula de 200 mg. vía oral, cada 12 horas.

*Duración del tratamiento:* 4 – 8 semanas.

*Nombre del medicamento:* trimebutina maleato.

*Dosis:* un comprimido de 300 mg. vía oral cada 12 horas.

*Duración del tratamiento:* 4 – 8 semanas.

## CONTROL DEL TRATAMIENTO

En la primera y cuarta semana para evaluar tolerancia y efectividad del tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- ❖ HEATON, Kenneth W., THOMPSON W. Grant. Síndrome del Intestino Irritable. J&C ediciones Médicas, S.L. 2000. p 60.
- ❖ VÉLEZ, Hernán y otros. Fundamentos de Medicina Gastroenterología. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 1981. p. 161 – 162.



## 7.10. CONJUNTIVITIS – BLEFARITIS. CIE-10 H103 (7)

### DESCRIPCIÓN

- ❖ *Definición:* Dilatación de vasos sanguíneos de la conjuntiva asociada a edema, dolor, fotofobia, prurito ocular, en ocasiones visión borrosa y presencia de lagrimeo y secreciones.
- ❖ *Etiología:* La inflamación conjuntival es usualmente causada por agentes bacterianos (Estafilococo dorado, Haemophilus, Streptococo pneumoniae), virales (Adenovirus, Enterovirus) y alérgicos de muy diversa variedad: físicos, químicos.
- ❖ *Epidemiología:* Se presentan durante todas las épocas del año dependiendo directamente de la oportunidad de agresión de los diferentes agentes etiológicos. No hay diferenciación por sexo. Las conjuntivitis de causa bacteriana suelen afectar uno solo de los ojos. Las conjuntivitis virales suelen presentarse epidémica y las alérgicas son más frecuentes en época de verano; tanto virales como alérgicas suelen afectar ambos ojos.

### ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- ❖ *Anamnesis.*
  - *Antecedentes inmediatos:* Exposición reciente a un factor desencadenante: cuerpo extraño, trauma, luz intensa, brisa, etc. Relación cercana con personas que presentan conjuntivitis bacteriana o viral.
  - *Síntomas generales:* Prurito ocular. Fotofobia. Dolor retro ocular. Visión empañada.
  - *Signos clínicos:* Dilatación capilares y edema de la conjuntiva. Edema y eritema palpebral. Presencia de lagrimeo y secreciones purulentas.
- ❖ *Examen físico:* Explorar tono ocular, comparativo. Exploración de Agudeza visual. Realizar eversión de los párpados en busca de cuerpos extraños. Presencia de hemorragias subconjuntivales. Hiperemia localizada. Hiperemia central o periquerática. Hiperemia periférica. Secreción purulenta conjuntival. Edema, eritema palpebral.

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (Continuación)

- ❖ *Diagnósticos diferenciales:* Blefaroconjuntivitis aguda. Cuerpo extraño conjuntival. Erosión corneal. Iridociclitis aguda. Glaucoma agudo.
- ❖ *Ayudas diagnósticas.* El diagnóstico generalmente se realiza con la observación clínica y no se requiere de estudios de laboratorio.

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA

- ❖ *Medidas generales:* Protección ocular de la luz, de la polución, higiene de las manos, y protección ocupacional (uso de anteojos). Digitopresión periódica sobre sacos lacrimales.
- ❖ *Terapia farmacológica.* Se orienta según sea la causa presuntiva: bacteriana o alérgica.

- *Antibióticos tópico*

*Nombre del medicamento:* ácido fusídico.

*Dosis:* dos gotas en el ojo afectado cada 12 horas.

*Duración del tratamiento:* 7 – 14 días.

*Nombre del medicamento:* gentamicina.

*Dosis:* dos gotas en el ojo afectado cada cuatro horas.

*Duración del tratamiento:* 4 – 6 días.

*Nombre del medicamento:* tobramicina.

*Dosis:* dos gotas en el ojo afectado cada cuatro horas.

*Duración del tratamiento:* 4 – 6 días.

- *Anti infeccioso, anti inflamatorio tópico*

*Nombre del medicamento:* dexametasona, neomicina, polimixina B.

*Dosis:* dos gotas en el ojo afectado cada cuatro horas.

*Duración del tratamiento:* 4 – 5 días.

## ORIENTACIÓN TERAPÉUTICA (Continuación)

➤ *Anti alérgico tópico*

*Nombre del medicamento:* cromoglicato sódico.

*Dosis:* dos gotas en cada ojo cada seis horas.

*Duración del tratamiento:* según evolución.

➤ *Corticosteroide tópico*

*Nombre del medicamento:* dexametasona

*Dosis:* dos gotas en cada ojo cada seis horas.

*Duración del tratamiento:* según evolución, máximo por 5 días.

## CONTROL DEL TRATAMIENTO

En las primeras 24 – 48 horas para evaluar efectividad del tratamiento.

## BIBLIOGRAFÍA

COLOMBIA. CORPORACIÓN CIENTÍFICA DE MÉDICOS HOSPITAL INFANTIL LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS. Usuario Pediátrico. Bogotá: Catálogo Científico, 1985. p. 513

## 8. MECANISMOS DE CONTROL

Para efectos de control en el proceso y calidad de la atención de los usuarios se consideran pertinentes los mecanismos de control definidos en el Cuadro N° 5:

**Cuadro N° 5: Mecanismos de Control.**

N°	¿Qué se Controla?	¿Cómo se Controla?	¿Quién Controla?	Instrumento para el Control.
1	Identificación del Estudiante	Presentación del Documento de Identificación Personal	Auxiliar de Enfermería	Cédula de Ciudadanía Tarjeta de Identidad Carné Estudiantil
2	Derecho al Servicio	Presentación del Recibo de Pago de la Última Matrícula	Auxiliar de Enfermería	Recibo de Pago de la Última Matrícula
3	Asignación de Cita para la Consulta	Revisión de Inscritos para Consulta Médica	Médico	Libro de Registro de Citas para Consulta Médica
4	Registro de Evolución de Historia Clínica	Revisión de la Historia Clínica	Auditoria Médica	Historia Clínica
5	Registro Individual de Prestación del Servicio (RIPS)	Revisión del Registro Individual de Prestación del Servicio	Auditoria Médica	Folio de Registro de Prestación del Servicio
6	Calidad de la Historia Clínica.	Revisión de la Historia Clínica	Comité de Historias Clínicas	Historia Clínica
7	Grado de Satisfacción del Usuario	Encuestas de Satisfacción	Oficina de Control Interno	Formulario de Evaluación de la Calidad del Servicio en Dependencias de la USCO
8	Notificación de Enfermedades	Revisión de Informe de Eventos de Notificación Obligatoria.	Auditoria Médica	Listado de Eventos de Notificación al Nivel Nacional

## **9. EVALUACIÓN**

De conformidad con la Resolución 1995 del 08 de julio de 1999, corresponde al Comité de Historias Clínicas elaborar, sugerir y vigilar el cumplimiento del Manual de Normas y Procedimientos de los Registros Clínicos del Prestador, incluida la historia clínica, para cumplir éste propósito el propio Comité de Historias Clínicas, una vez sea constituido, desarrollará lo pertinente para que un asesor de Auditoria Médica realice la evaluación del cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica del Servicio Médico de la División de Bienestar de la Universidad Surcolombiana, con una periodicidad no mayor de 6 meses, centrando la atención en la existencia y veracidad de los registros de control, de los datos estadísticos ofrecidos en los informes de actividades realizadas, en la calidad integral de las historias clínicas y determinando el índice de cumplimiento de la Guías de Manejo y la adopción de las recomendaciones sugeridas para su mejoramiento hechas en evaluaciones anteriores.

## 10. INDICADOR DE GESTIÓN

Como herramienta de mejoramiento, control y garantía de calidad, al vigilar el proceso de atención integral de los usuarios, el cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica constituyen un indicador elocuente de la gestión laboral desarrollada en el Servicio Médico de Bienestar Universitario por tal motivo y acogiendo el instructivo que para la formulación de indicadores de gestión ha propuesto el Ministerio de Salud, en el Programa de mejoramiento de los servicios de salud en Colombia, se elabora el siguiente indicador:

**Cuadro 6. Instructivo para la formulación de indicadores de gestión.**

Producto: GUÍAS DE PRACTICA CLÍNICA	
Nombre del Indicador	Índice de cumplimiento de Guías de Práctica Clínica.
Objetivo	Vigilar el <i>proceso de atención integral</i> de los usuarios.
Interpretación	Expresa la proporción de cumplimiento de la Guías de Práctica Clínica respecto al total de casos atendidos en términos porcentuales.
Tipo de Indicador	Calidad.
Nivel de Comparación	Se ha definido por consenso alcanzar el 100% de aplicación en el primer año.
Nivel de desagregación	Se debe generar para cada una de las 10 patologías conocidas como más frecuentes.
Periodicidad	Semestral.
Definición operacional	Se trata de una proporción.
Datos requeridos	Número de usuarios en quienes se cumplió la Guía de Manejo de una determinada patología en un periodo. Número total de usuarios que consultaron por esa patología en el periodo.
Fuente de datos	Registro individual de prestación del servicio. Historia Clínica.
Responsable de generar datos	Servicio médico. Médico. Auxiliar de Enfermería.
Responsable de generar indicadores	Médico. Comité de historias clínicas.
Responsable de toma de decisiones	Jefe División de Bienestar Universitario. Jefe Oficina de Control Interno.

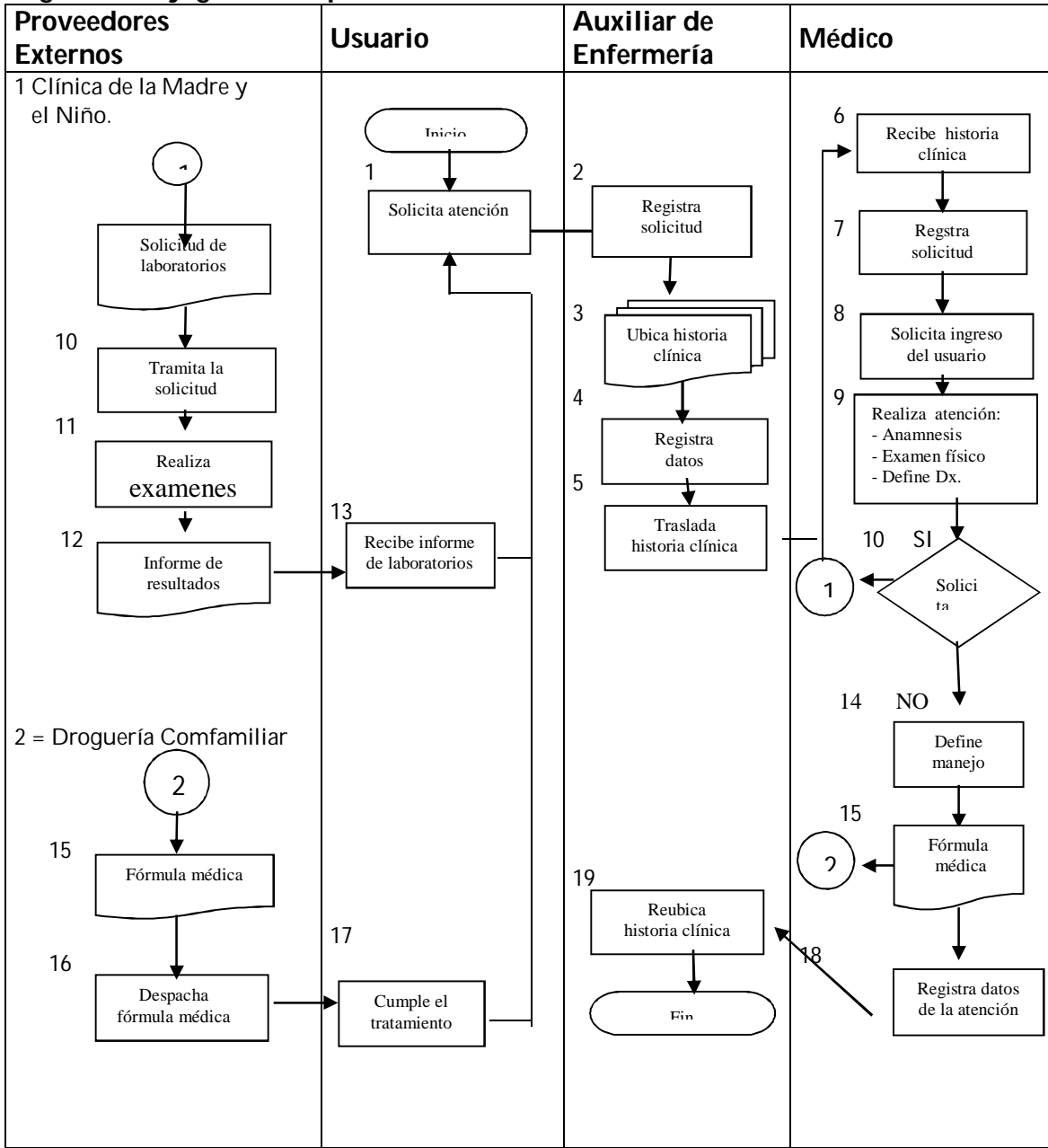
El enunciado del indicador es el siguiente:

Índice de cumplimiento de guías de manejo	=	$\frac{\text{Número de usuarios en quienes se cumplió la guía de manejo de una determinada patología en el período}}{\text{Número total de usuarios que consultaron por esa patología en el mismo periodo}} \times 100$
---	---	---

## 11. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN

El proceso ordenado y lógico para la atención médica de los usuarios del Servicio Médico se presenta en forma gráfica procurando integrar de ésta manera la secuencia de actividades desarrolladas según el cargo de quien en un determinado momento es responsable directo de la atención, Ver Figura 2.

**Figura 2. Flujoograma del proceso de atención médica ambulatoria.**





## **12. SOCIALIZACION**

Una vez adoptado el Manual de Guías de Practica Clínica del Servicio Médico de la División de Bienestar de la Universidad Surcolombiana, mediante Resolución firmada por el señor Rector, y dentro de un periodo no mayor de 4 semanas, se procederá a realizar reuniones de socialización de los contenidos del manual inicialmente con los Médicos Generales y Auxiliar de Enfermería del Servicio Médico.

Se solicitará un espacio especial durante las Reuniones Periódicas de Autoevaluación de la División de Bienestar Universitario para participar a los demás integrantes del equipo de trabajo de de la división los logros y componentes del Manual de Guías de Practica Clínica.

Con la participación de delegados del Concejo Superior Estudiantil Universitario, de la Oficina de Planeación, de la Oficina de Control Interno, con la Jefe de la División de Bienestar Universitario y con el Médico coordinador del Servicio Médico se adelantará una reunión formal para analizar en detalle cada uno de los componentes del manual definiendo las competencias de cada uno de los participantes para el mejoramiento del manual.

Finalmente, dentro del Proceso de Inducción a los estudiantes de cada semestre académico se dará suficiente ilustración sobre el desarrollo de las actividades ofrecidas en el Servicio Médico y contenidas en el Manual de Guías de Practica Clínica.

De cada una de éstas actividades se dejará constancia a manera de acta de cumplimiento del fin propuesto.

### 13. VADEMECUM DEL MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS

MEDICAMENTOS	
Acetaminofen	76
Ácido fusídico	77
Ácido mefenámico	77
Amitriptilina	78
Amoxicilina	79
Cetirizina	80
Clindamicina	81
Cromoglicato oftálmico	83
Dexametasona	84
Diclofenaco	84
Dicloxacilina	86
Difenoxilato y atropina	87
Dehidrocodeína	90
Ergoben	91
Eritromicina	91
Fenoximetil –penicilina	93
Fibra vegetal	94
Gentamicina oftálmica	94
Lactulosa	96
Lincomicina	98
Loperamida	99
Loratadina	100
Loratadina – acetaminofen – pseudoefedrina	101
Mebeyerina	102
Metoclopramida	103
Metronidazol	104
Naproxen	105
Neomicina – polimicina – dexametasona	106
Nistatina	107
Penicilina benzatinica	108
Propanolol	108
Secnidazol	110
Sucralfato	111
Sumatriptan	112
Tioconazol	112
Tobramicina	113
Toxoide tetánico	114
Trimebutina	114
Trimetoprim-sulfametoxazol	115

## ACETAMINOFEN - MK.

Analgésico, antipirético.

### Descripción

Eficaz analgésico-antipirético, para el alivio temporal del dolor leve o moderado, con mejor tolerancia gástrica que los antiinflamatorios no esteroides (AINE).

### Composición

Cada tableta contiene: 500 mg de acetaminofén. Cada 5 ml contienen: 150 mg de acetaminofén; excipientes c.s.

### Indicaciones

Fiebre, dolor de cabeza, dolor de oído, dolor de dientes, dolor neurálgico y dolor posquirúrgico.

### Dosificación

*Adultos:* 1 a 2 tabletas 3 a 4 veces al día.

### Contra indicaciones

Hipersensibilidad al acetaminofén, insuficiencia hepática o renal. Si los síntomas persisten durante más de tres días, consulte a su médico.

### Reacciones adversas

Erupciones cutáneas, urticaria hepatotoxicidad, trastornos renales y depresión medular.

### Advertencias

Insuficiencia hepática y renal. Usese con precaución en alcoholismo.

### Interacciones

Existen algunas reacciones contradictorias con cloranfenicol, warfarina sódica y zidovudina.

## Presentación

Jarabe pediátrico: ACETAMINOFEN MK 150 mg/5 ml: frasco por 90 ml (Reg. No. INVIMA M-002857 R2). Tabletas: ACETAMINOFEN MK 500 mg: caja por 20 y 100 tabletas (Reg. No. INVIMA M-007907 R1). Tabletas recubiertas: ACETAMINOFEN MK 500 mg: frasco por 24 tabletas recubiertas (Reg. No. INVIMA M-015015).

## ÁCIDO FUSÍDICO – ROCHE

Antibiótico oftálmico.

## Composición

Suspensión oftálmica de ácido fusídico microcristalino al 1% en una formulación especial que permite una gradual sesión sostenida. El ácido fusídico es un antibiótico de la familia de los fucidanos, aislado del hongo *Fusidium coccinium*.

## Presentación

Gotas: tubo colapsible por 5 g (Reg. INVIMA No. M-010922-R1).

## ACIDO MEFENAMICO – MK

Antipirético.

## Descripción

Antiinflamatorio no esteroide, no narcótico con propiedades analgésicas y antipiréticas.

## Composición

Cada tableta contiene 500 mg de ácido mefenámico.

## Propiedades

Inhibe la ciclooxigenasa, de modo predominante.

## Indicaciones

Analgésico, antipirético, anti inflamatorio.

## Dosificación

*Mayores de 14 años:* 500 mg iniciales, continuar con 500 mg cada 8 horas con las comidas, máximo durante 7 días.

## Contra indicaciones

Hipersensibilidad al ácido mefenámico y sus derivados, enfermedad ácido péptica, pacientes con daño hepático o renal. Adminístrese con precaución en pacientes epilépticos. El tratamiento no debe durar más de 7 días.

## Reacciones adversas

Náuseas, vómito, diarrea, anemia hemolítica y alteraciones en la fórmula blanca reversibles al suspender el tratamiento, somnolencia, vértigo, visión borrosa, nerviosismo, cefalea, urticaria, eritema, edema facial, disuria, hematuria, otalgia, diaforesis y palpitaciones ocasionales.

## Precauciones

Pacientes anti coagulados o con antecedentes de asma, sangrado gastrointestinal activo, embarazo, menores de 14 años. En caso de eritema o diarrea la medicación debe suspenderse. No tomar simultáneamente con alcohol. La administración en animales de experimentación de algunos AINE con excepción del ácido acetilsalicílico, concomitantemente con dosis muy altas de quinolonas ha demostrado que puede producir convulsiones.

## Presentación

Caja por 100 tabletas de 500 mg (Reg. No. M-009407).

## AMITRIPTILINA – LAKOR

Antidepresivo.

## Descripción

La amitriptilina es un agente antidepresivo.

## Composición

Cada tableta contiene: amitriptilina 25 mg.

## Indicaciones

Tratamiento de enfermos con depresión moderada a grave.

## Dosificación

*Adultos:* inicial 50-75 mg (ancianos y adolescentes 25-50 mg) al día, en tomas repartidas o en dosis única al acostarse, aumentándose gradualmente hasta un máximo de 150-200 mg; dosis de mantenimiento 50 mg-100 mg al día.

## Contra indicaciones

Glaucoma, epilepsia, alcoholismo e hipertrofia prostática.

## Precauciones

Debido al elevado riesgo de suicidio entre los pacientes depresivos y que los antidepresivos se pueden usar para realizar un autoenvenenamiento, y dada la gravedad potencial de la intoxicación, es recomendable prescribir cantidades para períodos cortos, procurando el mayor número de entrevistas y de esta manera ejercer una adecuada vigilancia.

## Presentación

Caja por 30 tabletas de 25 mg. R. INVIMA M-002794

## AMOXICILINA MK – MK

Antibiótico aminopenicilínico.

## Descripción

Penicilina semisintética sensible a la penicilinasas; difiere de la ampicilina en su mayor absorción por vía oral. Los alimentos no afectan su absorción.

## Composición

Cada 5 ml contiene 125 o 250 mg de amoxicilina. Cada cápsula contiene 500 mg de amoxicilina.

## Propiedades

Inhibe la síntesis de la pared celular bacteriana y es inactivada por las betalactamasas.

## Indicaciones

Infecciones producidas por gérmenes sensibles a la amoxicilina.

## Dosificación

*Niños:* 20-40 mg/kg de peso al día repartido en 3 dosis. *Niños mayores de 20 kg:* 250-500 mg cada 8 horas. *Adultos:* entre 250 y 1.000 mg cada 8 horas según la gravedad.

## Contra indicaciones

Hipersensibilidad a las penicilinas y/o cefalosporinas. Adminístrese con precaución a pacientes con insuficiencia renal.

## Reacciones adversas

Erupciones cutáneas, diarrea e indigestión, angioedema, anafilaxia y colitis pseudomembranosa; en estos casos debe discontinuarse.

## Precauciones

Utilizar la suspensión dentro de la fecha indicada y tan pronto se reconstituya. Descartar cualquier sobrante. Almacenar en lugar fresco y seco.

## Presentación

Frasco por 45 ml de polvo para suspensión de 125 mg/5 ml (Reg. INVIMA No. M-000744 R-2). Frasco por 45 o 100 ml de polvo para suspensión de 250 mg/5 ml (Reg. INVIMA No. M-000667 R-2). Caja por 15 o 60 cápsulas de 500 mg (Reg. INVIMA No. M-000743 R-1).

## CETIRIZINA - GENFAR

### Antialérgico

### Descripción

CETIRIZINA Genfar es un inhibidor de la histamina. Posee efectos antialérgico,

antipruriginoso y antiinflamatorio, en pacientes con cuadros clínicos atribuibles a la acción de la histamina.

#### Composición

Cetirizina.

#### Indicaciones

Enfermedades alérgicas o de hipersensibilidad. Rinitis, conjuntivitis y dermatitis alérgicas. Urticaria y asma alérgicas.

#### Dosificación

La dosis en adultos y niños mayores de 6 años es de 10 mg (1 tableta) al día, o según prescripción del médico. Niños de 2 a 6 años, la mitad de la dosis (5 mg) al día.

#### Contra indicaciones

Hipersensibilidad al medicamento. Embarazo y lactancia. Precaución en pacientes con insuficiencia renal en quienes la dosis deberá ser reducida a la mitad de la recomendada.

#### Presentación

CETIRIZINA Genfar Tabletas por 10 mg, caja por 20 tabletas (Reg. Colombia INVIMA No. M-14083).

#### CLINDAMICINA – MK

Antibiótico.

#### Descripción

Es un antibiótico lincosamídico derivado sintético de la lincomicina, que posee una potente actividad contra estreptococos, estafilococos y gérmenes anaerobios que incluyen *Bacteroides fragilis*.

#### Composición

##### Cápsulas

Antibiótico semisintético. Cada cápsula contiene clindamicina clorhidrato equivalente a 300 mg de clindamicina base.



## Descripción

La clindamicina es un antibiótico semisintético derivado de la lincomicina. La potencia del clorhidrato de clindamicina hidratado se expresa en términos de clindamicina. Cada mg del clorhidrato hidratado tiene una potencia no inferior a 800mg de clindamicina. El clorhidrato de clindamicina se hidroliza rápidamente in vivo, transformándose rápidamente en el compuesto activo clindamicina base.

## Propiedades

Puede tener acción bacteriostática o bactericida, dependiendo de la concentración alcanzada por la droga, del sitio de la infección y de la susceptibilidad del organismo infectante. Parece que inhibe la síntesis de las proteínas de los organismos susceptibles al unirse a la subunidad ribosomal 50S; el sitio de acción parece ser el mismo de la eritromicina, cloramfenicol, lincomicina, oleandomicina, y troleandromicina.

## Farmacocinética

Aproximadamente el 90% de la dosis administrada por vía oral se absorbe rápidamente por el T.G.I. sin ser inactivado por la acidez gástrica. La absorción no es apreciablemente afectada por la presencia de alimentos pero la concentración pico en plasma sí se puede ver retardada. Se distribuye por todos los tejidos y fluidos corporales incluyendo la saliva, líquido ascítico, líquido sinovial, huesos y bilis. Se ha reportado una concentración entre el 60 al 80% de la droga en el líquido sinovial y en los huesos, y su penetración no se ve afectada en las articulaciones inflamadas. Atraviesa fácilmente la placenta. Se metaboliza parcialmente a metabolitos bioactivos e inactivos. Los mayores metabolitos bioactivos son *clindamycin sulfoxide* y *N-demethyl-clindamycin* que son excretados por la orina, la bilis y las heces.

## Indicaciones

Infecciones causadas por gérmenes sensibles a la clindamicina. Está indicado en infecciones graves del tracto respiratorio superior o inferior producidas por cepas sensibles, en tonsilitis, faringitis, sinusitis, otitis media, bronquitis, neumonía, empiema y absceso pulmonar; infecciones de la piel y tejido blando como abscesos, acné, forúnculos, celulitis y heridas infectadas; infecciones dentales severas como abscesos periapicales y gingivitis; infecciones graves como osteomielitis y bacteriemia aguda y crónica. Como tratamiento alternativo en ginecología como es el caso de endometritis, infecciones vaginales postquirúrgicas, abscesos tubo-ováricos no gonocócicos, salpingitis y enfermedad inflamatoria pélvica aguda asociado a un antibiótico con espectro adecuado para bacterias Gram (-) aeróbicas. Se ha demostrado efectividad en el tratamiento de cepas susceptibles de *Chlamidia trachomatis*. Asociado a un aminoglucósido ha demostrado ser eficaz en la prevención de la peritonitis, del

absceso intraabdominal posterior a la perforación del intestino.

#### Dosificación

*Adultos*: en infecciones severas la dosis va de 2.400 a 2.700 mg/día en dosis repartidas en 3 o 4 dosis. En infecciones menos graves se utilizan de 1.200 a 1.800 mg al día en 3 o 4 tomas iguales. En cervicitis por *Chlamydia trachomatis* se utilizarán 300 mg cada 6 horas durante 10 a 14 días.

#### Contra indicaciones

Hipersensibilidad al medicamento, recién nacidos, embarazo. Adminístrese con precaución en pacientes con disfunción hepática o renal. Puede producir colitis pseudomembranosa a veces fatal.

Embarazo y lactancia.

La seguridad en mujeres embarazadas no ha sido muy bien establecida; podrá ser utilizada durante el embarazo únicamente cuando exista una necesidad muy clara. Clindamicina es distribuida por la leche materna, por lo tanto la decisión de suspender la droga a la madre lactante debe ser tomada de acuerdo a la importancia del caso.

#### Reacciones adversas

Generalmente es bien tolerada. Con más frecuencia se presenta diarrea en un 10 a 20% de los casos, pero la aparición de colitis pseudomembranosa es el efecto adverso más indeseable. Otras reacciones adversas que se pueden presentar son dolor abdominal, náuseas, vómito, urticaria, prurito, erupciones maculopapulares, rash cutáneo morbiliforme generalizado, alteraciones en las pruebas de función hepática, y vaginitis.

#### Presentación

Caja por 24 cápsulas de 300 mg. Reg. San. No. INVIMA M-015007

#### CROMOGLICATO OFTALMICO – ROEMMERS

#### Composición

Cromoglicato sódico 2% y 4%, preservativos y excipientes cs.

#### Propiedades

CROMOGLICATO OFTALMICO por medio de su efectivo mecanismo antialérgico, estabiliza la membrana de los mastocitos, impidiendo la liberación de los mediadores de la reacción alérgica.

#### Indicaciones

CROMOGLICATO OFTALMICO está indicado en la prevención y tratamiento sintomático de la conjuntivitis alérgica, estacional o perenne.

#### Modo de uso

Instilar 1 o 2 gotas en el (los) saco(s) conjuntival(es) 3 veces al día. El uso diario de CROMOGLICATO OFTALMICO es importante para controlar y evitar la reaparición de los síntomas alérgicos.

#### Contra indicaciones

Hipersensibilidad a sus componentes. Desórdenes cardiovasculares severos. Hipertiroidismo.

#### Presentación

CROMOGLICATO 2%, frasco-gotero por 10 ml (Reg No. M-009059 R-1 M.S.).

CROMOGLICATO 4%: frasco-gotero por 5 ml (Reg. No. M-009060 R-1 M.S.).

#### DEXAMETASONA – ALCON

Antiinflamatorio esteroide.

#### Composición

Cada ml contiene: dexametasona 1 mg, hidroxipropilmetilcelulosa (Isopto) 5 mg, preservativos y estabilizadores cs.

#### Presentación

Envase gotero Drop Tainer con 5 ml. Registro INVIMA No. M-07584-R1.

## DICLOFENACO – NOVARTIS

Antiinflamatorio no esteroideo.

### Composición

Diclofenaco sódico: (gastroresistente) grageas de 50 mg; (liberación lenta) grageas recubiertas SR de 75 mg y grageas retard de 100 mg; supositorios de 100 mg; ampollas de 75 mg/3ml para administración intravenosa e intramuscular.

### Indicaciones

Analgésico, antiinflamatorio no esteroide. Formas inflamatorias de reumatismo (grageas, grageas SR, grageas retard, supositorios, ampollas IM). En formas de reumatismo degenerativo no articular (grageas, grageas recubiertas SR, grageas retard, supositorios, ampollas IM). Dolor e inflamación postraumático (todas las formas farmacéuticas, ampollas IM, únicamente) y dolor e inflamación post operatorio (todas las formas). Gota aguda (grageas, supositorios, ampollas IM). Dismenorrea y anexitis (grageas, grageas recubiertas SR, grageas retard, supositorios). Ataques de migraña (supositorios y ampollas IM). Cólicos renales y biliares (ampollas IM). Como coadyuvante en infecciones severas de oído, nariz y garganta (grageas, supositorios). Ampollas de 75 mg/3ml: analgésico, anti inflamatorio no esteroide. Alterno en el tratamiento sintomático de la migraña.

### Dosificación

*Adultos:* 75-150 mg/día en dosis divididas (en dismenorrea y ataques de migraña : hasta 200 mg/día). *Niños mayores de 12 meses:* 0.5-3mg/kg/día. Ampollas IM o IV: 1 o 2 días al máximo como terapia inicial. Las ampollas por vía intravenosa no deben ser administradas mediante inyección de bolo. Para administración intravenosa debe diluirse el contenido de una ampolla con 100-500 ml de solución salina al 0.9% o glucosa al 5% bufferizada con 0.5 ml de solución de bicarbonato de sodio al 8.4% o 1ml al 4.2%. Ampollas IV: dolor posoperatorio únicamente.

### Contra indicaciones

Primer trimestre del embarazo. Hipersensibilidad al medicamento; a los excipientes o al metabisulfito sódico en el caso de las ampollas. Al igual que otros fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINE), DICLOFENACO está también contraindicado en los pacientes que padecen ataques de asma, urticaria o rinitis aguda tras la administración de ácido acetilsalicílico u otros medicamentos que inhiben la actividad de la prostaglandina-sintetasa. *Supositorios:* ulcera gástrica o intestinal, hipersensibilidad conocida al diclofenaco u otros antiinflamatorios no esteroidales. Hipersensibilidad conocida al metabisulfito sódico (ampollas) u otros excipientes.

## Reacciones adversas

*Ocasionalmente:* trastornos gastrointestinales, cefaleas, mareo, vértigo, exantemas; aumento de las transaminasas en suero. Reacciones locales tras la inyección IM. *Raras veces:* úlcera gástrica o intestinal, hemorragia gastrointestinal, anomalías de la función renal; hepatitis; reacciones de hipersensibilidad. *En casos aislados:* pancreatitis, formación de diafragmas intestinales, meningitis aséptica, neumonitis; eritema multiforme; síndrome de Stevens-Johnson; síndrome de Lyell; eritrodermia; púrpura; discrasias hemáticas; trastornos cardiovasculares; trastornos de la sensibilidad o la visión.

## Precauciones

Adminístrese con precaución a pacientes con insuficiencia renal o hepática o con historia de úlcera péptica. Síntomas/historial de afección gastrointestinal, asma, insuficiencia hepática, cardíaca o renal. Los AINE pueden enmascarar infecciones o inhibir temporalmente la agregación plaquetaria. Embarazo y lactancia. Porfiria. Precaución en los pacientes de edad avanzada. Depleción del volumen extracelular. Trastornos del sistema nervioso central que pueden influir en la capacidad para conducir vehículos o utilizar maquinaria. Durante el tratamiento prolongado se recomienda controlar periódicamente la función hepática y el cuadro hemático. Posibles reacciones de hipersensibilidad al metabisulfito sódico (ampollas). Combinación con litio, digoxina, metotrexato, ciclosporina, diuréticos, anticoagulantes, antidiabéticos orales, quinolonas.

## Presentación

DICLOFENACO caja blister por 20 y 30 grageas de 50 mg (Reg. INVIMA M-011179).  
DICLOFENACO caja blister por 20 grageas 75 mg SR (Reg. INVIMA M-012029).  
DICLOFENACO caja blister por 10 grageas retard de 100 mg (INVIMA M-012028).  
DICLOFENACO caja por 5 supositorios de 100 mg (INVIMA M-012069).  
DICLOFENACO caja x 5 ampollas de 75 mg x 3ml. (INVIMA M-001322-R1).  
DICLOFENACO suspensión 1.8mg frasco x 120 ml (INVIMA 2002 M-0001844).

## DICLOXACILINA – MK

Penicilina resistente a la penicilinasas.

## Descripción

Antibiótico bactericida semisintético resistente a la penicilinasas; activo contra gérmenes patógenos gram (+) incluyendo cepas de estafilococos productores de penicilinasas, resistentes a la penicilina G.

## Composición

Cada 5 ml de la suspensión contiene 250 mg de dicloxacilina. Cada cápsula contiene 500 mg de dicloxacilina.

## Propiedades

Bloquea la síntesis de la pared celular.

## Indicaciones

Infecciones producidas por gérmenes sensibles a la dicloxacilina.

## Dosificación

*Niños:* 25 a 50 mg/kg/día o más, en dosis igualmente divididas, cada 4 a 6 horas.

*Adultos:* 250 a 1.000 mg cada 4 a 6 horas.

## Contra indicaciones

Hipersensibilidad a las penicilinas y/o cefalosporinas. Adminístrese con precaución en pacientes con insuficiencia renal.

## Reacciones adversas

Rash mucocutáneo, shock anafiláctico, sobreinfección por hongos (monilias), diarrea.

## Precauciones

Puede ocasionar reacciones alérgicas típicas de las penicilinas, especialmente en pacientes con historia de hipersensibilidad a las penicilinas.

## Interacciones

Disminuye el tiempo de protrombina en pacientes que reciben warfarina.

## Presentación

Frasco por 80 ml de polvo para suspensión de 250 mg/5 ml (Reg. INVIMA No. 005087). Caja por 50 cápsulas de 500 mg (Reg. INVIMA No. M-005065).

## DIFENOXILATO Y ATROPINA - GRÜNENTHAL

Antidiarreico.

### Composición

Difenoxilato y atropina. Forma farmacéutica: tabletas para administración oral. Cada tableta contiene difenoxilato 2.5 mg y atropina 0.025 mg.

### Indicaciones

Difenoxilato y atropina está indicado como: adyuvante a la rehidratación en la diarrea. Control de la formación de las heces después de colostomía o ileostomía. Alivio de los síntomas en la colitis ulcerativa crónica leve.

### Dosificación

No se debe ser exceder la dosis recomendada. Una vez que se ha logrado el control satisfactorio de la diarrea, la dosis debe reducirse acorde con los requerimientos del paciente. Si no se ha observado mejoría de la diarrea después de 48 horas, se debe discontinuar el uso. Si no se observa mejoría clínica después de 10 días de tratamiento con la dosis diaria máxima de 20 mg (en adultos), es improbable que prolongar la administración aporte beneficios. *Adultos*: la dosis inicial recomendada es de 4 tabletas, seguidas por dos tabletas cada 6 horas, sin exceder la dosis diaria máxima de 8 tabletas (20 mg de difenoxilato). *Niños*: DIFENOXILATO Y ATROPINA no se recomienda en niños.

### Contra indicaciones

Hipersensibilidad al difenoxilato o la atropina. Pacientes con ictericia, diarrea por enterocolitis pseudomembranosa o por bacterias productoras de enterotoxinas y colitis ulcerativa aguda.

### Embarazo y lactancia.

Tener precaución cuando se utilice DIFENOXILATO Y ATROPINA durante el embarazo dado que la atropina cruza la placenta y no se ha establecido la seguridad del difenoxilato en el embarazo. El ácido difenoxílico (metabolito activo del difenoxilato) y la atropina pasan a la leche materna, por lo tanto, si es necesario el uso de DIFENOXILATO Y ATROPINA, se debe instituir un método alternativo de alimentación para el lactante.

### Reacciones adversas

Los siguientes efectos han sido informados: *A nivel general*: edema, reacciones de hipersensibilidad (incluyendo anafilaxia). *Sistema nervioso*: depresión del SNC (somnia, letargo y malestar), alucinaciones, vértigo, cefalea, parestesias. *Gastrointestinales*: dolor abdominal, náusea, íleo paralítico, vómito. *Piel y faneras*: prurito, urticaria.

### Advertencias

DIFENOXILATO Y ATROPINA no es un medicamento inocuo, por lo tanto, las recomendaciones en las dosis deben adoptarse estrictamente. La sobredosis puede inducir depresión respiratoria, coma y puede poner en riesgo la vida del paciente. Se debe garantizar un suministro apropiado de líquidos y electrolitos para el manejo de la deshidratación. La inhibición del peristaltismo puede ocasionar retención de líquidos que puede agravar la deshidratación y el desequilibrio electrolítico, por lo tanto, si se presenta desequilibrio electrolítico o deshidratación severa, DIFENOXILATO Y ATROPINA debe ser retirado hasta que se inicie la terapia correctiva apropiada. DIFENOXILATO Y ATROPINA debe ser utilizado con precaución en pacientes con enfermedad hepatorenal avanzada y en pacientes con función hepática anormal, ya que se puede precipitar un coma hepático.

DIFENOXILATO Y ATROPINA se debe evitar en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal debido a que puede inducir el desarrollo de megacolon tóxico. No se debe exceder la dosis recomendada porque en dosis altas es posible que se presente adicción. DIFENOXILATO Y ATROPINA tiene en su composición una dosis subterapéutica de atropina, por lo tanto se pueden presentar efectos atropínicos en pacientes sensibles. DIFENOXILATO Y ATROPINA puede producir somnolencia y vértigo. Se debe tener precaución cuando se conduzcan vehículos o se operen máquinas peligrosas. Manténgase el medicamento fuera del alcance de los niños.

### Interacciones

DIFENOXILATO Y ATROPINA puede tener efecto aditivo con los depresores del SNC. El uso concomitante de inhibidores de la MAO puede precipitar una crisis hipertensiva. Se requiere observación estrecha cuando estos medicamentos se dan juntamente con DIFENOXILATO Y ATROPINA.

### Sobre dosificación

Los signos de sobredosis pueden incluir efectos atropínicos como sequedad de la piel y mucosas, midriasis, inquietud, rubor facial, hipertermia y taquicardia, seguidos por letargo, reflejos hipotónicos, nistagmo, pupilas puntiformes y depresión respiratoria. Los efectos atropínicos pueden enmascarar los efectos de la toxicidad por difenoxilato. Si se desarrolla depresión respiratoria se debe administrar naloxona. La acción de la



naloxona es de duración más corta que la del difenoxilato, por lo tanto se pueden requerir inyecciones repetidas del antídoto. Puede ser necesario el establecimiento de una vía aérea y de ventilación asistida. La depresión respiratoria se puede presentar 30 horas después de la ingestión y puede recurrir a pesar de la respuesta inicial a la naloxona. Las sobredosis se deben tratar como una situación grave y se debe mantener observación médica mínimo durante 48 horas. Si el paciente no está comatoso se puede indicar lavado gástrico y administración de carbón activado.

#### Presentación

Caja por 16 tabletas (Reg. INVIMA M-001494 R-2).

#### DIHIDROCODEÍNA – *ABBOTT*

Antitusivo.

#### Descripción

La dihidrocodeína se obtiene sintéticamente por reducción de la codeína y junto con su sustancia madre continúan siendo los antitusivos de acción central más eficaces disponibles en la actualidad. La ventaja de la dihidrocodeína sobre la codeína radica en que su disponibilidad biológica es 3 veces mayor, lo cual permite emplear un tercio de la dosis usual de la codeína. Su eficacia antitusiva es de alrededor del doble de otros derivados morfínicos como el dextrometorfano. A pesar de ser un derivado morfínico, la adicción primaria a la dihidrocodeína no existe. Los casos que se han reportado de consumo excesivo se refieren a individuos con adicción primaria a los narcóticos.

#### Composición

DIHIDROCODEÍNA Gotas: dihidrocodeína bitartrato, 13,6mg/ml.

DIHIDROCODEÍNA Jarabe: dihidrocodeína bitartrato, 2,42 mg/ml.

#### Indicaciones

Antitusígeno. DIHIDROCODEÍNA, por su acción, está indicada en el control de la tos de cualquier etiología.

#### Dosificación

*DIHIDROCODEÍNA Gotas: niños: 1 gota por kg de peso, 3 veces al día. Adultos: 40 gotas, 3 veces al día. DIHIDROCODEÍNA Jarabe: adultos y niños mayores de 12 años: 1-2 cucharaditas, 3 veces al día. Niños de 6 a 12 años: -1 cucharadita, 3 veces al día. Niños de 2 a 6 años: - cucharadita, 3 veces al día.*

#### Contra indicaciones

*DIHIDROCODEÍNA Gotas: depresión respiratoria, secreción bronquial excesiva, presión intracraneal elevada, alcoholismo agudo, miastenia gravis, adminístrese con precaución en pacientes con hipertiroidismo, insuficiencia adrenocortical, trastornos hepáticos, hipertrofia prostática o shock.*

*DIHIDROCODEÍNA Jarabe: depresión respiratoria, estados asmáticos, insuficiencia hepática, puede producir somnolencia, por lo tanto debe evitarse manejar vehículos y ejecutar actividades que requieran ánimo vigilante.*

#### Efectos secundarios

El más frecuente es el estreñimiento. Ocasionalmente se observa sedación. La sobredosis puede producir excitación del sistema nervioso central con convulsiones.

#### Precauciones

Evitar la ingestión simultánea de alcohol. Puede producir somnolencia, por lo tanto debe evitarse el manejar vehículos y ejecutar actividades que requieran ánimo vigilante.

#### Presentación

DIHIDROCODEÍNA Gotas: frasco por 30 ml (Reg. No. INVIMA M-001569 R-2).  
DIHIDROCODEÍNA Jarabe: frasco por 120 ml (Reg. No. INVIMA M-001136 R-1).

#### ERGOBEN – PFIZER

Antijaquecoso.

#### Composición

Cada cápsula contiene: tartrato de ergotamina 1 mg, citrato de cafeína 100 mg, benadryl (clorhidrato de difenhidramina) 25 mg.

#### Presentación

Frasco de 20 cápsulas (Reg. N M-000384 R-1 M.S.).

## ERITROMICINA - MK

Antibiótico macrólido.

### Descripción

Antibiótico con Propiedades bacteriostáticas y bactericidas.

### Composición

Cada 5 ml de suspensión contiene 200 mg de eritromicina. Cada tableta contiene 600 mg de eritromicina.

### Indicaciones

Infecciones producidas por gérmenes sensibles a la eritromicina.

### Dosificación

*Niños:* 50 mg/kg/día repartidos en 3 dosis. *Adultos:* 1.5 a 2g repartidos en 3 tomas.

### Contra indicaciones

Hipersensibilidad a la eritromicina. Adminístrese con precaución en pacientes con insuficiencia hepática.

### Reacciones adversas

Náuseas, vómito, diarrea, anorexia, gastritis. Su uso prolongado puede producir crecimiento de bacterias u hongos no susceptibles al antibiótico.

### Precauciones

Trastornos dispépticos. No administrar en pacientes con QT prolongado congénito. Por la vía metabólica que utiliza puede prolongar el intervalo QT, por lo tanto no coadministrar con cisapride, itraconazol, fluconazol, claritromicina, josamicina, ritonavir, indinavir, saquinavir, nefazodona, quinidina, procainamida, disopiramida, amiodarona, amitriptilina, maprotilina, fenotiazinas, pimozida, sertindole, astemizol, terfenadina, halofantrina, bepridil, esparfloxacina.

## Interacciones

Alcaloides vasoconstrictores del cornezuelo principalmente ergotamina y dihidroergotamina, fenitoína, teofilina, carbamazepina, ciclosporina, barbitúricos, cisaprida, alfentanilo, disopiramida, terfenadina y astemizol. Junto con teofilina puede incrementar los niveles séricos de ésta y potenciar su toxicidad.

## Presentación

Frasco por 60 ml de polvo para suspensión de 200 mg/5 ml (Reg. No. M-002894 R-2).

Caja por 36 tabletas de 600 mg (Reg. INVIMA No. M-002001).

## FENOXIMETIL PENICILINA – BIOCHEMIE

Bactericida contra patógenos sensibles a la penicilina.

Tabletas: fenoximetilpenicilina 250 mg y 500 mg. Polvo para reconstituir a solución oral 250 mg/5 ml.

## Indicaciones

Infecciones producidas por gérmenes sensibles a la penicilina. Estreptococias leves a moderadas de las vías respiratorias superiores, escarlatina y erisipelas, prevención de la fiebre reumática, infecciones leves a moderadas de las vías respiratorias por neumococos y de la piel y tejidos blandos por estafilococos sensibles a la penicilina, fuso-espiroquetosis, infecciones gingivales, régimen alterno para profilaxis de la endocarditis bacteriana.

## Contra indicaciones

Hipersensibilidad a las penicilinas y/o cefalosporinas, adminístrese con precaución a pacientes con insuficiencia renal.

## Reacciones adversas

Las reacciones más corrientes que ocurren con la penicilina por vía oral son náuseas, vómitos, malestar epigástrico, diarrea, melanoglosia, reacciones de hipersensibilidad.

## Precauciones

En individuos con antecedentes de reacciones alérgicas de importancia clínica y/o asma, insuficiencia renal. No debe confiarse en la vía de administración oral cuando se

trata de pacientes que sufren una enfermedad grave, o que experimentan náuseas, vómitos, dilatación gástrica, cardioespasmo o hipermotilidad intestinal. En las enfermedades infecciosas causadas por estreptococos, el tratamiento debe ser lo suficientemente eficaz para eliminar los microorganismos patógenos (un periodo de 10 días), pues de otra manera pueden manifestarse las secuelas de la enfermedad respectiva.

#### Advertencias

Se han observado reacciones de hipersensibilidad (anafilactoides) graves y en algunos casos desenlace fatal en pacientes sometidos a tratamiento con penicilina.

#### Interacciones

El empleo concomitante de neomicina debe evitarse, pues puede presentarse mala absorción de la penicilina V.

#### Presentación

Tabletas 250 mg (400.000UI) (Reg. San. INVIMA No. M-014996). Tabletas 500 mg (800.000UI) (Reg. San. INVIMA No. M-014994). Polvo para reconstituir a solución oral 250 mg (400.000UI) por cada 5 ml (Reg. San. INVIMA No. M-002293 R-2).

#### FIBRA VEGETAL (PSYLLIUM) – QUIFARMACOS

Laxante fisiológico.

#### Composición

Cada 100g contienen: cáscara de semilla de *Psyllium* (plantago ovata) pulverizada 49g, excipientes c.s.

#### Propiedades

Laxante fisiológico. El mucílago de *Psyllium* es una fibra natural terapéutica y dietética que restaura y mantiene la regularidad de la evacuación intestinal mediante el aumento del bolo fecal y por tanto, a diferencia de los laxantes comunes, no produce irritación ni diarrea.

#### Indicaciones

Indicado en el síndrome del intestino irritable; en la constipación crónica durante el

embarazo, convalecencia o senilidad; como terapia suplementaria en la constipación por úlcera duodenal o diverticulosis y en el manejo intestinal de pacientes con hemorroides. Por su capacidad para absorber agua y producir una masa intestinal emoliente, el mucílago de *Psyllium* al 49% es útil en el manejo de pacientes que han sido sometidos a ileostomía o colostomía y también en el alivio de la diarrea.

#### Dosificación

Disolver 2 o 3 cucharaditas o un sobre en un vaso con agua fría, jugo u otro líquido que prefiera. *Importante:* con cada dosis tomar un vaso adicional de agua o del líquido que prefiera para obtener mejores resultados.

### GENTAMICINA

Acción terapéutica.

Antibiótico sistémico, tópico y oftálmico.

#### Propiedades

Pertenece al grupo de los aminoglucósidos. Estos son transportados en forma activa a través de la pared bacteriana, se unen irreversiblemente a una o más proteínas receptoras específicas de la subunidad 30 S de los ribosomas bacterianos e interfieren con el complejo de iniciación entre el RNA mensajero y la subunidad 30 S. El RNA puede leerse en forma errónea, lo que da lugar a la síntesis de proteínas no funcionales, los polirribosomas se separan y no son capaces de sintetizar proteínas. Los aminoglucósidos son antibióticos bactericidas. La gentamicina se absorbe totalmente después de su administración por vía intramuscular, en cambio, por vía oral su absorción es escasa. Por vía local tópica se pueden absorber cantidades significativas en la superficie corporal. Se distribuye principalmente en el líquido extracelular con acumulación en las células de la corteza renal. Atraviesa la placenta. Las concentraciones en orina son altas, pueden superar los 100 µg/ml. No se metaboliza.

#### Indicaciones

a) Por vía sistémica para el tratamiento de infecciones óseas, infecciones en quemaduras, meningitis, otitis media aguda, otitis media crónica supurada, neumonía, septicemia, sinusitis, infecciones de piel y tejidos blandos e infecciones urinarias producidas por *Pseudomonas*, *Proteus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Citrobacter* y *Staphylococcus* (coagulasa positivos y negativos), tratamiento de la endocarditis bacteriana (administrada simultáneamente con una penicilina). b) Por vía

oftálmica: tratamiento de blefaritis, blefaroconjuntivitis, conjuntivitis, dacriocistitis, queratitis y queratoconjuntivitis producidas por organismos sensibles. c) Por vía tópica: tratamiento de foliculitis, forunculosis, paroniquia u otras infecciones bacterianas cutáneas menores producidas por *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Proteus vulgaris*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterobacter aerogenes*.

### Dosificación

Administración parenteral: dosis usual para adultos: (intramuscular o por infusión intravenosa) 1 mg a 1,7mg/kg cada 8 horas; dosis pediátricas usuales: nacidos pretérmino y neonatos de hasta 1 semana: 2,5 mg/kg cada 12 horas durante 7 a 10 días; neonatos mayores y lactantes: 2,5 mg/kg cada 8 horas; niños: de 2 mg a 2,5 mg/kg cada 8 horas. En pacientes con insuficiencia renal la dosis debe ser modificada de acuerdo con los valores del clearance de creatinina. Pomada por vía oftálmica: aplicar una película de aproximadamente 1mm, con intervalos de 6 a 12 horas. Solución oftálmica: 1 gota cada 4 a 8 horas. Por vía tópica: aplicar en la piel 3 o 4 veces al día.

### Reacciones adversas

Vía parenteral: ototoxicidad (pérdida de audición, sensación de taponamiento en los oídos), ototoxicidad vestibular (inestabilidad, mareos); nefrotoxicidad (hematuria, aumento o disminución del volumen de orina); neurotoxicidad; náuseas y vómitos. Vías oftálmica y tópica: prurito, enrojecimiento, edema u otros signos de irritación.

### Precauciones y Advertencias

Atraviesa la placenta y puede ser nefrotóxica para el feto. Debe utilizarse con precaución en prematuros y neonatos debido a su inmadurez renal. En pacientes con deshidratación o disfunción renal aumenta significativamente el riesgo de toxicidad debido a las elevadas concentraciones séricas. La gentamicina puede producir bloqueo neuromuscular, se debe administrar con cuidado en pacientes con miastenia gravis o parkinsonismo. En general, es aconsejable hacer audiogramas, determinaciones de la función renal y vestibular durante el tratamiento con este antibiótico.

### Interacciones

El uso simultáneo con amfotericina-B parenteral, bacitracina parenteral, cefalotina, ciclosporina, ácido etacrínico parenteral, furosemida parenteral, estreptomina o vancomicina puede aumentar la capacidad para producir ototoxicidad o nefrotoxicidad. La administración junto con anestésicos por inhalación o bloqueantes neuromusculares puede potenciar el bloqueo neuromuscular. Se debe evitar el uso simultáneo o secuencial con metoxifluorano o polimixinas parenterales, ya que puede

aumentar el riesgo de nefrotoxicidad y de bloqueo neuromuscular. No se deben administrar al mismo tiempo dos o más aminoglucósidos o un aminoglucósido con capreomicina por la mayor posibilidad de producir ototoxicidad y nefrotoxicidad.

Contra indicaciones

Insuficiencia renal.

LACTULOSA – CHALVERLaxante.

Descripción

Es un laxante suave, que ejerce su acción específicamente a nivel del colon, asegurando mínimos efectos adversos debido a su insignificante absorción.

LACTULOSA es atrapado en el intestino grueso por las bacterias colónicas que lo descomponen en ácidos orgánicos simples, principalmente en ácido láctico y pequeñas cantidades de ácido fórmico y acético. Estos ácidos tienen un efecto osmótico local en el colon, por lo que logran retener parte del líquido que llega del intestino delgado, previniendo la deshidratación de las heces. Incrementa por hidratación el bolo fecal y estimula la peristalsis por el mecanismo de distensión, con el consecuente aumento en el número de deposiciones formadas y blandas.

Composición

Cada 100 ml contienen: lactulosa 60g y cada sobre de 15 ml contiene: lactulosa 9g.

Indicaciones

LACTULOSA es altamente eficaz en individuos que padecen de estreñimiento crónico, personas con factores predisponentes (sedentarismo, baja ingesta de fibra y líquidos, ingesta reducida de alimentos) y con trastornos asociados con estreñimiento como son: síndrome de colon irritable, enfermedad diverticular y estreñimiento de origen psicógeno. Ideal en ancianos en quienes facilita la defecación y previene la impactación fecal. Muy útil como profiláctico en aquellos pacientes que no deben realizar ningún esfuerzo al defecar tales como pacientes con hemorroides, abscesos, fisuras perianales, hernia diafragmática, hernia en la pared abdominal, estenosis anorrectal, con enfermedad vascular cerebral, en las pacientes postparto, en aquellos pacientes en estado de convalecencia de cirugía, postinfarto miocárdico, ancianos etc. LACTULOSA es el medicamento de elección en el tratamiento de la encefalopatía porto-sistémica, al disminuir los niveles tóxicos de amoníaco en sangre.



## Dosificación

Se puede administrar solo o disuelto en cualquier líquido (jugo, leche, etcétera). La dosis diaria es: *adultos*: tratamiento del estreñimiento: 15-30 ml/día (1-2 sobres). Profiláctico: 15 ml/día (1 sobre). *Niños*: menores de 1 año: 5 ml. 1 a 5 años: 10 ml. 6 a 12 años: 15-20 ml.

## Contra indicaciones

Apendicitis, obstrucción intestinal, pacientes con dietas bajas en galactosa o intolerancia a la lactulosa.

## Reacciones adversas

Raramente, dolor abdominal y vómito.

## Precauciones

Pacientes con diabetes mellitus. Durante el embarazo y lactancia su uso queda a criterio médico, de acuerdo con la relación riesgo-beneficio. En tratamientos prolongados se ha reportado pérdida de electrolitos. Administrarse con precaución en pacientes diabéticos.

## Presentación

Caja por 12 sobres. Cada sobre por 15 ml contiene 9g de lactulosa. Frasco por 240 ml (Reg. M-012354 Min. Salud).

## LINCOMICINA GENFAR – GENFAR

Antibiótico. Bacteriostático - bactericida.

## Composición

Lincomicina.

## Indicaciones

LINCOMICINA Genfar está indicado en infecciones causadas por gérmenes sensibles a la lincomicina, como aerobios grampositivos susceptibles, incluyendo estreptococos, estafilococos y neumococos, o por anaerobios susceptibles. Se incluyen infecciones de las vías respiratorias altas y bajas, de la piel, tejidos blandos, huesos, articulaciones,

septicemia y disentería bacilar.

#### Dosificación

LINCOMICINA *Genfar adultos, intramuscular*: 600 mg cada 24 horas. Infecciones graves, 600 mg cada 12 horas. *Intravenosa*: 600 mg cada 8 a 12 horas. En infecciones graves aumentar la dosis.

#### Contra indicaciones

Hipersensibilidad a la lincomicina. Embarazo. Recién nacidos. Enfermedades hepáticas, renales y metabólicas. Colitis.

#### Presentación

LINCOMICINA *Genfar Inyectable* de 600 mg ampolla por 2 ml: caja por 6 (Reg. Colombia INVIMA No. M-007512-R1).

#### LOPERAMIDA - MK

Antidiarreico.

#### Descripción

Es un producto sintético derivado de la piperidina con comprobada actividad antidiarreica selectiva y eficaz y exento de los efectos propios de los derivados opiáceos.

#### Composición

Cada tableta contiene 2 mg de loperamida clorhidrato.

#### Propiedades

Tras la unión a los receptores opiáceos en la pared del intestino, inhibe la liberación de acetilcolina y prostaglandinas, reduciendo los impulsos peristálticos e incrementando el tiempo de tránsito intestinal. De otro lado eleva la tonicidad del esfínter anal, reduciendo de este modo la incontinencia y la urgencia.

#### Indicaciones

Antidiarreico.

## Dosificación

*Adultos y niños mayores de 2 años:* iniciar con 2 tabletas y continuar con 1 después de cada deposición diarreica sin pasar de 8 tabletas al día. Si al cabo de 24 horas no se ha presentado una mejoría representativa, se debe suspender el tratamiento y consultar al médico.

## Contra indicaciones

Hipersensibilidad a la loperamida, embarazo, pacientes en quienes debe evitarse la inhibición del peristaltismo intestinal. Menores de dos (2) años de edad.

## Reacciones adversas

Sequedad de mucosas, indisposición, letargo, confusión, vértigo, debilidad, depresión, euforia, cefalea, parestesias, anafilaxia, edema angioneurótico, urticaria, prurito, vómito, náusea, anorexia, malestar abdominal, constipación y/o distensión abdominal.

## Precauciones

No se debe administrar en pacientes con colitis ulcerativa aguda o colitis pseudomembranosa que se encuentren bajo tratamiento con antibióticos de amplio espectro. Como la diarrea es la manifestación de alguna patología dentro del organismo, se debe tener el cuidado de encontrar la causa y hacer el tratamiento adecuado, ya que la loperamida únicamente controla el síntoma.

No se recomienda sobrepasar las dosis recomendadas para cada edad, por la posibilidad de producir estreñimiento. Durante el tratamiento se debe mantener un adecuado control de los líquidos y electrolitos.

## Interacciones

No se han reportado.

## Presentación

Caja por 6 tabletas de 2 mg (Reg. No. M-011331 R-1).

## LORATADINA GENFAR – GENFAR

Antihistamínico no sedante.

## Composición

Loratadina.

## Indicaciones

LORATADINA Genfar está indicada en el control rápido y efectivo de los síntomas y signos asociados con afecciones de origen alérgico como: rinitis aguda o crónica, rinorrea, conjuntivitis, sinusitis alérgica, urticaria aguda o crónica, dermatitis alérgicas agudas o crónicas de diferente etiología (reacción a drogas o alimentos), estornudos y ardor ocular.

## Dosificación

LORATADINA Genfar se administra en adultos y niños mayores de 12 años: una tableta 1 vez al día, ingerida a cualquier hora. Jarabe: niños menores de 30kg: cucharadita diaria. Mayores de 30kg: 1 cucharadita al día.

## Contra indicaciones

Ninguna conocida.

## Presentación

LORATADINA Genfar Tabletas de 10 mg: caja por 10 (Reg. Colombia No. INVIMA 2001 M-012397 R1). LORATADINA Genfar Jarabe de 5 mg/5 ml: frasco por 100 ml (Reg. Colombia INVIMA No. M-001487).

LORATADINA- ACETAMINOFÉN- PSEUDOEFEDRINA – *CHALVER*  
Antigripal.

## Composición

Cada tableta contiene: loratadina 5 mg, pseudoefedrina 60 mg, acetaminofén 500 mg. Cada 5 ml de jarabe contienen: loratadina 2,5 mg, pseudoefedrina 15 mg, acetaminofén 325 mg.

## Propiedades

LORATADINA-ACETAMINOFEN-PSEUDOEFEDRINA combina la potente y prolongada acción de la loratadina, antihistamínico no sedante sin acción anticolinérgica, con la actividad descongestionante nasal específica de la

pseudoefedrina y el efecto analgésico antipirético del acetaminofén.

#### Indicaciones

La especial formulación de LORATADINA-ACETAMINOFEN-PSEUDOEFEDRINA permite la acción complementaria de sus componentes para 12 horas de alivio de la sintomatología nasal y ocular de patologías del aparato respiratorio superior tales como resfriado común, sinusitis y otitis.

#### Dosificación

LORATADINA-ACETAMINOFEN-PSEUDOEFEDRINA debe administrarse lejos de las comidas, cada 12 horas, de acuerdo con el siguiente esquema: *Jarabe: adultos:* una cucharada de 10 ml 2 veces al día. *Niños: 6-12 años:* 1 cucharadita de 5 ml 2 veces al día. *Tabletas: adultos:* 1 tableta 2 veces al día.

#### Contra indicaciones

Hipersensibilidad a alguno de sus componentes.

#### Precauciones

Adminístrese con precaución a pacientes hipertensos o hipertiroideos, al igual que en casos de afecciones cardiovasculares severas o de insuficiencia hepática o renal. Embarazo y lactancia. No exceder la dosis recomendada.

#### Presentación

Caja por 10 tabletas y dispensador por 100 tabletas (Reg. San. No. M-011553). Jarabe con delicioso sabor a cereza, por 60 y 120 ml con cuchara dosificadora de 5 ml (Reg. San. No. M-011665).

#### MEBEYERINA 200 - SCHERING COL

Regulador de la motilidad intestinal.

#### Composición

Cada cápsula contiene: clorhidrato de mebeverina 200 mg.

#### Indicaciones

Tratamiento sintomático del dolor y cólicos abdominales, trastornos intestinales y

malestar intestinal relacionado con el síndrome de intestino irritable. Tratamiento del espasmo gastrointestinal secundario a enfermedades orgánicas.

#### Dosificación

Vía oral. 1 cápsula de 200 mg dos veces al día.

#### Presentación

Caja con 30 cápsulas (INVIMA M-013424).

METOCLOPRAMIDA MERCK - MERCK S.A.

Procinético.

#### Composición

Cada tableta contiene 10 mg de metoclopramida.

#### Propiedades

Es un fármaco de similar estructura química a las fenotiazinas, que determina el bloqueo de la zona quimiorreceptora gatillo, pero que posee también acción a nivel periférico en intestino.

#### Farmacocinética

Luego de una dosis oral la concentración pico ocurre en la primera hora y la duración de la acción es de 1 a 2 horas. La vida media es de 4 a 6 horas. Luego de su absorción se une a las proteínas plasmáticas, se metaboliza por conjugación en el hígado y se elimina por vía renal. El 85% de la dosis oral aparece en la orina como fármaco inalterado y como sulfatos glucurónidos conjugados.

#### Indicaciones

Reflujo gastroesofágico, esofagitis por reflujo, dispepsia funcional gastroduodenal, gastroparesia diabética. Como antiemético es efectivo para controlar las náuseas y vómitos principalmente aquellos asociados con trastornos gastroduodenales, hepáticos y biliares. Las preparaciones de altas dosis se utilizan para la prevención de las náuseas y vómitos inducidos por citostáticos (en este último caso pueden requerirse dosis de 2 mg/kg/día).

## Dosificación

*Dosis:* vía oral, *adultos:* entre 5 y 10 mg cada 8 horas, 15 a 30 minutos antes de las comidas, y de acostarse. *Niños:* la dosis máxima no debe exceder los 0,5 mg/kg/día y debe ser dividido en tres dosis.

## Contra indicaciones

*Está contraindicada en:* hemorragias gastrointestinales, obstrucción mecánica o perforación, feocromocitomas, y en aquellos pacientes con antecedentes convulsivos.

## Reacciones adversas

El principal efecto adverso es la sedación. Los trastornos extrapiramidales, si bien son poco frecuentes, son los más importantes. Se presentan más frecuentemente en niños y adultos jóvenes y cuando se utilizan dosis elevadas. Estos incluyen distonías (que ocurren en forma brusca luego de la administración intravenosa) y parkinsonismo, ambos responden al tratamiento sintomático y son reversibles después de suspendido el fármaco.

Las disquinesias tardías se producen generalmente luego del tratamiento durante años y pueden ser irreversibles. Otros efectos adversos incluyen inquietud, somnolencia, fatiga, diarrea y depresión. Luego de la administración intravenosa se ha informado de trastornos de la conducción cardíaca. Debe tenerse precaución en el tratamiento de niños, jóvenes y enfermos con afección hepática y renal.

## Interacciones

Incrementa el efecto de las drogas depresoras del SNC, reduce la absorción de la digoxina y aumenta la de tetraciclinas, etanol, paracetamol, levodopa. Inhibe los efectos centrales y periféricos de la apomorfina y anticolinérgicos. Induce la liberación de prolactina, pudiendo causar galactorrea, y eleva los niveles de aldosterona, por su posible actividad liberadora de catecolaminas.

## Presentación

Frasco x 30 tabletas (Reg. INVIMA M-006024).

METRONIDAZOL - ECAR

Amebicida.

## Composición

Tabletas de 250 mg y 500 mg de metronidazol. Cada 5 ml (cucharadita) contienen: 125 mg de metronidazol como benzoíl metronidazol.

## Indicaciones

Amebiasis intestinal y hepática (extraintestinal), infecciones por *Trichomonas* urogenital, giardiasis y gingivitis ulcerativa aguda por fusobacterias. Efectivo también contra los protozoos como la *Entamoeba histolítica*.

## Dosificación

*Adultos: amebiasis:* 1 tableta o 4 cucharaditas (500 mg), 3 veces al día, durante 5 o 10 días consecutivos. *Niños:* 40 a 50 mg/kg/día por 7 a 10 días. *Giardiasis:* la misma Dosificación *Tricomoniasis:* 1 tableta o 4 cucharaditas, 3 veces al día, durante 10 días. Se recomienda administrarlo simultáneamente tanto al hombre como a la mujer.

## Contra indicaciones

Antecedentes de discrasias sanguíneas, enfermedades del sistema nervioso central, hipersensibilidad al metronidazol, primer trimestre del embarazo; durante el tratamiento no deben ingerirse bebidas alcohólicas.

## Precauciones

Los productos a base de nitroimidazoles producen cáncer en animales de experimentación.

## Presentación

Caja por 250 tabletas de 250 mg (Reg. San. INVIMA No. M-010297 R-1); caja por 100 tabletas de 500 mg (Reg. San. INVIMA No. M-007158 R-1); frasco por 120 ml de suspensión (Reg. San. INVIMA No. M-008929 R-1).

## NAPROXENO MK Y NAPROXENO SODICO - MK

Antipirético.

## Descripción

AINE derivado del ácido propiónico muy bien tolerado.



## Composición

Cada 5 ml de suspensión contiene 125 mg de naproxeno. Cada cápsula contiene 250 mg de naproxeno. Cada tableta contiene 500 mg de naproxeno. Cada tableta contiene 550 mg de naproxeno sódico.

## Propiedades

Inhibe la ciclooxigenasa.

## Indicaciones

Analgésico, antiinflamatorio no esteroide.

## Dosificación

*Niños: suspensión: artritis reumatoidea juvenil:* dosis usual, 11 mg/kg/día repartidos en 2 dosis con intervalo de 12 horas. *Como analgésico antipirético:* 11 mg/kg/dosis inicial, luego 2,75 a 5,5 mg/kg cada 8 horas. La dosis en los días subsiguientes no debe exceder 16,5 mg/kg/día. *Adultos: cápsulas o tabletas:* 500 a 1.000 mg diarios repartidos en 2 dosis con intervalo de 12 horas, se puede incrementar hasta 1.500 mg/día para el manejo de las exacerbaciones y por períodos no mayores de dos semanas. *Mantenimiento:* 375 a 1.000 mg/día cada 12 horas.

## Contra indicaciones

Hipersensibilidad al medicamento, al ácido acetilsalicílico o a otros antiinflamatorios no esteroides, antecedentes de úlcera péptica, embarazo y lactancia.

## Reacciones adversas

Cefalea, dolor epigástrico, náusea, edema periférico, malestar abdominal, tinnitus y vértigo, anafilaxia, anemia aplásica, anemia hemolítica, angioedema, falla renal, convulsiones, granulocitopenia, hematuria, nefritis glomerular, nefritis intersticial, necrosis papilar renal, hipercaliemia, rash cutáneo, síndrome de Stevens-Johnson, úlcera intestinal baja, ulceración péptica y vómito.

## Precauciones

Menores de un año; no asociar con alcohol. En cirrosis, alcoholismo crónico y ancianos usar la dosis efectiva mínima. En embarazo específicamente en 3<sup>er</sup> trimestre riesgo de retraso del parto y cierre prematuro del ductus arterioso. La coadministración de algunos AINE (excepto ácido acetilsalicílico) en animales de experimentación, con

dosis altas de quinolonas ha demostrado que puede producir convulsiones.

#### Presentación

Frasco por 80 ml de suspensión de 125 mg/5 ml (Reg. No. M-012962). Caja por 10 cápsulas de 250 mg (Reg. No. M-012854). Caja por 10 tabletas de 500 mg (Reg. No. M-012686). Caja por 20 tabletas de 550 mg (Reg. INVIMA No. M-13603).

#### NEOMICINA POLIMIXINA B DEXAMETASONA - BAGO

#### Antiinflamatorio

#### Composición

Cada ml de solución y cada gramo de ungüento estéril contiene: neomicina sulfato (equivalente a 3,5 mg de neomicina base), polimixina B sulfato 10.000U, dexametasona fosfato de sodio 1 mg.

#### Indicaciones

La combinación de la respuesta antiinflamatoria del esteroide con la acción antibacterial de la neomicina y polimixina B sulfato, presenta una ventaja en el manejo de infecciones producidas por gérmenes susceptibles a la neomicina y polimixina. En blefaritis, conjuntivitis, blefaroconjuntivitis, queratitis, la respuesta antiinflamatoria es óptima.

#### Dosificación

*Solución:* 1 o 2 gotas dentro del saco conjuntival 4 a 6 veces al día, o según criterio médico. *Ungüento:* colocar una pequeña porción (0,5 cm de longitud aproximadamente) dentro del saco conjuntival, o según criterio médico.

#### Contra indicaciones

Herpes simple corneal, vaccinia, varicela y otras infecciones virales de la córnea y de la conjuntiva. Enfermedades microbacterianas del ojo, enfermedades micóticas de las estructuras oculares. Hipersensibilidad a algún componente de la fórmula.

#### Presentación

Ungüento, tubo por 5g (Reg. INVIMA No. M-005965). Solución, frasco gotero por 5 ml (Reg. INVIMA No. M-005871).

## NISTATINA – SQUIBB

Antimicótico.

Descripción

NISTATINA es un antimicótico específico contra la *Candida albicans* que no presenta absorción sistémica, por lo que carece de toxicidad general.

Composición

Nistatina.

Presentación

Suspensión: frasco por 60 ml con 100.000UI por ml con gotero calibrado (Reg. INVIMA No. M-010873). Grageas: blister por 10 tabletas recubiertas por 500.000UI por gragea (Reg. INVIMA No M-000319112). Tabletinas vaginales: caja por 30 tabletas por 100.000UI por tableta (Reg. INVIMA No. 011043).

## PENICILINA BENZATÍNICA L-A – BIOCHEMIE

Antibiótico.

Composición

Penicilina G benzatínica.

Indicaciones

Infecciones producidas por gérmenes sensibles a las penicilinas, y enfermedades infecciosas causadas por estreptococos del grupo A, sin bacteremia, infecciones (p. ej. faringitis) y piodermia estreptocócica. Enfermedades infecciosas venéreas y treponematosis no venéreas. Sífilis, frambesia o pián o carate.

Contra indicaciones

En personas con antecedentes de haber experimentado una reacción de hipersensibilidad a cualquiera de las penicilinas y/o cefalosporinas. No se aplique en ninguna arteria o nervio, ni cerca de éstos.

Efectos secundarios

La penicilina es una sustancia de bajo índice de toxicidad, pero posee un índice

significativo de sensibilización.

#### Advertencias

Adminístrese con precaución a pacientes con insuficiencia renal. En caso de presentarse una reacción alérgica (y/o shock anafiláctico) debe suspenderse el empleo del medicamento y tratarse al paciente con los agentes de rigor en estos casos, como necrosis y esfacelación de los tejidos que rodean la inyección.

#### Interacciones

La tetraciclina puede antagonizar el efecto bactericida de la penicilina. La tasa de excreción de las penicilinas disminuye por la administración concurrente de probenecid.

#### Presentación

PENICILINA BENZATÍNICA L.A., 1'200.000U.I. (Reg. No. M-000149). PENICILINA BENZATÍNICA L.A., 2'400.000U.I. (Reg. No. M-000150-R1).

#### PROPRANOLOL MK – MK

Antihipertensivo.

#### Descripción

Bloqueador no selectivo de los receptores adrenérgicos.

#### Composición

Cada tableta contiene 40 u 80 mg de propranolol.

#### Propiedades

Compite específicamente con los agentes estimulantes de los receptores  $\alpha$ -adrenérgicos.

#### Indicaciones

Antianginoso, antiarrítmico, antihipertensor, profilaxis de la migraña. Coadyuvante en la profilaxis para disminuir la morbimortalidad postinfarto del miocardio. El tratamiento debe iniciarse de 1 a 4 semanas después del infarto. No es el único betabloqueador adrenérgico que posee dicho efecto, ni el de mayor porcentaje de

efectividad.

### Dosificación

Puede utilizarse solo o asociado a un diurético tiazídico antes de las comidas y al acostarse. *Hipertensión*: 40 mg, 2 veces al día, se puede incrementar hasta 240 mg/día. *Angina de pecho*: *inicial*: 10/20 mg 3 o 4 veces al día, incrementar gradualmente cada 7 días, máximo 160 mg/día. *Arritmia*: 10/30 mg, 3 a 4 veces al día. *Infarto del miocardio*: 180/240 mg/día. *Jaqueca (migraña)*: *inicial*: 80 mg diarios, incrementar máximo hasta 160/240 mg/día. *Hipertensión en niños*: 2 a 4mg/kg/día en 2 dosis iguales.

### Contra indicaciones

Hipersensibilidad al medicamento, asma bronquial o broncospasmo, hipoglicemia, acidosis metabólica, bradicardia sinusal o bloqueo cardiaco parcial, embarazo, lactancia, insuficiencia cardiaca incipiente o manifiesta, a menos que el paciente haya sido previamente digitalizado.

### Reacciones adversas

Bradicardia, I.C.C., bloqueo AV, hipotensión, parestesias, púrpura trombocitopénica, náuseas, diarrea, perturbación del sueño, extremidades frías y lasitud.

### Precauciones

En angina de pecho suspender gradualmente durante 2 o 3 semanas, reserva cardiaca baja, crisis hipertensivas, diabetes, tirotoxicosis, síndrome de Wolff-Parkinson-White, función hepática y renal disminuida.

### Interacciones

Reserpina, bloqueadores de calcio, hidróxido de aluminio, etanol, fenitoína, fenobarbital y rifampicina.

### Presentación

Caja por 20 tabletas de 40 mg (Reg. No. M-011624 R-1). Caja por 20 tabletas de 80 mg (Reg. No. M-011526 R-1).

## SECNIDAZOL GENFAR – GENFAR

Tricomonicida.

Composición

Secnidazol.

Indicaciones

SECNIDAZOL Genfar es el tratamiento de elección para un control eficaz, seguro y rápido de amebiasis intestinal y extraintestinal, tricomoniasis y giardiasis. También activo contra *Helicobacter pylori*, causante de gastritis, duodenitis y úlcera péptica. Mantiene niveles terapéuticamente activos durante más de 72 horas.

Dosificación

SECNIDAZOL GENFAR Adultos: 4 tabletas en dosis única en una sola toma, preferiblemente después de la última comida. SECNIDAZOL Genfar Pediátrico: niños de 5 a 7 años: 2 tabletas en una sola toma. De 8 a 9 años: 3 tabletas en una sola toma. De 10 a 12 años: 4 tabletas en una sola toma.

Contra indicaciones

Discrasias sanguíneas, enfermedades del SNC. Menores de 2 años. No ingerir bebidas alcohólicas durante el tratamiento. No debe usarse durante el embarazo.

Presentación

SECNIDAZOL Genfar Pediátrico Tabletas de 250 mg: caja por 4 (Reg. Colombia INVIMA No. M-003368). SECNIDAZOL Genfar Adultos Tabletas de 500 mg: caja por 4 (Reg. Colombia INVIMA No. M-012126-R1). SECNIDAZOL Genfar Polvo para Suspensión 500 mg/15 ml: frasco x 15 ml (Registro Colombia No. INVIMA 2002M-0001643). SECNIDAZOL Genfar Polvo para suspensión 750 mg/15 ml: frasco x 15 ml (Reg. Colombia No. INVIMA 2002M-0001585).

## SUCRALFATO – ECAR

Protector de la mucosa gástrica.

Composición

SUCRALFATO ECAR: complejo sucrosa aluminio sulfato. Cada tableta contiene: 500 mg y cada sobre de 10 ml contiene: 1g de sucralfato.

#### Indicaciones

SUCRALFATO ECAR está indicado en el tratamiento de la úlcera gástrica, úlcera duodenal y gastritis crónica.

#### Dosificación

*Adultos:* 2 tabletas o un sobre antes de las comidas y dos tabletas o un sobre antes de acostarse por un periodo de 8 semanas.

#### Contra Indicaciones

No hay contra indicaciones conocidas en el uso de SUCRALFATO ECAR. No se recomienda el uso de SUCRALFATO ECAR por largos periodos en pacientes sometidos a diálisis, no se conocen estudios de teratogenicidad, como tampoco donde se demuestre la seguridad durante el embarazo y la lactancia.

#### Interacciones

Por ser una sal de aluminio de un disacárido puede reducir la biodisponibilidad de medicamentos tales como las tetraciclinas, ciprofloxacina, norfloxacina, fenitoína, teofilina.

#### Presentación

Caja por 20 tabletas de 500 mg (Reg. San. INVIMA No. 2003M-013892 R-1). Caja por 20 sobres de 10 ml por 1g (Reg. San. INVIMA No. M-003881).

### SUMATRIPTAN GENFAR – GENFAR

Antimigrañoso específico.

#### Descripción

SUMATRIPTAN Genfar , mediante la estimulación de los receptores 5HT-1 de la serotonina, produce una vasoconstricción arterial selectiva de los vasos dilatados en la crisis de migraña, sin alterar la perfusión tisular cerebral.

#### Composición

Sumatriptán.

## Indicaciones

*SUMATRIPTAN Genfar* esta indicado en: crisis de migraña común, jaqueca clásica, migraña hemipléjica familiar y cefaleas en racimo.

## Dosificación

Dosis oral recomendada de SUMATRIPTAN Genfar 100 mg al inicio de los síntomas, máximo 300 mg en 24 horas.

## Precauciones

No usar concomitantemente con ergotamina o sus derivados. Puede producir elevación transitoria de las cifras tensionales. No se administre a mujeres embarazadas o lactantes, pacientes con insuficiencia renal o hepática, trastornos coronarios, ni en mayores de 65 años. No administrar como profiláctico.

## Presentación

SUMATRIPTAN GENFAR Tabletas de 100 mg: caja x 2 (Reg. Colombia No. INVIMA M-002171).

## TIOCONAZOL GENFAR – GENFAR

Antimicótico tópico.

## Composición

Tioconazol.

## Indicaciones

Tratamiento de las dermatomicosis producidas por hongos susceptibles (dermatófitos y levaduras) tales como candidiasis, tiñas, pitiriasis, paroniquias y eritrasma.

## Modo de uso

Frotar en las áreas afectadas y en la piel vecina 1 o 2 veces al día. La duración del tratamiento varía según el agente patógeno y el sitio de la infección.

## Contra indicaciones



Hipersensibilidad a los antimicóticos imidazólicos. TIOCONAZOL Genfar no es para uso oftálmico.

Presentación

TIOCONAZOL Genfar Loción al 1%: frasco por 30 ml (Reg. Colombia INVIMA No. M-000895). TIOCONAZOL Genfar Crema al 1%: tubo colapsible por 30g (Reg. Colombia INVIMA No. M-003813). TIOCONAZOL Genfar Solución para uñas al 28%: frasco x 10 ml (Reg. Colombia No. INVIMA M-001677).

TOBRAMICINA – ALCON

Solución oftálmica esteril, Ungüento oftálmico esteril.

Anti infeccioso.

Composición

Cada ml (aprox. 20 gotas) contiene: tobramicina 3 mg, excipientes y preservativos cs.

Presentación

Envase cuenta gotas Drop Tainer con 5 ml. Reg. Minsalud No. M-005665-R1.

Ungüento oftálmico estéril.

Antiinfeccioso.

Composición

Cada gramo contiene: activo: tobramicina 0,3%. Preservante: clorobutanol 0,5%.  
Inactivos: aceite mineral, petrolato blanco.

Presentación

Ungüento oftálmico estéril con 3,5g. Reg. INVIMA No. M-006980-R-1.

TOXOIDE TETANICO - AVENTIS PHARMA

Inmunoterapia antitetánica.

Toxoide tetánico 40UI Iny. Amp. x 1 x 0.5 ml

## TRIMEBUTINA MK – MK

Regulador de la motilidad intestinal.

### Descripción

La trimebutina maleato es un antiespasmódico sintético con estructura de amina terciaria. Como antiespasmódico anticolinérgico actúa antagonizando a la acetilcolina en los receptores muscarínicos. De acuerdo a evaluaciones la trimebutina, a diferencia de los antiespasmódicos de estructura de amonio cuaternario, no atraviesa la barrera hematoencefálica.

### Composición

Cada tableta cubierta contiene 200 mg de trimebutina maleato.

### Propiedades

Ejerce su acción sobre los receptores encefalinérgicos ( $\mu$  y  $\delta$ ) y en los kappa, receptores que están ubicados a lo largo del sistema nervioso entérico del tracto gastrointestinal. De esta forma termina ejerciendo una acción estimulante sobre el músculo hipoquinético y una acción espasmolítica en el músculo hiperquinético. Es importante mencionar que la trimebutina no altera la motilidad normal.

### Indicaciones

Antiespasmódico, síndrome del intestino irritable, trastornos digestivos funcionales, meteorismo, estreñimiento. La trimebutina está indicada para el manejo de los trastornos funcionales de la motilidad del tracto gastrointestinal. En el adulto se puede utilizar en intestino irritable, meteorismo, pesadez, estreñimiento, flatulencia. En los niños en situaciones donde se ha presentado alteraciones del hábito intestinal, flatulencia, y en cólicos de origen funcional.

### Dosificación

*Niños mayores de 6 años de edad o 20 kilos de peso:* 10 a 20 mg/kg al día dividido en 2 o 3 tomas administradas antes de las comidas. *Adultos:* 1 tableta cubierta 3 veces al día administradas antes de las comidas, durante por lo menos cuatro (4) semanas.

### Contra indicaciones

Hipersensibilidad a la trimebutina, embarazo y lactancia. Evítese su uso en lactantes.

### Reacciones adversas

Son muy raras. Se han reportado en menos del 1% de los pacientes tratados reacciones cutáneas tipo prurito, rash. No se ha demostrado que tenga efecto sobre el SNC.

#### Presentación

Caja por 30 tabletas cubiertas (Reg. San. No. INVIMA 2003 M- 0002364).

#### TRIMETOPRIM SULFAMETOXAZOL MK – MK

Antibacteriano.

#### Descripción

Actividad bactericida, de amplio espectro para gérmenes gramnegativos y grampositivos.

#### Composición

Cada 5 ml de suspensión contienen 40 mg de trimetoprim y 200 mg de sulfametoxazol. Cada tableta contiene 80 mg de trimetoprim y 400 mg de sulfametoxazol. Cada tableta F contiene 160 mg de trimetoprim y 800 mg de sulfametoxazol.

#### Propiedades

Las interacciones secuenciales de TMP-SMZ inhiben la síntesis de la timidina y causan lisis bacteriana.

#### Indicaciones

Infecciones del tracto genitourinario y respiratorio causadas por gérmenes sensibles al sulfametoxazol y trimetoprima.

#### Dosificación

*Niños de 6 semanas a 5 años:* 1/2 a 1 cucharadita (5 a 10 ml) de la suspensión cada 12 horas. *De 6 a 12 años:* 2 cucharaditas (20 ml) cada 12 horas. En tratamiento prolongado (más de 14 días): 1 cucharadita (5 ml) cada 12 horas. *Adultos y niños mayores de 12 años:* 1 tableta convencional cada 12 horas, prolongar hasta 48 horas después de la desaparición de la fiebre o de los signos de infección aguda. En casos graves 1 tableta F cada 12 horas. *Gonorrea:* 5 tabletas convencionales o 2.5 tabletas F 2 veces al día.

*Chancroide*: 2 tabletas convencionales o 1 tableta F 2 veces al día durante 7 días.

*Insuficiencia renal*: en pacientes con insuficiencia renal se debe tener en cuenta la siguiente dosis: *creatinina: menor de 30 ml/min*: dosis estándar; *15 a 30 ml/min*: la mitad de la dosis; *menor de 15 ml/min*: contraindicado.

#### Contra indicaciones

Hipersensibilidad a las sulfas y/o sus componentes, recién nacidos, embarazo, insuficiencia hepática y/o renal.

#### Reacciones adversas

Náuseas, diarrea, estomatitis, hepatitis, enterocolitis, rash cutáneo, fotosensibilidad, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, insuficiencia renal, leucopenia, neutropenia y trombocitopenia.

#### Precauciones

Discrasias sanguíneas; vigilar el volumen de orina para prevenir el riesgo de cristaluria, pueden presentarse náuseas ocasionales o erupciones cutáneas, en pacientes ancianos el tratamiento debe ser lo más corto posible para evitar riesgos de efectos indeseables.

#### Presentación

Frasco por 60 ml de suspensión de 40/200 en cada 5 ml (Reg. M-006179 R-1). Caja por 100 tabletas de 80/400 mg (Reg. INVIMA No. M-006045 R-1). Caja por 100 tabletas de 160/800 mg (Reg. INVIMA No. M-007114 R-1).

## **CONCLUSIONES**

Siguiendo las orientaciones definidas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad con el diseño y posterior aplicación de la Guías de Manejo Clínico se cumple con uno de los requisitos establecidos para poder optar en primer término a la Habilitación de la I.P.S. Universidad Surcolombiana.

Al lograr la aprobación del Manual de Guías Clínicas y la correspondiente Adopción de los Mecanismos para el Mejoramiento Continuo, por parte de la Alta Dirección de la Universidad, se sientan las bases necesarias para garantizar la calidad de la atención médica al interior de la I.P.S. Universidad Surcolombiana.

En la intención de alcanzar calidad permanente en la atención médica a los usuarios de la I.P.S. Universidad Surcolombiana el solo diseño del Manual de Guías de Práctica Clínica no es suficiente requiriéndose entonces un cambio de actitud positivo, de todo el equipo de trabajo, inspirado en el cumplimiento de los principios organizacionales y los principios éticos que modulan la relación médico-paciente.

Se requiere el mejor entendimiento y la mayor cooperación posible entre las oficinas de Planeación, Control Interno e I.P.S. Universidad Surcolombiana para poder mantener vigente el propósito de garantizar la calidad de la atención médica con miras a obtener en el futuro mediato la Acreditación de la I.P.S. Universidad Surcolombiana.

## RECOMENDACIONES

Una vez concluido el proceso de Diseño del Manual de Guías de Práctica Clínica del Servicio Médico de la División de Bienestar de la Universidad Surcolombiana para su puesta en práctica al interior de la I.P.S. Universidad Surcolombiana se plantean las recomendaciones siguientes:

1. Presentar a la alta dirección de la Universidad las iniciativas de actos administrativos tendientes a oficializar la Aprobación del Manual y la Adopción del Mejoramiento Continuo del Manual.
2. Cumplida la recomendación inicial enviar copia del Manual de Guías a las oficinas de Planeación y Control Interno para su conocimiento y posteriores asesorías y control administrativo.
3. Adelantar reuniones de socialización de los contenidos del Manual con las personas que laboran en la I.P.S. de la Universidad Surcolombiana.
4. Realizar una reinducción a la población de usuarios en lo referente a mecanismos de control y flujograma de atención.
5. Solicitar a las oficinas de Planeación y Control Interno la asesoría necesaria para lograr la conformación del Comité de Historias Clínicas.
6. Realizar cada semestre la evaluación estadística para determinar qué nuevas patologías se encuentran entre las más frecuentes para elaborarles su correspondiente Guía de Manejo en caso de que aún no la tengan.

## BIBLIOGRAFÍA

### TÉCNICA

BALDERAS, María. Administración de los Servicios de Enfermería. México, D.F.: Interamericana. McGraw Hill, 1988. p. 80-83 y 107-115.

GRANDA, Rubén Darío. Planificación y Control Interno para todos. Bogotá: Edijufinancieras, 2003. p. 230-238.

HUILA. UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA. Manual de Procedimientos de la Universidad Surcolombiana. Neiva: Hábeas, 1999. p. 320-323.

\_\_\_\_\_. Plan de Desarrollo 2003-2007, para la construcción del futuro. Neiva: Otiimpresos, 2003. p. 24-27 y 125-128.

MARTÍNEZ, Rigoberto. Gestión Pública con Procedimientos. Bogotá: Corporación de Organización y Métodos, 1999. 216 p.

MEJÍA, Braulio. Auditoría Médica para la Garantía de la Calidad en Salud. Bogotá: Ecoe Ediciones, 2002. p. 17-20, 65-67, 83-89 y 143-148.

### CLÍNICA.

COLOMBIA. CORPORACIÓN CIENTÍFICA DE MÉDICOS HOSPITAL INFANTIL LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS. Usuario Pediátrico. Bogotá: Catálogo Científico, 1985. p. 501-509, 513-514 y 531-537.

COLOMBIA. P.R. Vademécum 2004. Bogotá: Licitelco S.A., 2004.

COLOMBIA. SEGURO SOCIAL – ASCOFAME. Guías de Práctica Clínica Basada en la Evidencia: cefalea. Bogotá: Maldonado S.A., 1997.

DARMSTADT, Gary. Revista Patient Care. Abscesos cutáneos en niños. Vol. 2 N° 9 Bogotá: P.L.M., 2000. p 36-50.

HARRISON. Principios de Medicina Interna. España: Interamericana. McGraw Hill, 1995. p. 72-75, 254-255 y 350-351.

HEATON, Kenneth W., THOMPSON W. Grant. Síndrome del Intestino Irritable. J&Cediciones Médicas, S.L. 2000. p 60.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. El Control de las Enfermedades Transmisibles en el Hombre. Washington D.C.: Oficina de Publicaciones, 1978. p. 82-86.

RUEDA S. Miguel, URIBE G. Manuel. Guía Neurológica. Printer Colombiana S.A. 1999. p. 147-167.

VÉLEZ, Hernán y otros. Fundamentos de Medicina Neurología. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 1981. p. 99 -122.

VÉLEZ, Hernán y otros. Fundamentos de Medicina Dermatología. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 1981. 135 - 143, 159 - 165.

VÉLEZ, Hernán y otros. Fundamentos de Medicina Neumología. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 1981. p. 249 - 251.

VÉLEZ, Hernán y otros. Fundamentos de Medicina Gastroenterología. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 1981.p. 161 - 162.

#### JURÍDICA.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. 20 Ed. Santafé de Bogotá: Temis, 1991. p. 40.

COLOMBIA. CONGRESO NACIONAL. Ley 23 de 1981 (febrero 18).

COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 2309 DE 2002 (octubre 15).

\_\_\_\_\_. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 2423 de 1996 (31 de diciembre).

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1474 de 2002 (07 de noviembre).

\_\_\_\_\_. Resolución 1439 de 2002 (01 de noviembre).

\_\_\_\_\_. Resolución 1895 de enero de 2001.

\_\_\_\_\_. Resolución 3374 de 2000 (27 de diciembre).



\_\_\_\_\_. Resolución 1995 de 1999 (08 de julio).

\_\_\_\_\_. Resolución 5261 de 1994 (05 de agosto).

HUILA. UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA. Resolución 5023 de 1999 (30 de diciembre).

\_\_\_\_\_. Resolución 6719 de 1997 (03 de diciembre).

# **ANEXOS**

## **Anexo A. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA**

### **PRESENTACIÓN**

Con fundamento en las facultades otorgadas por el Estatuto General, esta Rectoría determinó expedir el Manual de Procedimientos de la Universidad Surcolombiana, en aras de brindar un servicio cada vez más eficiente, ágil y humano con una economía significativa de esfuerzos y recursos, que contribuya eficazmente al cumplimiento de la misión que nos ha sido asignada.

Este logro nace de nuestro compromiso académico y social con la Universidad y la Región Surcolombiana, interpretando los lineamientos del Plan de Desarrollo Institucional para el periodo 1997 – 2001, dentro del contexto de modernización del sistema administrativo, que nos asegure la acreditación por parte del Estado.

El Manual de Procedimientos, se constituye en eficaz instrumento que facilita la simplificación y reducción de los trámites y tiene su cimiento legal en diversidad de normas: el Código Contencioso Administrativo que señala expresamente el deber de suprimir trámites inocuos; la Constitución Política que precisó los principios fundamentales de la actuación administrativa; por su parte la ley 87 de 1993 estableció el Control Interno fundamentado en procedimientos definidos y formalizados; la Ley 489 de 1998, enfatiza la obligación de todas las entidades públicas de eliminar trámites innecesarios y modernizar la gestión administrativa. Con idénticas finalidades, se expedieron decretos y directivas presidenciales encaminadas a enfrentar la tramitomanía en todas sus formas e insistir sobre los procedimientos documentales.

En el plano racional, resulta importante señalar que los Manuales de Procedimientos son la base del sistema de calidad y del mejoramiento de la base del sistema de calidad y del mejoramiento de la eficiencia y la eficacia, poniendo de manifiesto que no basta la expedición de la norma, sino que es imprescindible el cambio de actitud en el conjunto de los funcionarios de la Universidad Surcolombiana, en materia no solo de hacer las cosas bien, sino dentro de prácticas definidas y aprobadas.

Los procedimientos se diseñaron mediante el decidido concurso de los funcionarios de cada una de las dependencias, quienes recibieron la capacitación adecuada, con la tutoría de un destacado experto en Organización y Métodos, y contando además, con la asesoría y coordinación de la Oficina de Planeación.

Invito a todos los servidores públicos, empezando por los de más alto nivel, a velar por la aplicación y actualización permanente de los procedimientos de cada dependencia, que nos permitirá prestar nuestros servicios Académicos, Administrativos y de Bienestar dentro del criterio de excelencia en la calidad.

JORGE ANTONIO POLANÍA PUENTES  
Rector

**Anexo B. UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA, EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN  
AÑO 2003**

(1) DEPENDENCIA: División de Bienestar Universitario.

(2) RESPONSABLE: Médico.

(3) Programas	(4) Proyectos	(5) Actividades Programadas	(6) Resultados obtenidos	(7) Indicadores
SALUD	P1.  Proyecto de atención básica en medicina general	O.1.2  Consulta médica general	Primeras 10 causas de Morbilidad  1. Enfermedad viral aguda.  2. Rinofaringitis  3. Amigdalitis aguda.  4. Cefalea - migraña.  5. Celulitis – abscesos.  6. Miosis superficiales.  7. Bronquitis.  8. Enfermedad diarreica aguda  9. Síndrome dispeptico.  10. Conjuntivitis.	Número de usuarios atendidos por una patología en el periodo.  =  Número de usuarios atendidos por todas las patologías en el mismo periodo.

## **Anexo C. DOCUMENTOS Y SOPORTES**

- ❖ Documentos de identidad personal:
  - Cédula de ciudadanía o tarjeta de identidad.
  - Carné estudiantil.
  - Recibo de pago de matrícula vigente.
  
- ❖ Folio de registro de asignación de citas para consulta.
  
- ❖ Folio para historia clínica médica.
  
- ❖ Folio para constancia de realización de examen médico de ingreso.
  
- ❖ Folio para ficha de examen médico para aptitud físico-atlética.
  
- ❖ Folio para registro de la terapia farmacológica (recetario médico).
  
- ❖ Folio para registro de las solicitudes de exámenes de laboratorio.
  
- ❖ Folio para registro de las incapacidades, para asistir a actividades académicas, por causa de enfermedad.
  
- ❖ Folio de registro de la prestación individual del servicio médico (rips).
  
- ❖ Folio para informe de enfermedades de notificación obligatoria.
  
- ❖ Folio de registro de la prestación individual de servicios por auxiliar de enfermería.
  
- ❖ Folio para informe mensual consolidado de actividades.

**Anexo D. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO EN LAS  
DEPENDENCIAS DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA**

Dependencia: \_\_\_\_\_

Funcionario que atendió: \_\_\_\_\_

Persona atendida: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Entidad: \_\_\_\_\_

Fecha de la consulta: \_\_\_\_\_

Tema consultado o servicio solicitado: \_\_\_\_\_

**FACTORES A EVALUAR**

		E	B	R	D	M
A	Oportunidad en la atención de su consulta o servicio.					
B	Amabilidad, cordialidad y atención mostrada por el funcionario.					
C	Conocimiento y dominio de la materia o tema objeto de la consulta.					
D	Facilidad y claridad del funcionario para transmitir sus conocimientos.					
E	El funcionario dispuso el tiempo necesario para atender su consulta.					
F	Satisfacción obtenida a través de la respuesta.					

*Observaciones:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**LAS ENTIDADES LAS HACEMOS LAS PERSONAS QUE TRABAJAMOS EN ELLAS  
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

## Anexo E. EVENTOS DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA AL NIVEL NACIONAL

LISTADO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN AL NIVEL NACIONAL			
Evento	Notificar desde	Notificación Inmediata	
Cólera	P	SI	
Dengue Clásico	P		
Dengue Hemorrágico	P		
Difteria	P		
Encefalitis Equina Venezolana en Humanos	P	SI	
Encefalitis Equina Venezolana en Equidos	P		
Encefalitis Equina del Oeste en Humanos	P	SI	
Encefalitis Equina del Oeste en Equidos	P		
Encefalitis del Nilo Occidental en Humanos	P	SI	
Encefalitis del Nilo Occidental en Animales	P		
Exposición Rábica	P		
Fiebre Amarilla	P	SI	
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	P		
Hepatitis A	C		
Hepatitis B	C		



LISTADO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN AL NIVEL NACIONAL			
Evento	Notificar desde	Notificación Inmediata	
Intoxicación por Alimentos y por agua (Brote)	C	SI	
Intoxicación por Plaguicidas, Gases y Vapores	C	SI	
Leishmaniasis Cutánea	C		
Leishmaniasis Mucosa	C		
Leishmaniasis Visceral	C		
Lepra	C		
Malaria Asociada (formas mixtas)	C		
Malaria Falciparum	C		
Malaria Malarie	C		
Malaria Vivax	C		
Meningitis por Haemophilus influenzae	P		
Meningitis Meningocócica	P		
Meningitis por Neumococo	P		
Meningitis Tuberculosa	P		
Mortalidad Malaria	C		

LISTADO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN AL NIVEL NACIONAL			
Evento	Notificar desde	Notificación Inmediata	
Mortalidad Materna	C		Muerte de mujer en embarazo o dentro de los 42 días siguientes al parto por causas asociadas al embarazo. Códigos CIE-9, 630 A 676 ó Códigos CIE-10, O00 a O99 y A34.
Mortalidad Perinatal	C		Muertes fetales tardías (22 o más semanas de gestación) más Muertes infantiles neonatales precoces (hasta 6 días de vida)
Mortalidad por Cólera	C	SI	
Mortalidad por Dengue	C		
Mortalidad por EDA 0-4 Años	C		
Mortalidad por IRA 0-4 Años	C		
Parálisis Flácida Aguda (Menores de 15 años)	P	SI	
Parotiditis	CC		Casos confirmados clínicamente
Peste (Bubónica/Neumónica)	P	SI	
Rabia Caninos	P		
Rabia Felinos	P		
Rabia Bovinos	P		

LISTADO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN AL NIVEL NACIONAL			
Evento	Notificar desde	Notificación Inmediata	
Rabia Zorros	P		
Rabia Murciélagos	P		
Rabia Otros Animales	P		
Rabia Humana	P	SI	
Rubéola	P	SI	
Rubeola Congénita	P		
Sarampión	P	SI	
Sífilis Congénita	P		
Sífilis Gestacional	P		
Tétanos Neonatal	P		
Tétanos Accidental	P		
Tifus Epidémico transmitido por piojos	C	SI	

LISTADO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN AL NIVEL NACIONAL			
Evento	Notificar desde	Notificación Inmediata	
Tifus Epidémico transmitido por pulgas	C	SI	
Tos ferina	P		
Tuberculosis Extra Pulmonar	C		
Tuberculosis Pulmonar	C		
Varicela	CC		Casos confirmados clínicamente

**Anexo F. FICHA NACIONAL PARA INVESTIGACIÓN DE CASO SOSPECHOSO DE DENGUE HEMORRÁGICO**

1. DATOS EPIDEMIOLOGICOS:

Secretaría Departamental de Salud: Huila. Municipio: Neiva.

Barrio: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: M - F

Lugar Probable de Infección: \_\_\_\_\_

Padeció de Dengue en el Pasado: SI :\_\_ NO:\_\_ Fecha Aproximada: \_\_ \_\_ \_\_  
d m a

Donde: \_\_\_\_\_ Hay Actualmente Casos Febriles: SI :\_\_ NO:\_\_

En la Familia: SI :\_\_ NO:\_\_ En la Vecindad: SI :\_\_ NO:\_\_

1. DATOS CLÍNICOS:

Fecha de Iniciación Síntomas y Signos: \_\_ \_\_ \_\_ Fecha de Consulta: \_\_ \_\_ \_\_  
d m a d m a

Manejo Ambulatorio: SI :\_\_ NO:\_\_ Fecha Toma de Muestras: \_\_ \_\_ \_\_  
d m a

Hospitalización: \_\_\_\_\_ Fecha de Hospitalización: \_\_ \_\_ \_\_  
d m a

Fecha de Hospitalización: \_\_ \_\_ \_\_  
d m a

Fecha de Recepción de Muestras en I.N.S.: \_\_ \_\_ \_\_  
d m a

3. SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Fiebre: _____	Rash: _____	Adenopatías: _____
Cefalea: _____	Náuseas: _____	Dolor Abdominal: _____
Dolor retroocular: _____	Vómito: _____	Astenia: _____
Fotofobias: _____	Diarrea: _____	Derrame seroso: _____
Mialgias: _____	Escalofrío: _____	Otro: _____

1° Presión Arterial:  
PA: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_ \_

2° Presión Arterial:  
PA: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_ \_

3° Presión Arterial:  
PA: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_ \_

## 2. MANIFESTACIONES HEMORRÁGICAS:

Petequias: \_\_\_\_\_  
Equimosis: \_\_\_\_\_  
Epistaxis: \_\_\_\_\_

Gingivorragia: \_\_\_\_\_  
Hematemesis: \_\_\_\_\_  
Metrorragia: \_\_\_\_\_

Melenas: \_\_\_\_\_  
Hepatomegalia: \_\_\_\_\_  
Hematuria: \_\_\_\_\_

1° Prueba Torniquete:  
Positiva:    Negativa:  
Fecha: \_\_\_\_ \_

2° Prueba Torniquete:  
Positiva:    Negativa:  
Fecha: \_\_\_\_ \_

3° Prueba Torniquete:  
Positiva:    Negativa:  
Fecha: \_\_\_\_ \_

## 3. LABORATORIO:

1° Hemoglobina:  
1° Hematocrito:  
1° Plaquetas:  
Fecha: \_\_\_\_ \_

2° Hemoglobina:  
2° Hematocrito:  
2° Plaquetas:  
Fecha: \_\_\_\_ \_

3° Hemoglobina:  
3° Hematocrito:  
3° Plaquetas:  
Fecha: \_\_\_\_ \_

## 4. HEMOCONCENTRACIÓN:

Hto./Hb. =  
Fecha: \_\_\_\_ \_

Hto./Hb. =  
Fecha: \_\_\_\_ \_

Hto./Hb. =  
Fecha: \_\_\_\_ \_

## 5. SEROLOGÍA:

Fecha Toma de Muestras: \_\_\_\_ \_    Fecha Resultado: \_\_\_\_ \_

Fecha:	Suero FA	D1	D2	D3	D4
__ _	S1				
__ _	S2				
__ _	S3				